



Radicado NO. 202311400274351

Fecha: 15-02-2023

Página 1 de 22

Bogotá D.C.,

Doctor
RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO
Comisión Séptima Constitucional
Cámara de Representantes
Carrera 7ª N° 8 – 68
Bogotá D.C.

Código de verificación: B24E6



Para verificar la autenticidad del documento escanee el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultasWebMinsalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación.

ASUNTO: Concepto sobre el **PL 265/22 (C)** “por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional [y] se dictan otras disposiciones”.

Cordial saludo,

Teniendo en cuenta que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en esa Corporación, con fundamento en el texto publicado en la Gaceta del Congreso N° 1418 de 2022, se emite concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Lo anterior, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3° del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, y sin perjuicio de las consideraciones que realice el Ministerio de Defensa Nacional, de conformidad con el siguiente orden:

1. CONTENIDO

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

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

1.1. El Título I, denominado “del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la



Policía Nacional” (arts. 1° a 30), regula la composición y principios, institucionalidad, especificación de la regulación de cada subsistema, y la indicación del modelo de aseguramiento.

- 1.2. El Título II, regula lo relativo a los afiliados y beneficiarios y sus derechos (arts. 31 a 36). El Título III, se detiene en la financiación y administración del Sistema (arts. 37 a 46).
- 1.3. El Título IV, contempla la regulación específica asociada con el Hospital Militar Central (arts. 47 a 57).
- 1.4. El Título V, regula el modelo de atención en salud y sus componentes (arts. 58 a 61). Finalmente, el Título VI culmina con las normas de control y vigilancia e historias clínicas.

2. CONSIDERACIONES

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

Acorde con su especialidad y riesgo, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 exceptuó de la aplicación del régimen creado entonces a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, al personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de dicha Ley.

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

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

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

Posteriormente, a través de la Ley 352 de 1997 se reestructuró dicho sistema de salud,



el cual fue modificado por el Decreto-ley 1795 de 2000 y que fue declarado inexecutable en ciertos apartes por extralimitación de la facultadas otorgadas mediante la Ley 578 de 2000. Sobre el particular, la Corte Constitucional precisó:

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

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

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

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

Particularmente en el capítulo I relativo al objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes, aplicable a todos los regímenes y sistemas que se establezcan (art. 3º) así como en lo relativo a la política pública en salud (art. 20), resulta de especial interés pues el sistema especial de salud deberá contemplar esta serie de elementos básicos que caracterizan este derecho fundamental y, por ello, estos comentarios se remitirán permanentemente a esa norma como un referente obligado (art. 3º *Ibíd.*).

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

- El Sistema excepcional de salud tiene los siguientes límites en su regulación:
 - Que los derechos en salud contengan beneficios y condiciones superiores a los que rigen para los demás afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la dicha ley y, a su vez,

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



- En ningún caso, consagren un tratamiento discriminatorio o menos favorable al que se otorga a los afiliados al sistema integral general².
- En cuanto a la composición del Consejo, la Corte Constitucional consideró que la misma era adecuada, no obstante que la participación de los usuarios es menor que la institucional³.
- La cobertura debe ser en todo el territorio nacional⁴.
- La desafiliación debe respetar el debido proceso⁵.
- La continuidad en la afiliación de un beneficiario que fue desvinculado por cumplimiento de la edad y que sufría una enfermedad grave, Lupus Eritematoso Sistémico – LES⁶, o de los padres del afiliado por matrimonio o unión⁷ e incluyendo la afiliación de nietos⁸.
- Atención a exsoldado con ocasión de lesiones o afecciones adquiridas durante la prestación del servicio⁹, y en general con quienes prestan el servicio militar¹⁰.
- Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental, ordenó amparar los derechos de un pensionado de las Fuerzas Militares que requería unos medicamentos por fuera del entonces POS de las Fuerzas Militares y el servicio de transporte para controles. Consideró que no existía otro medicamento que supliera dentro del POS que supliera su necesidad con efectividad, el mismo fue ordenado por el médico tratante y carecía de recursos¹¹.
- Continuidad en la atención a pesar de que el cotizante la desafilió cuando se

² **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-644 de 2014, M.P. Nilson Pinilla. Se retoma lo indicado en la Sent. T-210 de 2013.

³ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. C-089 de 1998, M.P. José Hernández.

⁴ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-320 de 2013, M.P. Luis Guerrero.

⁵ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-210 de 2013, M.P. Gabriel Mendoza.

⁶ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-564 de 2010, M.P. María Victoria Calle. Así mismo, en la sent. T-299 de 2019.

⁷ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-660 de 2008, M.P. Humberto Sierra.

⁸ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-590 de 2016, MP Luis Guerrero.

⁹ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-195 de 2016, M.P. Gabriel Mendoza. Igualmente, sents. T-654 de 2006, T-408 de 2008, T-237 de 2010, T-258 de 2019.

¹⁰ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-287 de 2019, M.P. Diana Fajardo. Ver, sent. T-507 de 2015.

¹¹ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. T-440 de 2012, M.P. Nilson Pinilla.



demuestra que la persona no tiene capacidad económica¹².

- Se estableció la prohibición de afiliación al subsistema y al régimen general sin afectar la continuidad¹³.

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

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

Se corrobora lo anterior con el siguiente pronunciamiento de la Alta Corporación¹⁴:

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

Materias comprendidas por la competencia de determinar la estructura de la administración nacional	Sentencia
Creación, supresión o fusión de una entidad pública del orden nacional	C-299/94, C-648/97, C-482/02, C-078/03, C-121 /03, C-869/03, C-

¹² CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-210 de 2013, M.P. Gabriel Mendoza.

¹³ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-296 de 2016, M.P. Alejandro Linares.

¹⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-110 de 2019, MP. Alejandro Linares Cantillo.



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

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

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

Por las mismas razones prosperan las objeciones contra los artículos 26, 27, 28 y 80 también objetados que se refieren al patrimonio y rentas del Consejo Profesional Nacional de Ingeniería, su integración y **funciones específicas, y a las funciones de inspección y vigilancia del ejercicio profesional de las ingenierías pesquera, agrícola, agronómica y forestal y de sus respectivas profesiones auxiliares** [...] ¹⁵.

Las disposiciones constitucionales destacadas y la jurisprudencia en cita, desarrollan un criterio de especialidad en la gestión pública que el propio Ejecutivo conoce y debe desplegar. Por tanto, cuando el Congreso de la República propone funciones esencialmente diferentes a su naturaleza a un Consejo, debe contar con el aval gubernamental, por lo que se considera importante revisar este tema con el Ministerio de Defensa Nacional. Igual comentario debe realizarse frente a los ajustes propuestos

¹⁵ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. C-078 de 2003, M.P. Clara Inés Vargas Hernández. Se resalta.



para el Hospital Militar Central (arts. 47 a 55 del proyecto). Aunque resulta importante realizar un ajuste a este sistema excepcional, es necesario tener presente lo manifestado.

2.2. Comentarios específicos

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

2.2.1. Sobre el epígrafe:

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

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

2.2.2. Sobre el artículo 1°:

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

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

2.2.3. Sobre el artículo 2°:

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

Comentario. Es dable ajustar la redacción, pues si bien, en el primer artículo se



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

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

2.2.4. Sobre el artículo 4°:

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

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

En consecuencia se recomienda el siguiente texto:

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

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



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

2.2.5. Sobre el artículo 5°:

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

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

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

- a. **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
- b. **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

¹⁶ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. C-313 de 2014, M.P. Gabriel Mendoza Martelo.



- c. **Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.
- d. **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
- e. **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.
- f. **Prevalencia de derechos.** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.
- g. **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- a. **Libre elección.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía permitirá la afiliación de esposas o esposos de titulares, que tengan relación laboral o contractual que las haga sujetos de contribución a la salud, cuando lo soliciten expresamente; el valor de la UPC ingresará a los fondos cuenta militar o de policía, según el caso. Artículo 82 del Decreto número 2353 de diciembre 3 de 2016.
- b. **Sostenibilidad.** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.
- c. **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.
- k. **Eficiencia.** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

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

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

No obstante, debe redactarse en términos más asociados al régimen que se regula y no de manera general, como dirigida a toda la población residente en el territorio nacional. De otra parte, no adecuado aludir a normas como el caso del Decreto 2353 de 2015



asociado con la afiliación transaccional. Por último, es importante señalar que la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad e idoneidad profesional son elementos del derecho y no principios, tal y como lo precisa la Observación General 14 de 2000. No resulta adecuado denominarlos, en consecuencia, como principios orientadores. En efecto, retomando dicha Observación, la Ley 1751 dispuso:

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

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

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

2.2.6. Sobre el artículo 6°:

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

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

Se recomienda el siguiente texto:

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

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

2.2.7. Sobre el artículo 8°:

Artículo 8°. Funciones del Ministro de Defensa Nacional [...].

Comentario. Adicionalmente al aval que se requiere, según quedó indicado, teniendo



en cuenta que ya existe el Decreto 1874 de 2021, por medio del cual se modifica la estructura del Ministerio de Defensa Nacional, se crean nuevas dependencias, funciones y se dictan otras disposiciones, es necesario revisar que las atribuciones, no estén incluidas dentro de las funciones del Ministro de Defensa Nacional y sin perjuicio del pronunciamiento que esa Cartera tenga a bien expedir.

2.2.8. Sobre el artículo 9°:

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

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

Se sugiere que el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares tenga como integrantes los mandos militares que toman decisiones y profesionales en las diferentes áreas del conocimiento que se requiera para la toma de decisiones técnicas de un



sistema de salud, como profesionales de salud, profesionales en ciencias económicas, administrativas, financieras, de sistemas de información, ciencias sociales y del derecho, con formación pos gradual y experiencia laboral en formulación de políticas públicas, en ciencias de la salud, en manejo financiero del sector salud, en epidemiología, salud pública, gerencia de servicios de salud, especialidades clínicas de salud y demás que se requieran, pero para garantizar la participación democrática en las decisiones rectoras del Sistema, se organice de forma separada otro estamento como un Comité con representantes de soldados voluntarios, de suboficiales, del personal civil pensionado, de los empleados públicos y trabajadores oficiales, así como de viudas, viudos y beneficiarios.

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

2.2.9. Sobre el artículo 15:

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

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

2.2.10. Sobre el artículo 16:

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

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



Fuerzas Militares”, más aún por la complejidad de la toma de decisiones de dicho comité.

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

2.2.11. Sobre el artículo 21:

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

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

2.2.12. Sobre el artículo 22:

Artículo 22º. Unidades de Servicios de Salud Militar (URSSM). Las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSMP, estas funcionaran como una extensión del Asegurador a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el



Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel, y estará integrada por un tren administrativo, financiero y técnico bajo la Dirección del Asegurador”

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

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

2.2.13. Sobre el artículo 26:

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

Comentario. Se recomienda incluir en el comité de salud de la Policía Nacional, profesionales especializados de salud, finanzas, administración, estadística, sistemas, que cuenten con formación y experiencia laboral en temas alusivos al sistema de salud, epidemiología, economía, estadísticos, salud pública, bioestadísticos, actuarios, etc., en atención a las funciones del Comité, descritas en el artículo 27, pues como órgano asesor que va a tomar las decisiones de más alto nivel técnico, no puede estar solo conformado por personal de la policía, a menos que tengan el perfil experto para tomar las decisiones como la gestión del riesgo en salud, conocimientos en salud, metodologías de abordaje en salud a la población, análisis de indicadores de salud, análisis económico de los temas de salud, etc.

2.2.14. Sobre el artículo 28:

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

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



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

2.2.15. Sobre el artículo 33:

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

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

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

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



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

2.2.16. Sobre el artículo 39:

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

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

2.2.17. Sobre el artículo 40:

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

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

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

Comentario. En la exposición de motivos no se exhiben resultados de análisis del gasto operacional, que justifique la decisión del presupuesto que se asigna por norma. En el artículo que se comenta no es clara la fuente de financiación del gasto operacional. Es decir, al parecer se describe un monto equivalente que tendría fuente



diferente a las cotizaciones que realizan los afiliados sometidos al régimen de cotización.

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

2.2.18. Sobre el artículo 47:

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

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

2.2.19. Sobre el artículo 50:

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

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



pensionados del Hospital Militar Central elegido por sus representados por mayoría de votos y para un periodo de dos años.

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

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

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

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

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

2.2.20. Sobre el artículo 61:

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

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



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

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

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

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

2.2.21. Sobre el artículo 62:

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

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

2.2.22. Sobre el artículo 65:

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



digital.

Parágrafo: Reserva de las Historias Clínicas.

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

2.2.23. Sobre el artículo 68:

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

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

3. CONCLUSIÓN

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

- 3.1. En lo atinente a los artículos 7 a 28 y 47 a 55, el proyecto de ley debe contar con el aval gubernamental, en este caso del Ministerio de Defensa Nacional dado que se trata de normas que modifican la estructura y funciones de la administración nacional. Adicionalmente, los entes de decisión deben ser integrados técnicamente. Para definir la conveniencia de la propuesta se requiere determinar la posición de esa Cartera según el pronunciamiento que a bien tenga expedir.
- 3.2. Debe precisarse el epígrafe para que no resulte redundante al repetir “se dictan otras disposiciones”, al tiempo que se debe mejorar la redacción de los artículos 2° y 4°. Igualmente, se debe unificar la terminología contentiva del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional a lo largo del texto.
- 3.3. En cuanto a los principios (art. 5°), diferenciar los elementos del derecho y, en lo



Radicado NO. 202311400274351

Fecha: 15-02-2023

Página 22 de 22

sucesivo, redactarlos asociándolos al sistema excepcional que se pretende regular.

- 3.4. Ajustar el artículo 33, según lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, es decir, la regulación de exclusiones. Este comentario se extiende al artículo 39.
- 3.5. Es necesario regular adecuadamente lo relativo a historias clínicas y la vigencia, frente a lo cual se plantearía una transitoriedad.

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

Atentamente,

DIANA CAROLINA CORCHO MEJÍA

Ministra de Salud y Protección Social

Aprobó:

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios.

Dirección Jurídica.