

IX. PROYECTO DE LEY DE 2023

XII

“Por medio del cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), modifica su Régimen de Pensiones y Asignación de Retiro, y se dictan otras disposiciones”.

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

TITULO I

DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA

CAPITULO I

OBJETO, CRITERIOS, NATURALEZA Y PRINCIPIOS

Artículo 1. Objeto. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), garantizará a sus afiliados y beneficiarios, el respeto, acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, consagrado en el Artículo 49 de la Constitución Política, con la prestación del servicio integral de salud general en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos los afiliados y sus beneficiarios, como también el servicio de salud inherente a la función propia de la actividad militar y de policía nacional y de los programas de salud.

Parágrafo 1. Lo estipulado en este Artículo incluye la atención eficiente y oportuna de los factores de Alto Riesgo, que implica el ejercicio de la actividad militar y policial.

Parágrafo 2. En un término no mayor a tres meses de entrada en vigencia la presente ley, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Defensa Nacional, reglamentará los términos y condiciones de la atención estipulada en el Parágrafo anterior.

Artículo 2. Criterios. Programas de salud de los miembros de la Fuerza Pública. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) tendrá en cuenta además los siguientes criterios:

1. Derechos adquiridos. Se mantendrán y respetarán todos los derechos, garantías, prerrogativas, servicios y beneficios adquiridos con anterioridad a la expedición de la presente ley.

2. Los criterios del programa de salud asistencial general de Fuerza Pública (POS) serán comunes para la Fuerza Pública, en cuanto a grupo etario, estructura de costo, beneficios y metodología de distribución contemplada en el plan de Salud General.

3. Los criterios para identificación de los costos de salud por los riesgos inherentes a la actividad especial de los miembros de la Fuerza Pública, son:

a) Por causa y razón del servicio.

b) Nexos causales con la actividad militar y/o de policía,

c) Un indicador de variación del índice de lesiones incapacitantes y de la siniestralidad de acuerdo a la periodicidad de la actividad militar y/o de policía.

d) El cumplimiento de las políticas y el plan de trabajo anual del programa de salud ocupacional.

El factor de aportes será elaborado con la asesoría de un calculista actuarial y definido con base en los indicadores de estructura, proceso y resultado, de acuerdo con la naturaleza de las funciones y sus responsabilidades.

4. Los costos de salud por concepto del Alto Riesgo de la Profesión se determinan atendiendo los siguientes criterios:

a) Técnico-científicos y de salud ocupacional.

b) Degradación en la calidad de vida y la salud del trabajador.

c) Condiciones de trabajo o actividad que puedan ver disminuida su expectativa de vida saludable, como también por indicadores de mortalidad y discapacidad, indicadores potencializadores del desmejoramiento de la salud y calidad de vida, concepto técnico que identifique una disminución tangible de la salud o calidad de vida del trabajador, por la permanente exposición al alto riesgo.

La identificación de las actividades de Alto Riesgo para la salud del trabajador, está sujeta a un criterio técnico y objetivo, donde se verifica que la labor desempeñada conduce a un deterioro de la salud del trabajador.

5. Los aportes que se recauden para un programa o plan de Salud se manejarán, administrarán y ejecutarán en forma exclusiva para los fines del mismo, y por ningún motivo podrán direccionarse para planes o programas paralelos o afines a éste, so pena de incidir en una falta penal, disciplinaria y/o fiscal.

6. La atención a los usuarios del sistema de salud de las Fuerzas Militares (FF.MM) y de la Policía Nacional no podrán ser sujetos de ningún tipo de discriminación en el servicio, por lo que no se tendrán procedimientos especiales para ninguna

categoría, jerarquía o cualquier otra condición, conforme al derecho a la igualdad establecida en la Constitución Política y la ley estatutaria de salud.

Los usuarios de salud podrán presentar sus respectivas quejas y reclamos por la discriminación en el servicio a la Superintendencia Nacional de Salud, que adelantará para cada caso sus respectivas funciones de inspección, vigilancia y control, incluidas las sanciones a que haya lugar.

Artículo 3. Definición del sistema. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), es el conjunto interrelacionado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, procedimientos, facultades, obligaciones, derechos, deberes, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud del personal afiliado y sus beneficiarios.

Parágrafo. La Fuerza Pública está compuesta las Fuerzas Militares (FF.MM) y la Policía Nacional (PN) de acuerdo a la Constitución Política.

Artículo 4. Naturaleza. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad y humanizada, para la preservación, el mejoramiento, investigación científica y la promoción de la salud, con la adopción de políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos los seres humanos.

De conformidad con el Artículo 49 de la Constitución Política y la Ley estatutaria 1751 de 2015, su prestación como servicio público esencial obligatorio, y en forma descentralizada se manejará, administrará y ejecutará sus recursos y bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, con los debidos derechos y deberes de los Usuarios.

Artículo 5. Principios. La prestación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), se regirá por los siguientes principios:

Disponibilidad. El Estado, en cabeza del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), garantizará la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.

Responsabilidad. La prestación del servicio será responsabilidad única y exclusivamente de Sistema Nacional de salud de la Fuerza Pública (SNSFP), a excepción de casos fortuitos que requieran del servicio de intermediación, cuando aquel no cuente con el personal o la infraestructura para tal fin.

Presupuestal. La prestación del servicio del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) estará sujeta a los principios de planificación, anualidad, universalidad, unidad de caja, programación integral, especialización, inembargabilidad y coherencia, conforme al Estatuto Orgánico Presupuestal.

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 Ley 1751 de 2015, respondiendo adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida, en donde los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.

Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades del pluralismo cultural, en el entendido que la accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, asequibilidad económica y el acceso a la información.

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, lo que demanda, 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.

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

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.

Equidad. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) garantizará servicios de salud de igual calidad a todos sus afiliados y beneficiarios, sin discriminación alguna.

Continuidad. Los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) 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 o suspendido por razones administrativas o económicas, hasta que se concluya el ciclo de atención pertinente para cada caso, en todas las circunstancias y condiciones del servicio, incluso en uso del retiro.

Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse de manera adecuada, oportuna, personalizada, integral, continua y sin dilaciones.

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, que 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.

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.

Libre elección. Los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) tienen la libertad de elegir sus instituciones de salud dentro de la oferta disponible dentro del mencionado Sistema, de acuerdo con normas de habilitación, siempre y cuando sea en caso fortuito o fuerza mayor, acudiendo a cualquiera de los subsistemas del servicio.

Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar la efectiva prestación del servicio a los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), cuando los recursos parafiscales del sector no logren su total autosostenimiento, en conformidad con las normas constitucionales y legales de sostenibilidad fiscal.

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

Eficiencia. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) debe garantizar la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles, para la prestación del servicio a todos los usuarios del sistema.

Integralidad. Los servicios y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, tratar, paliar, curar, rehabilitar la enfermedad sin restricciones y con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.

Artículo 6. Características. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) tendrá las siguientes características:

Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Integración funcional y Autonomía funcional. Las entidades que componen el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), concurrirán armónicamente en la provisión de servicios de salud, mediante la integración de funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), siempre y cuando se esté sujeto a lo estrictamente dispuesto en la asignación presupuestal, sin modificar, adicionar o eliminar su respectiva destinación, so pena de sanción fiscal, penal y/o disciplinaria.

Independencia de los recursos. Los recursos que ingresen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSNP) deberán administrarse en fondos cuentas separados e independientes del resto del presupuesto de la Fuerzas Militares (FF.MM) y de la Policía Nacional (PN) y sólo podrán destinarse a la ejecución de las actividades misionales de cada Subsistema, en los términos que establezca la presente Ley, que reglamentará el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

Unidad. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) tendrá unidad de gestión, de tal forma que, aunque la prestación de servicios se realice en forma 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 éstos.

Excepcionalidad. Entre la excepcionalidad del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), está la salud de Alto Riesgo de la Profesión, que traspasa fronteras comprometiendo la familia, la salud operacional, sanidad en campaña, la medicina aeroespacial, la medicina naval y del buceo y las actividades de salud para los grupos operativos de las Fuerzas Militares (FF.MM) y la Policía Nacional (PN), incluyendo actividades de planeamiento médico, inteligencia médica y logística médica para el desarrollo de las mismas.

Descentralización y Desconcentración. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) prestará los servicios en forma descentralizada o contratada y desconcentrada en las Fuerzas Militares (FF.MM) y en la Policía

Nacional (PN), 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 (FF.MM) y en la Policía Nacional (PN), con sujeción a las políticas del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública. En todo caso, para el cumplimiento de funciones en las Regionales se aplicará el Artículo 2 de la ley 225 de 1995, y en la distribución del presupuesto de salud general se cumplirá por cada usuario con la característica señalada en el literal f) del Artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

Los Subsistemas de Salud de la Fuerza Pública se caracterizarán preferiblemente por la prestación directa del servicio adelantarán sus funciones de manera coordinada con los demás operadores de los servicios de salud de los sectores público y privado.

Referencia y contrarreferencia. El régimen de referencia y contrarreferencia es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

CAPITULO II

COMPOSICION, AUTORIDADES Y ORGANOS ENCARGADOS DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA

Artículo 7. Composición del sistema. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), la Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSF), el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) y los usuarios del sistema.

Artículo 8. Crease la Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSF) que tendrá como marco de competencias unificar criterios y acciones de los dos Subsistemas y ajustar las decisiones del Sistema a la Constitución Política, la Ley y la jurisprudencia, sin desconocer las condiciones diferenciales y específicas de cada uno de éstos.

Parágrafo. En un plazo no mayor a tres (3) meses de expedida la presente Ley, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Defensa Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la constitución y estructura de esta Dirección, teniendo en cuenta la unificación de servicio administrativo en el Sistema, con criterios de ahorro en el gasto y a la vez incremento en la inversión.

Artículo 9. Funciones. Las funciones de la Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSF), serán las siguientes:

1. Fijar lineamientos y acciones para integrar, adoptar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar, ejecutar y evaluar las políticas de salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), en los ámbitos administrativos, operacionales, asistenciales, financieros y técnicos.

2. Proponer al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) la implementación, seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos del sector administrativo, operacional y asistencial de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.

3. Proponer al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) la implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud operacional y asistencial, riesgos profesionales, Alto Riesgo de la Profesión, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública.

4. Formular, implementar y evaluar la política farmacéutica, que garantice la calidad, dispensación y suministro de los medicamentos, como también dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, incluido el desarrollo de mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos.

5. Formular, implementar y evaluar la política de talento humano en salud de la Fuerza Pública, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones, incluidas las instituciones de educación superior de los subsistemas.

6. Participar en la formulación, implementación y evaluación de la política para la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información del sistema de salud de la Fuerza Pública, incluidos los servicios complementarios.

7. Formular, implementar y evaluar la política de salud relacionada con el aseguramiento en riesgos profesionales, Alto Riesgo de la Profesión, teniendo en cuenta las condiciones diferenciales y específicas de los mismos en la Fuerza Pública, incluidas las patologías no reseñadas en el Decreto 094 de 1989.

8. Realizar los estudios de los costos reales de cada programa o plan de salud, el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados por separado para cada uno de los programas, entre ellos, salud general de la Fuerza Pública, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, No Cotizantes y Alto Riesgo de la Profesión al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), a cargo del Ministerio de Defensa Nacional.

9. Definir y reglamentar el sistema único de información del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), acorde con los estándares de medición y análisis estadísticos.

10. Garantizar la adecuada y oportuna difusión de los diferentes programas de salud, incluidos aquéllos de promoción y prevención, que permita el acceso a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), con la publicación en medios de comunicación convencionales y electrónicos, como también la notificación escrita y/o digital.

11. Proponer y adelantar diversos estudios técnicos e investigaciones, como instrumento de cuantificación y cualificación para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

12. Coordinar la inversión en planes, programas y proyectos de ciencia y tecnología del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), proveniente del excedente de las contribuciones parafiscales, una vez descontados los costos reales para UPC, enfermedades de alto costo y prevención y promoción.

13. Coordinar la inversión de los planes de salud Dirección Nacional de Sanidad para Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), salud operacional, apoyo a las operaciones militares y de policía, No Cotizantes y apoyo por Alto Riesgo de la Profesión.

Parágrafo. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) no representa solo el pago por los servicios administrativos de salud que prestan, sino representa en especial el cálculo de los costos para la prestación del servicio de salud, en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.

La UPC constituye la unidad de medida y cálculo de los mínimos recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para cubrir en condiciones de prestación medio el servicio de salud.

Artículo 10. Funciones del Ministerio de Defensa Nacional. El Ministerio de Defensa Nacional tendrá las siguientes funciones:

a. Formular y redactar los proyectos acto legislativo y proyecto de ley, como también los decretos sobre Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

b. Expedir el marco normativo para supervisar, evaluar y controlar Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), en los ámbitos administrativos, financieros y técnicos, conforme a la Constitución y la ley.

Parágrafo. Lo estipulado en el presente Artículo no limita ni cercena las facultades ya existentes y se adelantará con la activa participación de las diferentes organizaciones sociales del sector.

Artículo 11. Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP). Se establece con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), como máximo órgano rector del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP), integrado por los siguientes Miembros:

1. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro delegado.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o el Viceministro delegado.
3. El Ministro de Salud o el Viceministro delegado.
4. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado.
5. El Comandante del Ejército Nacional o el Segundo Comandante como su delegado.
6. El Comandante de la Armada Nacional o el Segundo Comandante como su delegado.
7. El Comandante de la Fuerza Aérea o el Segundo Comandante como su delegado.
8. El Director General de la Policía Nacional o su delegado.
9. El Director del Departamento Nacional de Planeación (DNP) o su delegado.
10. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de Asignación de Retiro o Pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
11. Un representante del personal de Oficiales de Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
12. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de Asignación de Retiro o de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
13. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
14. Un representante del personal de Soldados Voluntarios, soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de Asignación de Retiro o Pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
15. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
16. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, o de la Policía Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente, nominados por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.

17. Un representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Ministerio de Defensa afiliado al Sistema de Salud de la Fuerza Pública, las viudas o beneficiarios sustitutos de pensión o su suplente, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.

18. 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. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) lo conformarán además con voz -pero sin voto- el Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Director del Hospital Militar Central y Director del Hospital Central de Policía Nacional, mientras que el Presidente del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) podrá invitar a las personas que considere necesarias.

Parágrafo 2. Un representante de las veedurías nacionales podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), quien tendrá voz -pero no voto- y previamente elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas en el Ministerio de Defensa Nacional.

Parágrafo 3. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) se reunirá obligatoriamente una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente o siete (7) de sus miembros con derecho a voz y voto. Se establece quorum mínimo de diez miembros, para sesionar y tomar decisiones válidas.

Parágrafo 4. Los representantes del personal descrito en el presente Artículo, serán elegidos a nivel nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, fijando un máximo de dos periodos consecutivos para cada representante, en donde su inscripción se hará con su correspondiente suplente.

Parágrafo 5. El mecanismo de elección de los representantes descritos en el literal j), l) y n) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (DSSFM), y el proceso de elección de los representantes referidos en el literal p) y q) estará a cargo del Ministerio de Defensa Nacional, mientras que el proceso de elección de los representantes k), m) y o) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN).

Parágrafo 6. Los miembros que actúen en calidad de delegados o suplentes de titulares del Consejo Superior o comités de salud de las Fuerzas Militares o la Policía Nacional no podrán delegar esta responsabilidad.

Artículo 12. Funciones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP). En conformidad con los Artículos 48, 49, 338, 365 y 366 de la Constitución Política, el Artículo 2 de la ley 225 de 1995, Artículo 29 del Decreto 111 de 1996, Ley 1751 de 2015 y la presente Ley, son funciones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP):

1. Definir la visión, misión, políticas, planes, programas y proyectos prioridades generales del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

2. Expedir los Acuerdos para fijar los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) en todas sus dependencias, de manera concertada con las direcciones de los subsistemas de salud, el Director del Hospital Militar Central y el Director del Hospital Central de la Policía.

3. Aprobar el anteproyecto de Presupuesto de los componentes del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), que requiere concepto previo y favorable, debidamente motivado por los financieros de los dos Subsistemas de Salud.

4. Aprobar el Plan Bienal de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP) y los planes complementarios de salud, para la prestación del servicio en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), que requiere concepto favorable de los profesionales de la salud que estén organizados.

5. Con sujeción a la estructura de costos diseñada por el Ministerio de la Salud Y Protección Social para cubrir la Salud General del régimen general de salud, que anualmente identifica el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), presentada por los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía, y una vez identificado el valor de las contribuciones y deducido el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que arroje el grupo etario, y en caso de encontrar un faltante proceder a: Mediante acuerdo registrar el valor del faltante que le corresponde resolver al empleador para la prestación del servicio de salud por este concepto, que será de destinación específica y obligatorio cumplimiento para el Ministerio de Defensa con sus Fuerzas Militares y Policía Nacional.

6. Con sujeción a las estructuras de costos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, salud operacional, apoyo a las operaciones militares y de policía; altos riesgos de la profesión; y No Cotizantes, presentada por los subsistemas de salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, y en caso de encontrar un faltante, proceder a: Mediante acuerdo registrar el valor del faltante que le corresponde resolver al empleador para la prestación del servicio de salud por este concepto, que será de destinación específica y obligatorio cumplimiento para el Ministerio de Defensa con sus Fuerzas Militares y Policía Nacional.

7. Resolver mediante Acuerdo, previa reglamentación procedimental, la enmienda presupuestal que presente el subsistema de salud con cargo al empleador; la enmienda presupuestal que presente la Regional de Aseguramiento en Salud (RASES) con cargo al subsistema; la enmienda presupuestal que presente la Unidad Regional Prestadora de Servicio (UPRES) con cargo a la Regional o RASES.

8. Aprobar el proyecto del Plan de Desarrollo cuatrienal del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

9. Reglamentar el funcionamiento de los Fondos Cuenta creados por la presente Ley.

10. Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y ejecución de recursos para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

11. Aprobar los parámetros para adoptar las tarifas internas y externas en compra y venta de servicios de salud para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

12. Emitir los lineamientos de referencia y contrarreferencia para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

13. Reglamentar mediante acuerdo los exámenes médico laborales, que generan el reconocimiento y pago de pensión, a que se refiere el Decreto 094 de 1989, y el Decreto 1796 de 2000.

14. Disponer las políticas, estrategias, y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial en cuanto al Plan básico de atención en salud, riesgos profesionales y enfermedades catastróficas o de alto costo, sin afectar la destinación específica de los recursos.

15. Aprobar el Plan Nacional de Sistematización de la información del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

16. Establecer la ficha administrativa para la elaboración del informe anual de epidemiología y morbilidad, que deben expedir los subsistemas de salud.

17. Aprobar los planes de medicina prepagada que se establezcan en el Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP), previo estudio que deberá presentar el Director de cada Subsistema.

18. 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 Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP), para la prestación de servicios de salud a terceros.

19. Establecer la ficha administrativa para identificar los costos de las patologías médicas clasificadas como accidente de trabajo y enfermedad profesional, salud operacional y Alto Riesgo de la Profesión, teniendo en cuenta los Artículos 1, los literales b, c y párrafo único del Artículo 24, y los Artículos 30 y 31 del Decreto 1796 de 2000.

20. Expedir su propio reglamento.

21. Las demás que le señalen la Ley y los reglamentos.

Parágrafo 1. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), en el momento de establecer protocolos de salud, debe contar con el previo concepto de los profesionales de la salud organizados del Subsistema, en las normas anteriores a la presente ley para los usuarios del Sistema Nacional de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Parágrafo 2. Los miembros del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), no pueden a la vez integrar los comités de los subsistemas de salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional como principales, ni como suplentes.

Parágrafo 3. El equilibrio financiero tiene como objetivo garantizar la viabilidad del sistema y por lo tanto su permanencia en el tiempo, a efectos de que se pueda seguir manteniendo el fin primordial: la cobertura de las necesidades sociales a las que está expuesta la población protegida.

El centro de ese equilibrio financiero es la denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada usuario, de acuerdo a la estructura de costos, que es un valor per cápita de destinación específica. Esta unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) de acuerdo con los estudios técnicos hechos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 13. Secretaría Técnica del Consejo Superior del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP). La Secretaría Técnica del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional, previo concepto de idoneidad de la función pública. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:

1. Actuar como Secretario en las reuniones del Consejo y de sus comisiones.
2. Comunicar la convocatoria a las sesiones del Consejo conforme, al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente.
3. Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).
4. Llevar el archivo de todos los documentos, las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

5. Recopilar e integrar los informes, estudios y documentos que deban ser examinados o sometidos a aprobación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

6. Enumerar y estructurar los acuerdos del consejo y ordenar remitir para su publicación en la Gaceta Nacional.

7. En caso de encontrar alguna inconsistencia o irregularidad en la redacción o en la legalidad de los acuerdos, o en el trámite o ejecución de la sesión, está obligado a hacerlo saber de manera oral y/o por escrito a los consejeros, proponiendo alternativas para el mejoramiento de los mismos.

8. Las demás que se le señalen en la Constitución, la ley y demás disposiciones reglamentarias.

Parágrafo 1. El aspirante a secretario técnico deberá acreditar los estudios académicos y experiencia laboral, afines a las diferentes áreas del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

Parágrafo 2. El secretario técnico se designará por un período de dos años, y solo será prorrogable por un período más.

CAPITULO III

DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

Artículo 14. Integración del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFMI). El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General del Subsistema de Salud Fuerzas Militares, el Comando del Ejército Nacional, el Comando de la Armada Nacional, el Comando de la Fuerza Aérea Colombiana, la Unidad Especializada del Hospital Militar Central y los establecimientos de sanidad militar.

Artículo 15. Comando General de las Fuerzas Militares, en relación con Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM). En relación con el talento humano idóneo que requieren las Fuerzas Militares, tendrá las siguientes funciones:

1. Crear la especialidad de Militar con capacidad para atender la salud del régimen especial Fuerza Pública.

2. Disponer de personal Militar y Civil calificado, supra especialistas, especialistas, médicos y odontólogos generales, tecnólogos, técnicos, auxiliares que cumplan con el mismo perfil, protocolos y requisitos que exige el Ministerio de la Salud y Protección Social para este tipo de servicios, desde el más alto nivel en todos sus aspectos del subsistema de salud hasta el más bajo, que a su vez pasarán a la

estabilización del talento humano y al control y administración de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

3. Disponer de los recursos de infraestructura, equipos y dotación de los hospitales y establecimientos de sanidad policial para la atención de los servicios de salud.

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

5. Verificar y evaluar el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), resoluciones ministeriales, acuerdos del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) y directivas de la Dirección del subsistema de salud.

6. Resolver lo aprobado por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), en cuanto a la adición presupuestal para garantizar el equilibrio financiero de los planes o programas de salud.

7. 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, con cargo al presupuesto establecido por el Gobierno Nacional, Gobierno Departamental y Gobierno Municipal para este tipo de eventos.

Artículo 16. Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSF). Crease la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSF) como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, con el objeto de administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Artículo 17. Funciones de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSF). La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSF) tendrá las siguientes funciones:

1. Planear, administrar, gerenciar, y controlar el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

2. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSF).

3. Proyectar y coordinar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), con los respectivos conceptos favorables de viabilidad jurídica, técnica y financiera.

4. Evaluar la calidad, eficiencia, eficacia y de la red prestadora servicios.

5. Ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos, de acuerdo con la presente ley.
6. Evaluar la calidad, eficiencia, eficacia y de la red prestadora servicios prestadores.
7. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad de cada uno de los programas del servicio de Salud del Subsistema.
8. En caso de estar desfinanciado un programa de salud, y en conformidad con los criterios dispuestos en el Artículo 2 de esta ley, y aplicado el procedimiento para tal fin, procede a gestionar la diferencia que arroje este cálculo, ante el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).
9. Administrar el Fondo Cuenta de Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), en conformidad con la presente ley.
10. Garantizar la prestación de los servicios de salud, en conformidad con los criterios y características dispuestos en la presente ley.
11. Adelantar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, en lo concerniente a las áreas financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del Subsistema.
12. Expedir instructivos, guías de manejo y demás herramientas para hacer funcional los Acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).
13. Desarrollar los criterios que dispone esta Ley que faciliten su cumplimiento, y señalar los procedimientos para su efectiva aplicación.
14. Coordinar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud.
15. Elaborar y someter a consideración del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) los Planes de Beneficios, con sujeción a los recursos asignados.
16. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, en conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar al Comité de Salud de las Fuerzas Militares, la información requerida de los usuarios.
17. Desarrollar los métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio, en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

18. Garantizar la prestación de los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de Salud Militar y Unidad Especializada de alta complejidad del Hospital Militar Central, como también la contratación de los servicios de salud con la red externa pública y privada.

19. Supervisar el control y seguimiento disciplinario y de responsabilidad fiscal a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo–efectividad.

20. Garantizar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de la Fuerzas Militares y el apoyo logístico.

21. Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención integral en Salud ((MATIZ)) 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.

22. Administrar el recaudo de contribución de los afiliados así:

a. El aporte del empleador de salud general y aporte del trabajador.

b. Presupuesto per cápita para el sector defensa (PPCD) de soldados, y alumnos de las escuelas de formación.

c. Veinticinco por ciento (25%) de una UPC por cada usuario, para Alto Riesgo de la Profesión.

d. Recursos para Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP) y sus Derivados, Salud Operacional.

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

24. En caso de presentarse un faltante, una vez descontada la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los aportes de los afiliados, fijada por el Plan Obligatorio de Salud (POS), evaluar la situación con el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), para gestionar los mencionados recursos adicionales con el Ministerio de Defensa Nacional.

25. Con fundamento en el Artículo 95 de esta Ley y la Ley 1150 de 2007, elaborar los actos preparatorios para contratar mediante el procedimiento de selección abreviada, que serán presentados ante el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

26. Resolver adiciones presupuestales que presenten las Direcciones Regionales de Salud, verificando las consideraciones médicas, técnicas, administrativas y financieras para las mismas.

27. Una vez cubierta la demanda de atención de servicios de salud del subsistema militar, podrá ofrecer servicios de salud a particulares.

28. Las demás que le asignen la Constitución y la Ley.

Artículo 18. Comité de Salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. El Comité de Salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, como órgano asesor del subsistema, estará integrado por los siguientes miembros:

1. El Inspector General de las FF.MM, quien lo presidirá.
2. El Inspector del Ejército Nacional.
3. El Inspector de la Armada Nacional.
4. El Inspector de la Fuerza Aérea.
5. El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional.
6. El Subdirector científico del Hospital Militar Central.
7. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de Asignación de Retiro o pensión nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente.
8. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de Asignación de Retiro o pensión nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente.
9. Un representante del personal de soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de Asignación de Retiro o Pensión nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente.
10. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, y/o uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
11. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares.

Parágrafo 1. Ningún miembro del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) puede hacer parte del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SNSFP).

Parágrafo 2. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se reunirá cada dos meses de manera ordinaria o extraordinaria, cuando lo convoque su presidente, y sesionará como mínimo con seis de sus miembros, y ante la ausencia del Inspector General de las Fuerzas Militares, será presidido por uno de los miembros del comité, elegido previamente por el mismo, y la representación de los Miembros en el Comité será indelegable.

Parágrafo 3. La representación de los Miembros en el Comité es indelegable, y en caso de no ser convocado, se reunirá con seis (6) de sus miembros.

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, y reelegibles por dos periodos consecutivos.

Parágrafo 5. El proceso de elección de los representantes con Asignación de Retiro y Pensión estará a cargo de la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL).

Parágrafo 6. Podrá asistir a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, un representante de las veedurías nacionales en salud, elegido previamente por éstas, quien tendrá la facultad presentar recomendaciones escritas y verbales sobre cada tema, y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas en el Ministerio de Defensa.

Artículo 19. Funciones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFMM). Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares:

1. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes, programas y proyectos que defina el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).
2. Ejercer seguimiento y control al plan de beneficios, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.
3. Analizar y aprobar el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo.
4. Aprobar los planes operativos anuales, los informes epidemiológicos y de morbilidad.
5. Analizar los estados financieros y la ejecución presupuestal, y emitir las recomendaciones del caso.
6. Analizar los indicadores de gestión, indicadores poblacionales, indicadores financieros, e indicadores relacionados con las densidades poblacionales del crecimiento y decrecimiento de los grupos que conforman el grupo etéreo del sistema de salud y sus costos en Unidad de Pago por Capitación (UPC), como también los informes de los entes de control, y emitir recomendaciones para el mejoramiento continuo.
7. Evaluar el servicio de salud prestado a los usuarios del subsistema.

8. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y proyectos, en el apoyo logístico a las operaciones propias de las Fuerzas Militares.

9. Analizar la evaluación de la gestión de las jefaturas regionales de sanidad militar, en la audiencia pública de rendición anual de cuentas, y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.

10. Asesorar al Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los asuntos de su competencia, incluso la búsqueda de recursos económicos cuando se encuentre desfinanciamiento de un programa de salud.

11. Elaborar su propio reglamento.

12. Las demás que les señalen la Ley y demás normas.

Artículo 20. Subdirección de Salud Operacional de las Fuerzas Militares. La Subdirección de Salud Operacional de las Fuerzas Militares, adelantará sus funciones en observancia de las directrices en materia de Salud, bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, encargándose de administrar la prestación de los servicios de salud; que se adelante a través de la Prestación de la Medicina Laboral y Salud Operacional.

Artículo 21. Funciones Subdirección de Salud Operacional de las Fuerzas Militares. Las Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, coordinará el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Médico Laboral del personal de su respectiva Fuerza, como también coordinar y asesorar en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes al personal militar activo de la fuerza en el desarrollo de sus funciones.

Parágrafo. La Subdirección asesorará y coordinará intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la Fuerza, dirigidas a la población militar activa, como las demás que le asigne su propia Fuerza.

Artículo 22. Subdirección de salud asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se encargará de implementar las condiciones para asegurar la integralidad en la atención, por parte Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Artículo 23. Funciones de la Subdirección de salud asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se encargará de implementar el conjunto de procesos para la prestación directa del servicio de la salud y cuidado a los usuarios de las Fuerzas Militares.

Artículo 24. Hospital Militar Central (HMC). EL Hospital Militar Central (HMC) es un establecimiento público adscrito a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, como una Unidad Especializada de Alta Complejidad para la prestación integral de los servicios y atenciones del plan de salud general asistencial, operacional, accidentes de trabajo y de enfermedad profesional (ATEP), y Alto Riesgo de la Profesión, dentro del modelo de atención integral en salud (MATIZ).

Parágrafo 1. En un plazo no mayor a seis meses, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la estructura orgánica y funcional del hospital militar central.

Artículo 25. Unidades Regionales del Servicios de Salud Militar (URSSM). Créanse las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar (URSSM), como Empresa Sociales del Estado, que dependerán orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, que serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel de complejidad.

Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada, con la activa participación de los usuarios, bajo la dirección del asegurador, con el fin de garantizar la operatividad del modelo de atención integral en salud (MATIZ).

Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas.

Parágrafo 1. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares prestará sus servicios a los usuarios que se encuentren bajo la jurisdicción de la regional.

Parágrafo 2. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar (URSSM) será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, notificando de la misma al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

Parágrafo 3. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar (URSSM) será adelantará directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud de cada programa.

Parágrafo 4. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar (URSSM) son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad. La contratación de servicios con el Hospital Militar Central (HMC) se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.

Lo anterior siempre y cuando la regional no pueda satisfacer la demanda con recursos propios.

Parágrafo 5. De conformidad con el Numeral 10 del Artículo 879 de la Ley 633 de 2000, las regionales de salud adelantarán una contabilidad separada, en la que se diferencien la suntuosidad con los recursos por pagos en la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), y los recursos obtenidos por otros servicios complementarios o suplementarios.

Artículo 26. Funciones de las Unidades Regionales del Servicios de Salud Militar (URSSM). Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar – URSSM- tendrán las siguientes funciones:

1. Coordinar y ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos que determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).
2. Establecer mecanismos de control y calidad de los respectivos servicios de salud, y/o garantizar a los usuarios atención oportuna.
3. Representar en la regional al Subsistema de Salud judicial y extrajudicial, incluida conciliación y arbitramento, designando los apoderados que demande la mejor defensa de los intereses de la Institución.
4. Asignar al personal requerido para el cumplimiento de sus funciones.
5. Dar aplicación al régimen disciplinario previsto en la Constitución y la ley.
6. Poner a consideración de la Dirección General del Subsistema las modificaciones necesarias a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.
7. Formular, implementar y evaluar lineamientos de control interno.
8. Elaborar el informe epidemiológico y de morbilidad del grupo etario, con la información de su jurisdicción territorial.
9. Identificar costos frente a cada programa de salud, a efectos de garantizar su sostenibilidad a financiar:
 - a. Salud general con el parafiscal que se asigne por el empleador y trabajador
 - b. Salud accidentes de trabajo y enfermedad profesional, con el parafiscal que asigne el Gobierno Nacional.
 - c. Programa de salud para los No Cotizantes con la PPCD, que asigne Gobierno Nacional.

d. Para el programa de Alto Riesgo de la Profesión, la cuota parte de una UPC que asigne el Gobierno Nacional.

10. Formular, implementar y evaluar el proceso de contratación pública requerido, conforme a las regulaciones y disposiciones legales vigentes, incluida la modalidad de selección abreviada, con fundamento en el Artículo 95 de esta Ley y la Ley 1150 de 2007.

11. Presentar ante la Dirección del Subsistema de Salud, el proyecto de enmienda presupuestal, que se soporte debidamente en razones médicas, técnicas, administrativas y financieras, identificando detalladamente los costos de cada programa de salud, en conformidad con el Artículo 2 de la presente Ley.

12. Coordinar la elección de los miembros para integrar la junta directiva de unidad regional.

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

Artículo 27. Juntas Directivas de las Unidades Regionales del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Las Juntas Directivas de las Unidades Regionales del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, estarán integradas por los siguientes miembros de la respectiva jurisdicción:

1. El Comandante de la Unidad Militar de mayor jerarquía, o el segundo comandante como su delegado.
2. Un representante de la comunidad médica.
3. El jefe del establecimiento de sanidad militar de mayor complejidad.
4. Un representante del personal de Oficiales, en goce de Asignación de Retiro o Pensión, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
5. Un representante del personal de suboficiales, en goce de Asignación de Retiro o Pensión, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
6. Un representante del personal de soldados profesionales o su equivalente en goce de Asignación de Retiro o Pensión nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
7. Un representante del personal civil o no uniformado, activo o pensionado, del Ministerio de Defensa o sus entidades descentralizadas adscritas o vinculadas.
8. El Director Regional, con voz pero sin voto.

Parágrafo 1. La Junta Directiva de la Regional deberá reunirse mensualmente, o extraordinariamente cuando lo solicite su presidente, en donde sesionará como mínimo con cinco (5) de sus miembros, y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el jefe de la unidad regional.

Artículo 28. Requisitos para la elección de la junta directiva Regional. Para ser elegido como miembro de la junta directiva, se tendrán en cuenta los siguientes requisitos:

1. Los postulados deberán tener como mínimo el perfil requerido para ser gerente de una empresa social del estado del primer nivel de atención, y éste se exigirá a partir de un año de expedida la presente ley.

2. El periodo de los miembros de la Junta Directiva, será de dos (2) años contados a partir de la fecha de su elección, los cuales pueden ser reelegidos por máximo dos periodos.

3. No podrá ser elegido como miembro de la Junta Directiva, quien haya sido elegido, dentro del periodo en ejercicio, para integrar el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), ni los Comités de salud.

4. Los demás que asigne la Constitución y la Ley.

Artículo 29. Funciones de las juntas directivas. Son Funciones de las Juntas Directivas:

1. Hacer seguimiento y control para que la política general de salud, este conforme a los lineamientos del Consejo Superior de la Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), como también a la Constitución y la ley.

2. Hacer seguimiento y control a la prestación de los servicios de salud y su mejoramiento continuo, teniendo en cuenta el modelo de atención integral en salud (MATIZ)

3. Evaluar semestralmente la gestión administrativa y la ejecución presupuestal.

4. Proponer las modificaciones a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.

5. Revisar los balances de ejecución presupuestal, los estados financieros y patrimoniales de cada vigencia fiscal, y en caso de encontrar una inconsistencia, objetarlo para su corrección.

6. Aprobar los anteproyectos de presupuesto de funcionamiento e inversión, y los de enmienda y traslados presupuestales.

7. Recomendar la modificación y actualización del reglamento general, sobre prestación de servicios de salud, teniendo como base el plan general de salud.

8. Autorizar al gerente para solicitar créditos o empréstitos, previa autorización del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), con entidades financieras y no financieras, siempre y cuando no se comprometan vigencias futuras.

9. Orientar las metas y objetivos de salud, hacia las funciones y actividades del Alto Riesgo que cumplen las Fuerzas Militares.

10. Asesorar al director en asuntos de planeación, jurídico, técnico y financiero de la entidad.

11. Expedir su propio reglamento.

12. Las demás que señale la constitución y la ley.

CAPITULO IV

DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

Artículo 30. Integración de Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN). El Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), lo constituyen la Dirección General de la Policía Nacional, la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN), los Establecimientos de Sanidad Policial, y el Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN).

Artículo 31. La Dirección General de la Policía Nacional en relación con el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. La Dirección General de la Policía Nacional, tendrá las siguientes funciones:

1. Crear la especialidad de policía con capacidad para atender la salud del régimen especial Fuerza Pública.

2. Disponer de personal Policial y Civil calificado, supraespecialistas, especialistas, médicos y odontólogos generales, tecnólogos, técnicos, auxiliares que cumplan con el mismo perfil, protocolos y requisitos que exige el Ministerio de la Salud y Protección Social para este tipo de servicios, desde el más alto nivel en todos sus aspectos del subsistema de salud hasta el más bajo, que a su vez pasarán a la estabilización del talento humano y al control y administración de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

3. Disponer de los recursos de infraestructura, equipos y dotación de los hospitales y establecimientos de sanidad policial para la atención de los servicios de salud.

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

5. Verificar y evaluar el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSFP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSFP y directivas de la Dirección del subsistema de salud.

6. Resolver lo decidido por el Consejo Superior de Salud (CSSFP), en cuanto a la adición presupuestal para garantizar el equilibrio financiero de los planes o programas de salud.

7. 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, con cargo al presupuesto establecido por el Gobierno Nacional, Gobierno Departamental y Gobierno Municipal para este tipo de eventos.

Artículo 32. Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN). Crease la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN), como una dependencia de la Dirección General de la Policía Nacional, que administra el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Artículo 33. Funciones del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN). La Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN) tendrá las siguientes funciones:

1. Planear, administrar, gerenciar, y controlar el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
2. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
3. Proyectar y coordinar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), con los respectivos conceptos favorables de viabilidad jurídica, técnica y financiera.
4. Evaluar la calidad, eficiencia, eficacia y de la red prestadora servicios.
5. Evaluar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos, de acuerdo con la presente ley.
6. Evaluar la calidad, eficiencia, eficacia y de la red prestadora servicios prestadores.
7. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad de cada uno de los programas del servicio de Salud del Subsistema.
8. En caso de estar desfinanciado un programa de salud, y en conformidad con los criterios dispuestos en el Artículo 2 de esta Ley, procede a gestionar la diferencia que arroje este cálculo, ante el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).
9. Administrar el Fondo Cuenta de Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en conformidad con la presente ley.
10. Garantizar la prestación de los servicios de salud, en conformidad con los criterios y características dispuestos en la presente ley.

11. Adelantar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, en lo concerniente a las áreas financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema.

12. Expedir instructivos, guías de manejo y demás herramientas para hacer funcional los Acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

13. Desarrollar los criterios que dispone esta Ley que faciliten su cumplimiento, y señalar los procedimientos para su efectiva aplicación.

14. Coordinar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud.

15. Elaborar y someter a consideración del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) los Planes de Beneficios, con sujeción a los recursos asignados.

16. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, en conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar al Comité de Salud de la Policía Nacional, la información requerida de los usuarios.

17. Desarrollar los métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio, en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

18. Garantizar la prestación de los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de la Policía Nacional y Unidad Especializada de alta complejidad del Hospital Central de la Policía Nacional, como también la contratación de los servicios de salud con la red externa pública y privada.

19. Supervisar el control y seguimiento disciplinario y de responsabilidad fiscal a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo–efectividad.

20. Garantizar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de la Policía Nacional y el apoyo logístico.

21. Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención integral en Salud ((MATIZ)) 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.

22. Administrar el recaudo de contribución de los afiliados así:

a. El aporte del empleador de salud general y aporte del trabajador.

b. Presupuesto Per Cápita para el sector defensa (PPCD) de soldados, y alumnos de las escuelas de formación.

c. Veinticinco por ciento (25%) de una UPC por cada usuario, para Alto Riesgo de la Profesión.

d. Recursos para Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP) y sus derivados, Salud Operacional.

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

24. En caso de presentarse un faltante, una vez descontada la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los aportes de los afiliados, fijada por el Plan Obligatorio de Salud (POS), evaluar la situación con el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), para gestionar con el Ministerio de Defensa Nacional los mencionados recursos adicionales.

25. Con fundamento en el Artículo 95 de esta Ley y la Ley 1150 de 2007, elaborar los actos preparatorios para contratar mediante el procedimiento de selección abreviada, que serán presentados ante el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

26. Resolver adiciones presupuestales que presenten las Direcciones Regionales de Salud, verificando las consideraciones médicas, técnicas, administrativas y financieras para las mismas.

27. Una vez cubierta la demanda de atención de servicios de salud del subsistema militar, podrá ofrecer servicios de salud a particulares.

28. Las demás que le asignen la Constitución y la Ley.

Artículo 34. Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional como órgano asesor del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), estará integrado por los siguientes miembros:

1. El Subdirector General de la Policía Nacional;
2. Inspector General de la Policía;
3. El Director Operativo de la Policía Nacional;
4. El Director Administrativo de la Policía Nacional;
5. El Jefe de la Oficina de Planeación de la Policía Nacional;
6. Subdirector científico del Hospital Central de la Policía.
7. Un representante del personal de Oficiales de la Policía Nacional con Asignación de Retiro, pensión de invalidez o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes de los Oficiales de la Policía

nacional, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido; o su suplente, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.

8. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido y su suplente, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.

9. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.

10. Un representante del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional, o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes del personal no uniformado de la policía Nacional; o su suplente, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.

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

Parágrafo 1. Ningún miembro del CSSFP puede hacer parte del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Parágrafo 2. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se reunirá cada dos meses de manera ordinaria o extraordinaria, cuando lo convoque su presidente, y sesionará como mínimo con seis de sus miembros, y ante la ausencia del Subdirector General de la Policía Nacional, será presidido por uno de los miembros del comité, elegido previamente por el mismo, y la representación de los Miembros en el Comité será indelegable.

Parágrafo 3. La representación de los Miembros en el Comité es indelegable, y en caso de no ser convocado, se reunirá con seis (6) de sus miembros.

Parágrafo 4. El representante del personal en goce de Asignación de Retiro de la Policía Nacional o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional, y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos, y para un período de dos años, y reelegibles por dos periodos consecutivos.

Parágrafo 5. El proceso de elección de los representantes con Asignación de Retiro y pensión estará a cargo de la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR).

Parágrafo 6. A las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, podrá asistir un representante de las veedurías nacionales en salud, elegido previamente por éstas, quien tendrá la facultad presentar recomendaciones escritas y verbales sobre cada tema, y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas en el Ministerio de Defensa.

Artículo 35. Funciones del Comité del Subsistema del Comité de Salud de la Policía Nacional. Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional las siguientes:

1. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes, programas y proyectos que defina el CSSFP.
2. Ejercer seguimiento y control al plan de beneficios, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.
3. Analizar y aprobar el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo.
4. Aprobar los planes operativos anuales, los informes epidemiológicos y de morbilidad.
5. Analizar los estados financieros y la ejecución presupuestal, y emitir las recomendaciones del caso.
6. Analizar los indicadores de gestión, indicadores poblacionales, indicadores financieros, e indicadores relacionados con las densidades poblacionales del crecimiento y decrecimiento de los grupos que conforman el grupo etéreo del sistema de salud y sus costos en Unidad de Pago por Capitación (UPC), como también los informes de los entes de control, y emitir recomendaciones para el mejoramiento continuo.
7. Evaluar el servicio de salud prestado a los usuarios del subsistema.
8. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y proyectos, en el apoyo logístico a las operaciones propias de la Policía Nacional.
9. Analizar la evaluación de la gestión de las jefaturas regionales de sanidad policial, en la audiencia pública de rendición anual de cuentas, y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.
10. Asesorar al Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en los asuntos de su competencia, incluso la búsqueda de recursos económicos cuando se encuentre desfinanciamiento de un programa de salud.
11. Elaborar su propio reglamento.
12. Las demás que les señalen la Ley y demás normas.

Artículo 36. Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de La Policía Nacional. La Subdirección de Salud Operacional de la Policía Nacional, adelantará sus funciones en observancia de las directrices en materia de

Salud, bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN).

Serán las encargadas de administrar la prestación de los servicios de salud, que se adelantará a través de la Prestación de la Medicina Laboral y Salud Operacional.

Artículo 37. Funciones de la Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de La Policía Nacional. La Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, coordinará el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Médico Laboral del personal de su respectiva Fuerza, como también coordinar y asesorar en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes al personal Policial activo en el desarrollo de sus funciones.

Parágrafo. La Subdirección asesorará y coordinará intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice dirigidas a la población Policial activa, como las demás que le asignen.

Artículo 38. Subdirección de salud asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encargará de implementar las condiciones para asegurar la integralidad en la atención, por parte Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Artículo 39. Funciones de la Subdirección de salud asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encargará de implementar el conjunto de procesos para la prestación directa del servicio de la salud y cuidado a los usuarios de la Policía Nacional.

Artículo 40. Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial (URSSP). Créanse las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial, como Empresa Sociales del Estado, que dependerán orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN), que serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Policial de Mayor Nivel de complejidad.

Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada, con la activa participación de los usuarios, bajo la dirección del asegurador, con el fin de garantizar la operatividad del modelo de atención integral en salud (MATIZ).

Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de la Policía Nacional.

Parágrafo 1. Prestarán sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que se encuentren bajo la jurisdicción de la regional.

Parágrafo 2. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial (URSSP), será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el CSSFP, y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN), con previa notificación de la misma al CSSFP.

Parágrafo 3. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial será adelantará directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN) a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud de cada programa.

Parágrafo 4. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad. La contratación de servicios con el Hospital Central Policía Nacional (HOCEN) se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.

Lo anterior siempre y cuando la regional no pueda satisfacer la demanda con recursos propios.

Parágrafo 5. De conformidad con el Numeral 10 del Artículo 879 de la Ley 633 de 2000, las regionales de salud adelantarán una contabilidad separada en la que se diferencien la suntuosidad con los recursos por pagos en la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), y los recursos obtenidos por otros servicios complementarios o suplementarios.

Artículo 41. Funciones de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial – URSSP. Los Directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial – URSSP tendrán las siguientes funciones:

1. Coordinar y ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos que determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).
2. Establecer mecanismos de control y calidad de los respectivos servicios de salud, y/o garantizar a los usuarios atención oportuna.
3. Representar en la regional al Subsistema de Salud judicial y extrajudicial, incluida conciliación y arbitramento y nombrar los apoderados que demande la mejor defensa de los intereses de la Institución.
4. Asignar al personal requerido para el cumplimiento de sus funciones.
5. Dar aplicación al régimen disciplinario previsto en la Constitución y la Ley.

6. Poner a consideración de la Dirección General del Subsistema, las modificaciones necesarias a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.

7. Formular, implementar y evaluar lineamientos de control interno.

8. Elaborar el informe epidemiológico y de morbilidad del grupo etario, con la información de su jurisdicción territorial.

9. Identificar costos frente a cada programa de salud, a efectos de garantizar su sostenibilidad A financiar:

a. Salud general con el parafiscal que se asigne por el empleador y trabajador

b. Salud accidentes de trabajo y enfermedad profesional, con el parafiscal que asigne el Gobierno Nacional.

c. Programa de salud para los No Cotizantes con la PPCD, que asigne Gobierno Nacional.

d. Para el programa de Alto Riesgo de la Profesión, la cuota parte de una UPC que asigne el Gobierno Nacional.

10. Formular, implementar y evaluar el proceso de contratación pública requerido, conforme a las regulaciones y disposiciones legales vigentes, incluida la modalidad de selección abreviada, con fundamento en el Artículo 95 de esta Ley y la Ley 1150 de 2007.

11. Presentar ante la Dirección del Subsistema de Salud, el proyecto de enmienda presupuestal, que se soporte debidamente en razones médicas, técnicas, administrativas y financieras, identificando detalladamente los costos de cada programa de salud, en conformidad con el Artículo 2 de la presente ley.

12. Coordinar la elección de los miembros para integrar la junta directiva de unidad regional.

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

Artículo 42. La Juntas Directivas de las unidades regionales del subsistema de la Policía Nacional. La Juntas Directivas de las Unidades regionales del Subsistema de la Policía Nacional estarán integradas por:

1. El Comandante de la Unidad Policial de mayor jerarquía, o el segundo comandante como su delegado.

2. Un representante de la comunidad médica.

3. El jefe del establecimiento de sanidad policial de mayor complejidad.

4. Un representante del personal de oficiales, en goce de Asignación de Retiro o pensión, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
5. Un representante del personal de suboficiales, en goce de Asignación de Retiro o Pensión, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
6. Un representante del personal de agentes y patrulleros de la Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
7. Un representante del personal civil o no uniformado, activo o pensionado, del Ministerio de Defensa o sus entidades descentralizadas adscritas o vinculadas, nominado por las Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
8. El director regional, con voz pero sin voto.

Parágrafo 1. La Junta Directiva de la Regional deberá reunirse mensualmente, o extraordinariamente cuando lo solicite su presidente, podrá sesionar como mínimo con cinco (5) de sus miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el jefe de la unidad regional.

Artículo 43. Requisitos para la elección de la Junta Directiva. Para ser elegido como miembro de la junta directiva, se tendrán en cuenta los siguientes requisitos:

1. Los postulados deberán tener como mínimo el perfil requerido para ser gerente de una empresa social del estado del primer nivel de atención, y éste se exigirá a partir de un año de expedida la presente ley.
2. El periodo de los miembros de la junta directiva, será de dos (2) años contados a partir de la fecha de su elección, los cuales pueden ser reelegidos por máximo dos periodos.
3. No podrá ser elegido como miembro de la Junta Directiva, quien haya sido elegido, dentro del periodo en ejercicio, para integrar el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), ni los Comités de salud.
4. Los demás que asigne la Constitución y la Ley.

Artículo 44. Funciones de las Juntas Directivas. Son Funciones de las Juntas Directivas:

1. Ejercer seguimiento y control para que la política general de salud, esté conforme a los lineamientos del Consejo Superior de la Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), como también a la Constitución y la ley.
2. Ejercer seguimiento y control a la prestación de los servicios de salud y su mejoramiento continuo, teniendo en cuenta el modelo de atención integral en salud (MATIZ).
3. Evaluar semestralmente la gestión administrativa y la ejecución presupuestal.

4. Proponer las modificaciones a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.
5. Revisar los balances de ejecución presupuestal, los estados financieros y patrimoniales de cada vigencia fiscal, y en caso de encontrar una inconsistencia, objetarlo para su corrección.
6. Aprobar los anteproyectos de presupuesto de funcionamiento e inversión, y los de enmienda y traslados presupuestales.
7. Recomendar la modificación y actualización del reglamento general, sobre prestación de servicios de salud, teniendo como base el plan general de salud.
8. Autorizar al gerente para solicitar créditos o empréstitos, previa autorización del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), con entidades financieras y no financieras, siempre y cuando no se comprometan vigencias futuras.
9. Orientar las metas y objetivos de salud, hacia las funciones y actividades del Alto Riesgo que cumple la Policía Nacional.
10. Asesorar al director en asuntos de planeación, jurídico, técnico y financiero de la entidad.
11. Expedir su propio reglamento.
12. Las demás que señale la Constitución y la ley.

TÍTULO II

BENEFICIOS DEL SISTEMA

CAPÍTULO I

AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

Artículo 45. Afiliados. Existen tres (3) clases de afiliados al Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SSFP):

A. Los afiliados sometidos al régimen de cotización:

1. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.
2. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en goce de Asignación de Retiro o Pensión.

3. El personal civil no uniformado activo o pensionado afiliado al SSFP, conforme a Ley 263 de 1996.
4. 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.
5. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
6. 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.
7. 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.
8. El cónyuge separado legalmente de un afiliado cotizante, podrá continuar afiliado al sistema, siempre y cuando lo manifieste por escrito y traslade al sistema el monto total de la cotización, si se encontrare cotizando a un sistema distinto de seguridad social en salud. En su defecto, podrá afiliarse como independiente, asumiendo el total de la cotización prevista en la presente Ley, sobre los ingresos que reporte para estos efectos, siempre que no sea inferior a un salario mínimo legal mensual vigente.
9. El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud de conformidad con lo establecido en el Parágrafo 1 del presente Artículo.

B. Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:

1. Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales, Suboficiales y soldados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional.
2. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

C. Los beneficiarios dependientes:

1. Serán aquellos que no estén afiliados o beneficiarios en ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social, ni se encuentren disfrutando de pensión alguna y que hagan parte del núcleo familiar del cotizante, no incluidos en el Artículo 24 del Decreto 1795 de 2000, tales como padres de personal de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional; los nietos siempre y cuando sean menor de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años, y que demuestre su calidad de estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y demuestre dependencia económica con el cotizante.

Parágrafo 1. El cotizante o cónyuge, o compañero o compañera permanente, cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales, sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud, podrá optar por pertenecer al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en cuyo caso el valor de la respectiva cotización ingresará al Fondo Cuenta del subsistema, que se calculará sobre el ingreso adicional o mínimo sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo 2. Cuando un afiliado cotizante al régimen de excepción tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar, su empleador, contratante o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, estos dineros ingresarán al Fondo Cuenta del respectivo subsistema. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción.

Artículo 46. Beneficiarios. Para los afiliados enunciados en el literal a) del Artículo 45, los siguientes serán beneficiarios:

1. El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado.
2. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes y que dependan económicamente del afiliado.
3. Los hijos con invalidez permanente o absoluta, que dependan económicamente del afiliado.
4. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar se extiende a los padres del afiliado, que dependan económicamente de éste.

Parágrafo 1. Los afiliados no sujetos al régimen de cotización y los beneficiarios dependientes no tendrán beneficiarios.

Parágrafo 2. No se admitirá como beneficiarios del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP) a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud. En tal sentido, se dará aplicación a lo dispuesto en el inciso 5 del Artículo 2.1.13.5 del Decreto 780 de 2015.

Artículo 47. Derechos y deberes de los afiliados y beneficiarios. Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos derechos consagrados en el Artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015, y los contenidos en el Plan de Benéficos del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública:

1. Derechos de los usuarios, relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a. Acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.
- b. Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite, sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.
- c. A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.
- d. A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.
- e. A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.
- f. A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g. A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.
- h. A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud, debidamente capacitado y autorizado para ejercer.
- i. A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.
- j. A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;
- k. A la intimidad: Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad, de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine.
- l. A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.

m. A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas, acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n. A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

o. A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p. A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

q. Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

h. A que ninguna decisión administrativa interrumpa el inicio de un tratamiento médico, ni suspenda la continuidad del mismo, salvo que exista decisión de un profesional de la salud que así lo determine. En caso de que el tratamiento médico haya sido determinado por especialistas, así mismo se determina la cesación.

2. Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d. Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud;

e. Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f. Cumplir las normas del sistema de salud;

g. Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h. Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i. Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1. Las medidas correctivas por el incumplimiento de estos deberes, estarán conforme a la Constitución y la ley, y en ningún caso podrá impedir o restringir el acceso oportuno al servicio.

Parágrafo 2. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el Parágrafo 1.

Artículo 48. Autonomía profesional. Los profesionales de la salud se organizarán en junta médica para la toma de decisiones relacionadas con:

a) Adoptar los protocolos médicos a seguir frente a una patología médica de difícil concreción que hace presencia en un paciente, en un grupo o en un sector y en caso de ser necesario lo reportara a las autoridades médicas.

b) Decidir, elaborar, correlacionar, definir, adoptar los protocolos médicos a seguir en una circunscripción territorial, frente a una patología médica en crecimiento por cualquier circunstancia o propia de la morbilidad o letalidad.

c) Emitir conceptos para la formulación, implementación y evaluación de políticas a nivel nacional, departamental y municipal.

Artículo 49. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) se encargará de implementar de manera eficaz y eficiente los derechos laborales de los profesionales y trabajadores de la salud, establecidos previamente en la Constitución y la Ley, en aras de garantizar y proteger su dignidad, so pena de incurrir en sanciones de carácter fiscal, penal y disciplinario.

Parágrafo. En un plazo no mayor a seis meses, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los lineamientos y procedimientos específicos para el mencionado personal de este sistema de salud, incluidos los mecanismos para que el mismo interponga algún recurso para salvaguardar sus derechos.

Artículo 50. Extinción de derechos. El derecho a los servicios de salud para los afiliados y beneficiarios, se perderá por las siguientes causas:

Para el cónyuge o el compañero (a) permanente:

1. Por muerte.

2. Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio, por cesación de efectos civiles del matrimonio católico, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, siempre y cuando el titular no manifieste por escrito la voluntad de continuar su afiliación.

3. Para los hijos:

a. Por muerte.

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

4. Para los padres:

a. Por muerte.

b. Por afiliación a otro régimen.

Artículo 51. Entidades responsables de afiliación y aportes. El Ministerio de Defensa Nacional, Fuerzas Militares, Policía Nacional, los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, y entidades del Sector Defensa adscritas o vinculadas, el empleador, contratante y administrador de pensiones, tendrán las siguientes funciones:

1. Realizar el trámite de Afiliación ante las oficinas responsables al Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP), a las personas enumeradas en el Artículo 36 de la presente ley y registrar a sus respectivos beneficiarios.

2. 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 44 de la presente ley, en estructura que defina el CSSFP.

3. Liquidar, descontar y girar al Fondo Cuenta de cada Subsistema, el aporte del empleador y el aporte del afiliado, correspondiente a las cotizaciones en salud de los afiliados, a que se refiere el Artículo 44 de la presente Ley.

4. Las fechas para el pago de los aportes en salud se harán conforme al Decreto 1670 de 2007.

5. Actualizar y enviar mensualmente la información de los afiliados, a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, y Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN), con el fin de actualizar las novedades de retiro, traslados, fallecimientos, y desafiliación al que se refiere el Artículo 45 de la presente ley.

Artículo 52. Planes complementarios de salud. El Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP), permitirá la articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan de Beneficios para sus usuarios, sean estos realizados por el mismo Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP), o por otras empresas administradoras de planes de beneficios, a los que se accederá de manera voluntaria y serán financiados por los usuarios, siempre y cuando el Plan Complementario no sustituya al Plan de beneficios o viceversa.

CAPITULO II

REGIMEN DE BENEFICIOS – PLANES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (PSSFP)

Artículo 53. Plan de Salud General Asistencial de la Fuerza Pública (PSSFP).

Los usuarios del Sistema Nacional de Salud General Asistencial de la Fuerza Pública (SNSFP), tendrán derecho a un Plan de Servicios de Salud (PSSFP) que contemplarán actividades, intervenciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos esenciales y guías de atención en caso de enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación, rehabilitación y paliación para todas las patologías, al que está obligado el sistema a garantizarles, con los recursos que se asignen en cada uno de los subsistemas para la prestación de servicios de salud general.

Parágrafo 1. Las enfermedades de alto costo serán definidas por el Gobierno Nacional, y serán sufragadas con la diferencia que resulte entre lo recaudado con las contribuciones 8.5% (EMPLEADOR) y 4.0% (TRABAJADOR) y lo deducido por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que determine la estructura de costos del grupo etario.

Parágrafo 2. El programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (PYP) se calcula con la misma fórmula financiera con la que la establece el Régimen General de Salud, y serán sufragado con la diferencia que resulte entre lo recaudado con las contribuciones 8.5% (empleador) y Artículo 4.0 % (trabajador), y lo deducido por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que determine la estructura de costos del grupo etario.

Parágrafo 3. El Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), incluye el inicio de la atención, exclusiones, suspensión y retiro del servicio, el listado oficial de medicamentos esenciales, como también la conveniencia de tratamientos con medicina natural alternativa, bioenergética y homeopática, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 4. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), reglamentará la oportunidad de los servicios de consulta de primera vez, consultas de control, consultas de formulación o control terapéutico, consulta de control pre y post quirúrgico y la oportunidad de los servicios quirúrgicos.

Parágrafo 5. En el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) no se exigirán períodos mínimos de cotización o de carencia. No obstante, para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad con el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), se consideran como indispensables y de trámite obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general del primer nivel de atención y de remisión, excepto las atenciones de urgencia y de pediatría.

Parágrafo 6. Para los efectos previstos en este Artículo no se podrán aplicar preexistencias a los usuarios y sólo se admitirán como exclusiones aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad y los que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, debidamente regulados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), que podrán ser objeto de los planes complementarios previstos en esta Ley, siempre que no sean producto de actividades, procedimientos o intervenciones como consecuencia de lesiones sufridas en actividad, que en ningún caso podrán considerarse como exclusiones.

Parágrafo 7. El Plan de Servicios deberá contener como mínimo aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquéllas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

Parágrafo 8. El Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los servicios de alto costo y riesgos catastróficos, previo acuerdo expedido por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza pública.

Parágrafo 9. En la distribución del presupuesto de salud general, a cada uno de sus establecimientos prestadores de salud, asignará la UPC de conformidad con el grupo etario que registre, por cada uno de sus usuarios que tenga asignados en su circunscripción territorial. En todo caso el programa de salud a ejecutar tendrá que ser como mínimo igual o superior al programa de salud establecido para el régimen general de salud.

Artículo 54. Plan de Salud de Alto Riesgo de la Profesión. El Plan de Salud de Alto Riesgo de la Profesión atiende y resuelve las secuelas que producen deterioro en la calidad y merma en la expectativa de vida, estados violentos en el entorno laboral, familiar y/o social, producto del fragor por tiempo prolongado de las actividades inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial, con el fin de recuperar, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial.

Parágrafo 1. Los costos de plan de salud Alto Riesgo de la Profesión se fijarán de acuerdo con los criterios del Artículo 2 de esta Ley, previa reglamentación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

Parágrafo 2. Este Plan de Salud se financiará con el 25.0% de una Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo 3. Los costos de salud por concepto del Alto Riesgo de la profesión se determinan atendiendo los siguientes criterios:

- a) Técnico-científicos y de salud ocupacional.
- b) Degradación en la calidad de vida y la salud del trabajador.
- c) Condiciones de trabajo o actividad que puedan ver disminuida su expectativa de vida saludable, que también se mide por indicadores de mortalidad y discapacidad, indicadores potencializadores del desmejoramiento de la salud y calidad de vida, concepto técnico que identifique una disminución tangible de la salud o calidad de vida del trabajador, debido a la permanente exposición al alto riesgo, en donde se identifique que las actividades de Alto Riesgo para la salud del trabajador obedecen a un criterio técnico y objetivo, donde se verifica que la labor desempeñada conduce a un deterioro de la salud del trabajador.

Parágrafo 4. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Defensa Nacional, en coordinación con el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), determinarán anualmente las enfermedades que tienen nexo causal con el servicio y que producen degradación en la calidad de vida y la salud del trabajador, condiciones de trabajo o actividad que implican puedan ver disminuida su expectativa de vida saludable, la existencia de indicadores de: mortalidad y discapacidad, indicadores potencializadores del desmejoramiento de la salud y calidad de vida, concepto técnico que identifique una disminución tangible de la salud o calidad de vida del trabajador en razón de la permanente exposición al alto riesgo, en donde se identifica además que las actividades de Alto Riesgo para la salud del trabajador obedece a un criterio técnico y objetivo donde se verifica que la labor desempeñada conduce a un deterioro de la salud del trabajador.

Parágrafo 5. La variación del monto de las cotizaciones permanecerá vigente mientras se cumplan las condiciones que le dieron origen.

Artículo 55. Plan de salud ATEP. Atención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, salud operacional y apoyo a las operaciones militares y de servicio de policía.

Son las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger, atender, aplicar los procedimientos autorizados para recuperar la salud y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener los efectivos de la Fuerza Pública, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de su misión inherentes a Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Apoyo a las Operaciones Militares y del Servicio Policial.

Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y el servicio policial, y las actividades de salud especializada

que tiene por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los miembros de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras, salud en campaña, medicina naval y medicina de aviación.

La prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, Salud Operacional, Operaciones Militares y del Servicio Policía, estará a cargo del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP) con recursos de ATEP.

Se crearán subcuentas con destinación específica, financiadas con el presupuesto de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Salud Operacional y Apoyo a las Operaciones Militares y de Policía, en conformidad con los parámetros que determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

Parágrafo 1. Determinación de la cotización. Los criterios para determinar el monto de la contribución parafiscal del empleador, con el fin de cubrir salud operacional y accidentes de trabajo o enfermedad profesional, y apoyo a las operaciones militares y del servicio policial, estarán conforme a lo establecido en el Artículo 2 de esta Ley.

Parágrafo 2. El aporte del empleador para la prestación de la atención integral en salud de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, salud operacional y sus derivadas, no podrá ser inferior al 5% y máximo el 8.0% por ciento del valor de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional y Policía Nacional.

Parágrafo 3. Una vez se establezca el costo de las atenciones en salud, con base en los estudios técnicos realizados por el Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP) y aprobados por el CSSFP, el Gobierno Nacional lo asignará anualmente al Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP).

Parágrafo 4. La variación del monto de las cotizaciones permanecerá vigente mientras se cumplan las condiciones que le dieron origen.

Parágrafo 5. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Defensa Nacional, en coordinación con el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), determinará anualmente las enfermedades que se consideran como profesionales, y que tienen nexo causal con el servicio.

Parágrafo 6. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), expedirá el reglamento que contenga el procedimiento para identificar los costos de las patologías médicas susceptibles del cumplimiento de la función señalada en los Artículos 1, 24 (literales B, C, y Parágrafo Único), 30 y 31 del Decreto 1796 de 2000 y se tendrá en cuenta:

a. Toda enfermedad mental, emocional y física generada en la prestación del servicio.

b. Toda enfermedad o lesión preexistente que no fue diagnóstico en los exámenes psicofísicos de ingreso, y se agravó como consecuencia del servicio.

c. Toda enfermedad que se disponga en acción judicial y que tenga nexo causal con accidente de trabajo, o enfermedad profesional, incluidas las enfermedades huérfanas, o apoyo a las operaciones militares y servicios de policía.

d. La materialización del principio de continuidad en la prestación del servicio de atención médica integral, por parte del sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía, se genera a favor de quienes sirven o han servido a la Nación mediante las armas, o laboran en las Fuerzas Militares como civiles o no uniformados del Ministerio de la Defensa Nacional y de la Policía Nacional y los demás afiliados adscritos o vinculados a este Ministerio, que por causa y razón del servicio y/o enfermedad profesional, les quedaron compromisos de servicios médicos vigentes no resueltos por ningún sistema de salud.

Artículo 56. Crease una reserva que no sobrepasará el 10.0% de lo recaudado anualmente, con la siguiente destinación:

a) Adelantar campañas de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo, enfermedades laborales, y salud operacional, como también programas de prevención, estudios de investigación financiera, actuarial o técnica, que permita disminuir el índice de siniestralidad en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Artículo 57. Plan de Salud para los afiliados no cotizantes. Son las actividades de salud especial que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica, que deben tener los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, y se financiará mínimo con el presupuesto per cápita para el sector defensa (PPCD), que es el equivalente de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), más un 25.0% de la misma y máximo el equivalente de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), más un 40.0% de la misma.

El plan de salud de los No Cotizantes incluye programa de salud general, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, salud operacional y Alto Riesgo de la Profesión, y sus costos se determinarán por evento causado.

Artículo 58. Plan de Salud de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP), en conformidad con lo dispuesto en el Artículo 167 de la Ley 100 de 1993, con relación a riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

En los casos de accidentes de tránsito y atentados terroristas, con armas de fuego y/o artefactos explosivos, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos también serán prestados inicialmente por el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), con recobro de los recursos generados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), con destino a la respectiva regional que prestó el servicio.

TÍTULO III

CAPÍTULO I

MODELO DE ASEGURAMIENTO

Artículo 59. Aseguramiento. 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, más la articulación de los servicios que garanticen el acceso y prestación efectiva de los servicios de salud prestados bajo el marco del Modelo de Atención integral en Salud (MATIZ)) y del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud.

Artículo 60. Sistema de información. El Sistema de Información del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP) deberá contener los lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como los necesarios para la administración y gestión del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública – (SNSFP), conforme a lo establecido por el CSSFP.

El Sistema de Información de Salud será implementado y evaluado anualmente por cada uno de los Subsistemas.

TÍTULO IV

FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (SNSFP)

CAPÍTULO I

APORTES

Artículo 61. Aportes. Son las contribuciones parafiscales efectuadas por los afiliados al régimen de cotización del literal a) del Artículo 45 de la presente Ley, en un doce punto cinco por ciento (12,5%) mensual calculado sobre el total devengado. El cuatro por ciento (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho punto cinco por ciento (8,5%) restante a cargo del empleador, que se girará a través de

las cajas pagadoras del Ministerio de Defensa Nacional, y las Entidades adscritas o vinculadas a esta cartera.

Parágrafo. El monto total de las cotizaciones establecidas en el presente Artículo ingresará respectivamente a cada uno de los Fondos Cuenta del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública -SNSFP-, con unidad de caja para su administración.

Artículo 62. Cotizaciones beneficiarios dependientes. El valor de las cotizaciones de los beneficiarios dependientes será como mínimo el equivalente a una Unidad de pago por Capitación (UPC), del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incrementada en el porcentaje que establezca el Gobierno Nacional, como mayor valor de la UPC.

En caso de que las cotizaciones de los beneficiarios dependientes no alcancen a cubrir el costo del servicio, el faltante será cubierto por el Gobierno Nacional, concepto previo del Ministerio de Hacienda y el ministerio de salud y protección social.

Artículo 63. Presupuesto Per Cápita para el sector Defensa (PPCD). El valor del Presupuesto Per Cápita será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada como mínimo en un veinticinco por ciento (25%), y máximo en un cuarenta por ciento (40.0%) por cada uno de los afiliados No Cotizantes.

Para la radicación del proyecto de ley del Presupuesto General de la Nación, el Gobierno Nacional evaluará el perfil epidemiológico y de morbilidad de la población y los costos de prestación del servicio, estableciendo con esta base el incremento que deba ser reconocido sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en el evento en que el cálculo arroje un porcentaje distinto al históricamente registrado.

Artículo 64. Presupuesto del Programa de Salud de Alto Riesgo de la Profesión. EL presupuesto por Alto Riesgo de la Profesión del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública -SNSFP- es el equivalente mínimo del VEINTICINCO (25.0% por ciento y máximo el cuarenta por ciento (40.0%) de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993, multiplicado por el número de usuarios del sistema, para apoyar a la financiación del Plan de Servicios de Sanidad de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios.

Artículo 65. Aporte para el Programa de Atención en Salud de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), Salud Operacional, y Apoyo a las Operaciones Militares y de Policía. El aporte para la atención en salud de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, Salud Operacional, Apoyo a las Operaciones Militares y de Policía, será mínimo el valor equivalente al cinco (5.0%) y máximo el (8.0) por ciento, del valor total de la nómina de las Unidades Empleadoras de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Parágrafo. El Gobierno Nacional deberá transferir anualmente al Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP), los recursos para la atención en salud de los accidentes de trabajo, enfermedad profesional, salud operacional y apoyo de las operaciones militares y de policía, una vez establecidos los costos por estudios técnicos del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP), y aprobados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP)

Artículo 66. Contribuciones parafiscales del Gobierno Nacional. El Gobierno Nacional deberá apropiar los siguientes recursos del Presupuesto:

1. Por nómina la de sus trabajadores activos, y con Asignación de Retiro y pensionados para salud general, previstos en la presente ley.

2. El valor del Presupuesto conformado por el cuarenta por ciento (40.0%) de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993, multiplicado por el número de usuarios del sistema, por concepto de salud Alto Riesgo de la Profesión en apoyo a la salud.

3. El valor del Presupuesto para los no sometidos al régimen de cotización, se establecerá teniendo en cuenta una Unidad Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD), multiplicada por los afiliados no sometidos al mencionado régimen.

4. El aporte para la prestación de la atención integral en salud de los subsistemas de salud (ATEP), salud operacional, apoyo a las operaciones militares y de Policía, no podrá ser inferior al 5% ni máximo del 8.0% por ciento, del valor total de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional.

5. De los recursos del Estado.

A. 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, 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, en conformidad con el plan de necesidades y requerimientos de los subsistemas.

B. En caso de existir una desfinanciación presupuestal en salud que tenga relación causal con el servicio y/o por Alto Riesgo de la Profesión, el Gobierno Nacional podrá destinar recursos faltantes para cubrir las necesidades del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

Parágrafo. El Gobierno Nacional en el marco de su política fiscal y mediante la Ley orgánica de Presupuesto y sus decretos reglamentarios, asignará las apropiaciones presupuestales correspondientes que permitan la ejecución de los

recursos presupuestales, en concordancia con los ingresos del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP).

Parágrafo Transitorio. Los recursos aprobados en la Ley del Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la expedición de la presente ley, así como los recursos que, con destino al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, se hayan incorporado a su presupuesto, pasarán al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), y serán manejados por las Direcciones del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en los términos previstos en la presente Ley.

Artículo 67. Aportes territoriales. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigente para las demás entidades prestadoras de servicios de salud, en cuanto presten servicios a la comunidad, en conformidad con los planes respectivos.

Artículo 68. Otros ingresos. Serán otros ingresos los siguientes:

1. Los derivados de la prestación de servicios a usuarios del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP) o a particulares, que sean ordenados por las autoridades judiciales y que permita el recaudo o el recobro a otras instancias.
2. Los derivados de la prestación o venta de servicios ambulatorios y hospitalarios por atención de urgencias médicas y procedimientos que sean aplicables de acuerdo a la normatividad vigente.
3. Los derivados de los exámenes de capacidad psicofísica en los eventos contemplados del Decreto Ley 1796 de 2000.
4. Los correspondientes a recaudos por rendimientos.
5. Los derivados de transferencias del Sector Defensa para contribuir al aseguramiento del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP).
6. Los derivados por convenios docencia, servicio y de investigación.
7. Los derivados de la prestación de servicios de planes complementarios.
8. Los derivados de donaciones y otros recursos que reciba el Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP).
9. Una participación del 20% del impuesto a las armas y municiones de que trata el Artículo 224 de la Ley 100 de 1991.
10. Los demás que determinen la Ley.

Parágrafo. Estos recursos serán transferidos a las regionales de salud, que acrediten la respectiva prestación del servicio.

Artículo 69. Fondos Cuenta del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP). Para los efectos de la operación del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), funcionará el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Los Fondos Cuenta tendrán el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica ni planta de personal, y serán administrados y ejecutados en los términos de la presente ley.

Los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, asignarán los recursos a las unidades regionales, que se encargarán de su ejecución.

En todo caso establecerán unas subcuentas para: salud general, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, salud operacional, y apoyo a las operaciones militares y de policía, y otra de Alto Riesgo de la Profesión, y salud para los afiliados no sometidos al régimen de cotización.

A cada Fondo Cuenta ingresarán los siguientes recursos en subcuentas separadas:

Las contribuciones parafiscales que corresponden al programa de salud general, hecha por cotización del empleador y del trabajador.

Las contribuciones parafiscales que corresponden a doble vinculación laboral, y contribuciones parafiscales por sentencia judicial sobre reintegros, reliquidación de Asignaciones de Retiro o pensiones que corresponden al programa de salud general.

Las contribuciones parafiscales que corresponden a la salud para los afiliados no sometidos al régimen de cotización.

Las contribuciones parafiscales que corresponden al programa apoyo a la salud por Alto Riesgo de la Profesión.

Las contribuciones parafiscales que corresponden al programa de salud operacional, accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP), y apoyo a las operaciones militares y de policía.

Los aportes del Presupuesto General de la Nación con destino al respectivo Subsistema.

Recursos de la venta de servicios, donaciones y otros recursos que reciba el Subsistema.

Parágrafo 1. Los recursos de los fondos cuenta se destinarán exclusivamente al financiamiento de los planes y programas de salud según la destinación específica que hace la ley que identificara el respectivo Subsistema. La transferencia y distribución de los recursos deberá efectuarse atendiendo el número y características específicas de los usuarios, atendidos en cada uno de los establecimientos de Salud, de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional y su contabilización deberá realizarse de manera independiente en cada subsistema.

Parágrafo 2. Los fondos cuentas podrán ser administrados por encargo fiduciario.

Artículo 70. Transferencia y distribución de los recursos del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP). Los recursos generados 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, incluidas las enmienda presupuestales, y en los términos que establezca y reglamente el Consejo Superior De Salud De La Fuerza Pública (CSSFP).

TITULO V

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 71. Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP). El Modelo de Atención integral en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), será establecido por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), que debe implementarse en cada subsistema.

Este será con enfoque en las estrategias de atención primaria en salud (APS), promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia y control del daño, atención dirigida a la recuperación y rehabilitación y paliación de la salud de las personas, la gestión del riesgo y la provisión de servicios.

Parágrafo. Los Subsistemas de Salud del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP) podrán implementar y desarrollar su propio modelo de salud en cumplimiento a lo descrito en el presente Artículo.

Artículo 72. 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 Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), gestión del riesgo en salud, análisis de la situación en salud, aseguramiento financiero, 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 73. Del componente de la atención del modelo. El componente de la atención dentro del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), deberá permitir el cumplimiento de los planes, programas y actividades descritas en la presente ley y en los lineamientos que determine el CNSFP. Los elementos estructurales que contendrá este componente son:

1. Procedimientos para el acceso, agendamiento y asignación oportuna de citas
2. Procedimiento para la atención oportuna de los servicios de baja, mediana y alta complejidad, priorizando la atención en urgencias.
3. Redes integradas de servicios de salud.
4. Procedimiento para la atención en salud operacional de acuerdo a cada Subsistema.

Artículo 74. Del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Prestación de servicios del SNSFP. Se define como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos, que desarrolla el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), para garantizar la prestación de servicios en salud con las características y atributos de calidades definidas por el Consejo Superior de Salud de La Fuerza Pública (CSSFP).

Se deberá asegurar la prestación de todos los servicios de salud, incluidos los planes de beneficios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud de Fuerza Pública (SNSFP), sin distinción de tipo de usuario.

Parágrafo 1. La administración se realizará mediante Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar (URSSM) y Unidades prestadoras Regionales de Servicios de Salud Policial (UPRES).

Parágrafo 2. La prestación de los servicios de salud a los usuarios será realizada en consideración a los criterios mínimos de Geo referenciación, perfil epidemiológico, situación de salud, grupos de riesgo y disponibilidad de red prestadora de servicios.

TITULO VI

DISPOSICIONES VARIAS SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 75. Adiciónese un nuevo Título a la Ley 923 de 2004:

TÍTULO III

CAPÍTULO I

CONVERSION CAJAS DE RETIRO Y/O ASOCIACIONES DE PENSIONADOS Y JUBILADOS EN FONDOS DE PENSIONES- ADMINISTRACIÓN E INVERSIÓN DE LOS RECURSOS-PASIVO PENSIONAL

Artículo 7. Convertir la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares en fondo de pensiones y convertir la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional en fondo de pensiones, como también las Asociaciones de Pensionados y Jubilados, conforme a los artículos 110 y 111 de la ley 489 de 1998, denominados respectivamente FONDO DE PENSIONES de las Fuerzas Militares y FONDO DE PENSIONES Policía Nacional -Empresas Sociales del Estado (ESE)- que dependerán orgánicamente del Comando General de las Fuerzas Militares y Dirección General de la Policía Nacional.

Artículo 8. La Administración de los aportes parafiscales el reconocimiento y pago de las Asignaciones de Retiro y/o pensión, se hará conforme a lo dispuesto a una Ley que contenga un portafolio de inversión –con fórmula financiera- que se exigirá como mínimo en las inversiones económicas que se hagan con el recaudo parafiscal o recaudo del pasivo pensional, y que garantice un pilar que cumpla con las exigencias económicas que demandan los beneficios señalados en esta Ley, como también la edad de inicio de beneficios, más las partidas computables y el porcentaje del básico, soportado por cálculos actuariales.

Artículo 9. Los recursos parafiscales que se recauden por concepto del pasivo pensional existente, permanecerán en rentabilidad permanente de la inversión que se haga de conformidad con la ley y a título de depósito en el Ministerio de Hacienda, mientras se alcanza la solidez económica de los fondos de pensiones y se garantiza su manejo y cumplimiento, de acuerdo a criterios de la organización de calculistas actuariales, apoyados por una entidad que agrupe financieros.

Artículo 10. Los recursos parafiscales que se recauden por concepto del aporte parafiscal del empleador y del empleado, estarán en rentabilidad permanente en el sector privado o público, nacional o Internacional, y su custodia, vigilancia verificación del cumplimiento del portafolio de inversión, se adelantará conforme a la reglamentación que el Gobierno Nacional expida con el Ministerio de Hacienda, hasta que exista la solidez económica de los fondos de pensiones y se garantice su manejo y cumplimiento.

En el caso en que un miembro de Fuerza Pública cumpla con los requisitos para adquirir la Asignación de Retiro se procederá por el sistema prorrateo, dónde los fondos de pensiones reconocen y pagan la cuota parte de los aportes que hayan administrado, y el Gobierno Nacional cancelará el porcentaje que resulte de la cuota parte de los aportes que no haya girado a los fondos de pensiones.

En caso de que un empleado de Fuerza Pública no alcance a cumplir las cuotas de los Parafiscales para hacerse acreedor a la Asignación de retiro, tiene un plazo de hasta 24 meses para continuar cancelando la cuota parafiscal y cumplir con el requisito. En todos los casos, puede hacer acuerdo de pago y cancelar con las prestaciones sociales los parafiscales faltantes.

Artículo 11. Autorícese al fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y al fondo de pensiones de la Policía Nacional, así como los fondos de pensiones de las Asociaciones de Pensionados y Jubilados, para que instalen las siguientes unidades de negocio:

A. La Caja Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL) y Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR) como entidades de seguridad social adscritas al fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y fondo de pensiones de la Policía Nacional, cancelarán las contingencias de Asignación de Retiro, Pensión y bonos pensionales, en lo posible del rendimiento económico por administración de los parafiscales, con base en el portafolio de inversión.

B. La Caja Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL) y Caja de Sueldos de Retiro de la policía Nacional (CASUR) administrarán las prestaciones sociales que tendrán un rendimiento especial teniendo como base el portafolio de inversión.

C. La Caja Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL) y Caja de Sueldos de Retiro de la policía Nacional (CASUR) se involucre en la prestación de los servicios de Seguridad Social del personal de la Reserva.

D. Los fondos de pensiones:

A. De las Fuerzas Militares y B. de la Policía Nacional tendrá como función:

a. Administrar aportes del empleador y del empleado, para Asignación de Retiro o Pensión de vejez, con base en el portafolio de inversión.

b. Administrar aportes adicionales del y del empleado, con base en el portafolio de inversión, para Asignación de Retiro con una menor edad de la exigida al régimen de prima media con prestación definida.

c. Administrar aportes por nueva vinculación laboral del empleado con Asignación de Retiro.

d. Administrar aportes del empleador para pensión por Riesgos Profesionales.

e. Administrar aportes para acrecimiento asignación de retiro.

f. Administrar prestaciones sociales de activos y retirados.

g. Administrar bonos pensionales.

h. Manejar, Administrar y/o Ejecutar con destinación específica, por su condición de parafiscal, la cuota que se recauda al personal activo y retirado con destino al sostenimiento administrativo de La Caja Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL) y Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR), convertidos en fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y fondo de pensiones de la Policía Nacional y llevara contabilidad por separado.

i. Administrar y/o ejecutar la cuota que se asigne por administrar los ahorros pensionales del personal activo y retirado y llevara contabilidad por separado.

e. Que el fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, administre aportes con base al portafolio de inversión por Alto Riesgo de la profesión.

f. Que el fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, designen un Departamento para identificar Alto Riesgo de la profesión.

g. Que los fondos de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional administre aportes adicionales para acrecentar su asignación de retiro.

h. Que el usuario pueda seguir haciendo desde un nuevo empleo aportes al fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y fondo de pensiones Policía Nacional, a efectos de acrecentar su Asignación de Retiro o pensión. Para EM

i. Que el usuario pueda depositar sus prestaciones sociales, al fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y fondo de pensiones Policía Nacional, de sus nuevos empleos, con rendimientos especiales.

j. Que el retirado siga cotizando al fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y fondo de pensiones de Policía Nacional a efectos de conseguir su asignación de retiro. Para EM

k. A los alumnos de las escuelas de formación, auxiliares de Policía y quienes presten el servicio militar; el Estado le reconozca los parafiscales y el fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y Fondo de Pensiones de la Policía Nacional administre estos recursos.

Artículo 12. Los aportes se establecerán en dos pilares económicos así:

a) Primer Pilar. Los Aportes parafiscales del Régimen de Prima Media por prestación definida, que inicia su beneficio a los 62 años hombre y a los 57 años mujer, con aportes del 12.0% Empleador y 4.0% Empleado, que se administraran en cumplimiento de una Ley de portafolio de inversión, que contenga como mínima exigencia que las pensiones o Asignaciones de Retiro se cancelaran con el producto del rendimiento conseguido.

b) Segundo Pilar. Los aportes parafiscales adicionales por concepto de Alto Riesgo de la Profesión, de conformidad con el Artículo 140 de la ley 100 de 1993, Artículo 17 de la Ley 797 de 2003, los Artículos 48, 49, 338, 365 y 366 de la constitución nacional y Artículos segundo de la ley 225 de 1995, Artículo 29 del decreto 111 de 1996, la ley 923 de 2004 en sus Artículos 2, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 3, 3.10, y 3.13, serán reglamentados por el Gobierno Nacional.

De conformidad con la Ley 4 de 1992, el Gobierno Nacional expedirá el régimen de los servidores públicos que laboren en actividades de alto riesgo, teniendo en cuenta una menor edad de jubilación o un número menor de semanas de cotización -o ambos requisitos- Se consideran para este efecto las actividades de Alto Riesgo aquellas que cumplen algunos sectores tales como empleados uniformados de la Fuerza Pública, sin desconocer derechos adquiridos y se administrado por el régimen de capitalización, con cuentas de ahorro individual.

El Gobierno Nacional establecerá los puntos porcentuales adicionales de cotización a cargo del empleador, o del empleador y el trabajador, según cada actividad.

Parágrafo 1. En la reglamentación del portafolio de inversión, se calculará la rentabilidad mínima de la explotación de los recursos parafiscales, con un indicador financiero que garantice el cumplimiento de las obligaciones que tiene el fondo en la prestación de los servicios y cumplimiento de los beneficios.

Artículo 13. En los casos en que un miembro de Fuerza Pública sea retirado y no cumpla con los requisitos para adquirir la asignación de retiro, y demuestre haber prestado servicio en una de las entidades de la Fuerza Pública podrá mutuo propio seguir aportando al fondo, en este caso aportará el valor completo de todos los parafiscales que le correspondan.

Los afiliados al Sistema de Pensiones de la Fuerza Pública, una vez efectuada la vinculación inicial, sólo podrán trasladarse de régimen por una sola vez cada cinco (5) años, contados a partir de la vinculación inicial. Después de un (1) año de la vigencia de la presente ley, el afiliado no podrá trasladarse de régimen cuando le faltaren diez (10) años o menos para cumplir la edad para tener derecho a la pensión de vejez (Equivalente a Asignación de Retiro).

Así mismo, el Gobierno Nacional aportará los parafiscales para pensión de vejez de los soldados regulares, auxiliares de policía, que liquidará sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 14. Traslado de Fondo. Para el traslado de un usuario del fondo de pensiones, se tendrá en cuentas dos criterios:

a) Si el traslado se produce del Régimen de Prestación Definida al de Ahorro Individual con Solidaridad, habrá lugar al reconocimiento de bonos pensionales en los términos previstos por la Ley.

b) Si el traslado se produce del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al Régimen de Prestación Definida, se transferirá a este último el saldo de la cuenta individual, incluidos los rendimientos en términos de semanas cotizadas, de acuerdo con el salario base de cotización.

Artículo 15. El aporte parafiscal del empleador para la Asignación de Retiro de los miembros de la Fuerza Pública, será fijado sobre las partidas computables para la misma, y estará a cargo de Fuerzas Miliars y Policía Nacional, y el aporte parafiscal del empleado para la Asignación de Retiro de los miembros de la Fuerza Pública, será fijado sobre las partidas computables para dicha asignación, y estará a cargo del empleado, en un porcentaje que no será inferior a lo dispuesto en las disposiciones que rigen para las entidades administradoras del régimen de prima media, con prestación definida y a la inspección y vigilancia del Estado.

Artículo 16. Los puntos porcentuales adicionales de cotización a cargo del empleador y el trabajador, según cada actividad por ejercer una profesión de alto riesgo, teniendo en cuenta una menor edad de jubilación o un número menor de semanas de cotización, o ambos requisitos son: El aporte parafiscal Patronal Adicional por Alto Riesgo de la Profesión para la Asignación de Retiro de los miembros de la Fuerza Pública, será fijado sobre las partidas computables para dicha asignación, en un equivalente mínimo de 5.0 puntos y máximo de 20.0 Puntos y estará a cargo de Fuerzas Miliars y Policía Nacional; y el aporte parafiscal del empleado Adicional por Alto Riesgo de la Profesión para la Asignación de Retiro de los miembros de la Fuerza Pública, será fijado sobre las partidas computables para esta asignación, en un equivalente mínimo de 1.0 puntos y máximo de 3.0 Puntos y estará a cargo del empleado.

Parágrafo 1. La cuota mensual equivalente al uno por ciento (1.0%) mensual de lo devengado, como también de los ajustes salariales anuales, el equivalente a diez (10) días a fecha del aumento que se viene recaudando, en condición de parafiscales con destinación específica única para administración y sostenimiento de la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares o Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, y de los ahorros que existan se puede hacer inversión en la adquisición de Centros Recreacionales en las Regiones y la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares o Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, dándose la eventualidad de una sola Adquisición en la Región.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional fijará una cuota por el manejo de las cuentas de ahorro pensional, por su condición de Parafiscal con destinación específica al sostenimiento administrativo de La Caja Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL) y Caja de Sueldos de Retiro de la policía Nacional (CASUR), convertidos en fondos de pensiones de las Fuerzas Militares y fondos de

pensiones de la Policía Nacional, cada uno de éstos con su respectiva contabilidad.

Las Unidades Regionales existentes tendrán participación activa en los servicios que se presten o financien con los recursos que tienen destino administración y sostenimiento de la Caja.

CAPÍTULO II

RECURSOS DEL PASIVO PENSIONAL – EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD- INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Artículo 17. Crease el Fondo de Solidaridad Económica del Ministerio de Defensa Nacional, conformado principalmente por las empresas del Grupo Social y Empresarial de sector Defensa (GSED), que tendrá la siguiente destinación.

1. Unidades de Pago por Capitalización (UPC), fijadas para el plan integral de salud, que resultare negativa y pueda causar desfinanciación en una vigencia fiscal a los subsistemas de salud de la Fuerza Pública.
2. Cofinanciar la investigación médico-científica, relacionada directamente con el Alto Riesgo de la profesión.

En caso de registrarse un superávit, se aportará para una reserva de recursos, destinadas al pago de la Asignación de Retiro y Pensión.

Artículo 18. Créase el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud de la Fuerza Pública (FOGFO), como un fondo cuenta de la Dirección Nacional de Salud de la Fuerza Pública, sin personería jurídica ni planta de personal, para su gestión y funcionamiento.

La destinación de los recursos del fondo y garantías en salud de la Fuerza Pública (FOGEP), será establecida por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, atendiendo los requerimientos de la Dirección Nacional de Salud de la Fuerza Pública, la Dirección de Salud de las Fuerzas Militares, y la dirección de salud de la Policía Nacional.

Artículo 19. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias

TITULO VII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 76. Control y vigilancia. La Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección vigilancia y control al Sistema Nacional de Salud de la

Fuerza Pública (SNSFP), dentro de los términos de su competencia y acorde a las normas propias de este Régimen de Excepción.

Artículo 77. Instituciones de formación y desarrollo del recurso humano en el área de la salud. Las instituciones de formación y desarrollo del recurso humano, previa aprobación del Ministerio de Educación Nacional, serán:

1. La facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada,
2. Escuelas de auxiliares de enfermería.
3. Escuelas de Formación y Capacitación de Oficiales, Suboficiales y Nivel Ejecutivo de cada Fuerza y de la Policía Nacional, en el Área de la Salud.
4. Otras instituciones de formación y capacitación en salud en el País o en el exterior - públicas o privadas- con las que se suscriba el respectivo convenio.

Artículo 78. 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 Sistema Nacional de Salud de La Fuerza Pública (SNSFP).

Artículo 79. Movilidad. Los establecimientos de sanidad militar y policial, atenderán a cualquier usuario del sistema que requiera el servicio de salud, sin perjuicio de la unidad a la cual se encuentre adscrito.

El usuario tiene derecho a la movilidad de un subsistema de salud a otro subsistema de salud de la Fuerza Pública, en conformidad con la respectiva reglamentación expedida por el Gobierno Nacional.

Artículo 80. Verificación. En los municipios donde no existan oficinas de la Superintendencia de Salud, la Defensoría del Pueblo y/o las Personerías Municipales tendrán la función de verificar la prestación del servicio de salud en forma continua, por lo que la existencia de medios y elementos o contratos que garanticen el principio de continuidad en la prestación del servicio.

Artículo 81. En conformidad con el numeral 10 del Artículo 879 de la Ley 633 de 2000, los Subsistemas, las Regionales de Salud (RASES) y las Unidades Prestadoras de Salud (UPRES) están obligadas a llevar una contabilidad separada, en la que se diferencien los recursos por pagos en la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, y los recursos obtenidos por otros servicios complementarios o suplementarios.

Artículo 82. En conformidad con la Ley 1150 de 2007, se faculta a los ordenadores del gasto del sistema de salud de la fuerza pública, para contratar con el procedimiento de selección abreviada, ampliando los topes hasta por tres veces más.

Artículo 83. Procesos de elección. Los representantes ante el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), Comité de Salud de las Fuerzas Militares,

Comité de Salud de la Policía Nacional, Consejo Directivo del Hospital Militar Central, y juntas directivas de las regionales de salud, serán elegidos simultáneamente para un período de dos años, en un proceso de escrutinio, selección y elección, coordinado por la caja de retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL), y reglamentado previamente por el Viceministerio del grupo social empresarial del sector defensa 'gsed' y bienestar.

Artículo 84. Nombramiento de directivos. Los directivos del sistema de salud de la fuerza pública serán nombrados por:

1. El Director General del Fondo de Solidaridad Económica, será nombrado por el Señor Presidente de la República de terna enviada por:
 - a. Comando General de las Fuerzas Militares (elección interna).
 - b. Policía Nacional (Elección interna)
 - c. Empleados civiles del Ministerio de la Defensa (Elección interna).
2. El Director General de Salud de la Fuerza Pública (DGSF), será nombrado por el Señor Presidente de la República y de terna enviada por: Un candidato del Comando General de las Fuerzas Militares. Un candidato de la Dirección General de la Policía Nacional. Un candidato elegido por las Direcciones de los dos Subsistemas de Salud junto con todas las RASES del Sistema de Salud de la Fuerza Pública.
3. El Director General del Hospital Militar Central será nombrado por el Ministro de Defensa Nacional y de terna enviada por el consejo Directivo del Hospital Militar Central
4. El Director Nacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, por el Ministro de la Defensa de terna presentada por el Comando General de las Fuerzas Militares.
5. El Director Nacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, por el Ministro de la Defensa de terna presentada por el Director General de la Policía Nacional.
6. El Director Regional de RASES del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, por el Comando General de las Fuerzas Militares de terna presentada por el Comando Regional de las Fuerzas Militares, donde la RASES tenga su sede principal.
7. El Director Regional de RASES del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, por el Director General de la Policía Nacional de terna presentada por el Director Regional de la Policía Nacional, donde la RASES tenga su sede principal.

TITULO VIII

DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Artículo 85. 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, con domicilio en Bogotá, D.C.

Artículo 86. 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 Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Parágrafo 1. La entidad desarrollará actividades de docencia e investigación científica, acordes con las patologías propias de los afiliados al Sistema de Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) y sus beneficiarios.

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

Artículo 87. Funciones. El Hospital Militar Central tendrá las siguientes funciones:

1. Prestar atención médica con calidad, oportunidad y eficiencia a los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).
2. Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).
3. Adelantar estudios de investigación científica en áreas médicas, paramédicas y administrativas.
4. Promover el desarrollo y bienestar del personal vinculado a la estructura orgánica del Hospital.
5. Una vez satisfecha la demanda de interna de atención de servicios de salud, podrá ofrecer sus servicios a particulares.

Parágrafo 1. Las funciones del Hospital Militar Central deberán desarrollarse en conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos fijados por su consejo directivo, aprobados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), y previo cumplimiento de los requerimientos del Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Lo establecido en el ordinal b del presente Artículo, será reglamentado por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), estableciendo la estructura y contenido de cada programa académico, como también la obligatoriedad de estudiantes y graduandos de prestar en retribución y transitoriamente sus servicios al Hospital Militar Central.

Artículo 88. 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:

1. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro del grupo social empresarial del sector defensa 'gsed' y bienestar.
2. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto.
3. El Ministro de Salud y Protección Social o el Viceministro de salud.
4. El Director General de Sanidad Militar o el subdirector de salud de la misma.
5. Un representante del personal de Oficiales en goce de Asignación de Retiro o Pensión de las Fuerzas Militares, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
6. Un representante del personal de Suboficiales en goce de Asignación de Retiro o Pensión de las Fuerzas Militares, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
7. El Subdirector de Gobierno, Seguridad y Justicia de la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público o quien haga sus veces, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
8. Un representante del personal de soldados e infantes de marina profesionales, en goce de Asignación de Retiro o Pensión de las fuerzas militares, nominado por las respectivas Asociaciones de Pensionados y Jubilados.
9. Un representante del cuerpo médico del Hospital Militar Central.
10. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados del Hospital Militar Central.

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

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

Artículo 89. Funciones del Consejo Directivo. Son Funciones del Consejo Directivo:

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

2. 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.

3. Evaluar periódicamente la gestión y la ejecución administrativa del Hospital.

4. Elaborar y presentar al director general del Hospital Militar Central, las modificaciones a la estructura orgánica que considere pertinentes, adoptar los estatutos internos de la entidad y demás reformas conforme a lo dispuesto en sus actos de creación o reestructuración.

5. Aprobar u objetar los balances de ejecución presupuestal y los estados financieros y patrimoniales del Hospital, en conformidad con las normas vigentes y emitir concepto sobre los mismos y hacer las sugerencias para mejorar el desempeño Institucional.

6. Aprobar el anteproyecto de presupuesto de funcionamiento e inversión y los de adición y traslados presupuestales de la entidad.

7. Vigilar y controlar los planes funcionamiento e inversión con arreglo a la Ley y los reglamentos.

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

9. Estudiar y aprobar el Plan de Desarrollo Institucional.

10. Aprobar los Planes Operativos Anuales.

11. Identificar costos y Aprobar las tarifas internas y externas para la prestación de los servicios de la entidad.

12. Proponer mecanismos de supervisión y control al funcionamiento general del Hospital, incluidos planes, programa y proyectos, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto social en armonía con las políticas del Consejo Superior de Salud de La Fuerza Pública (CSSFP).

13. Darse su propio reglamento.

Artículo 90. Funciones. El Director General del Hospital Militar Central tendrá las siguientes funciones:

1. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de planes, programas y proyectos, más el cumplimiento de las funciones generales del Hospital

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

3. Administrar la planta de personal del Hospital Militar Central y el personal uniformado asignado a esa entidad de acuerdo con las normas vigentes.
4. Ejercer y dar aplicación al régimen disciplinario previsto en las disposiciones legales vigentes
5. Implementar las políticas y lineamientos que formule el Consejo Superior de Salud de las Fuerza Pública, que sean de su competencia y aquellos establecidos por el Consejo Directivo del Hospital Militar Central, en concordancia con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación Nacional, en los casos que se necesite de la licencia de éste para la capacitación.
6. Presentar al Consejo Directivo los planes, programas y proyectos que deben proponerse para su incorporación a los planes sectoriales y en consecuencia al Plan Nacional de Desarrollo.
7. Presentar al Consejo Directivo la política de mejoramiento continuo de la entidad, así como los programas orientados a garantizar el desarrollo administrativo.
8. Presentar a consideración del Consejo Directivo las modificaciones necesarias a la estructura orgánica, estatuto interno y planta de personal, previa consulta con la Dirección Nacional de Sanidad de la Fuerzas Militares.
9. Realizar el seguimiento y control al funcionamiento general del Hospital, garantizando la articulación del Modelo de Atención Integral en Salud ((MATIZ)) establecido para el Subsistema de Salud Militar-.
10. Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el Consejo Superior de Salud De La Fuerza Pública (CSSFP).
11. Establecer mecanismos de control y seguimiento al sistema obligatorio de control de calidad de los servicios de salud, para garantizar a los usuarios atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.
12. Representar al Hospital judicial y extrajudicialmente y nombrar los apoderados que demande la defensa de los intereses de la entidad.
13. Adoptar las tarifas establecidas por la ley en cuanto se requiera para la venta de servicios de salud.
14. Las demás que disponga la ley.

Parágrafo. Para ejercer el Cargo de Director General del Hospital Militar Central se requiere preferentemente ser miembro de las Fuerzas Militares en actividad o Asignación de Retiro, dado caso Oficial General o de Insignia u Oficial Superior de las Fuerzas Militares, en actividad o en goce de asignación de retiro; como también ser profesional especializado y con experiencia en administración de servicios de salud.

Artículo 91. Régimen de Personal. Las personas vinculadas al Hospital Militar Central estarán sujetas al régimen laboral vigente.

Artículo 92. Patrimonio y recursos. Los recursos y el patrimonio del Hospital Militar Central estarán conformados por:

1. Las partidas que se le destinen en el Presupuesto General De La Nación.
2. La venta de servicios de salud afiliados y beneficiarios.
3. Los bienes Patrimoniales que posee y los que adquiriera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.
4. La venta de servicios de salud a particulares, docencia e investigación científica.
5. La venta de elementos y productos que produzca el Hospital y el arrendamiento de las áreas que le son propias.
6. Empréstitos internos o externos que el Gobierno obtenga con destino al Hospital.
7. Donaciones y subvenciones que reciba de las entidades públicas y privadas, Nacionales o Internacionales y de personas naturales.
8. Convenios interadministrativos con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema, como también por los convenios interadministrativos con otras entidades públicas o privadas.

Parágrafo. Los recursos que no correspondan al pago de servicios prestados, estarán a título de depósito a favor de la entidad depositaria.

Artículo 93. 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, en concordancia con el régimen de vigilancia y control del subsistema de sanidad de las fuerzas militares.

Artículo 94. Incentivos. El Gobierno Nacional podrá establecer un régimen de incentivos y estímulos, que en ningún caso constituirán salario ni partidas computables para pensión o asignación de retiro, con el fin de promover el eficiente desempeño de los profesionales de la salud y los empleados del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), incluida la capacitación continua.

Artículo 95. Control y vigilancia. Sin perjuicio del control ejercido por otras entidades de control del Estado y dependencias del Ministerio de Defensa Nacional, la Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará la prestación de servicios y el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas por parte del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), con sujeción a las mismas normas previstas para el Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 96. Vigencia. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Cordialmente,



ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO
Senador de la República.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1992)

El día 04 del mes Octubre del año 2023

se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº. 179 Acto Legislativo N°. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: Hs Alejandro Carlos Chacon

Camargo



SECRETARIO GENERAL

Bogotá D.C., septiembre de 2023.

Doctor
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General
Senado de la República
Ciudad.

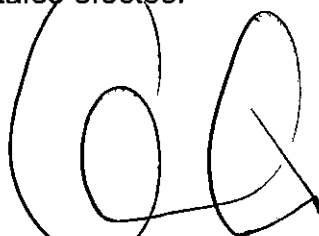
Ref. Radicación Proyecto de Ley.

Respetado Doctor Eljach:

En el marco de las funciones constitucionales y legales que me asisten en calidad de Senador de la República, me permito radicar el Proyecto de Ley *"Por medio del cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), modifica su Régimen de Pensiones y Asignación de Retiro, y se dictan otras disposiciones"*.

En tal sentido, respetuosamente solicito proceder según el trámite previsto legal y constitucionalmente para tales efectos.

Cordialmente,



ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO
Senador de la República.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

ÍNDICE TEMÁTICO

- I. OBJETO DEL PROYECTO
 - I.I. OBJETIVOS ESPECÍFICOS - SALUD
 - I.II. OBJETIVOS ESPECIFICOS – PENSIONES
- II. MARCO CONSTITUCIONAL
- III. MARCO LEGAL
- IV. MARCO JURISPRUDENCIAL
- V. CONVENIENCIA DEL PROYECTO
- VI. ESTRUCTURA DEL PROYECTO
- VII. ANÁLISIS DEL ARTICULADO
- VIII. MARCO FISCAL
 - VIII.I.I. DIAGNÓSTICO
 - VIII.I.II. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN - SALUD
 - VIII.II. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN – ASIGNACIÓN DE RETIRO
- IX. PROYECTO DE LEY
- X. GLOSARIO

I. OBJETO DEL PROYECTO

El proyecto de ley tiene fundamentalmente tres aspectos:

Primero, reestructurar el **Sistema de Seguridad Social de los miembros de las Fuerzas Militares (FF.MM), y de Policía Nacional (PN)**, específicamente en la prestación de los servicios de salud.

Segundo, definir el tema del **Alto Riesgo de la profesión**, en concordancia con el Plan de Salud ATP, y el Plan de Salud para los afiliados no cotizantes.

Tercero, establecer unos parámetros y condiciones para el efectivo reconocimiento y pago de la **Asignación de Retiro y Pensión**.

En cuanto al **Primero**, la reestructuración en materia de salud de las Fuerzas Militares (FF.MM) y de la Policía Nacional (PN), es necesaria especialmente en el aspecto institucional, como también en el mejoramiento del **Talento Humano**, aseguramiento, descentralización y competencias. (**Artículos 1 – 74**).

Se legisla sobre sistema de equilibrio financiero y de prestación del servicio de salud, flujo de recursos, control y vigilancia, sistemas de información y participación de los usuarios.

Entre los factores innovadores y novedosos para la Fuerza Pública en la iniciativa, se encuentra que **“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 ley 1751 de 2015 (...), **(Principios - Aceptabilidad – Artículo 5).**

La iniciativa hace énfasis además en que “los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) 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 o suspendido por razones administrativas o económicas, hasta que se concluya el ciclo de atención pertinente para cada caso, en todas las circunstancias y condiciones del servicio,** incluso en uso del retiro” **(Principios – Continuidad – Artículo 5).**

El **segundo**, es crear la **excepcionalidad** del servicio de salud caracterizada en el **Alto Riesgo de la profesión**, salud operacional y los apoyos a las operaciones inherentes a la función de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional **(Artículo 54).**

Es de anotar que en materia de salud y en materia de pensiones -por concepto de **Alto Riesgo**- se puede legislar sin ningún inconveniente, porque el mismo no se encuentra entre los regímenes especiales y exceptuados con su respectiva final de vigencia, establecido en el Artículo 48 de la Constitución política y el consecuente Decreto 2093 de 2003.

Un aspecto fundamental en este Proyecto de Ley, es que asegura “un Veinticinco por ciento (25%) de una UPC por cada usuario, para Alto Riesgo de la Profesión”, **(Numeral 4 – Artículo 2; Numeral 22 - Literal C – Artículo 17)**

El **Tercero** pretende resolver el **PASIVO PENSIONAL** que el Estado Colombiano le adeuda a los miembros de la Fuerza Pública, con una propuesta ágil y de fácil concepción y cumplimiento, sin que la reserva tenga que desprenderse de sus activos caracterizados como sus ahorros pensionales, y que sean los rendimientos de la administración de los parafiscales, la forma de resolver el pago de las Asignación de Retiro **(Artículo 75).**

Para tal fin, la iniciativa establece que con corte en una fecha –establecida por el Gobierno Nacional- se inicie a pagar los parafiscales del personal activo de la Fuerza Pública, a un fondo de pensiones -administrado por sus organizaciones públicas- en búsqueda de una formula financiera que permita garantizar en un

corto tiempo un pilar con rendimientos especiales, para que los rendimientos económicos que produzca la administración -siguiendo los parámetros del portafolio de inversión- se pueda pagar la Asignación de Retiro y de esta forma liberar al Estado Colombiano de esta carga económica.

Las inversiones de los Parafiscales está relacionado entonces con el establecimiento de un portafolio de inversión –a través de una Ley expedida por el Congreso de la Republica- con la fórmula financiera de las inversiones que se hagan, para poner a rentar los ahorros pensionales y así garantizar la Asignación de Retiro y la Pensión.

En conclusión, el Proyecto de Ley crea el marco institucional, fiscal y operativo, que permite garantizar a más de 400.000 efectivos de las Fuerzas Militares (FF.MM) y la Policía Nacional (PN), conformado por hombres y mujeres, quienes tienen el deber de defender la seguridad nacional y la vida de los ciudadanos, exponiendo la suya propia, así como a su núcleo familiar, siendo una población superior al millón trecientos mil (1.300.000) usuarios.

I.I. OBJETIVOS ESPECIFICOS – SALUD

Con el fin de corregir vacíos legislativos de la Ley 352 de 1997, que “reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”; y el Decreto 1795 de 2000, que “estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”, se establecen los siguientes objetivos específicos:

1. Crear un PLAN NACIONAL DE SALUD ASISTENCIAL GENERAL –como también para salud por alto costo, más promoción y prevención- financiado con el 8.5% del empleador y 4% del empleado, siendo obligatoria la identificación de los costos por este concepto, separándolo de los demás planes de salud, y creándole un mecanismo que identifique el EQUILIBRIO FINANCIERO del programa de Salud (**Artículo 61**).

2. Crear el Plan de Salud por el Alto Riesgo de la profesión, siendo obligatorio a la identificación de los costos por este concepto, separándolo de los demás planes de salud, y creándole un mecanismo que identifique el EQUILIBRIO FINANCIERO del programade Salud (**Artículo 54**).

3. Crear el PLAN DE SALUD PARA ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL, que incluye la salud operacional y sus anexas, financiado con el 5% de nómina de los activos de la Fuerza Pública, en donde es obligatorio la identificación de los costos por este concepto, separándolo de los demás planes de salud y creándole un mecanismo que identifique el EQUILIBRIO FINANCIERO del programa de Salud (**Artículo 55**).

4. Crear el PLAN DE SALUD PARA LOS NO COTIZANTES de la Fuerza Pública, financiado con una UPC más del 25% de la misma por cada no cotizante, y

obligando a la identificación de los costos por este concepto, separándolo de los demás planes de salud, y creándole un mecanismo que identifique el **EQUILIBRIO FINANCIERO** del programa de Salud (**Artículo 57**).

5. Crear un procedimiento para identificar los costos de:

- a. PLAN DE SALUD GENERAL ASISTENCIAL DE LA FUERZA PÚBLICA (PSSFP).
- b. PLAN DE SALUD POR CONCEPTO DEL ALTO RIESGO DE LA PROFESIÓN.
- c. PLAN DE SALUD PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL SALUD OPERACIONAL Y SUS DERIVADOS.
- d. PLAN DE SALUD PARA LOS AFILIADOS NO COTIZANTES.

6. Crear la excepcionalidad del servicio de salud caracterizada en el **Alto Riesgo** de la profesión, salud operacional y los apoyos a las operaciones inherentes a la función de Policía Nacional y Fuerzas Militares.

7. Definir los criterios a tener en cuenta por parte de la autoridad administrativa, para identificar los costos de los cuatro programas de salud que tiene la bolsa pública.

8. Crear la Red Hospitalaria del Sistema Nacional de salud de la Fuerza Pública.

9. Crear la Dirección Nacional de Salud de la Fuerza Pública, con funciones de organización con unidad de gestión, y coordinación de los subsistemas de salud de la Fuerza la salud por alto costo, y salud promoción y prevención.

10. Crear las **Unidades Regionales de Salud** de la Fuerza Pública, como Empresas Sociales del Estado, inmersas en las UPRES que la conforman, con sus respectivas juntas directivas, con funciones concurrentes con la dirección nacional de salud de los Subsistema de salud, en conformidad con el Artículo 2 de la Ley 225 en 1995 (**Artículo 25 - 29**).

11. Crear como responsabilidad la prestación del servicio de salud al Sistema Nacional de Salud Fuerza Pública, y excepcionalmente la posibilidad de la intermediación.

12. Crear la autonomía profesional médica, la integración funcional y la autonomía funcional.

13. Crear derechos y deberes de los afiliados y beneficiarios, como también los trabajadores de la salud, incluidos aspectos como autonomía médica y dignidad humana.

14. Crear funciones al Consejo Superior de Salud, en conformidad con los artículos 48, 49, 338, 365 y 366 de la Constitución Política, el Artículo 2 de la Ley 225 de 1995, el Artículo 29 del Decreto 111 de 1996, y la Ley 1751 de 2015.

15. Delegar al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, la toma de decisiones sobre identificación de los costos de los programas de salud, que le permita exigir los recursos necesarios, para el cumplimiento de la misión.
16. Crear las estructuras de costos -diseñadas por el Ministerio de Salud- para cubrir por separado cada uno de los programas de salud, y en caso de encontrar un faltante, resolver mediante acuerdo el registro del faltante que le corresponde resolver al empleador, para la prestación del servicio de salud por este concepto, que será de obligatorio cumplimiento para el Ministerio de Defensa Nacional, con sus Fuerzas Militares y Policía Nacional.
17. Resolver la enmienda presupuestal que presente el subsistema de salud con cargo al empleador; la enmienda presupuestal que presente la regional de aseguramiento en salud (RASES) con cargo al subsistema; la enmienda presupuestal que presente la unidad regional prestadora de servicio (UPRES) con cargo a la Regional o RASES. **(Características – Descentralización y desconcentración – Artículo 6).**
18. Transformar la misión de **Talento Humano**, evolucionando de una comisión de servicio por corto tiempo, a uno que pertenezca a **una especialidad del servicio desalud, con estabilidad y continuidad.**
19. Establecer la obligatoriedad para que el Empleador haga los respectivos aportes para no cotizantes por accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
20. Establecer la obligatoriedad de los aportes por la **doble vinculación laboral**, que presentan los afiliados al sistema, que permita estos recursos la cofinanciación de enfermedades de alto costo o ruinosas.
21. Establecer la obligatoriedad de la separación de cuentas, logrando una efectiva identificación de costos de los planes de salud, como también un seguimiento y control para la prestación eficiente del servicio.
22. Establecer la responsabilidad de las regionales para adelantar una estricta y eficiente contabilidad sobre la ejecución del presupuesto.
23. Establecer mecanismos de seguimiento y verificación, para que el **cónyuge, compañero o compañera** permanente del afiliado, haga los aportes que está obligado cuando tenga **una relación laboral o contractual o ingresos adicionales.**
24. Establecer mecanismos para la efectiva vinculación al núcleo familiar del afiliado, los beneficiarios dependientes económicamente de éstos, como padres del personal de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y los nietos menores de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años, que certifiquen además la calidad de estudiantes.
25. Modificar los procedimientos del **Fondo Cuenta**, para coadyuvar a la Facultad de identificar una tarifa, estableciendo además el modo de hacer el reparto de los

beneficios que se sufraga, en cumplimiento del Artículo 338 de la Constitución Política.

26. Fijar los recursos del **Fondo y Garantías en Salud de la Fuerza Pública (FOGFP)**, establecida por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), atendiendo los requerimientos de la Dirección Nacional de Salud de la Fuerza Pública, la Dirección de Salud de las Fuerzas Militares, y la Dirección de Salud de la Policía Nacional. (**Artículo 75**)

27. Establecer la facultad a los ordenadores del gasto del Sistema de Salud de la Fuerza Pública, para contratar con el procedimiento de **Selección Abreviada**, ampliando los topes hasta por tres veces más (**Artículo 82**).

28. Establecer los términos y procedimientos para la inclusión del Hospital Militar Central al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. (**Artículo 85**)

I.II. OBJETIVOS ESPECIFICOS – PENSIONES

Con el fin de suplir vacíos legislativos de la Ley 923 de 2004, sobre **la fijación del régimen pensional y de Asignación de Retiro de los miembros de la Fuerza Pública** y el Decreto 4433 de 2004, en cuanto a la Asignación de Retiro de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”, se establecen los siguientes objetivos específicos:

1. Estructurar la **Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, como una entidad de seguridad social en el orden pensional** y de prestaciones sociales, que tenga estas funciones (**Artículo 75**):

- Cubrir las contingencias de Asignación de Retiro, pensión y bonos pensionales, en un eventual rendimiento económico por administración de los parafiscales, con base en el portafolio de inversión.
- Administrar aportes del empleador y el empleado, para Asignación de Retiro o pensión de vejez, con base en el portafolio de inversión.
- Administrar aportes adicionales del empleador y el empleado para Asignación de Retiro, con base en el portafolio de inversión.
- Administrar aportes por doble vinculación del empleado con Asignación de Retiro.
- Administrar aportes del empleador para pensión de **RIESGOS PROFESIONALES**.
- Administrar aportes para acrecimiento Asignación de Retiro.
- Administra prestaciones sociales de activos y retirados.
- Administrar bonos pensionales.

- Administrar aportes con base al portafolio de inversión por ALTO RIESGO de la profesión.

2. Establecer un Departamento para identificar ALTO Riesgo de la profesión.
3. Establecer el beneficio de aportes adicionales del empleado y el empleador, para una menor edad de Asignación de Retiro, en donde se favorezca de aportes adicionales del empleador y del empleado, para una menor edad de Asignación de Retiro (Alto Riesgo Profesión).
4. Autorizar los aportes de un nuevo empleo al Fondo, con el fin de incrementar la Asignación de Retiro.
5. Autorizar depósito de prestaciones sociales de un nuevo empleo al Fondo, con rendimientos especiales.
6. Autorizar a que el retirado continúe cotizando en el Fondo, a efecto de conseguir su Asignación de Retiro.
7. Fijar un rendimiento especial del bono pensional.
8. Autoriza el depósito de prestaciones sociales de un nuevo empleo al Fondo.
9. Autorizar la destinación de los parafiscales para los alumnos de las escuelas de formación, auxiliares de policía y quienes presten el servicio militar.
10. Autorizar al retirado el depósito de sus prestaciones sociales en el Fondo de un eventual nuevo empleo.
11. Autorizar al usuario el depósito de sus prestaciones sociales, al fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y fondo de pensiones Policía Nacional, de sus nuevos empleos, con rendimientos especiales.
11. Reconocer a los alumnos de las escuelas de formación, auxiliares de Policía y quienes presten el servicio militar, los parafiscales y el fondo de pensiones de las Fuerzas Militares y Fondo de Pensiones de la Policía Nacional administre estos recursos. (Nota: Consultar VI. ESTRUCTURA DEL PROYECTO).

II. MARCO CONSTITUCIONAL

En el **Artículo 216 del Capítulo 7 del Título VII – Rama Ejecutiva de la Constitución Política de Colombia**, se establece que “la fuerza pública estará integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional...”.

El **Artículo 217** dice que “la Nación tendrá para su defensa unas fuerzas militares permanentes constituidas por el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea”, y precisa que “las Fuerzas Militares tendrán como finalidad primordial la defensa de la

soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y del orden constitucional.

Y el **Artículo 48**, establece inicialmente que “la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.

El **Artículo 49** establece: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (...) Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

El **Artículo 338** establece que “en tiempo de paz, solamente el Congreso, (...) podrán imponer contribuciones (...) parafiscales. La Ley, (...) deben fijar, directamente, los sujetos activos y pasivos, los hechos y las bases gravables, y las tarifas de los impuestos”.

“La Ley, (...) pueden permitir que las autoridades fijen la tarifa de las tasas y contribuciones que cobren a los contribuyentes, como recuperación de los costos de los servicios que les presten o participación de los beneficios que les proporcionen; pero el sistema y el método para definir tales costos y beneficios, y la forma de hacer su reparto, deben ser fijados por la ley, (...)”.

Las Leyes (...) que regulen contribuciones en las que se base sea el resultado de hechos ocurridos durante un período determinado, no pueden aplicarse sino a partir del período que comience después de iniciar la vigencia de la respectiva ley, ordenanza o acuerdo.

En el **Artículo 365** se deben destacar la finalidad social del Estado y de los servicios públicos: “los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”.

El **Artículo 366** señala que “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son las finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades Territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.

En cuanto a la seguridad social, y con base en el mandato constitucional dispuesto en los **Artículos 48, 49 y 338**, la salud y las Asignaciones de Retiro, han sido

elevadas a la categoría de derechos fundamentales, en condiciones de eficiencia, oportunidad, integralidad y calidad.

III. MARCO LEGAL

La **Ley 100 de 1993** creó el Sistema General de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema de Riesgos Profesionales, los servicios sociales complementarios y las Empresas Sociales del Estado.

El legislador, en concordancia con el postulado constitucional de excepción, **excluyó del sistema integral de seguridad social a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional**, y al personal regido por el Artículo 279 del Decreto-Ley 1214 de 1990.

Decretos 352 y 1301

Los Decretos 352 y 1302 de 1994 reglamentaron el Instituto Nacional de Bienestar y Seguridad Social de la Fuerza Pública, y la prestación de servicios a cargo del Sistema Nacional de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Ley 352 de 1997.

En desarrollo de los principios constitucionales de la seguridad social y del régimen de excepción —establecido en la Ley 100 de 1993- la Ley 352 de 1997, reestructura nuevamente el Sistema de Salud de la Fuerza Pública, como también el personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, en forma independiente y armónica con su organización logística y su misión constitucional.

Decreto-ley 1795 de 2000.

El Decreto-ley 1795 de 2000, que modifica y adiciona la Ley 352 de 1997, reorganiza el Sistema de Salud de la Fuerza Pública.

Decreto 1796 de 2000.

El **Decreto 1796 de 2000** “regula la evaluación de la capacidad sicofísico y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional, vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.

Decreto 94 de 1898.

Con una vigencia parcial, el **Decreto 94 de 1989** "reforma el estatuto de la capacidad sicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones del personal de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Soldados, Grumetes, Agentes, Alumnos de las Escuelas de Formación y personal civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional.

Decreto 2698 de 2014.

En el **Artículo 1** del **Decreto 2698 de 2014**, se aumenta "el valor del Presupuesto Per cápita para el sector defensa (PPCD), del veinte por ciento (20%) al veinticinco por ciento (25%), **para financiar el Plan de Servicios de Sanidad Militar de los afiliados no sometidos al régimen de cotización del Subsistema de Salud de...(...)**

El **Artículo 2** aumenta "la diferencia entre el valor Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD) y la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social de la Ley 100 de 1993 (UPC), del veinte por ciento (20%) al veinticinco por ciento (25%) **para apoyar la financiación del Plan de Servicios de Sanidad Militar de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Subsistema de Salud... (...)**

Y el **Artículo 3** aumenta "el ingreso por concepto de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional - ATEP al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares proveniente de la Nómina del Ministerio de Defensa, del dos por ciento (2%) al tres por ciento (3%)".

Decreto 1454 de 2017.

El **Artículo 2.5.10.1.** del **Decreto 1454 de 2017**, aumenta "el valor del Presupuesto Per cápita para el Sector Defensa (PPCD), del veinte por ciento (20%) al veinticinco por ciento (25%), **para financiar el Plan de Servicios de Sanidad Policial de los afiliados no sometidos al régimen de cotización del Subsistema de Salud de la Policía Nacional**".

El **Artículo 2.5.10.2** aumenta "la diferencia entre el valor del Presupuesto Per cápita para el Sector Defensa (PPCD) y la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993 (UPC), del veinte por ciento (20%) al veinticinco por ciento (25%) **para apoyar a la financiación del Plan de Servicios de Sanidad Policial de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional**".

El **Artículo 2.5.10.3.** aumenta "el ingreso por concepto de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP) al Subsistema de Salud de la Policía Nacional proveniente de la Nómina de la Policía Nacional, del dos por ciento (2%) al tres por ciento (3%)".

Ley 923 de 2004.

El **Artículo 2** de la **Ley 923 de 2004**, establece que “la fijación del régimen pensional y de Asignación de Retiro de los miembros de la Fuerza Pública, el Gobierno Nacional tendrá en cuenta además de los principios de eficiencia, universalidad, igualdad, equidad, responsabilidad financiera, intangibilidad y solidaridad los siguientes objetivos y criterios:

2.3. Los riesgos inherentes a la actividad especial de los miembros de la Fuerza Pública aplicando el principio de redistribución de acuerdo con la antigüedad, grados, cuerpo, arma y/o especialidad, la naturaleza de las funciones, y sus responsabilidades.

Ley 225 de 1995.

El **Artículo 2** de la **Ley 225 de 1995**, que modifica el Artículo 12 de la Ley 179 de 1994, señala que “son contribuciones parafiscales los gravámenes establecidos con carácter obligatorio por la ley, que afectan a un determinado y único grupo social o económico y se utilizan para beneficio del propio sector. **El manejo, administración y ejecución de estos recursos se hará exclusivamente en forma dispuesta en la ley que los crea y se destinarán sólo al objeto previsto en ella,** lo mismo que los rendimientos y excedentes financieros que resulten al cierre del ejercicio contable.

Decreto 111 de 1996. (Estatuto Presupuestal)

El **Artículo 29 del Decreto 111 de 1996**, fija que “son contribuciones parafiscales los gravámenes establecidos con carácter obligatorio por la ley, que afectan a un determinado y único grupo social o económico y se utilizan para beneficio del propio sector. **El manejo, administración y ejecución de estos recursos se hará exclusivamente en forma dispuesta en la ley que los crea y se destinarán solo al objeto previsto en ella,** lo mismo que los rendimientos y excedentes financieros que resulten al cierre del ejercicio contable. Las contribuciones parafiscales administradas por los órganos que formen parte del Presupuesto General de la Nación se incorporarán al presupuesto solamente para registrar la estimación de su cuantía y en capítulo separado de las rentas fiscales y su recaudo será efectuado por los órganos encargados de su administración”.

IV. MARCO JURISPRUDENCIAL

Sentencia C-577-95

Esta Sentencia establece el concepto específico de la **“Contribución parafiscal”**, al señalar que es una contribución que se exige a un determinado grupo social, para financiar “un servicio o bien específico”, y que a la vez le otorga a ese grupo el derecho a percibir un beneficio.

La Corte Constitucional señala igualmente que la Ley –expedida por el legislador– puede delegar a otras autoridades administrativas fijar la tarifa del aporte, pero advierte que **la misma Ley debe establecer previamente los criterios, más “el sistema y método para calcularla”**, como también los costos y beneficios, pero la Sentencia aclara también que esta tarifa de la mencionada autoridad, no necesita entonces ser avalada por Presidencia de la República.

El alto tribunal agrega que “el monto de la tarifa” debe tener “cierta flexibilidad”, conforme a los costos de los bienes y servicios; o en otras palabras que no sea tan exacta o rígida, sino que igualmente sea flexible o dinámica, acorde con las circunstancias de cada caso.

Sentencia C-615/13

Esta Sentencia reitera la autonomía de los aportes parafiscales, en la medida que es “mínima” la injerencia del Gobierno Nacional sobre los mismos, porque se reduce a incluirlo como fuente de ingreso del Presupuesto General de la Nación, lo que no lo faculta para modificar su titularidad, monto o destinación.

Sentencia C-655/03

La Corte precisa que la Unidad de Pago por Capitación (UPC), “es la cuota de valor que reciben las EPS” por cada afiliado, cotizante o beneficiario, que permite la eficiente prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), siendo estos los ingresos de las EPS, y “el centro de equilibrio financiero del sistema..”, en donde la UPC es establecida por el Consejo de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta perfil epidemiológico, riesgos cubiertos y costos de la prestación del servicio, “en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería”.

La Sentencia aclara que la UPC no solo cubre el pago de servicios administrativos de la EPS, sino además establece a futuro el cálculo del valor de cada uno de los servicios de salud.

Sentencia C-1170/04

Esta Sentencia deja en claro que “el carácter parafiscal” es distinto o aparte de los demás recursos del Presupuesto, y tienen por lo tanto una destinación diferente “de los previstos en la Ley de su creación”.

Sentencia C-177/98

La Corte señala que en caso de que el total de UPC “sean mayor que los ingresos de cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG) paga esta diferencia a la EPS”.

Sentencia C-979/10

Esta Sentencia determina que “los recursos de la UPC son considerados como recursos parafiscales con destinación específica, los cuales deben ser administrados exclusivamente por los diferentes agentes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en donde se excluye a la Federación Colombiana de Municipios.

Sentencia C- 460-2013

Esta Sentencia complementa la anterior, al señalar que **“debe recordarse que la UPC es un recurso parafiscal que se reconoce como una prima de seguro a las EPS con el propósito de que garanticen a sus usuarios las coberturas incluidas en el Plan Obligatorio de Salud –POS”.**

Sentencia C-953-2007

Esta Sentencia reitera que entre las competencias del Congreso está en **“asegurar la prestación eficiente del servicio de salud a todos los habitantes del territorio nacional regulando mediante ley, la forma de prestación de tales de servicios y su régimen jurídico (Art. 48, 365 C.P.)... creando las entidades que sean necesarias por ley para el efecto (Art. 210 C.P)”.**

Sentencia C-791-2002

La sentencia reitera la actividad legislativa como vital para la estructuración del sistema de seguridad social en salud: “Una simple lectura de los artículos 48, 49 y 365 de la Carta demuestra que corresponde a la ley determinar los elementos estructurales del sistema, tales como (i) concretar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, (ii) regular el servicio, (iii) autorizar o no su prestación por particulares, (iv) fijar las competencias de la Nación y las entidades territoriales, (v) **determinar el monto de los aportes** y, (vi) señalar los componentes de la atención básica que será obligatoria y gratuita, entre otros”.

Sentencia C-247/01

Finalmente, esta Sentencia aclara que **“el empleador es un recaudador de recursos parafiscales, que no entran a hacer parte del patrimonio de la empresa o sus propietarios, y de los cuales no puede disponer sin incurrir en una irregularidad que bien puede llegar a constituir delito”.**

V. CONVENIENCIA DEL PROYECTO

La formulación de este Proyecto de Ley, ha contado con la participación activa de la Federación de Asociaciones de Pensionados y Jubilados de la Fuerza Pública (FERPOL), conformada por diecinueve (19) asociaciones de la reserva –se anexa este listado- bajo la coordinación del investigador y abogado James Hernández,

como también la consulta a otras asociaciones y miembros de la reserva de las Fuerza Militares y de Policía Nacional, buscando igualmente más discusiones y consensos con la población de la reserva a nivel nacional, departamental y municipal, a lo largo de los cuatro debates de esta iniciativa legislativa, con el fin de consignar de manera eficaz y efectiva un Articulado y Exposición de Motivos, acorde con la reestructuración que exige el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), y los ajustes pertinentes a la Asignación de Retiro.

En ese orden de ideas, el régimen especial de salud de Fuerza Pública, tiene cuatro tipos de contribuciones parafiscales que financian cuatro programas o planes de salud, que actualmente no se encuentran en la Ley, encontrándose solo el Plan de Salud General -Artículo 27 del Decreto 1795 de 2000- mientras que **accidentes de trabajo y enfermedad profesional, se encuentra como un enunciado de salud, más no como un plan ni como un programa de salud, y finalmente se señala un programa para salud operacional, pero sin fuente de financiación.**

Así mismo, se estipula la financiación para los no cotizantes, pero no está registrado en ningún programa de salud, y una financiación del 25.0% de una UPC, pero igualmente sin un programa ni un plan de salud, y es lo que se debe modificar en una nueva ley, porque no es suficiente con ninguna disposición reglamentaria, expedida por el Consejo Superior de Salud.

Ante la **ausencia de Ley** sobre un plan de salud específico por cada contribución parafiscal, se reitera, que **esto se logra solo con la discusión y aprobación de una Ley en el Congreso de la República**, porque lo intentos del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) para solucionar este vacío legislativo, **ha sido desestimado por la respectiva jurisprudencia, al aclarar que éste no tiene competencia para legislar sobre los planes de Salud (Sentencia C-089 de 1.998)**, y poder identificar sus costos y determinar sus beneficios, mucho menos para crear un plan de salud.

A propósito del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), la iniciativa abre un paso invaluable de participación ciudadana, al autorizar que un representante de las veedurías asista "a las sesiones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), quien tendrá voz -pero no voto- y previamente elegido por las veedurías" **(Parágrafo 2 – Artículo 11)**.

Esta iniciativa resuelve diferentes problemas de orden legal, si tenemos en cuenta que no se basa en un solo plan, sino en cuatro planes de Salud, y **cada plan queda con su respectiva fuente de financiación**, puesto que la misma complejidad del servicio hace necesaria varias contribuciones; y a la vez esta iniciativa **sienta las bases para un procedimiento ágil y moderno, que permite identificar los costos de cada uno de los programas de salud**, y crear a la vez

el mecanismo para evaluar día a día el equilibrio del sistema, no solamente financiero sino de la prestación del servicio.

Otro aspecto es lograr **el trabajo armónico y conjunto entre las direcciones de los subsistemas de salud de la Fuerza Pública, con las direcciones de las regionales de salud**, que permita la respectiva unificación de criterios, a lo que conviene anotar que el **Artículo 25** crea por ejemplo las “**Unidades Regionales del Servicios de Salud Militar (URSSM)**”, y el **Artículo 40** las “**Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial (URSSP)**”.

Es preocupante que los planes y programas de salud de la Fuerza Pública no se financian por separado –un monto general para cubrir a cada uno de éstos- en donde se mezcla los presupuestos en un solo fondo, desconociendo los costos reales –sin conocer si les alcanza o no- siendo contrario al marco legal sobre los parafiscales de salud.

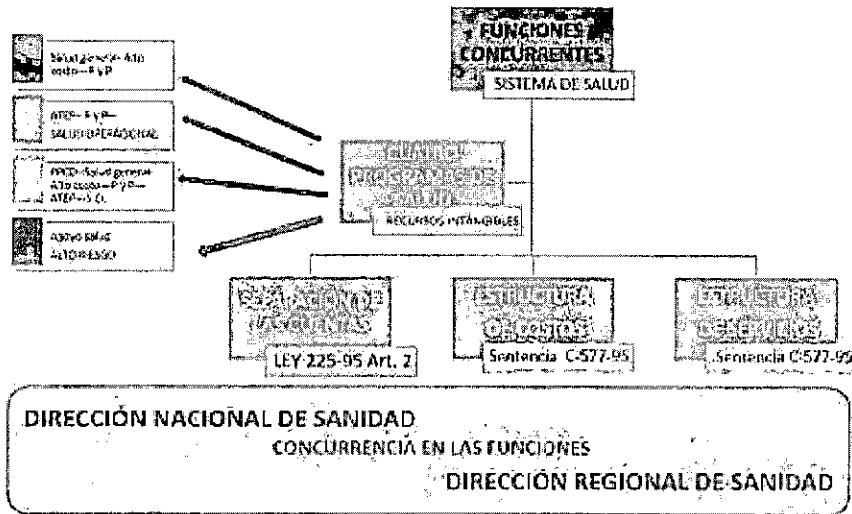
Este procedimiento es contrario a los artículos 48, 49 y 338 de la Constitución Política y el artículo 2 de la ley 225 de 1995, el artículo 29 del Decreto 111 de 1996 en el sentido que: **“son contribuciones parafiscales los gravámenes establecidos con carácter obligatorio por la ley, que afectan a un determinado y único grupo social o económico y se utilizan para beneficio del propio sector. El manejo administración y ejecución de los recursos deben de hacerse de conformidad como lo establezca la ley”**, más la jurisprudencia al señalar que **“los recursos de la salud son contribuciones parafiscales de destinación específica”**.

Entonces, si **cada financiación se refiere a un programa de salud y la ley debe señalar cuál es el programa de salud a cumplir**, es una clara omisión porque la ley solamente ha señalado un solo programa, con su respectiva fuente de financiación, y los demás programas se los delegó al Ejecutivo, que no los ha debidamente reglamentado, mientras que los Decretos 2698 de 2014 y 1454 de 2017, son expedidos para mejorar la financiación y para señalar que esa financiación es para invertir en planes de salud, **pero en ninguno de éstos señala cual es el plan de salud, desconociendo los tres programas restantes de salud, con separación de cuentas y funciones concurrentes entre la dirección nacional de sanidad y la dirección regional de sanidad:**

DECENTRALIZACION

MANEJO ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL PRESUPUESTO LEY 225-95 Art. 2

DESTINACION ESPECIFICA



VI. ESTRUCTURA DEL PROYECTO

El Proyecto de ley tiene **8 Títulos** y **96 Artículos**.

El **TÍTULO I** se denomina **"DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA"** (Artículo 1 – 44).

El **CAPÍTULO I** establece el Objeto (Artículo 1), Criterios (Artículo 2), Principios (Artículo 5), Características (Artículo 6).

El **CAPÍTULO II** expone composición, órganos y autoridades del Sistema (Artículo 7 – 13)

El **Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP)** está constituido por:

- Ministerio de Defensa Nacional.
- Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP)
- Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSF).
- Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).
- Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN).
- Usuarios del sistema.

El **CAPÍTULO III** establece el **SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFM)** – (Artículos 14 – 29).

Se crean las **Unidades Regionales del Servicios de Salud Militar (URSSM)** –

(Artículo 25 - 29).

El **CAPÍTULO IV** establece el **SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL (SSPN)** – (Artículos 30 – 44).

El **TÍTULO II** fija los **BENEFICIOS DEL SISTEMA** (Artículo 45 - 58)

El **CAPÍTULO I** se refiere a **AFILIADOS Y BENEFICIARIOS** (Artículo 45 – 52)

El **CAPÍTULO II** señala específicamente el **REGIMEN DE BENEFICIOS – PLANES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (PSSFP)** (Artículo 53 – 58).

El **Artículo 54** establece el “**PLAN DE SALUD DE ALTO RIESGO DE LA PROFESIÓN**”, financiada con el 25 por ciento de una UPC (Parágrafo 2); El **Artículo 55** fija el **PLAN DE SALUD ATP**; El **Artículo 57** establece el **PLAN DE SALUD PARA LOS AFILIADOS NO COTIZANTES**.

El **TÍTULO III** establece el **MODELO DE ASEGURAMIENTO**. (Artículo 59 – 60).

El **CAPÍTULO I** se refiere al **ASEGURAMIENTO** (Artículo 59 – 60).

El **TÍTULO IV** determina la **FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (SNSFP)** (Artículo 61 – 70).

El **CAPÍTULO I** legisla sobre los **APORTES** (Artículo 61-70)

El **TÍTULO V** establece el **MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD** (Artículo 71-74).

El **TÍTULO VI** expide **DISPOSICIONES VARIAS SEGURIDAD SOCIAL** (Artículo 75)

En ese orden de ideas, el **Artículo 75** adiciona un **TÍTULO** a la Ley 923 de 2004:

El **CAPÍTULO I** establece la **CONVERSION CAJAS DE RETIRO EN FONDOS DE PENSIONES- ADMINISTRACIÓN E INVERSIÓN DE LOS RECURSOS-PASIVO PENSIONAL**. (Artículo 75: se adicionan a la Ley 923 los Artículo 7-16).

El **CAPÍTULO II** establece **RECURSOS DEL PASIVO PENSIONAL – EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD- INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA** (Artículo 75: se adicionan a la Ley 923 los Artículos 17 y 18 -

Creación del Fondo de Solidaridad Económica del Ministerio de Defensa Nacional y Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud de la Fuerza Pública).

El **TITULO VII** fija unas **DISPOSICIONES FINALES (Artículo 76 – 84)**. Derecho a ser atendido en cualquier Subsistema - Movilidad (**Artículo 79**) y proceso selección abreviada (**Artículo 82**).

El **TITULO VIII** legisla sobre el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL (Artículos 86 – 96)**.

VII. ANÁLISIS DEL ARTICULADO

En los **Artículos 1 y 2**, se resuelve el problema de salud por **Alto Riesgo** de la profesión, con énfasis en accidentes comunes de trabajo y enfermedad profesional, diferenciándose además de la salud operacional, y por supuesto distinta a la salud general, haciéndose necesario que el sistema de sanidad de la Fuerza Pública inicie desde ahora a identificar todos los costos, y en especial todas aquellas patologías, que se dan como consecuencia del Alto Riesgo de la profesión, en conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

El **Artículo 2** se basa fundamentalmente en la **Sentencia C-577 de 1995**: “Como la función de la tarifa se contrae a absorber los costos del servicio, lo fundamental para evitar la discrecionalidad de la administración, **es que la Ley establezca los criterios y directrices que permitan determinar los costos - sistema - y el procedimiento para fijarlos - método -, requisitos que**, se crean los criterios convertidos en herramienta jurídica para que la administración pueda identificar los costos de los cuatro programas de salud”.

El **Artículo 5** establece los principios para “la prestación de los servicios de salud del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP)”, entre los que está el de **Responsabilidad**, en el sentido que **la prestación del servicio será responsabilidad única y exclusivamente de Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP)**, a excepción de casos excepcionales que requieran del servicio de intermediación, cuando aquel no cuente con el personal o la infraestructura para tal fin”.

El **Artículo 6** establece novedosas **Características** del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), como la **Autonomía profesional**, la inaplazable **Integración funcional y Autonomía funcional**, entre las entidades que componen el Sistema, la **Independencia de los recursos** para que éstos se manejen en fondos cuentas separados: el del subsistema de las Fuerzas Militares y el de la Policía Nacional, la **Excepcionalidad** concebida por el Alto Riesgo de la profesión, y la descentralización y desconcentración del Sistema, incluido el fortalecimiento de las regionales.

En los **Artículos 6 (características) y 12**, con base en el artículo 2 de la Ley 225, compilado por el artículo 29 del Decreto 111 de 1996 de 1995, más la línea jurisprudencial, busca que las direcciones nacionales no mezclen y confundan los presupuestos, haciendo imposible medir los costos de los programas de salud, y que consiste en **competencias concurrentes**, en donde se respete la **“destinación específica”** de los recursos parafiscales, sin variar la interpretación en la ejecución presupuestal.

En ese orden de ideas, estos artículos generan los espacios para considerar el presupuesto entre la dirección nacional y las direcciones regionales, con procedimientos administrativos específicos para que éstos puedan cumplir a cabalidad sus funciones, en donde se asigne la cuantía respectiva para cada UPC, más un presupuesto para promoción y prevención y el programa de salud no vademécum (**Artículo 26**).

La iniciativa legislativa separa y registra en una cuenta aparte –con destinación específica- el presupuesto para accidente de trabajo y enfermedad profesional, como también el apoyo a salud general y salud a no cotizantes, en donde el director regional establezca previamente los caracteres del grupo etéreo, delimitando la cantidad de UPC y su respectivo costo por unidad (**Numeral 8 y 13 – Artículo 9, Numeral 6 – Artículo 12, Parágrafo del Artículo 55, más los Artículos 65, 66, 69 y 87**).

En consecuencia, se establece la contabilidad en la inversión descentralizada, entregando herramientas para que las veedurías ejerzan seguimiento y control, contando con un reporte más de anomalía, cubriendo un vacío normativo al fijar un listado de la demanda insatisfecha.

En las funciones de las direcciones de los subsistemas de salud, se establecen obligaciones y criterios, como también en las direcciones regionales de salud, para cumplir con el Artículo 2 de la Ley 225 de 1995.

La iniciativa abre los espacios de participación en el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), al establecer que lo podrán conformar representantes del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de Asignación de Retiro o Pensión; Oficiales de Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión; Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de Asignación de Retiro o Pensión; Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión; Soldados Voluntarios, soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de Asignación de Retiro o Pensión; Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de Asignación de Retiro o Pensión; personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, o de la Policía Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; y beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente; empleados públicos y trabajadores oficiales del Ministerio de Defensa afiliado al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP); y dos profesionales de salud,

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) , como también un representante de las veedurías, con voz pero sin voto (**Artículo 11**).

Estos espacios de participación igualmente se generan para los Comités de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (**Artículos 18 -34**).

El **Artículo 13**, establece que “un miembro de Fuerza Pública sea retirado y no cumpla con los requisitos para adquirir la Asignación de Retiro y demuestre haber prestado servicio en una de las entidades de la Fuerza Pública podrá mutuo propio seguir aportando al fondo, y en este caso aportará el valor completo de todos los parafiscales que le correspondan.

Así mismo, se fija que “los afiliados al Sistema de Pensiones de la Fuerza Pública una vez efectuada la vinculación inicial, estos sólo podrán trasladarse de régimen por una sola vez cada cinco (5) años, contados a partir de la vinculación inicial. Después de un (1) año de la vigencia de la presente ley, el afiliado no podrá trasladarse de régimen cuando le faltaren diez (10) años o menos para cumplir la edad para tener derecho a la pensión de vejez (Equivalente a Asignación de Retiro).

De otro lado, se señala que “el Gobierno Nacional aportará los parafiscales para pensión de vejez de los soldados regulares, auxiliares de policía, que liquidará sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente”.

En los **Artículos 7, 8 y 9** se crea la **Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSFP)**, como una Unidad Administrativa Especial, en conformidad con lo estipulado en la Ley 489 de 1998, para este tipo de dependencias oficiales, dado el carácter especial de la Fuerza Pública y la naturaleza excepcional del servicio de salud, con autonomía y capacidad de administrar, afiliar y racionalizar el presupuesto, sistematizar la base de usuarios y ordenar la prestación de los servicios medico asistenciales.

Estos artículos entregan la facultad al Gobierno Nacional de reglamentar la Constitución y estructura, con un **criterio de ahorro en gastos de funcionamiento, y a la vez un incremento considerable en la inversión – excelencia en la operación- que para lograrlo se plantea la unificación del servicio administrativo, que actualmente se presta de manera separada con dos subsistemas (Parágrafo – Artículo 8)**.

El **Artículo 11** le da **“carácter permanente el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP)”**, y el **Artículo 12** autoriza al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública en la toma de decisiones sobre la identificación de los costos de los programas de salud, que le permita proyectar y solicitar los respectivos recursos necesarios, teniendo como función primordial resolver las enmiendas presupuestales, que presenten las direcciones UPRES ante las regionales del Subsistema de Salud, y la direcciones regionales de salud ante la dirección de

salud del Subsistema de Salud.

Con el **Artículo 13**, la Secretaría Técnica del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional, previo concepto de idoneidad de la función pública.

Con los **Artículos 5, 9, 15, 17, 31, 33, 72**, se transforma de un **Talento Humano** que trabaja en comisión de servicio –proveniente de áreas distintas a salud- a un **Talento Humano especializado en el servicio de salud**, tanto en las Fuerzas Militares como en la Policía Nacional, lo que le da estabilidad y continuidad.

En el **Artículo 14**, se adicionan dos literales en el Artículo 2.6, que resuelven el traslado de un funcionario a otro:

a) Si el traslado se produce del Régimen de Prestación Definida al de Ahorro Individual con Solidaridad, habrá lugar al reconocimiento de bonos pensionales en los términos previstos por la Ley.

b) Si el traslado se produce del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al Régimen de Prestación Definida, se transferirá a este último el saldo de la cuenta individual, incluidos los rendimientos, que se acreditará en términos de semanas cotizadas, de acuerdo con el salario base de cotización”.

Con los **Artículos 19 al 26, y del 35 al 42**, se le da al Sistema un carácter científico, encargado de garantizar la prestación de los servicios de salud –**que integra dos direcciones de sanidad, para convertirse en un red hospitalaria común**- en condiciones de calidad y eficiencia, otorgando naturaleza jurídica a los establecimientos y dependencias de salud y unidades hospitalarias –adscritas y vinculadas- entregando igualmente la facultad de contratación de los recursos destinados a funcionamiento.

Con los **Artículos 27 al 32, y 40 al 44**, se descentraliza la toma de decisiones y la participación de los usuarios, específicamente en la **CREACIÓN DE REGIONALES** y sus juntas directivas, estipulado de manera directa en el inciso 3 del **Artículo 40 (Inciso 2)**: “Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada, con la activa participación de los usuarios, bajo la dirección del asegurador, con el fin de garantizar la operatividad del modelo de atención integral en salud (MATIS)”.

El **Artículo 45**, que establece tres tipo de afiliados, señala que cuando el cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado, tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales, por lo que se está obligado a efectuar la cotización para la salud, en los términos establecidos en el **Parágrafo 1** del presente Artículo.

En el mismo Artículo se establece que los **“Beneficiarios dependientes”** son

aquellos que no están afiliados ni son beneficiarios en ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social, ni se encuentran disfrutando de pensión alguna, y que hagan parte del núcleo familiar del cotizante, no incluidos en el artículo 24 del Decreto 1795 de 2000 o demás normas que la modifiquen, tales como padres de personal de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional; los nietos siempre y cuando sean menor de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años, y demuestre su calidad de estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y demuestre dependencia económica con el cotizante.

El cotizante o cónyuge, o compañero o compañera permanente, cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales, por los que esté obligado a efectuar su cotización para salud, podrá optar por pertenecer al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en donde el valor de la respectiva cotización, ingresará al fondo cuenta del respectivo subsistema, que se calculará sobre el ingreso adicional o mínimo sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

Los **Artículos 47, 48 y 49** crean derechos y deberes, en el sentido que sistema de salud de la Fuerza Pública se encargará de implementar de manera eficaz y eficiente los derechos laborales de los profesionales y trabajadores de la salud, establecidos previamente en la Constitución y la ley, en aras de garantizar y proteger su dignidad, so pena de incurrir en sanciones de carácter fiscal, penal y disciplinario (**Artículo 49**).

Con los Artículos **53, 54, 55, 56 y 57**, se crea un **PLAN NACIONAL DE SALUD ASISTENCIAL GENERAL**, financiado con el 8.5% del empleador y 4% del empleado, como también para la salud por alto costo, y salud promoción y prevención, obligando a la identificación de los costos por este concepto.

Para identificar los costos del este programa de salud, se tendrá en cuenta los criterios del programa de salud de asistencia general de la Fuerza Pública (POS), que son comunes para la misma, en cuanto a grupo etario, estructura de costo, beneficios y metodología de distribución, incluido en el Plan de Salud General.

Y de acuerdo con los criterios del **Artículo 2**, previa reglamentación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), se financia el Plan de Salud con el 25.0% de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), obligando a la identificación de los costos, en donde no se modifica la asignación presupuestal, sino que se estabiliza con una destinación mucho más específica, de conformidad con los Decretos 2698 de 2014 y 1454 de 2017.

En cuanto al **Alto Riesgo** de la profesión, esta iniciativa acoge la línea jurisprudencial, en el sentido que el mismo deteriora la calidad de vida y disminuye sus expectativas de vida, en donde muchos se vuelven irascibles y violentos.

En el **Parágrafo 3 del Artículo 54**, se establece que los costos de salud por el alto de riesgo de la población, se tienen en cuenta criterios como técnico-científico y salud ocupacional, degradación en la calidad de vida, salud del trabajador, y

condiciones de trabajo, teniéndose en cuenta además mortalidad y discapacidad, indicadores de calidad de vida y potencializadores del desmejoramiento de salud, y con base en la Sentencia C-853/13:

El **Parágrafo 4** señala que “el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Defensa Nacional, en coordinación con el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), determinarán anualmente las enfermedades que tienen nexo causal con el servicio, y que producen degradación en la calidad de vida y la salud del trabajador”.

En el entendido que el Plan de Salud para accidentes de trabajo y enfermedad profesional, se financia con el 5% de nómina de los activos de la Fuerza Pública, el numeral 10 del Artículo 12 determina “establecer la ficha administrativa para identificar los costos de las patologías médicas clasificadas como accidente de trabajo y enfermedad profesional, salud operacional y Alto Riesgo de la Profesión, teniendo en cuenta los Artículos 1, los literales b, c y parágrafo único del Artículo 24, y los Artículos 30 y 31 del Decreto 1796 de 2000”.

En el entendido que el Plan de Salud para no Cotizantes, se financia con una UPC más del 25% de la misma por cada uno, en el **Numeral 8 del Artículo 9** se determina “realizar los estudios de los costos reales de cada programa o plan de salud, el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados por separado para cada uno de los programas, entre ellos, salud general de la Fuerza Pública, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, No Cotizantes y Alto Riesgo de la Profesión al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, a cargo del Ministerio de Defensa Nacional”.

El **Artículo 58** establece que “la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el Sistema Nacional de Fuerza Pública (SNSFP), en conformidad con lo dispuesto en el Artículo 167 de la ley 100 de 1993, con relación a riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

En los casos de accidentes de tránsito y atentados terroristas, con armas de fuego y/o artefactos explosivos, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos también serán prestados inicialmente por el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), con recobro de los recursos generados a la administradora de recursos del sistema general de seguridad social en salud (ADRES), con destino a la respectiva regional que prestó el servicio”.

Como lo muestra gráfica, **se crean en debida forma los cuatro programas de Salud, con sus respectivas fuentes de financiación, también se crearon funciones concurrentes entre el nivel central y el nivel regional, lo mas importante se legisla sobre la separación de las cuentas, estructura de costos, y estructura de distribución de los servicios.**

Con el **Artículo 59**, se define el **Aseguramiento** como “la gestión de afiliación y el

riesgo en salud de los usuarios, gerenciamiento y administración de los de los recursos humanos, físicos, económicos, la provisión de bienes, insumos y materiales; y la articulación de los servicios que garanticen el acceso y prestación efectiva de los servicios de salud prestados bajo el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) y del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud”.

Lo anterior busca transformar la prestación de los servicios de salud, que actualmente tiene un sistema administrado y diferenciado tanto en las Fuerzas Militares -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.**

Con el **Artículo 60**, se ajusta y mejora el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, que contiene lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como los necesarios para la administración y gestión del Sistema Nacional de salud de Fuerza Pública (SNSFP), conforme a lo establecido con el CSSFO, y su recaudo debe ser por medios digitales.

De los **Artículos 61 a 65**, se legisla sobre las contribuciones parafiscales – aportes- efectuadas por los afiliados al régimen de cotización mensual calculado sobre el total devengado.

El **Artículo 62** establece que el valor de las cotizaciones parafiscales de los **beneficiarios dependientes** será como mínimo el equivalente a una Unidad de pago por Capitación (UPC), del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incrementada en el porcentaje que establezca el Gobierno Nacional, como mayor valor de la UPC y se llevará registro por separado.

Y con el fin de blindar esta equiparación, señala que “en caso de que las cotizaciones de los beneficiarios dependientes no alcancen a cubrir el costo del servicio, el faltante será cubierto por el Gobierno Nacional, concepto previo del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Se mantiene sin ninguna modificación la disposición que el “Presupuesto Per Cápita será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada como mínimo en un veinticinco por ciento (25%), y máximo en un cuarenta por ciento (40.0%) por cada uno de los afiliados No Cotizantes” (**Artículo 63**).

En el **Artículo 64**, establece que los aportes parafiscales para el “Programa de Apoyo a la Salud”, cambia el nombre a **“Programa de salud de Alto Riesgo”**, que se fija como “el equivalente mínimo del veinticinco por ciento (25.0%), máximo del CUARENTA por ciento (40%) de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993, multiplicado por el número de usuarios del sistema, para apoyar a la financiación

del Plan de Servicios de Sanidad de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios", y con base a unos ajustes y modificaciones presentados en el año 2021 por el Ministerio de Hacienda de Crédito Público.

En cuanto al sustento del impacto económico que tiene la solicitud de cambio del 3.0% de nómina al 5.0% por ciento **DE NOMINA, PARA FINANCIAR** los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional (**Artículo 65**), se precisa que para la atención en salud de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, Salud Operacional, Apoyo a las Operaciones Militares y de Policía, será mínimo el valor equivalente al cinco (5.0%) y máximo el 8.0% del valor total de la nómina de las Unidades Empleadoras de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Al revisar la siguiente tabla, el sistema de salud de la Fuerza Pública ha perdido un 17.40% del poder de recaudo, y ese 17.40% -un billón de pesos- significa una pérdida de 174.000 millones de pesos, mientras que el recaudo por ATEP pierde el 3.0%, una suma estimada en 52.200 millones de pesos.

ANO	% V. UPC	SUMATORIA VALOR UPC	% AJUSTE salario FUERZA PUBLICA	SUMATORIA Ajuste salario FUERZA PUBLICA	ERENCIA UPC-SAL
1997	17,37	17,37	18,86	18,86	1,49
1998	15,61	32,98	17,96	36,82	3,84
1999	14,16	47,14	14,91	51,73	4,59
2000	9,09	56,23	9,23	60,96	4,73
2001	8,09	64,32	9	69,96	5,64
2002	4,94	69,26	5,99	75,95	6,69
2003	5,93	75,19	7	82,95	7,76
2004	6,28	81,47	6,48	89,43	7,96
2005	5,66	87,13	5,49	94,92	7,79
2006	5,48	92,61	5	99,92	7,31
2007	4,29	96,9	4,5	104,42	7,52
2008	6,1	103	5,69	110,11	7,11
2009	7,83	110,83	7,67	117,78	6,95
2010	3,7	114,53	2	119,78	5,25
2011	4,08	118,61	3,17	122,95	4,34
2012	7,67	126,28	5	127,95	1,67
2013	3,74	130,02	3,44	131,39	1,37
2014	4,21	134,23	2,94	134,33	0,1
2015	5,71	139,94	4,6	138,93	-1,01
2016	8,63	148,57	7,77	146,7	-1,87
2017	7,58	156,15	6,75	153,45	-2,7
2018	7,26	163,41	5,09	158,54	-4,87
2019	5,04	168,45	4,5	163,04	-5,41
2020	5,09	173,54	5,12	168,16	-5,38
2021	4,9	178,44	2,61	170,77	-7,67
2022	15,38	193,82	7,26	178,03	-15,79
2023	16,23	210,05	14,62	192,65	-17,4
TOTALES	210,05	210,05	192,65	192,65	-17,4
	valor upc en %		% DIFERENCIA UPC- SALARIO FFPP		

En el **Artículo 69**, se crea el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con carácter de fondos especiales, sin personería jurídica ni planta de personal.

El **Artículo 71**, crea para cada Subsistema el Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), establecido por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), teniendo como enfoque estrategias de atención primaria en salud (APS), promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia y control del daño, atención dirigida a la recuperación y rehabilitación y paliación de la salud de las personas, la gestión del riesgo y la provisión de servicios.

En el **Artículo 75**, se fijan una serie de disposiciones de financiación del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), como también una eventual

consecución de recursos para la Asignación de Retiro y Pensión, con medidas tan importantes como adicionar un **TÍTULO** a la Ley 923 de 2004, y que se expone detalladamente en **VI.I.II. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN – SALUD** y **VI.II. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN – ASIGNACIÓN DE RETIRO**, de la Exposición de Motivos de este Proyecto de Ley.

En las **Disposiciones Finales**, se establecen aspectos tan importantes como el derecho del usuario a “la **Movilidad** de un subsistema de salud a otro subsistema de salud de la Fuerza Pública (...)” (**Artículo 79**), como también la autorización “para contratar con el procedimiento de **Selección Abreviada**, ampliando los topes hasta por tres veces más” (**Artículo 82**).

En el **Artículo 76**, se establece un sólido sistema de vigilancia, inspección y control, con agentes, funciones, procesos, escala de sanciones, mecanismos de articulación intra e intersectoriales, con normas claramente definidas, para impedir la desviación de recursos, ante la precaria calidad de los servicios y en el desorden de la oferta.

A propósito de esta disposición de vigilancia, inspección y control, es oportuno señalar que el derecho a la atención en salud **no puede estar condicionado a la cotización, precio o tarifa, ni a la unidad militar o policial a la que se pertenezca, ni a los grados, ni a las formas de organización de las dependencias del empleador, ni a cotizaciones o aportes mínimos, ni a exclusiones o limitaciones** (Numeral 6 – Artículo 2).

Al contrario, el Estado y la sociedad deben procurar a los miembros de la Fuerza Pública y sus familias, la atención integral como compensación por los grandes sacrificios y riesgos que exigen el servicio militar y policial, consagrados a la defensa de la seguridad nacional y a la protección de los ciudadanos, mejorando sustancialmente la cobertura y la calidad de los servicios y estableciendo sistemas de financiación de los servicios de salud que aseguren los recursos necesarios y su eficiente inversión.

Los **Artículos 85 y 86**, establecen la naturaleza y objeto del **Hospital Militar Central (HMC)**, teniendo como elementos innovadores y novedosos las **“actividades de docencia e investigación científica, acordes con las patologías propias de los afiliados** al Sistema de Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (...)” (**Parágrafo 1 – Artículo 86**), y el desarrollo de **“programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública”** (Numeral 2 - Artículo 87), entre otros.

VIII. MARCO FISCAL

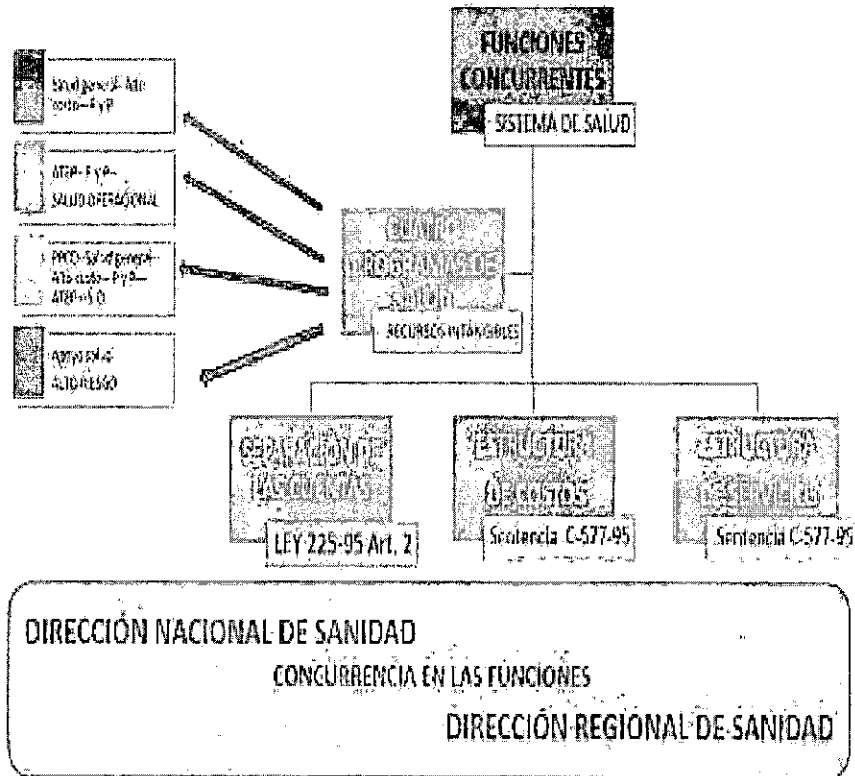
A continuación se explica el impacto fiscal en salud, y posteriormente en pensiones (Asignación de retiro / Pensión).

VIII.I.I. DIAGNÓSTICO

DECENTRALIZACIÓN

MANEJO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO LEY 225-95 Art. 2

DESTINACIÓN ESPECÍFICA



Un campanazo de alerta fue la expedición de la Ley 2063 de 2020, que puso punto final a la deuda del Sistema de Seguridad Social en Salud, y otra al régimen especial de Salud de la Fuerza Pública, en donde el **Artículo 94** establece que las deudas de las IPS y el Hospital Militar Central, serán **“registradas como un pasivo en la contabilidad del Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y del Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional”**, y en consecuencia reconocidas como deuda pública, para ser incluida en el servicio de la deuda del Presupuesto General de la Nación o las operaciones de crédito público (...).

El **Artículo 5** del **Decreto 941 de 2021** estableció que el valor máximo a pagar por las deudas del Subsistema de Salud de la Policía Nacional es de alrededor de **51 mil millones de pesos**, de acuerdo con la cuenta fiscal presentada en la vigencia 2020 por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en cuanto a “acreencias de los servicios y tecnologías en salud” de las IPS.

Es preocupante que las vigencias futuras se utilizaron en el 2021 y se están utilizando en el 2022, acumulando una deuda y sin investigar qué está pasando con los costos salud, a lo que tenemos una tesis a exponer:

La Federación de Asociaciones de Pensionados y Jubilados de la Fuerza pública (FERPOL), reconocida con Resolución número 002873 de Octubre 30 del 2009 por el Ministerio de la Protección Social **-integrada por 19 asociaciones de veteranos-** **advierte** que el sistema de sanidad de la Fuerza Pública viene perdiendo anualmente el equilibrio financiero, por factores externos no controlables desde la administración del sistema.

UPC, entre 1993 - 2070

Con la proyección poblacional del DANE del año 1985 al 1.992, 1.993 al 2.004; 2005 al 2.017; y del 2.018 al 2.070, se elaboró un grupo etario de salud para identificar en que grupo etarios de salud general había crecimiento de la población y en qué grupo el decrecimiento.

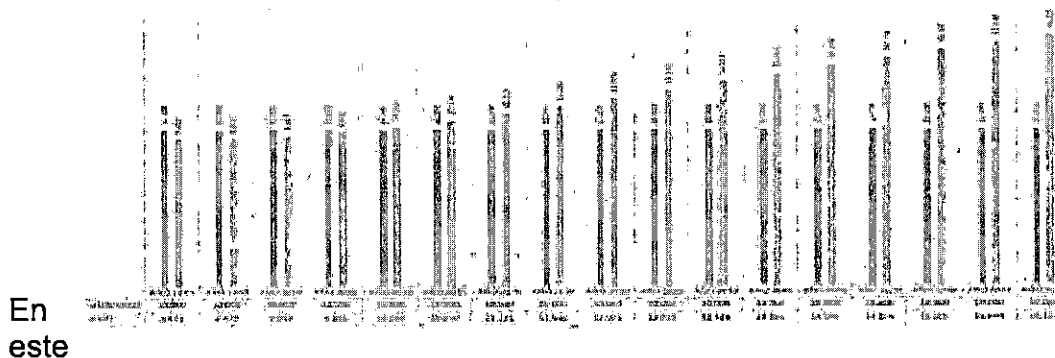
Una vez elaborado este grupo etario, se hizo un análisis con 10.000 usuarios, para determinar cuántas UPC requería cada 5 años y se encontró en estudios de la FERPOL:

Las UPC que se requieren por 10.000 usuarios en todos los tiempos, desde el año 1.993 al año 2070, es:

Entre 1993 a 2000, se requieren de 9420 a 9647 UPC, por debajo de una UPC por usuario.

Y desde 2005 a 2070, se requieren de 9891 a 16127 UPC, por encima de una UPC por usuario.

EFFECTOS DEL CRECIMIENTO Y DECRECIMIENTO POBLACIONAL FRENTE A LA UPC



En este

orden de ideas, entre el año 2020 y el 2025, pasa de requerir los 10.000 usuarios la cantidad de 11.121 UPC a 11.560 UPC, o en otras palabras 439 más de UPC en cinco (5) años por cada 10.000 usuarios.

La información recogida permite sostener que existen grupos que crecen vertiginosamente y otros grupos que decrecen.

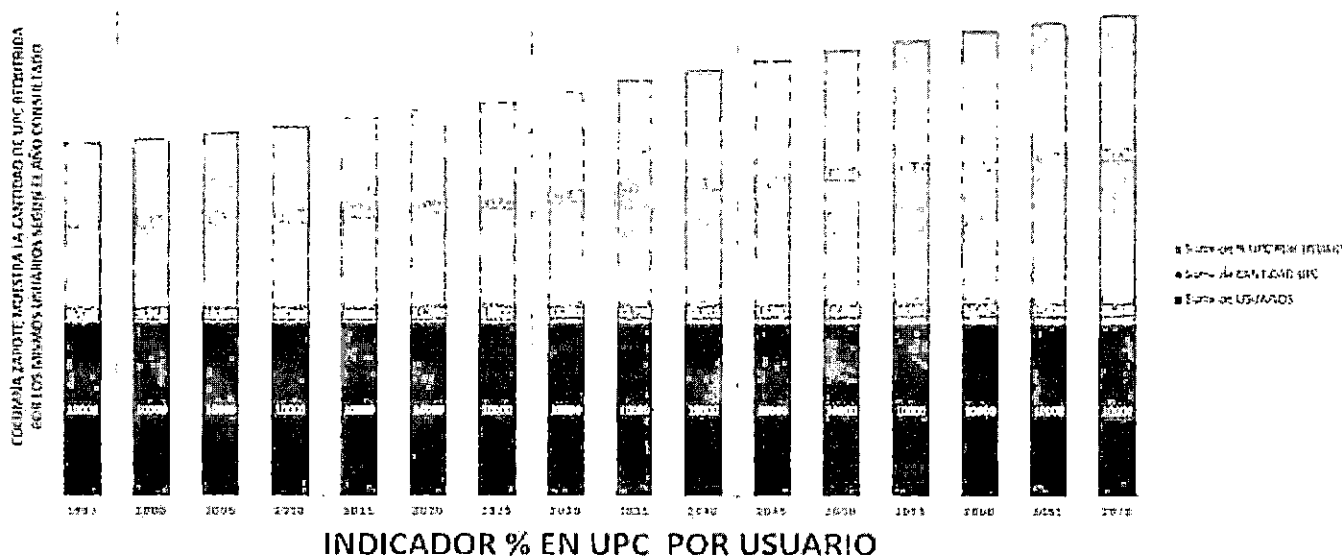
UPC requeridas – Proyección poblacional DANE

En los cuadros que se presentan a continuación, los indicadores económicos y los indicadores poblacionales desde el año 1993 hasta el año 2070, verificamos que - desde el año 1993 hasta el año 2022- lo que permite concluir que esta será la constante a futuro.

Los indicadores poblacionales muestran los porcentajes de las densidades poblacionales del grupo etario, la totalidad del grupo siempre sumará 100% en el primer cuadro. Y los indicadores económicos segundo cuadro indica año por año y grupo por grupo incluso por edades la cantidad de UPC que se requieren para cubrir el Servicio, teniendo en cuenta que este análisis es con fines académicos y reposa en su favor el acierto que ha tenido desde el año 1.993 hasta la presente.

Entonces, encontramos que para el año 1993, el indicador financiero en UPC era 95.23%, para un 100% de usuarios (10.000), y que para el para 2020 el indicador financiero en UPC es 112.82%, frente a un 100% de usuarios, y en 2025 el indicador financiero será 117.22% y así sucesivamente.

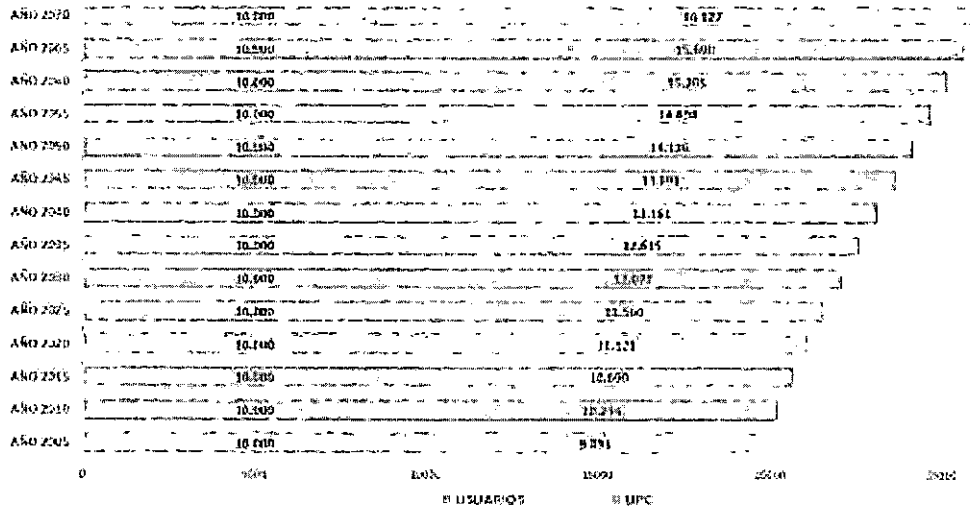
ESTUDIO SOBRE 10,000 USUARIOS EN TODOS LOS TIEMPOS



Estudios de la FERPOL

Es el mismo análisis con diferente metodología. El resultado es el mismo.

USUARIOS GRUPO ETARIO SALUD --- CANTIDAD UPC



Estudios de la FERPOL

En el año 2020, encontramos un 16.46% UPC, más costoso y pasan pocos años, más movimiento en el 2025, la diferencia va a ser 20.83% donde se exige más UPC por los mismos 10.000 usuarios indica es una UPC más costosa la Salud y luego la diferencia va a ser 25.95% UPC más costosa la Salud y más adelante año 2030 la diferencia va a ser 31.37% UPC más costosa la Salud. Esto es mucho dinero: no hay programa de salud ni plan de salud que lo resista si no tiene una nueva fuente de financiación.

Cálculos desde el 2006

Los estudios demuestran que la PROYECCION en la fluctuación de la densidad poblacional -entre crecimiento y decrecimiento desde el año 2006 hasta el año 2021- indican la necesidad de UPC en un 10.88% UPC. Y que además se proyecta a crecer la necesidad de UPC para atender la salud general desde el año 2022 hasta el año 2030 en un 8.56%.

Y que la fluctuación de la densidad poblacional para efectos de calcular las necesidades de sufragar costos por concepto de ATEP desde el año 2006 hasta el año 2021 crece en un 7.07%. En este otro análisis, para el programa de salud de los ATEP las necesidades dinerarias para cubrir la salud por concepto de ATEP aumentan en un 3.32%.

Los indicadores poblacionales y el movimiento de la densidades poblacionales es igual para cada uno de los dos subsistemas, pero sus efectos son distintos y por consiguiente el estudio se hace sacando el porcentaje para el indicador poblacional como para el indicador del crecimiento o decrecimiento poblacional, y

hacer un porcentaje de su resultado, es decir, a cada uno de los subsistemas de salud en el crecimiento o decrecimiento poblacional desde el año 2006 hasta el año 2021, se requiere más UPC, que se calcula del total de los usuarios y ese % más de UPC, en una población de 604.000 usuarios nos arroja una necesidad de UPC que se requieren de 65.715 UPC de más. La pregunta es: ¿Cómo cubrir y cumplir con ese servicio?

El tema a reflexionar es el incontrovertible hecho que cada UPC adicional son necesidades dinerarias adicionales, y si este flagelo se proyecta hacia el futuro, la pregunta es: ¿Hasta cuándo va a resistir la economía del sistema de salud las contingencias de este problema?

Aquí tenemos un indicador financiero para el año 1.993: 95.23% o 9.523 UPC, por 10.000 usuarios, y en el año 2.020 requiere utilizar un indicador financiero en el equivalente 112.88% UPC, la diferencia es 17.57% más costoso y para el año 2.025 al utilizar el indicador financiero 117.22% UPC en los mismos 10.000 usuarios la diferencia va a ser 22.01% UPC más costosa la Salud. Y de aquí en adelante se dispara exponencialmente.

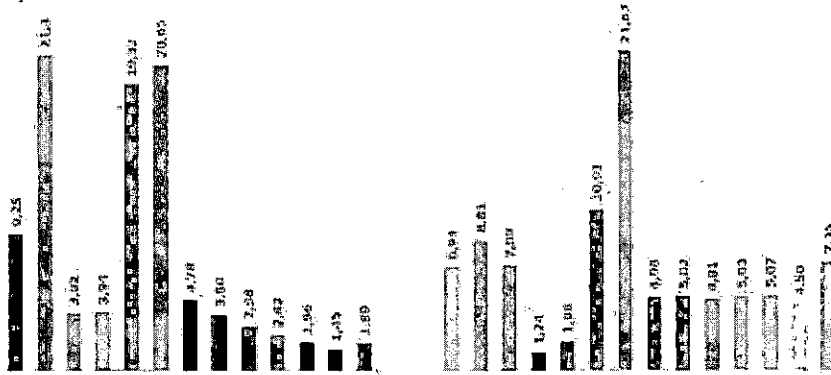
Nos quedamos con el 22.01% para efectos del impacto fiscal en salud, como consecuencia del crecimiento y/o decrecimiento de las densidades poblacionales.

Ejemplo: Con diapositivas que registran estudios de los años 1.997, 2.010, 2.024 y una proyección para el año 2.035.

Porcentajes de Indicadores Poblacionales- Con Indicadores Financieros.

Año 1997 con indicador financiero en 95.24% que traduce el porcentaje de una UPC por cada usuario.

SU IZQUIERDA DIAPOSITIVA POBLACION---
SU DERECHA DIAPOSITIVA FINANCIERO



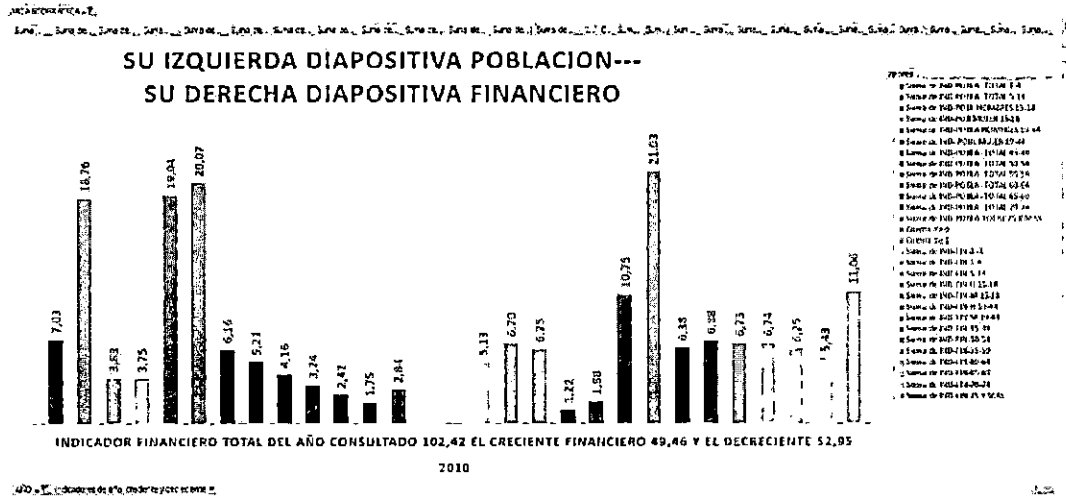
- 1. Creciente Financiero
- 2. Decreciente Financiero
- 3. Creciente Poblacion
- 4. Decreciente Poblacion
- 5. Creciente Financiero y Poblacion
- 6. Decreciente Financiero y Poblacion
- 7. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 8. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 9. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 10. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 11. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 12. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 13. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 14. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 15. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 16. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 17. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 18. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 19. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 20. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 21. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 22. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 23. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 24. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 25. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 26. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)
- 27. Creciente Financiero y Poblacion (Total)
- 28. Decreciente Financiero y Poblacion (Total)

INDICADOR FINANCIERO TOTAL DEL AÑO CONSULTADO 95.34 EL CRECIENTE FINANCIERO 36.74 Y EL DECRECIENTE 58.61

(Continúa página siguiente)

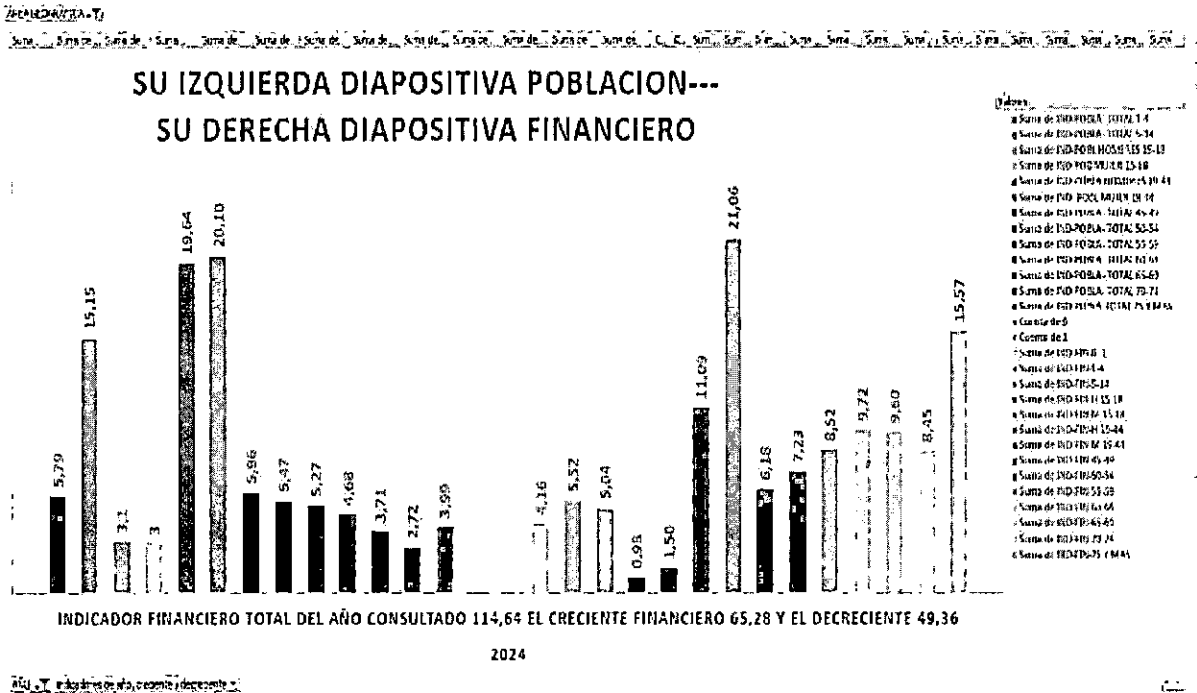
Estudios de FERPOL

Tenemos el años 2010 que ya aparece con indicador financiero en 102.42% que traduce el porcentaje de las UPC requeridas por cada usuario.



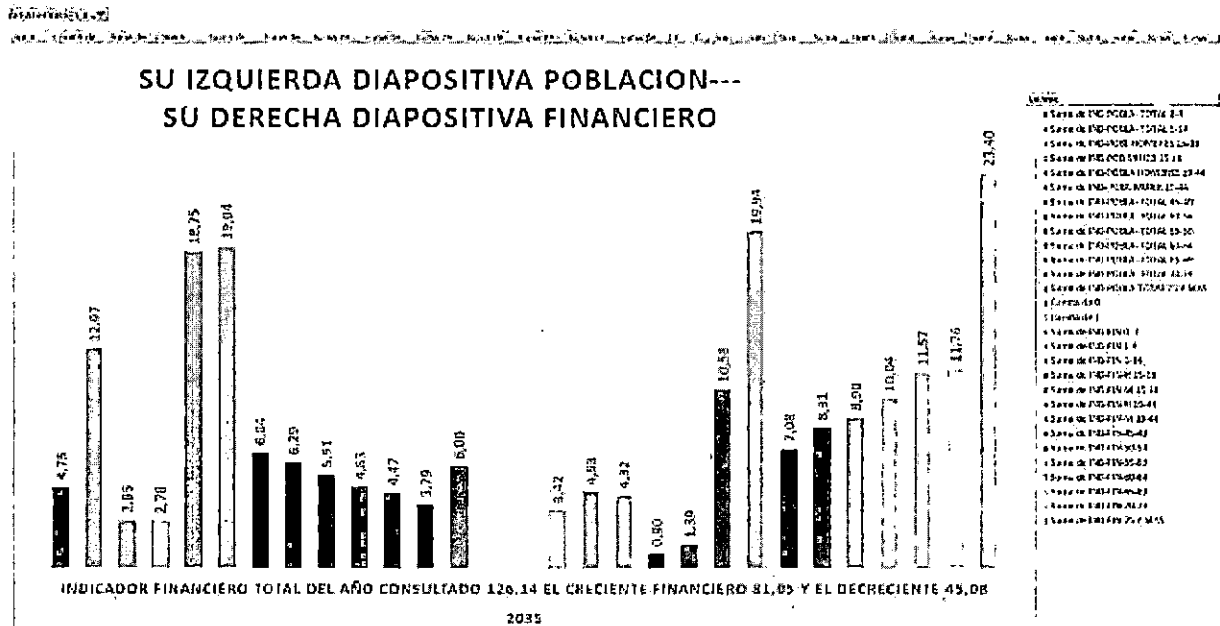
Estudio de FERPOL

Se presenta el año 2024 y ya aparece con indicador financiero en 114.64% que traduce el porcentaje de las UPC requeridas por cada usuario.



Estudio de Ferpol

Año 2.024 aparece con indicador financiero en 114.64% que traduce el porcentaje de las UPC requeridas por cada usuario.



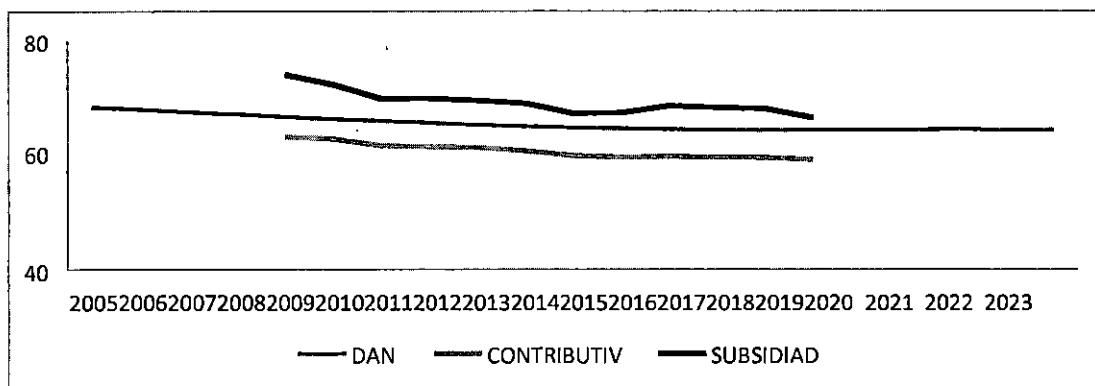
Estudios de la FERPOL

Año 2.035 ya aparece con indicador financiero en 126.14% que traduce el porcentaje de las UPC requeridas por cada usuario.

Costos UPC – Ministerio de Salud

En el estudio de suficiencia del año 2022 para identificar los costos de la UPC el Ministerio de Salud al tratar el tema del crecimiento y el decrecimiento poblacional en el Estudio de Suficiencia de la UPC, lo reflexiona de la siguiente manera:

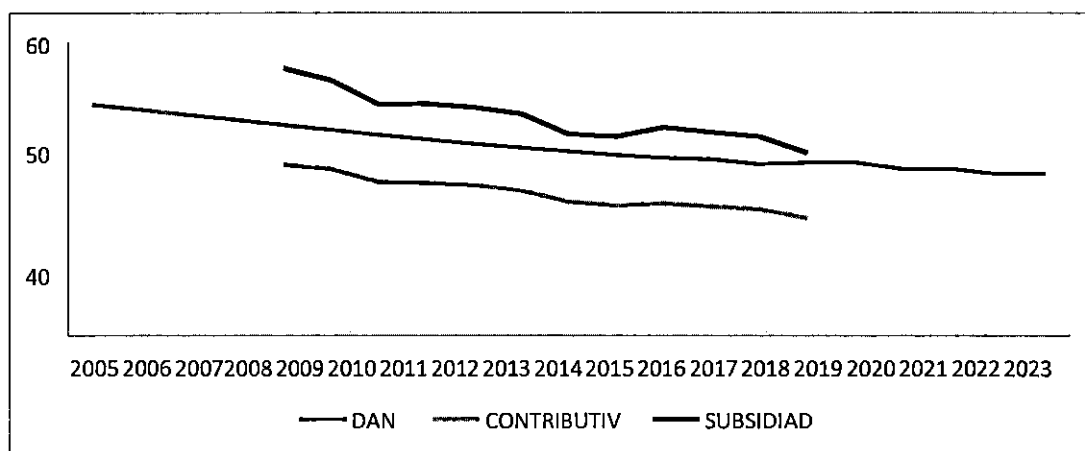
Gráfica 8. Comportamiento de la razón de dependencia. Colombia. 2009-2020



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la BDUA y proyecciones de población DANE. Años 2009 – 2020. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

La relación de dependencia por edad joven viene disminuyendo, como se observa en la siguiente gráfica; a nivel nacional desde el año 2010 por cada 100 personas en edad de trabajar, hubo aproximadamente 42 personas en edades de los 0 a 14 años, pasando a 35 en el año 2020, el comportamiento visto en el régimen subsidiado muestra una tendencia decreciente también, pasando de 52 en 2010 a 37 en 2020, por su parte, el régimen contributivo pasa de un índice 34 en 2010 a 24 en 2020.

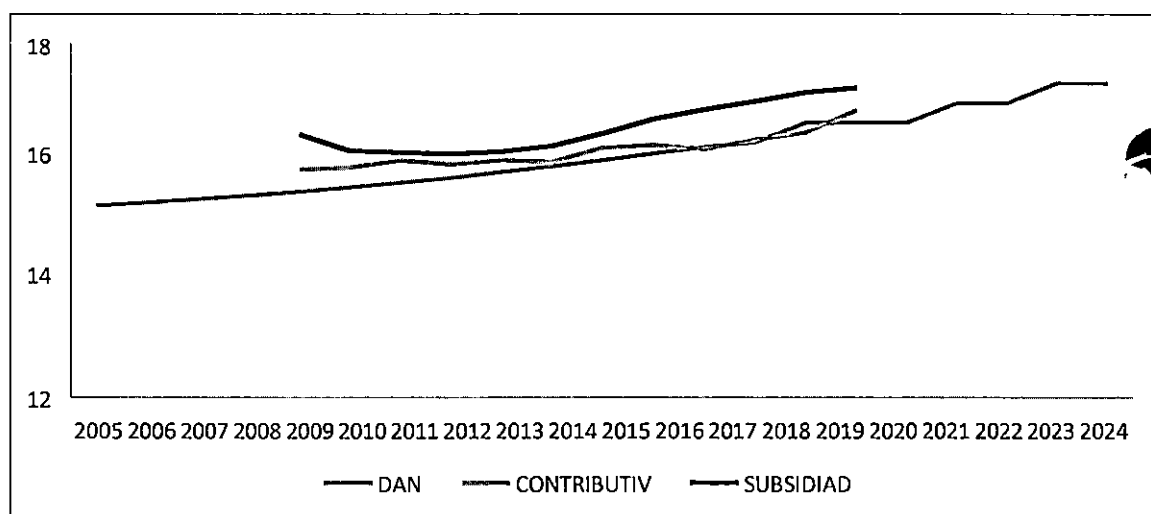
Gráfica 9. Comportamiento de la relación de dependencia por edad joven. Colombia. 2009-2020.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la BDUA y proyecciones de población DANE. Años 2009 – 2020. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia.

En la siguiente gráfica, se puede apreciar que la relación de dependencia de la población de 65 años o más, se ha venido comportando de forma ascendente, pasando de 11 a 14 personas en edad avanzada por cada 100 personas, potencialmente activas durante los años 2010 a 2020. Para el régimen contributivo y subsidiado, esta relación en 2010 era de 12 y 13 respectivamente, pasando a 15 en el régimen contributivo y a 16 en el régimen subsidiado para el año 2020, mostrando una tendencia similar en ambos regímenes.

Gráfica 10. Comportamiento de la relación de dependencia por edad Avanzada. Colombia. 2009-2020.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la BDUA y proyecciones de población DANE. Años 2009 – 2020. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia.

Análisis de la población equivalente

El Régimen Contributivo reportó en el año 2020 una población equivalente de 21.132.549 de personas, valor obtenido como el cociente entre el total de días compensados por todos los afiliados durante el año y 360.

En la distribución por sexo de esta población, el 51,5% del total fueron mujeres y el 48,5% hombres; en la distribución por edad el grupo etario de mayor participación es el de 19 a 44 años con el 43,3%, en el cual el 21,9% corresponde a la participación de las mujeres y el 21,4% a los hombres; le siguen en participación el grupo con edades entre 5 y 14 años con un participación del 12,5%, de los cuales el 6,1% corresponde a mujeres y el 6,4% a los hombres; en orden de importancia le siguen los grupos etarios de 45 a 49 años y de 50 a 54 años, que en conjunto suman el 12,5% y cuya participación por sexo correspondió al 6,5% de las mujeres y al 6,0% de los hombres.

Régimen contributivo – Afiliados hombres/mujeres

Al realizar un comparativo de la estructura poblacional de la proyección generada por el DANE y de los afiliados equivalentes al régimen contributivo, para el año 2020 existen 95 hombres por cada 100 mujeres en el territorio nacional y por cada 100 mujeres afiliadas equivalentes se encontraron 94 hombres afiliados.

La relación niños - mujer es de 29 para el total nacional y de 17 para la población afiliada equivalente, lo que significa que por cada 100 mujeres en edad reproductiva se proyectaron 29 niños menores de 4 años de edad en Colombia y que por cada 100 mujeres compensadas en el s.g.s.s.s., hubo 17 niños menores de 4 años de edad.

El índice de envejecimiento para el total nacional es de 58 en el año 2020 y para la población equivalente compensada es de 93, es decir que, por cada 100 jóvenes en Colombia, hubo aproximadamente 58 adultos de 60 o más años de edad, de los cuales 32 son mujeres, mientras que, por cada 100 jóvenes compensados y menores de 15 años, hubo 93 adultos compensados de 60 años o más, de los cuales 52 son mujeres, en donde también se observa que la participación de la población de menos de 20 años de edades mayor para la proyección nacional, siendo de 31,7%, mientras que en la población equivalente compensada es de 23,8%.

La proyección de la población nacional presenta una razón de dependencia mayor al reportado de la población afiliada equivalente, esto es de 49 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar frente a 39 afiliados equivalentes que se encuentran en edad de dependencia por cada 100 personas en edad de trabajar.

Crítica a estimativos de Minsalud - UPC

Es indiscutible que el estudio de la suficiencia de la UPC –elaborado por el Ministerio de la salud- tiene implícito los costos por concepto de licencias de servicio y licencia de maternidad, pero que no se mencionan en el sistema de salud de la Fuerza Pública –siendo dos casos distintos- en donde las sociedades crecen y se producen unos costos adicionales que no están financiados con el aporte **QUE** hoy hacen los afiliados cotizantes, y es lo que se quiere corregir con el proyecto de ley.

En este grafico se muestra una presión económica año 2022: régimen contributivo equivalente al 116.45 por concepto de la UPC en su costo:

ANTECEDENTE AÑO 2020 CONTRIBUTIVO -ESTUDIO SUFICIENCIA UPC 2022 PAG 59				
GRUPO ETAREO	CANTIDAD USUARIOS	% USUARIOS	CANTIDAD UPC	% UPC - C. UPC
AÑOS 0-1	93.391	0,44	277.175	1,31
AÑOS 1-4	896.623	4,24	854.482	4,04
AÑOS 5-14	2.632.611	12,46	876.396	4,15
AÑOS HOMBRE 15-18	569.011	2,69	180.547	0,85
AÑOS MUJER 15-18	550.453	2,60	275.997	1,31
AÑOS HOMBRE 19-44	4.621.861	21,87	2.609.503	12,35
AÑOS MUJER 19-44	4.518.867	21,38	4.733.513	22,40
AÑOS 45-49	1.339.792	6,34	1.388.158	6,57
AÑOS 50-54	1.311.203	6,20	1.732.755	8,20
AÑOS 55-59	1.245.084	5,89	2.011.309	9,52
AÑOS 60-64	1.028.440	4,87	2.138.127	10,12
AÑOS 65-69	810.589	3,84	2.096.264	9,92
AÑOS 70- 74	592.092	2,80	1.837.439	8,69
AÑOS 75 Y MAS	922.532	4,37	3.597.598	17,02
POB-IND- CAN- UPC	21.132.549	100,00	24.609.263	116,45

ANALISIS y fuente FERPOL año 2.022 – régimen contributivo.

En este gráfico, presión económica 2022, régimen subsidiado al 109.77 UPC

ANTECEDENTE AÑO 2020 SUBSIDIADO -ESTUDIO SUFICIENCIA UPC 2022 PAG 66				
GRUPO ETAREO	CANTIDAD USUARIOS	% USUARIOS	CANTIDAD UPC	% UPC - C. UPC
AÑOS 0-1	214.074	0,87	635.350	2,57
AÑOS 1-4	1.547.149	6,25	1.474.433	5,96
AÑOS 5-14	4.407.145	17,82	1.467.139	5,93
AÑOS HOMBRE 15-18	997.636	4,03	316.550	1,28
AÑOS MUJER 15-18	956.182	3,87	479.430	1,94
AÑOS HOMBRE 19-44	4.857.021	19,63	2.742.274	11,09
AÑOS MUJER 19-44	4.240.595	17,14	4.442.023	17,96
AÑOS 45-49	1.360.130	5,50	1.409.231	5,70
AÑOS 50-54	1.355.220	5,48	1.790.923	7,24
AÑOS 55-59	1.262.365	5,10	2.039.224	8,24
AÑOS 60-64	1.049.798	4,24	2.182.530	8,82
AÑOS 65-69	800.725	3,24	2.070.755	8,37
AÑOS 70- 74	608.531	2,46	1.888.454	7,63
AÑOS 75 Y MAS	1.081.503	4,37	4.217.537	17,05
POB-IND- CAN- UPC	24.738.074	100,00	27.155.853	109,77

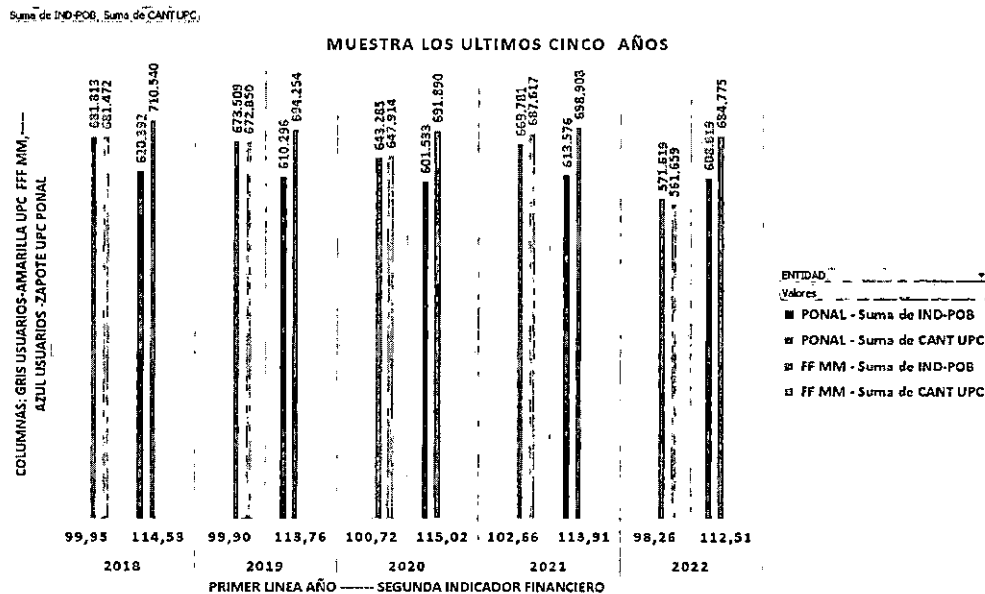
costo:

Gráfico presión económica 2022, sumados régimen contributivo y subsidiado equivalente al 112.85 por concepto de la UPC en su costo.

ANTECEDENTE AÑO 2020 CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO -ESTUDIO SUFICIENCIA UPC 2022

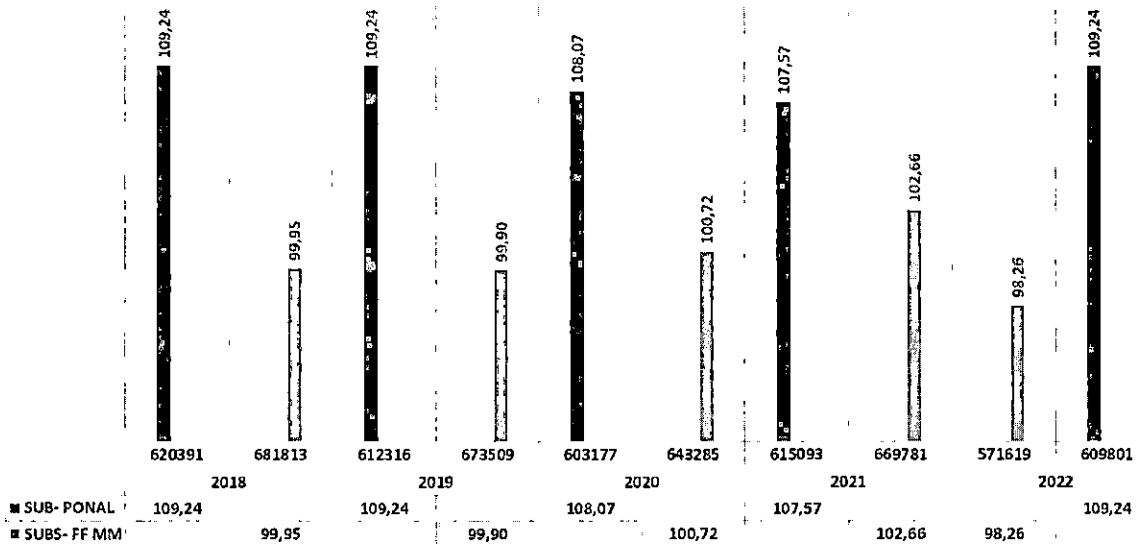
GRUPO ETAREO	CANTIDAD USUARIOS	% USUARIOS	CANTIDAD UPC	% UPC - C. UPC
AÑOS 0-1	307.465	0,67	912.525	1,99
AÑOS 1-4	2.443.772	5,33	2.328.915	5,08
AÑOS 5-14	7.039.756	15,35	2.343.535	5,11
AÑOS HOMBRE 15-18	1.566.647	3,42	497.097	1,08
AÑOS MUJER 15-18	1.506.635	3,28	755.427	1,65
AÑOS HOMBRE 19-44	9.478.882	20,66	5.351.777	11,67
AÑOS MUJER 19-44	8.759.462	19,10	9.175.536	20,00
AÑOS 45-49	2.699.922	5,89	2.797.389	6,10
AÑOS 50-54	2.666.423	5,81	3.523.678	7,68
AÑOS 55-59	2.507.449	5,47	4.050.533	8,83
AÑOS 60-64	2.078.238	4,53	4.320.657	9,42
AÑOS 65-69	1.611.314	3,51	4.167.019	9,08
AÑOS 70- 74	1.200.623	2,62	3.725.893	8,12
AÑOS 75 Y MAS	2.004.035	4,37	7.815.135	17,04
POB-IND- CAN- UPC	45.870.623	100,00	51.765.117	112,85

ANALISIS y fuente FERPOL año 2.022 – sumados régimen contributivo – Subsidiado:



CUADRO DEMOSTRATIVO NECESIDADES UPC SISTEMA DE SALUD FUERZA PÚBLICA.

INDICADORES NECESIDAD UPC SALUD FUERZA PUBLICA



Fuente contestas derechos de petición a la FERPOL.

En el año 2022 FFMM con un 98.26%, PONAL 109.24%, Y EXISTE SECUENCIA desde el año 2.018. Fuentes contestadas derechos de petición Ferpol

GRUPO ETARIO	GRUPO ETARIO	01-01 años	02-14 años	03-14 años	04-15-29 años H.	05-15-18 años M.	06-19-44 años H.	07-19-44 años M.	08-45-49 años	09-50-54 años	10-55-59 años	11-60-64 años	12-65-69 años	13-70-74 años	14-75 años y mayores	TOTAL GRUPO ETARIO
AÑO 2018	IND-POB-PONAL	7.916	42.424	100.821	21.576	16.574	82.200	164.031	31.583	36.923	34.390	23.448	17.556	14.125	26.825	620.392
	IND-POB-FFMM	6.065	36.281	114.966	77.597	17.585	75.966	224.200	25.575	21.580	18.684	14.617	12.812	11.572	24.313	681.813
	CANTUPC-PONAL	23.494	40.430	33.563	6.846	8.310	46.410	171.822	32.723	48.794	55.554	48.748	45.402	43.834	104.609	710.540
	CANTUPC-FFMM	18.000	34.576	38.272	24.622	8.817	42.890	234.850	26.498	28.518	30.182	30.389	33.133	35.911	94.813	681.472
	IND-FINAN-PONAL	3,79	6,52	5,41	1,10	1,34	7,48	27,70	5,27	7,86	8,95	7,86	7,32	7,07	16,86	114,53
	IND-FINAN-FFMM	2,64	5,07	5,61	3,61	1,29	6,29	34,44	3,89	4,18	4,43	4,46	4,86	5,27	13,91	99,95
	IND-POB-PONAL	7.283	41.874	100.860	21.019	16.527	80.515	164.221	30.430	35.719	34.605	23.790	17.310	13.763	24.400	610.296
	IND-POB-FFMM	5.294	34.321	115.382	76.832	19.481	74.895	215.954	27.220	21.398	19.111	14.578	12.389	11.591	25.052	673.509
	CANTUPC-PONAL	21.615	39.906	33.576	6.669	8.287	45.459	172.021	31.529	47.203	55.901	49.459	44.765	42.711	95.153	694.254
	CANTUPC-FFMM	15.712	32.708	38.411	24.379	9.768	42.286	226.222	28.203	28.277	30.872	30.308	32.039	35.970	97.695	672.850
AÑO 2020	IND-POB-PONAL	3.54	6.54	5.50	1.09	1.36	7.45	28.19	5.17	7.73	9.16	8.10	7.34	7.00	15.59	113.76
	IND-POB-FFMM	2.33	4.86	5.70	3.62	1.45	6.28	33.59	4.19	4.20	4.58	4.50	4.76	5.34	14.51	99.90
	IND-POB-PONAL	5.290	36.557	103.253	19.417	16.684	78.322	161.179	28.447	33.260	35.710	26.453	18.103	14.408	26.094	601.533
	IND-POB-FFMM	4.098	30.627	113.399	64.042	19.706	70.874	209.246	28.574	21.329	19.272	14.739	12.143	11.260	23.976	643.285
	CANTUPC-PONAL	15.700	34.839	34.373	6.161	8.365	44.221	168.835	29.474	43.953	57.686	54.996	46.816	44.712	101.759	691.890
	CANTUPC-FFMM	12.162	29.188	37.751	20.321	9.881	40.015	219.185	29.606	28.186	31.132	30.642	31.403	34.943	93.499	647.914
	IND-FINAN-PONAL	2,61	5,79	5,71	1,02	1,39	7,35	28,07	4,90	7,31	9,59	9,14	7,78	7,43	16,92	115,02
	IND-FINAN-FFMM	1,89	4,54	5,87	3,16	1,54	6,22	34,07	4,60	4,38	4,84	4,76	4,88	5,43	14,53	100,72
	IND-POB-PONAL	5.433	32.587	103.945	22.377	20.060	85.527	162.730	27.934	31.889	35.543	27.808	18.725	14.557	25.978	613.576
	IND-POB-FFMM	2.454	28.758	114.048	50.592	22.443	72.092	242.406	29.821	21.971	19.926	15.352	12.632	11.399	25.887	669.781
AÑO 2021	CANTUPC-PONAL	16.125	31.055	34.603	7.100	10.058	48.289	170.460	28.942	42.141	57.416	57.813	48.425	45.175	101.306	698.908
	CANTUPC-FFMM	7.283	27.406	37.967	16.053	11.253	40.703	253.920	30.898	29.035	37.188	31.917	32.668	35.375	100.952	687.617
	IND-FINAN-PONAL	2,63	5,06	5,64	1,16	1,54	7,87	27,78	4,72	6,87	9,36	9,42	7,89	7,36	16,51	113,91
	IND-FINAN-FFMM	1,09	4,09	5,67	2,40	1,68	6,08	37,91	4,61	4,33	4,81	4,77	4,88	5,28	15,07	102,66
	IND-POB-PONAL	1.750	26.835	102.889	20.194	19.521	88.134	162.100	28.475	30.330	34.396	30.816	20.489	15.329	28.540	608.619
	IND-POB-FFMM	2.454	28.765	114.164	20.137	20.327	173.100	73.838	29.966	22.311	20.335	15.501	12.834	11.607	26.279	571.619
	CANTUPC-PONAL	5.194	25.574	34.252	6.407	9.788	92.321	91.522	29.503	40.081	55.564	64.067	52.986	47.569	111.299	679.103
	CANTUPC-FFMM	7.283	27.414	38.005	6.389	10.192	97.732	77.345	31.048	29.484	32.849	32.227	33.190	36.020	102.480	561.659
	IND-FINAN-PONAL	0,85	4,19	5,62	1,05	1,61	15,14	15,01	4,84	6,57	9,11	10,51	8,69	7,8	18,25	111,58
	IND-FINAN-FFMM	1,27	4,80	6,65	1,12	1,78	17,10	13,53	5,43	5,16	5,75	5,64	5,81	6,30	17,93	98,26

Fuente: derechos de petición a la FERPOL

Estas dos diapositiva muestran que los grupos etarios de los Subsistemas de sanidad de la Fuerza Pública, tienen un llenado distinto: mientras un sistema frente a 600.000 usuarios requiere una cantidad de UPC cercana a las 600.000 incluso por debajo, el otro Subsistema en este caso PONAL requiere siempre un 10 y hasta un 15% más UPC frente a la misma cantidad de usuarios, lo que

traduce lo anterior entre 60.000 y 90.000 UPC por la complejidad del servicio, y que no se requiere por el otro Subsistema. La siguiente diapositiva muestra una densidad poblacional más adulta en salud PONAL y un consumo de más UPC, y eso dificulta una unidad de gestión, haciéndose necesario que exista una Dirección General de Sanidad para que diseñe en unidad de gestión en todo aquello que hace diferente la prestación del servicio de los dos subsistemas.

Sostenibilidad y equilibrio financiero

Este proyecto de ley busca entonces entre otros es fijar herramientas jurídicas, identificando los faltantes o sobrantes dinerarios en cada uno de los subsistemas de salud, debido a la complejidad en el llenado de los grupos etarios y la prestación del servicio.

Desbalance entre ajustes económicos de la UPC de la salud y ajuste salarial de la Fuerza Pública

Desde 1997 a 2023, el sistema de sanidad de la Fuerza Pública sufrió un ataque financiero, con la figura valor de la UPC en la salud V/S ajuste salarial de la fuerza pública, porque la variación de la UPC en salud durante estos años, **SUMA** el 210.05%, mientras que el ajuste salarial de la Fuerza Pública **SUMA** el 192.65%, consiguiendo una distancia -17.40% en pérdida del **PODER DE RECAUDO** por parte del sistema de salud, por pérdida del poder adquisitivo de los aportantes, revisemos:

¿Qué efectos produce este comportamiento financiero EXTERNO frente a la parte financiera del sistema de salud fuerza pública?

AÑO	CRECIMIENTO Y	N.º DE AÑOS	SUMA %	N.V. UPC	N.V. UPC	Salario FUERZA	Ajuste salario PUP	DIFERENCIA UPC- SALARIO
1997	95,67			17,37	17,37	18,86	18,86	1,49
1998	96,05	0,4	0,4	32,98	15,61	17,96	36,82	3,84
1999	96,47	0,44	0,84	47,14	14,16	14,91	51,73	4,59
2000	96,87	0,41	1,25	56,23	9,09	9,23	60,96	4,73
2001	97,31	0,45	1,7	64,32	8,09	9	69,96	5,64
2002	97,79	0,49	2,19	69,26	4,94	5,99	75,95	6,69
2003	98,31	0,53	2,72	75,19	5,83	7	82,95	7,76
2004	98,91	0,61	3,33	81,47	6,78	6,48	89,43	7,96
2005	99,52	0,62	3,95	87,13	5,66	5,49	94,92	7,79
2006	100,17	0,65	4,6	92,61	5,48	5	99,92	7,31
2007	100,89	0,72	5,32	96,9	4,29	4,5	104,42	7,52
2008	101,64	0,74	6,06	103	6,1	5,69	110,11	7,11
2009	102,44	0,79	6,85	110,83	7,83	7,67	117,78	6,95
2010	103,28	0,82	7,67	114,53	3,7	2	119,78	5,25
2011	104,12	0,81	8,48	118,61	4,08	3,17	122,95	4,34
2012	104,99	0,84	9,32	126,28	7,67	5	127,95	1,67
2013	105,95	0,91	10,23	130,02	3,74	3,44	131,39	1,37
2014	106,9	0,9	11,13	134,23	4,21	2,94	134,33	0,1
2015	107,86	0,9	12,03	139,94	5,71	4,6	138,93	-1,01
2016	108,78	0,85	12,88	148,57	8,63	7,77	146,7	-1,87
2017	109,72	0,86	13,74	156,15	7,58	6,75	153,45	-2,7
2018	110,42	0,64	14,38	163,41	7,26	5,09	158,54	-4,87
2019	111,21	0,72	15,1	168,45	5,04	4,5	163,04	-5,41
2020	112,16	0,85	15,95	173,54	5,09	5,12	168,16	-5,38
2021	113,15	0,88	16,83	178,44	4,9	2,61	170,77	-7,67
2022	114,13	0,87	17,7	193,82	15,38	7,26	178,03	-15,79
2023	114,19	1,03	18,73	210,05	16,23	-14,62	192,65	-17,4
TOTALES			18,73		210,05		192,65	-17,4
			Muestra % de UPC requiere		valor upc en %		% DIFERENCIA UPC- SALARIO FFPP	

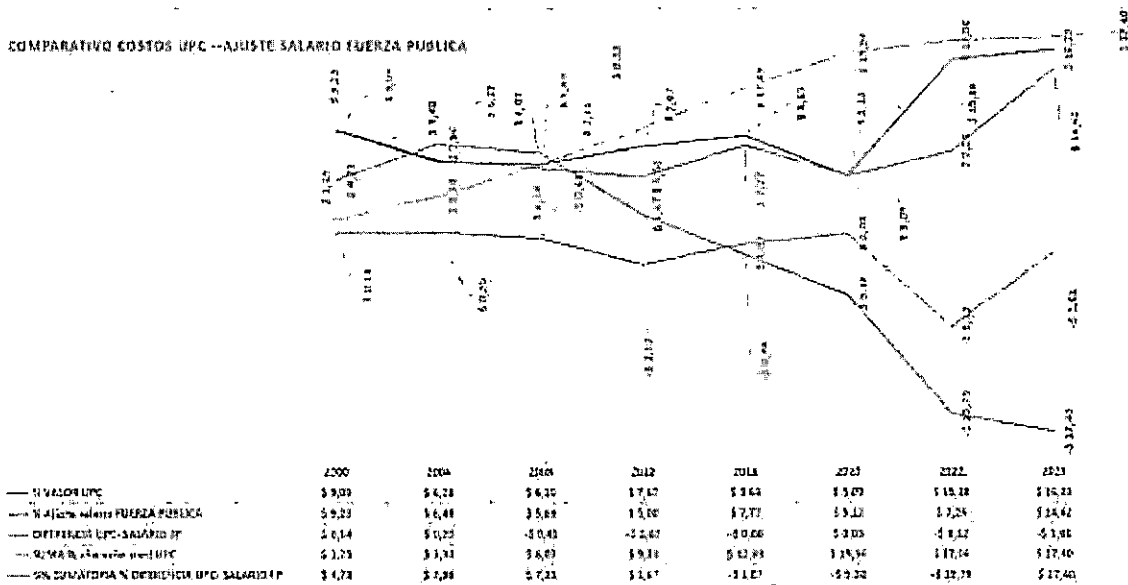
Fuente estudios de la FERPOL.

La respuesta es sencilla: Desde 1.997 al 2023, comparando la UPC de la salud y los ajustes salariales a la Fuerza Pública, tenemos que suma 210.05 % de la UPC Salud y el 192.65% del ajuste salarial, encontrando que el sistema de salud de la Fuerza Pública pierde el 17,40% del poder de recaudo, porque el incremento salarial estuvo por debajo de la demanda de UPC, pero eso sí manteniéndose las obligaciones del sector.

Ineficiencia legal – financiación de los subsistemas

El descuento del 17.40% se convierte –ni más ni menos- en 1 billón y medio de pesos en total de recaudo para cada subsistema, lo que significa 174 mil millones de pesos menos para cada uno de éstos, lo que se traduce en servicios que no se pueden prestar por ausencia de estos dineros, y que no se ha resuelto con la ley 352 de 1997 y en el decreto 1795 del 2000, teniendo esta aseveración como fuente el Ministerio de Salud y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Comparativo costos UPC – Ajuste salario fuerza pública



VIII.I.II. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN - SALUD

La Corte Constitucional ha señalado que un proyecto de ley –de iniciativa congresional- puede contener un impacto fiscal o una respectiva partida presupuestal, siempre y cuando en la Exposición de Motivos sustente de dónde van a salir esos recursos, o cuáles van a ser las alternativas o mecanismos para la consecución de los mismos, aunque de todos modos se debe contar con el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en cualquiera de los cuatro

debates de la iniciativa, o del contrario queda viciado por inconstitucional, que posteriormente va a generar la respectiva objeción presidencial.

Menos salario, menos UPC

En este proyecto de ley se ha insistido que si los salarios de los aportantes se afectan por debajo de los costos de la UPC, se crea un impacto financiero negativo al interior del sistema de salud -en este caso es la salud de la Fuerza Pública, que viene siendo afectada desde el año 2012 en adelante año por año.

En otras palabras, los costos de la UPC se incrementan anualmente por encima del factor que incrementa el salario mínimo, siendo aún más costosa la salud del régimen especial de Fuerza Pública, que desde 1994 ha perdido un 17,40 por ciento del recaudo, dejado de prestar el servicio en el mismo porcentaje, por cuanto con ese mismo factor se mide la prestación del servicio.

Entonces, un crecimiento de esta población en un 22,01 por ciento, y un descenso en el recaudo para la UPC del 17,40 por ciento -por esta decreciente remuneración salarial- sumaría entonces un impacto fiscal del 39,41 por ciento para este sistema de salud de la Fuerza Pública, y que se hace necesario corregir con la expedición de una Ley.

El aporte parafiscal

Esto es evidente porque la contribución parafiscal es de un doce punto cinco por ciento (12,5%) sobre el salario devengado, que se discrimina en un cuatro por ciento (4%) del afiliado, y el ocho punto cinco por ciento (8,5%) a cargo del empleador, pero como lo explicamos es un porcentaje fijo que se aplica a un salario cada vez más devaluado, y que en esas condiciones se financia el mencionado sistema de salud (**Artículo 61**).

Proyecto de ley – Corte Constitucional

En ese sentido, el proyecto de ley plantea darle facultades especiales a las autoridades administrativas del sistema, para que identifiquen los costos del servicio y busquen el recaudo de los aportes, que permita resolver el problema de la financiación, en la misma dirección que plantea la Corte Constitucional, aclarando inicialmente ésta que esto no significa darle al administrador la facultad de fijar una tarifa", sino que su accionar está supeditado a "ajustar el monto del tributo a los costos de un servicio o a los precios de un beneficio", de acuerdo con los términos y procedimientos establecidos previamente en la Ley, y lo que es más: **"cuando el legislador ha fijado el monto máximo de la tarifa, la autoridad encargada de determinar su valor y, por lo tanto, de vincular a los particulares al pago de una suma determinada, debe encontrar en la Ley, la Ordenanza o el Acuerdo respectivo, las directrices concretas - método y sistema - para fijar la tarifa de la tasa en un quantum relativo al costo del servicio que se presta o al precio del beneficio que se otorga"**, advierte la **Sentencia C- 577-95.**

- FONDO DE SOLIDARIDAD ECONÓMICA MINDEFENSA

La alternativa más importante para la financiación de este proyecto de ley -tanto para salud y eventualmente para la Asignación de Retiro- es la creación del **Fondo de Solidaridad Económica del Ministerio de Defensa Nacional** conformado principalmente por las empresas del Grupo Social y Empresarial de sector Defensa (GSED), que tendrá la siguiente destinación:

1. Unidades de Pago por Capitación (UPC), fijadas para el plan integral de salud, que resultare negativa y pueda causar desfinanciación en una vigencia fiscal a los subsistemas de salud de la Fuerza Pública.
2. Cofinanciar la investigación médico-científica, relacionada directamente con el Alto Riesgo de la profesión.
3. **En caso de registrarse un superávit, se aportará para una reserva de recursos, destinadas al pago de la Asignación de Retiro y Pensión.**

La necesidad de este Fondo **-establecida en el Artículo 75 del proyecto, que adiciona un artículo nuevo (17) a la Ley 923 de 2004-** está en que el aporte porcentual en salud de los miembros de la Fuerza Pública, no se hace con base en el incremento porcentual final del salario mínimo legal vigente para los funcionarios públicos, sino en un porcentaje de menor incremento, lo que ha creado un déficit en las UPC necesarias para atender a este sector, por lo que el Fondo vendría a cubrir el déficit de estas UPC, aclarando que no solo se debe conseguir ese faltante, sino que además con el paso del tiempo se requieren de más UPC, debido al crecimiento de la densidad poblacional del grupo etáreo.

Lo anterior tiene dos sentencias de la Corte Constitucional, con base en el Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia, en el sentido de que todos los funcionarios del Estado -incluidos los de la Fuerza Pública, y no solo los demás funcionarios públicos- deben recibir un igual y equitativo incremento porcentual.

- FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

El **Artículo 75** igualmente adiciona un nuevo Artículo (18) a la Ley 923 de 2004, en donde se crea el **Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud de la Fuerza Pública (FOGFO)**, "como un Fondo Cuenta de la Dirección Nacional de Salud de la Fuerza Pública, sin personería jurídica ni planta de personal, para su gestión y funcionamiento", convirtiéndose en una fuente adicional del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).

La destinación de los recursos de este Fondo será determinado "por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, **atendiendo los requerimientos** de la Dirección Nacional de Salud de la Fuerza Pública, la Dirección de Salud de las Fuerzas Militares, y la dirección de salud de la Policía Nacional",

VIII.II. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN – ASIGNACIÓN DE RETIRO

El Fondo de Solidaridad Económica del Ministerio de Defensa Nacional- que como mencionamos está en una adición del Artículo 75, creando un Artículo nuevo (17) a la Ley 923 de 2004- incluye una destinación eventual –en caso de requerirse- para la Asignación de Retiro y Pensión de la Fuerza Pública: “**3. En caso de registrarse un superávit, se aportará para una reserva de recursos, destinadas al pago de la Asignación de Retiro y Pensión**”.

Esta medida se convierte en la primera medida de financiación de este Proyecto de ley –que como mencionamos anteriormente, la Corte Constitucional exige la sustentación de un proyecto de ley con impacto fiscal- teniendo una disposición adicional tan importante como la Conversión de las Cajas de Retiro en Fondo de Pensiones, con el planteamiento novedoso de poder administrar e invertir éstas los recursos de la Asignación de Retiro y la Pensión, más específicamente en la posibilidad de establecer “unidad de negocios” para dar más rentabilidad, y que se explica de manera detallada y técnica en el Artículo 75, que adiciona para tal fin diez (10) Artículos (7-16) a la Ley 923 de 2004.

X. GLOSARIO

Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP)

Caja de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL).

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)

Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP)

Consejo Superior de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (CSSMP)

Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSF)

Dirección Nacional de Sanidad para Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP),

Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (DSSFM),

Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN)

Plan Bienal de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP)

Regional de Aseguramiento en Salud (RASES)

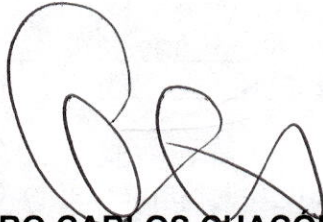
Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM)

Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSNP)

Unidad Regional Prestadora de Servicio (UPRES)

Unidades Regionales del Servicios de Salud Militar (URSSM).

Cordialmente,



ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO
Senador de la República.

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 04 del mes octubre del año 2023

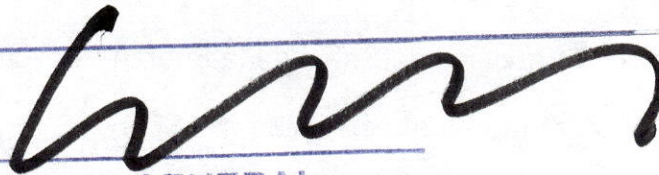
se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 179 Acto Legislativo Nº. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: H.S. Alejandro Carlos Chacón

Camargo



SECRETARIO GENERAL