

Dirección de Estudios Sectoriales

89113- 059-05

ESTUDIO DEL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PUBLICA

Elaboró: [Elver Jesús Lemus Varela]

[Santos Germán Lambuley García]

[Magaly Medina Carreño]

Fecha: [29 de septiembre de 2009]

Ubicación final: [scdef065/docudes/2009/liberados/Sistema Salud FP final]

Revisión # 1: [Rafael Puerta Criales]

Fecha de la revisión: [26 de febrero de 2010]

Revisión # 2: [Rafael Puerta Criales]

Fecha de la revisión: [3 de junio de 2010]

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud de la Fuerza Pública constituye un caso especial respecto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) incorporado en la Ley 100 de 1993, dada esta especialidad se le garantizan cubrimientos adicionales y excepciones, que hacen más costoso el servicio prestado en este Sistema que en los demás. La salud se constituye en un servicio básico consagrado constitucionalmente y sobre el cual se reconocen derechos esenciales; es decir que son prioritarios y fundamentales. En el caso de la Fuerza Pública se les otorgan algunos beneficios dado el riesgo que asumen los efectivos cotizantes al Sistema, al enfrentar el conflicto armado y controlar el orden público.

El documento aborda importantes temas como las bases normativas, la estructura y funcionamiento del sistema, el talento humano destinado a la atención del servicio de salud, la población atendida, la distribución de los establecimientos de sanidad militar y policial, el análisis del presupuesto y el financiamiento del sistema, la estructura de costos, los resultados de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, y algunas particularidades del sistema con significativas conclusiones tales como la habilitación de los servicios de salud, el incumplimiento de las citas médicas, la base de cotización, los

Dirección de Estudios Sectoriales

subsidios indirectos, la utilización de la infraestructura y la Unidad de Pago por Capitación¹.

2. ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS

A través de la historia, Colombia ha buscado la manera de garantizar y proteger la salud de los ciudadanos mediante la expedición de normas para desarrollar el Sistema de Seguridad Social. Los cambios son notorios con la expedición de la Ley 100 de 1993, en donde se creó el Sistema Nacional de Salud, estructurado para operar en el ámbito Nacional, Departamental y Municipal e integrado funcionalmente por los subsectores público, privado. Desde la base Constitucional se aseguró la puesta en marcha de la organización política del Estado Social de Derecho, de las autoridades públicas y también los particulares con el fin de garantizar y proteger la vida² y el derecho constitucional a la integridad física y mental de los habitantes del territorio Nacional.

En este orden de ideas, se evidencia que según la Constitución de 1991, en cuanto al tema que atañe al sector salud, éste ha presentado alteraciones tanto en la concepción como en la implementación de su esquema debido a que la Seguridad Social y en particular la salud se concibió como un servicio público regido por los principios de Universalidad, Solidaridad, Eficiencia, Integralidad, Unidad y Participación. Sin embargo, en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, se mantienen las condiciones preferenciales para los miembros de la Fuerza Pública, integrada según lo señalado en el artículo 216 de la Carta Política “...en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”, como régimen especial dado por disposición constitucional en los artículos 150, numeral 19, literal e). La existencia del régimen especial prestacional de Seguridad Social, implica la imposibilidad de someter a sus beneficiarios al sistema normativo general (Leyes 100 de 1993 y 797 de 2003, y demás normas existentes), su especialidad conduce a crear o regular distintas

¹ Según el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, la Unidad de Pago por Capitación-UPC, corresponde al valor que anualmente reconoce el FOSYGA a las Entidades Promotoras de Salud-EPS, como un valor suficiente para cubrir la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud-POS, por cada uno de los afiliados al Sistema de Seguridad Social. Es establecida 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 es definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

² Artículo 11 Constitución Nacional. Dentro de los medios de protección a la vida, se encuentra la protección a la salud.

Dirección de Estudios Sectoriales

modalidades de prestaciones que permitan reconocer el fin constitucional que legitima su exclusión del sistema general.

Fue voluntad del Constituyente que la ley determinara un régimen prestacional especial dado el carácter de la actividad militar y de policía. Sin embargo, el sistema incluye personal civil que desempeña funciones administrativas dentro de la Fuerza Pública; no obstante se debe responder a las situaciones de orden objetivo y material a que da lugar el cumplimiento de sus funciones, en los términos de los artículos 217, inciso 1° y 218 inciso 1° de la Carta Magna.

En 1997, mediante la Ley 352 se reestructuró el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), como autónomo, su administración se desarrolla de forma descentralizada y desconcentrada de la Policía Nacional y de las Fuerzas Militares. Los recursos se manejan en fondos de manera independiente.

Mediante el Decreto Ley 1795 de 2000 se incluyen acciones sobre la estructura del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional³ (CSSMP), es el organismo rector y coordinador del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP). Entre las funciones más importantes se destacan:

- Definir las políticas, planes, programas y prioridades generales del SSMP.
- Señalar los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento.
- Determinar y reglamentar el funcionamiento de los Fondos Cuenta creados por la Ley 352 de 1997.
- Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa.
- Determinar anualmente los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del Sistema y autorizar a las entidades y a los Establecimientos de Sanidad que conforman el SSMP para la prestación de servicios de salud a terceros.

³ Así lo define los artículos 8 y 9 del Decreto Ley 1795 de 2000.

Dirección de Estudios Sectoriales

- Adoptar los regímenes de referencia y contrarreferencia⁴.
- Determinar normas para supervisar, controlar y evaluar el SSMP, en los ámbitos administrativos y técnicos.
- Disponer las políticas, estrategias, planes y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial.
- Aprobar el proyecto del plan de desarrollo del SSMP.
- Expedir los actos administrativos para el cumplimiento de sus funciones.
- Expedir su propio reglamento.

3. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

Se define la Sanidad⁵ como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada a los servicios de salud del personal activo, con asignación de retiro, pensionado y beneficiarios.

La estructura del Sistema de Salud de la Fuerza Pública obedece a la organización institucional del Ejército, la Armada, la FAC y la Policía Nacional, para la adecuada prestación del servicio de salud en las diferentes unidades militares y policiales. La distribución de los establecimientos de salud igualmente obedece al mismo criterio.

3.1. Estructura Organizacional

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), los afiliados y beneficiarios del Sistema.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la

⁴ El artículo 2 del Acuerdo 4 de 1997 expedido por el CSSMP, define referencia como el envío de usuarios por parte de un Establecimiento de Sanidad, a otro de mayor nivel de atención y grado de complejidad. Contrarreferencia es la respuesta que los Establecimientos de Sanidad o las instituciones de salud contratados, receptoras de la referencia, dan al establecimiento de sanidad que ordena la referencia.

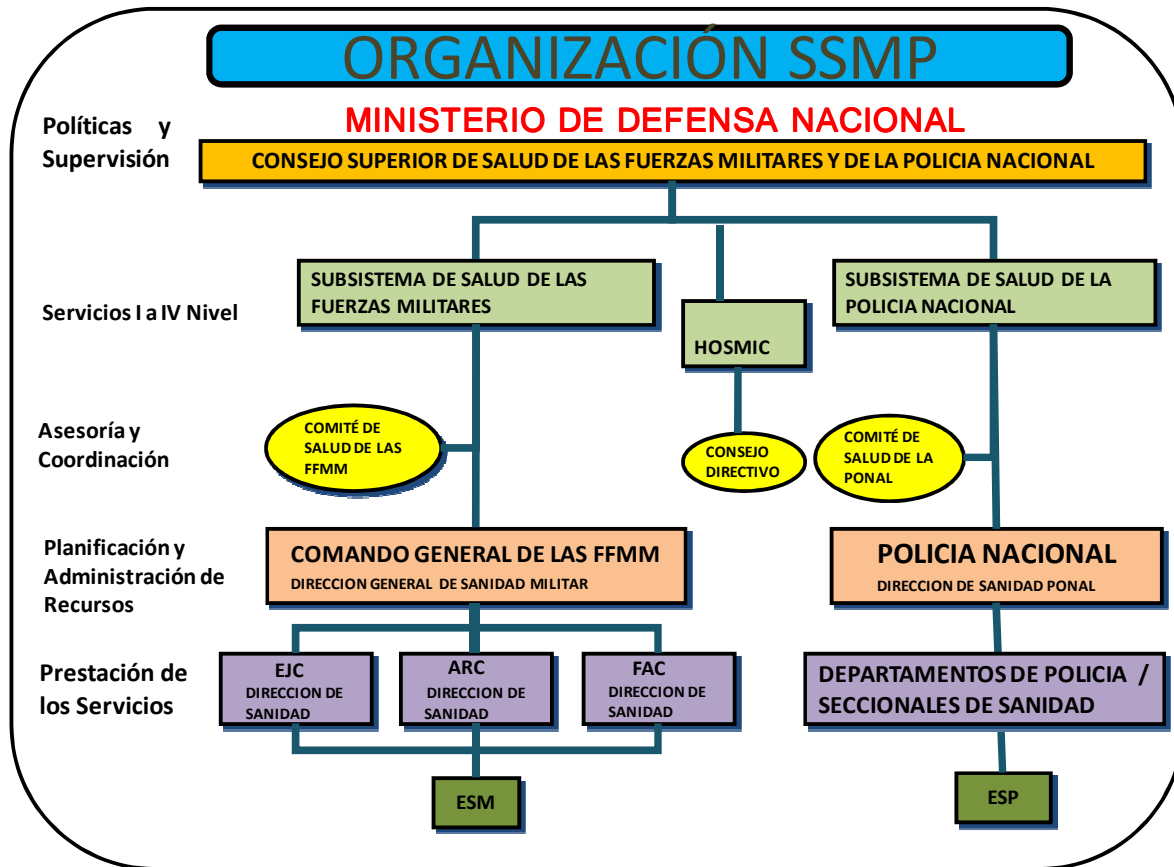
⁵ Tomado del artículo 2 del Decreto Ley 1795 de 2000.

Dirección de Estudios Sectoriales

Armada Nacional, la Fuerza Aérea (FAC) y el Hospital Militar Central (HOSMIC). El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, como se aprecia en la siguiente gráfica.

Gráfica 1

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA



Fuente: Disan. Decreto Ley 1795 de 2000

Los subsistemas de salud de la Fuerza Pública cuentan con los respectivos Comités de Salud, el de las FFMM, con la Dirección de Sanidad Militar (DISAN), y el segundo con la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Los Comités asesoran y coordinan los Subsistemas de Salud en Defensa y Seguridad e implementan las políticas emitidas por el Consejo Superior de Salud de las FFMM y la PONAL. La prestación del servicio se

Dirección de Estudios Sectoriales

desarrolla por intermedio de la red de establecimientos de sanidad militar y policial (ESM - ESP) distribuidos a nivel nacional, en donde se atiende la población objetivo.

Caso especial es el del Hospital Militar Central en la prestación del servicio de salud para los afiliados y beneficiarios de la Fuerza Pública⁶, y a terceros que lo requieran, éste está conformado como establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en Bogotá. Complementariamente el Hospital desarrolla las actividades de docencia e investigación científica, acordes con las patologías propias de los afiliados al Sistema de Salud.

3.2. Infraestructura Física y de Servicios

El Sistema de Salud de la Fuerza Pública tiene como fin prestar el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares y policiales como parte de la logística militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de los usuarios⁷.

Todos los afiliados y beneficiarios al SSMP, tienen derecho a un plan de servicios de sanidad en los términos y condiciones que establece el CSSMP. Además cubre la atención integral para los afiliados y beneficiarios del SSMP en la enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación. Igualmente tienen derecho a que el SSMP les suministre dentro del país asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en hospitales, establecimientos de sanidad militar y policial y de ser necesario en otras instituciones prestadoras de servicios de salud⁸.

La prestación de los servicios médicos en el exterior, al personal militar en servicio activo y civil que adelanta comisiones del servicio fuera del país, se presta de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1214/90.

El Ministerio de la Protección Social incluye a los usuarios del SSMP en el desarrollo y ejecución de los programas del Plan de Atención Básica (PAB), así mismo, el

⁶ Aunque presta servicio a la Fuerza Pública, es poco utilizado por la Policía Nacional.

⁷ Tomado del artículo 5 Decreto Ley 1795 de 2000.

⁸ Artículo 27 Decreto Ley 1795 de 2000.

Dirección de Estudios Sectoriales

Sistema de Sanidad de las Fuerzas Militares y de Policía, previo concepto favorable del CSSMP, ofrece planes complementarios, en tratamientos de infertilidad,⁹ y tratamientos de ortodoncia, implantología y rehabilitación oral,¹⁰ por medio de sus establecimientos de sanidad o de aquellos con los cuales tenga contratos para la prestación del Plan de Servicios de Sanidad. Tales planes son financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios.

A los afiliados y beneficiarios que se retiren del SSMP, el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconoce los tiempos de afiliación para efectos de períodos mínimos de carencia o de cotización frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El SSMP desarrolla las actividades de salud operacional, las cuales consisten en acciones de salud inherentes a las operaciones militares y del servicio policial, de igual forma desarrolla las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada fuerza, incluyendo entre otras sanidad en campaña, medicina naval y de aviación.

El SSMP desarrolla medicina ocupacional correspondiente a las actividades de medicina preventiva, de trabajo, higiene y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva del personal en sus ocupaciones habituales, con el fin de prevenir enfermedades y accidentes. Comprende igualmente las actividades conducentes a evitar que las enfermedades comunes sean agravadas por las condiciones laborales.

Así mismo, el sistema realiza medicina laboral correspondiente a las actividades de evaluación de aptitud psicofísica al personal que se requiera para salir en comisión al exterior y procesos de selección, ingreso, escalafonamiento, reclutamiento, incorporación, comprobación, ascenso, permanencia y retiro del personal activo afiliado al SSMP del Ministerio de Defensa Nacional y demás circunstancias del servicio que así lo ameriten.

⁹ Acuerdo 007 de 2001 del CSSMP

¹⁰ Acuerdo 008 de 2001 y 026 de 2003 del CSSMP

Dirección de Estudios Sectoriales

Igualmente el SSMP asesora en la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.

En la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares se cuenta con 151 Establecimientos de Sanidad Militar- ESM, de los cuales 90% son de nivel I.

Cuadro 1

**DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE ESTABLECIMIENTOS
DE SANIDAD Y USUARIOS FFMM
Junio de 2009**

Región	Número de Establecimientos por Nivel				Número de Usuarios	Promedio Usuarios
	I	II	III	Total		
Centro	39	6	0	45	240.708	5.349
Norte	17	2	1	20	78.246	3.912
Noroccidente	19	1	0	20	73.750	3.688
Nororiente	13	1	0	14	50.632	3.617
Suroriente	14	1	0	15	38.576	2.572
Suroccidente	19	3	0	22	54.081	2.458
Sur	15	0	0	15	19.501	1.300
Total	136	14	1	151	554.494	3.672

Fuente: DISAN Militar¹¹. Cálculos CGR. DES DJS.

Los Establecimientos de Sanidad prestan el servicio por niveles¹² así: al Nivel I, le corresponde los de tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad; al Nivel II, los de tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad; al Nivel III, aquellos de tecnología de la más alta

¹¹ Unificados los Establecimientos de Centro y Bogotá. Se asume que el número de usuarios reportados doble vez en la Regional Suroccidente, mediante comunicación de abril 14 de 2010, una de ellas corresponde a Noroccidente. El número de usuarios a junio de 2009 no coincide en los reportes de la Disan de las Fuerzas Militares, puesto que se pasa de 554.494 a 675.530, dado que han venido realizando depuración de las bases de datos.

¹² Definidos por el Decreto 1760 de 1990.

Dirección de Estudios Sectoriales

complejidad, y al nivel IV, las patologías catastróficas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja efectividad en el tratamiento¹³.

Por distribución geográfica 30% (45 de 151) de los establecimientos de salud se encuentran en la Región Centro (comprende los Departamentos de Tolima, Boyacá y Cundinamarca); 15% en Región Suroccidente (Valle del Cauca, Cauca, Risaralda y Nariño); 13% Región Noroccidente (Antioquia, Córdoba y Choco); 13% Región Norte (Bolívar, Sucre, Atlántico, César); 10% Región Sur (Guaviare, Caquetá, Putumayo, Amazonas); 10% Región Suroriente (Meta, Vichada, Casanare, Guainía) y 9% Región Nororiente (Arauca y Santanderes).

Al comparar el número de usuarios por región, los del Centro son mayores comparados con las demás, puesto que su promedio es de 5.349 por ESM, encontrándose 30% de ESM y 43% del total de usuarios, mostrando mayor frecuencia de estos; por el contrario, la Región Sur con 1.300 por ESM, tiene 10% de ESM y 4% de usuarios; y Suroccidente con 2.458 por ESM, tiene 15% de ESM con 10% usuarios. De la distribución de establecimientos con relación al número de usuarios, se deduce una asimetría la cual tiene impacto directo en las diferencias de costo por usuario entre regiones, así como en la frecuencia de éstos en cada una de ellas, de tal forma que la posible reestructuración de ESM frente a número de usuarios o la unificación en la prestación del servicio entre FFMM y Policía, puede hacer más homogéneo este indicador entre regiones, manifestándose en una mayor eficiencia en la prestación del servicio de salud para la Fuerza Pública en su conjunto.

De los 151 establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares sólo el Hospital Naval de Cartagena es de nivel III¹⁴.

Respecto de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, se encuentra por distribución geográfica que 43% (55 de 127) de ESP se ubican en la Región Bogotá (Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, San Andrés, Amazonas, Guainía, Vichada); 14% en la Región de Cali (Valle, Nariño, Cauca); 9% en la Región Barranquilla (Atlántico, Bolívar,

¹³ Artículo 117 Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social.

¹⁴ Sin tomar en cuenta el Hospital Militar Central ubicado en Bogotá, que pertenece al nivel IV.

Dirección de Estudios Sectoriales

Magdalena, Guajira, Sucre, César); 9% Región Bucaramanga (Arauca y Santanderes); y 9% en Región Medellín (Antioquia, Córdoba, Chocó y Urabá).

Disan de la Policía Nacional cuenta con 127 establecimientos, de los cuales 86% (109 de 127) son de nivel I así:

Cuadro 2

**DISTRIBUCIÓN ESTABLECIMIENTOS DE
SANIDAD Y USUARIOS POLICÍA NACIONAL
JUNIO DE 2009**

Región	Número de Establecimientos por Nivel				Número de Usuarios	Promedio Usuarios
	I	II	III	Total		
Pereira	4	1	0	5	37.301	7.460
Barranquilla	8	4	0	12	69.808	5.817
Medellín	10	1	0	11	59.414	5.401
Villavicencio	4	1	0	5	23.121	4.624
Bucaramanga	10	1	0	11	44.510	4.046
Neiva	9	1	0	10	40.392	4.039
Cali	17	1	0	18	71.309	3.962
Bogotá	47	7	1	55	191.410	3.480
No reportado	0	0	0	0	1.539	0
TOTAL	109	17	1	127	538.804	4.243

Fuente: DISAN Policía. Cálculos CGR. DES DJS.

Al comparar el número de usuarios por región en la Policía Nacional, se encuentra una distribución más homogénea, se exceptúan con una mayor frecuencia la Región Barranquilla con 5.817 por ESP, tiene 9% de ESP y 13% de usuarios, y Pereira con 7.460 por ESP, tiene 4% de ESP con 7% de usuarios. Por el contrario, hay menor frecuencia de usuarios en la Región Bogotá puesto que con un promedio de 3.480 por ESP, el 43% de ESP tiene 36% de los usuarios. En las demás regiones la diferencia ESP versus usuarios no supera el 1%. Por lo anterior, de la distribución de establecimientos en relación con el número de usuarios, se deduce mayor homogeneidad en la Policía Nacional, salvo Bogotá con un posible mayor costo por usuario, para el caso de Barranquilla y Pereira se observa de acuerdo con el mismo criterio, una mayor eficiencia en la prestación del servicio.

Dirección de Estudios Sectoriales

De los 127 establecimientos de sanidad de la Policía sólo la Clínica de la Policía en Bogotá es de nivel III¹⁵.

Servicios Prestados Disan Militar

De acuerdo con los servicios prestados por los Establecimientos de Sanidad Militar-ESM, 84% prestan el servicio de medicina general (127 de los 151), 32% medicina especializada en diversas áreas (48 de 151), y 98% los servicios de odontología básica (148 de 151).

Cuadro 3

**SERVICIOS PRESTADOS
ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR
Junio de 2008 a junio de 2009**

Región	Medicina General			Especializada			Odontología		
	ESM	Usuarios	Promedio US / ESM	ESM	Usuarios	Promedio US / ESM	ESM	Usuarios	Promedio US / ESM
Centro y Bogotá	41	190.612	4.649	19	136.307	7.174	43	134.287	3.123
Noroccidente	17	34.160	2.009	3	11.144	3.715	20	22.110	1.106
Suroriente	23	44.233	1.923	4	26.602	6.651	29	28.854	995
Suroccidente	19	31.847	1.676	10	21.796	2.180	22	27.110	1.232
Nororiente	12	35.457	2.955	5	10.140	2.028	14	24.619	1.759
Norte	15	27.692	1.846	7	59.266	8.467	20	36.072	1.804
Total	127	364.001	2.866	48	265.255	5.526	148	273.052	1.845

Fuente: DISAN Militar. Cálculos CGR. DES DJS.

En medicina general a nivel nacional, en la región Centro y Bogotá se observa que 41 ESM (32%) prestan atención a 52% de los usuarios, por lo tanto tiene el promedio más alto por establecimiento con 4.649 personas y presenta una mayor demanda por el servicio; de igual forma, en medicina especializada y en odontología esta región tiene la más alta afluencia de usuarios con 7.174 y 3.123 respectivamente. Las regionales que presentan el promedio más bajo de usuarios atendidos en medicina general por ESM, son Suroccidente y Sur-Suroriente con 1.676 y 1.923 respectivamente. La Región Suroccidente en medicina especializada a nivel nacional, con 21% de ESM presta atención solo al 8% de usuarios, con un promedio de 2.180 por ESM. En odontología a nivel nacional, el promedio más bajo

¹⁵ Sin tomar en cuenta el Hospital Militar Central ubicado en Bogotá

Dirección de Estudios Sectoriales

de atención se halla en Suroriente con 995 ya que con el 20% de ESM contó solo con 11% de usuarios.

Servicios Prestados Disan Policía

De acuerdo con los servicios prestados por los Establecimientos de Sanidad de la Policía Nacional, 87% de los ESP (111 de 127) prestan el servicio de medicina general, 37% (47 de 127) el de medicina especializada en diversas áreas, y 65% (83 de 127) los servicios de odontología básica.

Cuadro 4

SERVICIOS PRESTADOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Enero a junio de 2009

Región	Medicina General			Especializada			Odontología		
	ESP	Usuarios	Promedio US / ESP	ESP	Usuarios	Promedio US / ESP	ESP	Usuarios	Promedio US / ESP
Bogotá	52	95.967	1.846	16	244.014	15.251	32	50.067	1.565
Neiva	7	32.793	4.685	4	11.966	2.992	7	8.794	1.256
Pereira	4	36.552	9.138	3	8.279	2.760	4	6.337	1.584
Cali	17	54.488	3.205	8	35.085	4.386	15	6.185	412
Bucaramanga	11	20.629	1.875	4	24.751	6.188	9	9.184	1.020
Medellín	5	18.403	3.681	3	32.244	10.748	5	32	6
Villavicencio	4	25.193	6.298	2	7.811	3.906	3	9.859	3.286
Barranquilla	11	46.051	4.186	7	46.040	6.577	8	11.910	1.489
Total	111	330.076	2.974	47	410.190	8.727	83	102.368	1.233

Fuente: DISAN Policía. Cálculos CGR. DES DJS.

En la Disan de la Policía Nacional en medicina general, se observa que la Regional Bogotá con 52 ESP (47%), atiende sólo 29% de usuarios, con un promedio de 1.846 por ESP, reflejando que hay mayor concentración de usuarios en otras regionales con menor número de establecimientos, como el caso de la Regional Pereira que con 4 ESP presta atención a 11% de usuarios, con promedio de 9.138 por ESP. En medicina especializada en la Región Bogotá, la cual con 15.251 usuarios atendidos en promedio por ESP, cuenta con 16 ESP y atiende el 59% a nivel nacional; la Regional de Cali que tiene 17% de los establecimientos solo atiende 9% de ellos en promedio. En odontología, Bogotá cuenta con 32 ESP para prestar atención a 49% de usuarios a nivel nacional con un promedio de 1.565 por ESP; por el contrario, Cali que cuenta con 15 ESP sólo atiende en este servicio a 6%,

Dirección de Estudios Sectoriales

con un promedio de 412 por ESP. Cabe destacar el caso de Medellín en la atención de odontología, la cual con 5 ESP sólo prestó servicio a 32 usuarios, y que con un promedio de 6 por establecimiento, evidencia un desaprovechamiento importante del servicio.

Conpes 3591 de 2009

En el caso del tratamiento a problemas de discapacidad como invalidez, de acuerdo con el Conpes 3591 de 2009, se desarrollará una política de discapacidad con planes y programas que incluyan un sistema de rehabilitación integral a los miembros de la Fuerza Pública y dentro de éste se construirá el Centro de Rehabilitación Integral-CRI, dado que durante el conflicto ha aumentado el número de discapacitados. De acuerdo con este Conpes el Gobierno Nacional tiene previsto destinar \$31.086 millones para la adquisición del lote y la construcción de la infraestructura física del CR; los cálculos estimados para el funcionamiento del Centro de Rehabilitación Integral a precios corrientes, asciende a \$9.534 millones a partir de 2012, los cuales serán cubiertos con asignaciones presupuestales ordinarias del Ministerio de Defensa Nacional. En la actualidad, en las FFMM 7 de 151 ESM prestan servicio de rehabilitación funcional y en los de la Policía 17 de 127, para un número de 7.050 discapacitados atendidos entre 1990 y 2008, víctimas de minas antipersonales y municiones sin explotar.

3.3. Distribución de los Establecimientos de Salud

Los 278 Establecimientos de Sanidad de la Fuerza Pública-ESFP prestan de manera separada el servicio por cada fuerza, 46% a la Policía, 41% al Ejército, 8% a la Armada y 5% a la FAC. Los ESFP se distribuyen geográficamente así: Centro y Bogotá 40% (110 de 278), seguido en 16% de Suroccidente, 12% en Norte y 11% en Noroccidente. De la división de ESFP por fuerza y la distinción por cada uno, se deduce que al no ser la salud diferente en cuanto a la prestación del servicio, el que existan establecimientos para cada fuerza y la Policía Nacional en una misma región, desaprovecha tanto operativa como administrativamente la utilización plena de la capacidad disponible.

Dirección de Estudios Sectoriales

Cuadro 5

**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
FUERZA PÚBLICA POR REGIÓN
A junio de 2009**

Regional	EJC	ARC	FAC	PONAL	TOTAL	%
Bogotá	12	1	5	55	73	26,3%
Centro	25	0	2	10	37	13,3%
Sur	12	2	1	0	15	5,3%
Suroriente	10	3	2	5	20	7,1%
Suroccidente	16	4	2	23	45	16%
Norte	9	9	2	12	32	12%
Nororiente	13	1	0	11	25	9%
Noroccidente	17	2	1	11	31	11%
Total	114	22	15	127	278	100%

Fuente: Disan Policía y FFMM.

Aunque en los últimos años se han hecho esfuerzos importantes para mejorar la eficiencia en la prestación del servicio de salud como por ejemplo, la utilización de la planta física, la integración funcional, el suministro de medicamentos, la mejor gestión, el manejo de información y la implementación de avances tecnológicos, es claro que aún persiste su fragmentación (Policía, FAC, ARC y Ejército). Es importante que no se abandone el esfuerzo por unificar el servicio en el cual se involucre el conjunto de la Fuerza Pública, por lo que sería necesario replantear la estructura, la asignación y ejecución del presupuesto del Sistema de Salud, lo cual redundaría en una mejora económica y administrativa para el buen uso de los recursos públicos.

3.4 Población Atendida

De acuerdo con el artículo 23 del Decreto Ley 1795 de 2000, existen dos (2) clases de afiliados al Sistema de Sanidad de la Fuerza Pública SSMP: Los afiliados cotizantes y los no cotizantes.

Dentro de los cotizantes se encuentran: 1) Los miembros de las Fuerza Pública en servicio activo. 2) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión. 3) Los soldados voluntarios. 4) Los servidores públicos y los pensionados de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional

Dirección de Estudios Sectoriales

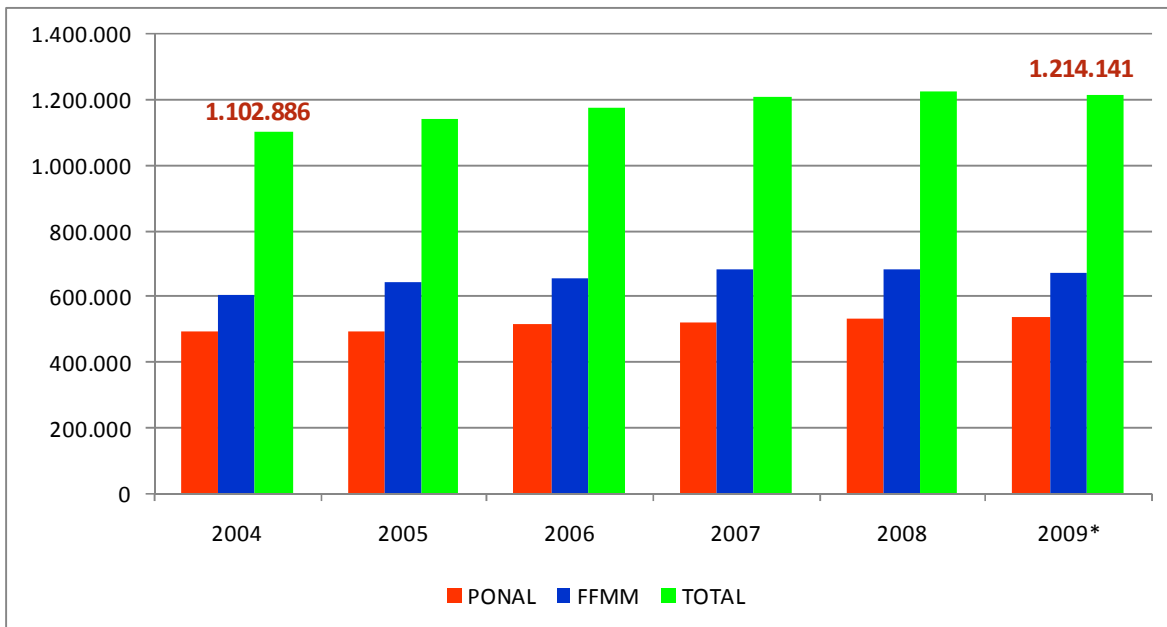
y el personal no uniformado activo y pensionado de la Policía Nacional. 5) Los beneficiarios de pensión por muerte del soldado profesional activo o pensionado de las Fuerzas Militares. 6) Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional. Y 7) Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional.

Los no cotizantes corresponden a: 1) Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional; y 2) Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

El total de usuarios que comprende tanto cotizantes y sus beneficiarios como a no cotizantes, creció 10% de 2004 a junio de 2009, al pasar de 1.102.886 a 1.214.141, siendo el mayor incremento 3% de 2005 a 2006. Esta cifra tiene un promedio de 1.5 beneficiarios por cada cotizante.

Gráfica 2

NÚMERO DE USUARIOS DISAN FFMM Y POLICÍA



Fuente: DISAN FFMM y Policía
*A junio de 2009

Dirección de Estudios Sectoriales

El incremento del número de usuarios del servicio de salud de la Fuerza Pública, en especial de las FFMM, está asociado de manera directa con el incremento del pie de fuerza, el cual pasó de 350 mil efectivos en 2004 a 438 mil en 2009, con un incremento porcentual de 25%.

Los beneficiarios de los cotizantes comprenden al cónyuge; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o (*compañero(a) permanente*); los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente; a falta de cónyuge e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de él. Los afiliados no cotizantes no tienen beneficiarios respecto de los servicios de salud.

Cuadro 6

**EVOLUCIÓN USUARIOS DEL
PERSONAL CIVIL DE LA FUERZA PÚBLICA
A DICIEMBRE DE 2009**

AÑO	ARC	EJC	FAC	HMC	TOTAL FFMM	PONAL
2.006	2.146	4.425	2.199	1.218	9.988	23.733
2.007	2.542	3.851	2.074	1.140	9.607	22.528
2.008	2.554	3.749	1.849	1.092	9.244	21.788
2.009	2.195	2.904	1.552	1.051	7.702	19.789

Fuente: Disan Militar y Policía.

Con la entrada en vigencia de la Ley 352 de 1997, el personal civil de la Fuerza Pública conservó los beneficios en salud para cotizantes y beneficiarios. Del análisis efectuado en el período 2006 a 2009 se observa la tendencia decreciente: en la Policía al pasar de 23.733 a 19.789 usuarios y en Fuerzas Militares de 9.988 a 7.702, con una disminución equivalente a 17% y 23%, respectivamente. La Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares estima que en 2015 ya no habrá civiles ni sus beneficiarios en el Sistema, lo que redundará en una disminución de costos.

3.5. Talento Humano

Las entidades de salud de la Fuerza Pública desarrollan la incorporación de su personal administrativo y de servicios por medio de la contratación, la vinculación en

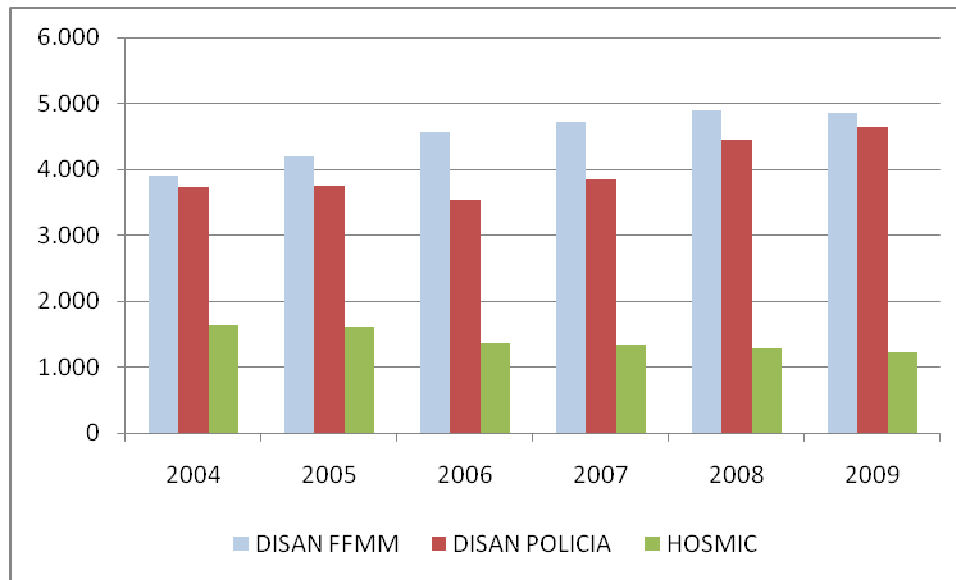
Dirección de Estudios Sectoriales

planta y la prestación del servicio por parte de los miembros de la Fuerza Pública asignados a este fin por cada una de las fuerzas.

Las Direcciones de Sanidad de FFMM y Policía Nacional han venido incrementando la vinculación de talento humano, el cual sumado al del Hospital Militar presenta un crecimiento de 2004 a junio de 2009 de 16% al pasar de 9.257 a 10.735 personas.

Gráfica 3

TOTAL PERSONAL VINCULADO HOSMIC, DISAN FFMM Y POLICÍA A JUNIO DE 2009



Fuente: HOSMIC, DISAN FFMM y Policía.

Al examinar la conformación de la planta de personal del SSMP por tipo de vinculación en las DISAN, se observa que la modalidad por contratación de servicios se ha incrementado 39%, con promedio de 7% anual de 2004 a junio de 2009, al igual que el personal comisionado por las Fuerzas Militares y de Policía que fue de 38%, con promedio año de 7%, en tanto que el personal de planta disminuyó 1% en el mismo período.

Dirección de Estudios Sectoriales

Cuadro 7

**PERSONAL VINCULADO DISAN FFMM Y POLICÍA
A JUNIO DE 2009**

ENTIDAD	TIPO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
DISAN FFMM	Planta civil	1.262	1.315	1.367	1.419	1.419	1.367
	Uniformados	1.302	1.400	1.550	1.595	1.663	1.693
	Contratistas	1.331	1.470	1.640	1.708	1.802	1.802
	Subtotal	3.895	4.185	4.557	4.722	4.884	4.862
DISAN POLICIA	Planta civil	1.389	1.351	1.247	1.307	1.332	1.264
	Uniformados	493	518	546	581	578	789
	Contratistas	1.841	1.886	1.747	1.959	2.527	2.595
	Subtotal	3.723	3.755	3.540	3.847	4.437	4.648
TOTAL		7.618	7.940	8.097	8.569	9.321	9.510

Fuente: DISAN FFMM y Policía.

Del personal vinculado, se observa que el de planta disminuyó en el período de 2004 a junio de 2009, pasando de representar 35% a 28% en las dos entidades, y que por el contrario, el personal contratado aumentó de 42% a 46%, al igual que el personal de servicios comisionado por la Fuerza Pública que creció de 24% a 26%, en el mismo periodo. Lo anterior, muestra una mayor participación de la Fuerza Pública, en el suministro de personal militar a las Disan de las FFMM y Policía, con el correspondiente incremento del costo oculto otorgado al Sistema en la prestación del servicio.

El crecimiento anual promedio del personal vinculado al Sistema de Salud, durante el período 2004 -2009, para Disan Militar fue 4,6% y en Policía Nacional 4,8%. De otra parte, en la relación del número de usuarios por persona vinculada al Sistema (planta, uniformados y contratistas), se observa disminución del promedio anual durante el período 2004 – 2009, el cual fue de (-2,2%) en las FFMM al pasar de 156 a 139 usuarios (-11%), y de (-2,5%) en la Policía al pasar de 133 a 116 (-13%).

Cuadro 8

**NUMERO DE USUARIOS POR PERSONA VINCULADA AL SISTEMA
A junio de 2009**

Entidad	2004	2005	2006	2007	2008	2009
FFMM	156	154	145	145	141	139
PONAL	133	132	146	136	121	116

Fuente: Disan FFMM y Policía. Cálculos CGR. DES DJS.

Dirección de Estudios Sectoriales

Al tomar en cuenta los gastos de personal de las Disan que ascienden a \$107.870 millones¹⁶, con 26% de personal militar laborando en diferentes actividades (2.482 de los 9.510 personas), se puede estimar un monto aproximado de \$28.150 millones¹⁷, cerca de 2% del total de presupuesto asignado al año a las Disan, como un costo oculto, el cual es asumido en la nómina de cada fuerza y de la Policía Nacional.

4. ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SISTEMA

En la revisión económica se trata el comportamiento del gasto, el financiamiento y algunas observaciones sobre la estructura de costos del Sistema. Del análisis se encuentra un crecimiento sostenido de los recursos asignados, los cuales provienen del Presupuesto General de la Nación, de la misma forma, con el aumento de éstos se presenta un crecimiento del gasto promedio Per- Cápita en salud del Sector Defensa¹⁸, tomando en cuenta su relación con el número de usuarios.

4.1 Presupuesto

Con relación al presupuesto asignado al Sistema de Salud a precios constantes de 2009, presentó un crecimiento entre 2004 y 2009 de 64%, al pasar de \$0,85 billones a \$1,39 billones, con un incremento promedio anual de 9%.

¹⁶ No se toma en cuenta el personal militar que labora en el Hospital Militar Central.

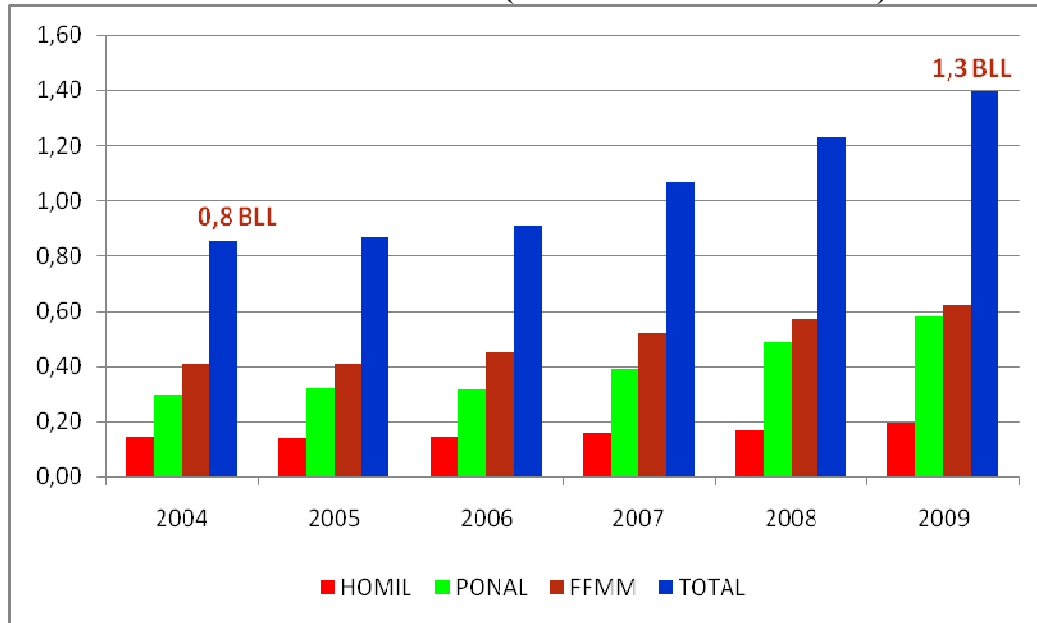
¹⁷ Corresponde al 26% de los \$107.870 millones de gastos en personal, sin tomar en cuenta que el salario del personal militar puede ser superior al del civil tanto médicos como personal administrativo, los cuales cuentan con sueldos de personal calificado.

¹⁸ El Decreto 1795 de 2000 fijaba el concepto de presupuesto per cápita del sector defensa PPCD, en el artículo 37, sin embargo éste fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional en sentencia C479 de 2003, no obstante, para propósitos del análisis de recursos promedio por usuario se tomará un valor de comparación al dividir el presupuesto asignado al sistema por el número de usuarios de éste, pero sin asimilarlo al PPCD.

Dirección de Estudios Sectoriales

Gráfica 4

**PRESUPUESTO DEL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA
DE 2004 A JUNIO DE 2009 (Billones \$ Constantes 2009)**



Fuente: SIIF. Cálculos CGR. DES DJS.

El mayor crecimiento de recursos asignados por entidad, se registró en la Disan Policía con 94% y promedio anual 13%; seguido de Disan Militar 51%, promedio anual 8%; y, Hospital Militar Central 35%, promedio de 6%. El rubro que se incrementó en mayor proporción en las entidades fue el de inversión, Hospital Militar 490%, Disan Policía 230% y Disan de las Fuerzas Militares 185%.

Dirección de Estudios Sectoriales

Cuadro 9

**PRESUPUESTO ASIGNADO
AL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA
(2004 – 2009 millones de \$ constantes de 2009)**

<i>ENTIDAD</i>	Concepto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Crecim. 04 - 09
DISAN MILITAR	Funcionamiento	397.810	397.706	441.608	501.274	534.299	579.793	46%
	Inversión	12.486	9.300	9.411	20.341	38.325	41.250	230%
	<i>Subtotal</i>	<i>410.296</i>	<i>407.005</i>	<i>451.018</i>	<i>521.615</i>	<i>572.624</i>	<i>621.043</i>	<i>51%</i>
DISAN POLICIA	Funcionamiento	295.634	322.311	315.714	387.515	486.296	572.587	94%
	Inversión	2.065	0	168	3.411	1.618	5.883	185%
	<i>Subtotal</i>	<i>297.700</i>	<i>322.311</i>	<i>315.883</i>	<i>390.926</i>	<i>487.915</i>	<i>578.470</i>	<i>94%</i>
HOSPITAL MILITAR	Funcionamiento	138.598	137.529	137.829	153.358	163.197	163.680	18%
	Inversión	5.162	1.324	5.170	3.045	4.039	30.480	490%
	<i>Subtotal</i>	<i>143.761</i>	<i>138.854</i>	<i>143.000</i>	<i>156.403</i>	<i>167.235</i>	<i>194.160</i>	<i>35%</i>
TOTAL		851.756	868.170	909.901	1.068.944	1.227.773	1.393.673	64%

Fuente: SIIF. Cálculos CGR. DES DJS.

La mayor participación en el presupuesto del Sistema le correspondió a Disan Militar con un promedio de 2004 a 2009 de 47%, seguido de Disan Policía con 37% y el Hospital Militar con 15%. Se observa que el presupuesto asignado al Sistema ha crecido (64%) en mayor proporción que el número de usuarios (10%).

De acuerdo con la distribución del presupuesto asignado por rubros al Sistema de Salud, la Disan Militar destina en promedio de 2004 a 2009 del total de su presupuesto, 96% a funcionamiento (gastos generales 46%, transferencias 38% y gastos de personal 12%) y el restante 4% a inversión. Para Disan Policía el presupuesto se distribuye así: 99% a funcionamiento (gastos generales 78%, transferencias 13% y gastos de personal 8%), y 1% a inversión. El Hospital Militar destina 95% a gastos de funcionamiento, (gastos de comercialización 44%, de personal 29%, transferencias 16% y generales 6%); y a inversión 5%.

De acuerdo con lo anterior, se observa que la mayor proporción de los gastos en el periodo analizado al SSMP se destinan a funcionamiento con 97% en promedio, quedando solo 3% para inversión, siendo el más bajo en Disan Policía.

Dirección de Estudios Sectoriales

En 2009, el presupuesto destinado para inversión ascendió a \$77.613 millones, correspondiente a 5,5% del valor total del mismo año, la mayor apropiación estuvo a cargo de Disan Militar (\$41,250 millones), seguida por el Hospital Militar (\$30.480 millones), y finalmente Disan Policía (\$5.883 millones).

4.2. Financiación del Sistema¹⁹

Tiene como base el Presupuesto General de la Nación-PGN, al tomar en cuenta que las Direcciones de Sanidad en su estructura organizacional son dependencias del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional, por consiguiente todos los recursos se encuentran incorporados en la ley de presupuesto de cada vigencia fiscal como unidades ejecutoras. El Sistema está financiado entre otros por los siguientes conceptos:

- Las cotizaciones de ley del afiliado y el empleador (12.5%).
- Mínimo el 2% del valor de la nómina del personal (sueldo básico más subsidio familiar) del Ministerio de Defensa Nacional y la Policía Nacional, por concepto de accidente de trabajo o enfermedad profesional
- Los derivados de la venta de servicios, donaciones y otros recursos que reciba el SSMP.
- El valor del Presupuesto Per-Cápita para el Sector Defensa-PPCD²⁰ de los afiliados no cotizantes²¹ (alumnos y soldados regulares).
- El valor de las inversiones en tecnología, construcción y adecuación de los ESMP.
- El valor de aporte del PGN²² que corresponde como mínimo al 20% de la UPC del SGSSS de los afiliados cotizantes y beneficiarios del sistema, excepto los no cotizantes.

De acuerdo con el artículo 36 del Decreto Ley 1795 de 2000, la cotización al SSMP es del 12,5% mensual²³ calculado sobre el ingreso base. El 4% está a cargo del afiliado y el

¹⁹ De acuerdo con el Decreto Ley 1795 de 2000, por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

²⁰ Artículo 33 Ley 352 de 1997.

²¹ Literal c del artículo 34 de la Ley 352 de 1997.

²² El monto de estos recursos es el resultado de restar el numeral 2 del 1° contenido en el literal b del artículo 34 de la Ley 352 de 1997, de acuerdo con la siguiente metodología de cálculo (1-2): 1. Se multiplica el valor de la PPCD del SSMP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios. 2. Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios. Este valor es adicional al 8,5% de aporte patronal de ley al Sistema.

Dirección de Estudios Sectoriales

8,5% restante por parte del Estado como obligación patronal y con cargo al Presupuesto General de la Nación, el cual se gira por intermedio de las entidades responsables (Ejército, FAC, Armada Nacional y Policía Nacional).

El ingreso base corresponde al sueldo básico adicionado con el subsidio familiar en el caso del personal militar en servicio activo, del personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y del personal civil; la asignación de retiro para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de pensión; y la bonificación mensual para los soldados voluntarios, y el salario mensual para los soldados profesionales²⁴.

El monto total de las cotizaciones establecidas ingresa a los fondos cuenta del SSMP, según corresponda. Un punto de la cotización es trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA- para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Además, el SSMP podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigente para las demás entidades prestadoras de servicios de salud, en cuanto presten servicios a la comunidad de conformidad con los planes respectivos²⁵.

Para efectos de la operación del SSMP, funcionan los Fondos Cuenta tanto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como de la Policía Nacional. Los recursos de estos fondos son administrados y ejecutados en los términos que determina el CSSMP, por las Direcciones de Sanidad Militar y Policial.

Los pagos compartidos y las cuotas moderadoras a cargo de los beneficiarios, reguladas por el artículo 36 de la Ley 352 de 1997, no se aplican. La norma ya citada, fue objeto de la sentencia C 089 de 1998, que ha dejado inexecutable la función del CSSMP para determinar dichos valores. De acuerdo con lo anterior al no tener cuota moderadora hace falta un mecanismo que permita regular y racionalizar la utilización del servicio de salud de la Fuerza Pública y con ello ayudar a la financiación del mismo.

²³ Con el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007 se aumenta la cotización del 12 al 12.5% y pasa del 8 al 8.5% a cargo del empleador.

²⁴ Parágrafo primero del artículo 36 del Decreto Ley 1795 de 2000.

²⁵ Como es el caso del Hospital Naval de Cartagena.

Dirección de Estudios Sectoriales

Según las cifras de presupuesto y de beneficiarios se observa que el gasto promedio per cápita²⁶ destinado a cada usuario, se ha incrementado durante el periodo 2004 a 2009 en 49%, con un crecimiento promedio anual de 8%. Cabe anotar, que una de las principales causas que genera el incremento, obedece a una mayor proporción de aumento en el presupuesto de cada vigencia fiscal comparado con el número de usuarios.

Cuadro 10

GASTO PROMEDIO PER CÁPITA²⁷ 2004 – 2009
(\$ Constantes de 2009)

AÑO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Valor en pesos	772,297	760,193	773,102	884,856	1,002,568	1,147,685

Fuente: SIIF, Disan FFMM y Policía. Cálculos CGR, DES DJS.

Si se toma en cuenta que el gasto ha aumentado en términos reales y que en el SSMP no existe ningún tipo de contraprestación al servicio por parte del cotizante o beneficiario, tales como cuotas o copagos, éste incremento resulta significativo para el Sistema.

4.3. Estructura de Costos

Una de las dificultades para optimizar el uso de recursos de las Direcciones de Sanidad de la Fuerza Pública, radica en la carencia de un sistema de costos confiable, de tal manera que permita visualizar el sentido económico en la prestación del servicio, para lograr con ello, una adecuada administración y acertada toma de decisiones.

La ausencia de la obtención de los costos a partir de la clasificación entre fijos y variables, dificulta conocer la realidad económica en términos de la prestación del servicio de salud. Por ejemplo, los costos fijos como la planta física, equipos y los salarios, los cuales no dependen del volumen del servicio, resultan muy importantes para el Sistema de Salud de la Fuerza Pública.

De otro lado, la clasificación de los costos variables, como por ejemplo los medicamentos, reactivos para las pruebas de laboratorio y suministros, facilitaría la toma de decisiones, orientada a reducir el costo por usuario.

²⁶ Resultado de dividir el presupuesto asignado al Sistema entre el número total de usuarios.

²⁷ Cotizantes y beneficiarios.

Dirección de Estudios Sectoriales

La estructura de costos del Sistema de Sanidad de las Fuerzas Militares está determinada por los costos operativos, de apoyo y administrativos y de acuerdo con lo establecido en el Sistema Integrado de Información Financiera: en gastos de personal, generales, transferencias y de inversión.

La estructura de costos del Sistema de Sanidad de la Policía Nacional está determinada de acuerdo con los niveles de atención de administrador y prestador.

- Dentro del administrador se encuentran: el general del subsistema de salud, ubicado en el nivel central, y el de las seccionales de sanidad que incluye el de administración.
- El prestador lo conforman: los establecimientos de sanidad de nivel I, II y III de atención, para los cuales se definió una estructura general de la cual cada establecimiento tiene su estructura propia de acuerdo con el portafolio de servicios.

Tanto para el administrador como para el prestador, la estructura está conformada por niveles de agrupación del costo así: por unidad funcional y centro de costos, y estos a su vez agrupan el costo en administrativo, de apoyo y asistencial.

No obstante, haberse realizado algunos esfuerzos para el desarrollo de la estructura de costos del Sistema, por parte de las entidades que lo atienden, éstos aún no han sido establecidos de acuerdo con criterios económicos y de la naturaleza del servicio, sino que se registran conforme a la clasificación contable, financiera y presupuestal del gasto.

4.4. Proyecciones del Sistema

El método de regresión lineal permite realizar con base en datos históricos de seis años, la proyección de los usuarios, del presupuesto per-cápita y total asignado, para los años 2010 a 2015, período que cubre el siguiente gobierno, el cual va de 2010 a 2014. Dadas las dificultades económicas presentadas en 2009, resulta importante conocer las proyecciones del gasto en salud de la Fuerza Pública, con el objeto de contar con elementos de juicio para la ejecución del gasto con mayor grado de economía y eficiencia.

Dirección de Estudios Sectoriales

Uno de los factores que ha incidido sustancialmente en el crecimiento del número de usuarios es el determinado por el aumento de pie de fuerza²⁸, en particular por la entrada del grupo que corresponde a los soldados profesionales y sus beneficiarios.

Manteniendo la tendencia de crecimiento del pie de fuerza en los próximos años, en condiciones similares, al efectuar la proyección lineal se observa que el número de usuarios pasaría de 1.214.334 personas en 2009 a 1.381.201 en 2015, con una variación de 9%; el presupuesto per-cápita de \$1.147.685 a \$1.456.727 con aumento del 27%; y el presupuesto total aumentaría de \$1.393.673 a \$2.012.033 millones, con un incremento de 39%, en el mismo período, evidenciando relación directa entre las variables.

Cuadro 11

**PROYECCIÓN USUARIOS Y PRESUPUESTOS DEL SISTEMA
DE SALUD FUERZA PÚBLICA 2010 – 2015**

Año	Usuarios	Ppto Per-Cápita	Presupuesto Millones de \$
2010	1.261.757	1.147.696	1.448.113
2011	1.285.646	1.214.096	1.560.897
2012	1.309.534	1.278.073	1.673.681
2013	1.333.423	1.339.758	1.786.465
2014	1.357.312	1.399.272	1.899.249
2015	1.381.201	1.456.727	2.012.033

Fuente: Disan FFMM y Policía. Cálculos CGR, DES DJS.

Por medio de la proyección efectuada se pone de presente un incremento significativo en los requerimientos de recursos y en el número de usuarios, variables que son resultado no solo del aumento en el pie de fuerza sino también de los mayores gastos que enfrenta el sistema, los cuales deben ser cubiertos, dadas las características del mismo, con el presupuesto ordinario asignado al sector.

²⁸ El pie de fuerza se ha incrementado como resultado de la orientación de las Políticas de Seguridad Democrática 2002 – 2006 y de la de Consolidación de la Seguridad Democrática 2006 – 2010, tendientes a fortalecer la Fuerza Pública en el número de efectivos.

Dirección de Estudios Sectoriales

5. PARTICULARIDADES DEL SISTEMA

En el siguiente aparte se estudian las características que hacen excepcional el SSMP, en particular con el suministro de medicamentos, la habilitación del servicio, el incumplimiento de citas y la base de cotización.

El Sistema de Salud de la Fuerza Pública y el regido por la Ley 100, comparten la misma tasa de cotización de 12,5%.

Para el caso del Sistema de la Fuerza Pública, a 2009 contaba con 426.506 cotizantes²⁹ con 610.628 beneficiarios, con un promedio de 1.4 beneficiarios para cada cotizante. Mientras que para el régimen contributivo de Ley 100 se encuentran 7.62 millones de cotizantes a las EPS, con 10,1 millones de beneficiarios³⁰ con un promedio de 1,3 por cada cotizante.

Con relación a los medicamentos para el régimen de la Fuerza Pública, existe un vademécum que determina ciertas restricciones, pero en la práctica son solucionadas rápidamente en el Comité Técnico Científico, evitando de esta manera que el usuario tenga que acudir a las instancias legales como la tutela³¹. Mientras, que en el régimen de Ley 100 las restricciones establecidas por el POS conducen al usuario en gran medida a establecer acciones legales, congestionando con ello el sistema judicial y deteriorando su calidad de vida.

5.1 Habilitación de los Servicios de Salud

La “*habilitación*” en salud está definida³² como “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud”.

²⁹ Es importante recordar que los alumnos y los soldados regulares son usuarios del sistema, pero no cotizan.

³⁰ Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. Grupo de régimen. A diciembre de 2009 contributivo.

³¹ Sin embargo, aún persiste demora en la entrega de medicamentos, como se puede apreciar en el numeral 6 de este documento respecto de los resultados de las auditorías.

³² Tomado del artículo 6 del Decreto 1011 de 2006.

Dirección de Estudios Sectoriales

Tanto al Sistema de Salud de la Fuerza Pública regulado por la Ley 352 de 1997 como al regido por la Ley 100 de 1993, se aplica el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. El Decreto 1011 de 2006 a partir del artículo 6, establece las obligaciones, condiciones y requisitos para acceder al Sistema Único de Habilitación.

Este Sistema, vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud de cada jurisdicción, tiene por objeto asegurar la calidad de los servicios prestados por los distintos establecimientos que integran la red de las Direcciones de Sanidad Militar y Policial.

De manera previa a la presentación de la inscripción, los prestadores de servicios de salud realizan el proceso de “autoevaluación” de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar el pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al mismo, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento.

Cuadro 12

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD HABILITADOS EN LA FUERZA PÚBLICA A enero de 2010

Nombre del Establecimiento	Nivel	Total
ESP, Tequendama (Cali)	I	1
ESP, Lido (Cali)	I	1
ESP, Cauca (Popayán)	I	1
ESP, Palermo (Pasto)	I	1
ESP, Tumaco (Pasto)	I	1
ESP, Casanare (Casanare)	I	1
ESM, Hospital Naval de Cartagena	III	1
ESM, Hospital Militar Central	IV	1
Total		8
Total Establecimientos de Sanidad del Sistema		279

Fuente: Información suministrada por las Disan FFMM y Policía.

Del total de los Establecimientos de Salud de la Fuerza Pública (279), aproximadamente 3% (8) se encuentran inscritos y habilitados en salud. De ellos, 6

Dirección de Estudios Sectoriales

pertenecen a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, 1 a la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares (Hospital Naval de Cartagena), y el Hospital Militar Central que hace parte del Sistema de las dos Direcciones de Sanidad.

El hecho de que 97% (271) de los Establecimientos de Salud de la Fuerza Pública, no cuente con la habilitación en salud, genera incertidumbre sobre la calidad de los servicios de salud que prestan, toda vez que el objetivo del sistema de habilitación se tipifica en la seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio, tal como lo contempla el Decreto 1011 de 2006.

5.2 Incumplimiento de Citas

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, carece de políticas efectivas por parte del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que conduzcan a la reducción del ausentismo de los usuarios en las citas médicas que previamente han solicitado, por lo que se hace necesario contar con nuevas herramientas jurídicas que permitan administrar adecuadamente el Sistema de Salud de la Fuerza Pública.

La auditoría realizada en 2009 al Dispensario Médico de la Fuerza Aérea Colombiana-DMEF- y al Centro de Medicina Naval “CEMED”, encontró un porcentaje elevado de ausentismo de los pacientes en el cumplimiento de las citas médicas solicitadas, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 13

INCUMPLIMIENTO DE CITAS Primer Semestre de 2009

Dispensario Médico de la Fuerza Aérea Colombiana “DMEF”				Centro de Medicina Naval “CEMED”	
Concepto	%	Concepto	%	Concepto	%
Psicología	51	Psiquiatría	50	Pediatría	23
Terapia Física	31	Anestesia	13	Otorrinolaringología	23
Pediatría	13	Ginecología	12	Odontología General	22
Ortopedia	12	Medicina General	11	Higiene Oral	22
Dermatología	11	Proctología	11	Urología	20
Nutrición	9	Oftalmología	9	Ortopedia	20
Otorrino	8	Optometría	8		
Cardiología	7	CX Seno	7		
Urología	6	CX General	6		
Medicina Interna	4	Audiología	4		

Fuente: CGR, Informes de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, 2009.

Dirección de Estudios Sectoriales

En el Dispensario Médico de la Fuerza Aérea Colombiana-DMEF-, para el semestre auditado (enero a junio 2009), no asistieron 7.366 (11.6%) pacientes de 63.507 citas asignadas por medio del callcenter.

El incumplimiento de las citas impide la atención médica de otros usuarios del Sistema, y se traduce en congestión para su asignación, además de deficiencias en la prestación del servicio y mayores costos.

5.3 Base de Cotización del Sistema

El sistema regido por la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 797 de 2003³³, determina que la base³⁴ para calcular las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social es el salario mensual. Para el caso de los trabajadores particulares, se tiene en cuenta lo definido como salario según lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo. La cotización de los trabajadores con salario integral, se calcula sobre 70% de dicho salario.

El artículo 3 del Decreto 510 de 2003, establece que la base de cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá ser la misma para el Sistema General de Pensiones, salvo que el afiliado cotice para el Sistema General de Pensiones sobre una base inferior.

En síntesis, la base de cotización para el Sistema de Seguridad Social, es el salario con excepción de los pagos que no lo constituyen, y se unifica la base para los aportes a salud y pensiones, de tal forma que en todo caso, el valor de la cotización mantendrá siempre una relación directa y proporcional con el de la pensión.

Ahora, respecto del Sistema de Salud de la Fuerza Pública, regido por la Ley 352 de 1997 y el Decreto Ley 1795 de 2000, en el párrafo primero del artículo 36 de éste, establece: “se entiende por ingreso base *el sueldo básico* adicionado con el subsidio familiar del personal militar en servicio activo, del personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y el personal civil; la asignación de retiro para el personal que disfruta de ésta o sus beneficiarios; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de

³³ El artículo 18 de la Ley 100 de 1993, fue modificado por el artículo 5 de la Ley 797 de 2003.

³⁴ El límite de la base de cotización es de 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes para trabajadores del sector público y privado.

Dirección de Estudios Sectoriales

ésta; y la bonificación mensual para los soldados voluntarios y el salario mensual para los soldados profesionales”.

Cuadro 14

COMPARATIVO BASES DE COTIZACIÓN EN SALUD

Régimen de la Fuerza Pública		Régimen General
Clasificación	Concepto	“Salario Mensual”, constituido por: <ul style="list-style-type: none"> - Remuneración ordinaria. - Primas. - Sobresueldos. - Bonificaciones habituales. - Trabajo suplementario. - Porcentajes sobre ventas. - Comisiones.
Personal militar, policial y civil.	Sueldo básico.	
	Subsidio familiar.	
Personal con asignación de retiro, o beneficiario.	Asignación de retiro.	
Pensionados y beneficiarios.	Pensión.	
Soldados voluntarios.	Bonificación mensual.	
Soldados Profesionales.	Salario mensual.	

Fuente: Decreto Ley 1795 de 2000, Leyes 100 de 1993 y 797 de 2003.

Mientras que en el Régimen General de Salud regido por la Ley 100 se cotiza con fundamento en el salario mensual con todos los factores, lo regulado para la Fuerza Pública mediante la Ley 352 y el Decreto Ley 1795, lo hace únicamente sobre la asignación mensual recibida por concepto de sueldo básico adicionado sobre el subsidio familiar.

Para la Fuerza Pública, algunos conceptos de pagos laborales no forman parte de la base de cotización en salud, como son los gastos de representación para oficiales generales, las primas de actividad, vuelo, antigüedad, de estado mayor, navidad y academia superior, entre otras.

Es importante destacar que en algunos casos y dependiendo el rango de clasificación, el ingreso base de cotización de la Fuerza Pública oscila entre el 50 y 60 por ciento del ingreso laboral mensual devengado.

A manera de ejemplo, se presenta el siguiente análisis.

Dirección de Estudios Sectoriales

Cuadro 15

APORTES AL SISTEMA DE SALUD FUERZA PUBLICA Noviembre de 2009 (millones de \$)

Unidad Ejecutora	Base de Liquidación	Aporte a Salud (12.5%)	Prima de Antigüedad	Prima Estado Mayor	Base Ajustada	Aporte Ajustado (12.5%)
Armada Nacional	19.991	2.498	1.702	81	21.774	2.722
Fuerza Aérea Colombiana	8.472	1.059	493	54	9.019	1.127
Ejército Nacional	133.995	16.749	15.867	211	150.073	18.759
Policía Nacional	139.636	17.454	3.012	3.012*	145.660	18.207
Total	302.094	37.760	21.074	3.358	326.526	40.815
Diferencia mensual (40.815- 37.760)						3.055
Valor total en el año (3.055 x 12)						36.660

Fuente: Información suministrada por la Fuerza Pública. Cálculos CGR- DES-DDJS.

*Corresponde a la Prima de Academia Superior en la Policía Nacional.

Sobre el supuesto de modificar las normas que tiendan a ampliar las bases de cotización en salud para la Fuerza Pública, las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, contarían con mayores recursos disponibles para atender el Sistema de Salud. Por ejemplo, del análisis efectuado para 2009, el aumentar la base con las primas de antigüedad y de estado mayor, los recursos adicionales ascenderían a \$36.660 millones, equivalentes aproximadamente a 3% del presupuesto asignado para el mismo año.

6. RESULTADOS DEL PROCESO AUDITOR DE LA CGR³⁵

La Contraloría General de la República en 2009, practicó auditorías especiales a las Direcciones de Sanidad de la Fuerzas Militares y de Policía Nacional, con el objeto de evaluar la gestión, en ellas se encontró debilidades en el cumplimiento de los principios de eficiencia y eficacia.

El ejercicio de control fiscal que se practicó en la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana con visitas al Centro de Medicina Aeroespacial-CEMAE-, al Establecimiento de Sanidad Militar del Comando Aéreo de Transporte ubicado en CATAM, al Establecimiento de Sanidad Militar del Comando Aéreo de Mantenimiento-

³⁵ Tomada de los Informes de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, realizados a las Direcciones de Sanidad Militar y de Policía Nacional en 2009.

Dirección de Estudios Sectoriales

CAMAN, así como al Dispensario Médico de la Fuerza Aérea-DMEFA- situado en Bogotá, se obtuvo el siguiente resultado:

Existen debilidades relacionadas con las actividades programadas en el plan de acción, control interno, manejo de inventarios de insumos odontológicos y de las historias clínicas, y demoras en la entrega de medicamentos.

Se evidenció que el Establecimiento de Sanidad Militar del Comando Aéreo de mantenimiento-CAMAN no cuenta con los medios que permitan el almacenamiento adecuado de medicamentos de carácter biológico y vacunas.

Los procedimientos específicos para la entrega de las historias clínicas presentan debilidades por cuanto personal diferente al responsable de ésta área, como el caso de los auxiliares de enfermería, las retiran para consultas diarias sin control alguno.

La Dirección de Sanidad Militar de la FAC, no cuenta con una base de datos que permita consolidar la información reportada por los establecimientos de sanidad y dispensarios relacionada con los avances de las actividades de prestación de servicio de salud del programa de promoción y prevención, lo cual impide realizar una medición confiable sobre el cumplimiento de la misión.

En lo relacionado con las actividades desarrolladas por la Dirección de Sanidad en el Ejército Nacional, de igual manera se presentan observaciones, entre las que se puede destacar la baja cobertura de sus afiliados en materia de consulta externa especializada, el incumplimiento e inoportunidad en la prestación de los servicios de consulta externa³⁶.

El rancho de tropa del Batallón de Sanidad-Basan ubicado en Bogotá, no cuenta con el concepto sanitario favorable emitido por la Secretaria de Salud que certifique el cumplimiento de las normas sanitarias y la calidad de los alimentos suministrados.

Las instalaciones físicas del sitio destinado para la farmacia de la Clínica Gilberto Echeverry ubicada en Bogotá, no cuenta con la capacidad suficiente para el adecuado almacenamiento de los medicamentos y la sala de espera es muy reducida para el alto número de usuarios que asisten, generando hacinamiento y congestión.

³⁶ Del análisis obtenido en las cifras de quejas y reclamos presentadas por los usuarios del servicio, muestran que el 44.4% del total corresponde a inconvenientes en el acceso a citas médicas y el 79% de la muestra, manifiesta que ha tenido dificultades para conseguir una cita médica especializada.

Dirección de Estudios Sectoriales

En el contrato 091 cuyo objeto es la adquisición de medicamentos, no aparece cláusula que establezca las condiciones de embalaje, las vigencias o fechas de expiración mínimas de los medicamentos, que permita realizar un recibo técnico de éstos, situación que evidencia debilidades en la planeación contractual y de control interno, generando riesgos para la entidad en cuanto a la calidad y seguridad de los medicamentos.

En cuanto a la prestación del servicio de salud en la Armada Nacional, se visitó el Centro de Medicina Naval-CEMED- ubicado en la ciudad de Bogotá con sus correspondientes dispensarios satélites y el Hospital Naval de Puerto Leguizamo, con algunas observaciones, entre las que se destaca:

La actividad de implementar el plan maestro de salud mental en sanidad operacional, no concuerda con las actividades desarrolladas por la Dirección de Sanidad de la Armada. Los indicadores planteados no están orientados a la medición de la actividad formulada en el plan de acción, hecho que dificulta el control y seguimiento.

De otro lado, en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional se efectuó evaluación en el Hospital Central de la Policía Nacional-Hocen-, con las siguientes observaciones:

En el plan de acción no se establecen claramente los objetivos y las metas, y no existen los indicadores que permitan medir y evaluar el avance. Falta un procedimiento para realizar control de calidad de carácter preventivo sobre los medicamentos y la verificación de las fechas de vencimiento.

Hay desconocimiento en el uso y manejo del manual de políticas de seguridad de la información y no se cuenta con planes de contingencia definidos, estructurados y/o vigentes para el área informática, situación que debilita la capacidad del soporte interno informático.

Se evidenciaron deficiencias en la gestión contractual tales como certificaciones de cumplimiento del objeto contractual antes de la prestación total del servicio, extemporaneidad en la liquidación de los contratos y desorden en el manejo del archivo.

La entidad no cuenta con un plan de manejo ambiental que le permita direccionar las actividades de prevención, manejo, control y seguimiento de los componentes de la gestión ambiental inherentes al cumplimiento de lo establecido en la Ley 99 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

Dirección de Estudios Sectoriales

Con respecto al Hospital Militar Central, que presta los servicios de salud especialmente a la Dirección de Sanidad Militar, se efectuó una auditoría regular por la vigencia fiscal de 2008, en donde se destacan los siguientes resultados:

En la gestión contractual se evidenció deficiencias en las evaluaciones técnicas y económicas, en los estudios previos de los contratos celebrados, la investigación de las necesidades reales y objetivas de los bienes requeridos, en la sustentación y justificación de la escogencia de las modalidades de selección contractual, en la evaluación de ofertas de los bienes, en el control de la ejecución del objeto contractual, en la austeridad del gasto en el manejo de la adquisición y suministro de medicamentos exclusivos a través de la intermediación en su compra, en la desagregación de la supervisión del contrato del suministro de medicamentos y en la adopción de medidas para el cumplimiento de los contratos.

Se observó deficiencias y retrasos en la ejecución de los proyectos de mejoramiento al sistema de información, y en el de remodelación y refuerzo estructural.

Finalmente respecto de la gestión de la defensa judicial, la actividad del Hospital Militar Central susceptible de mayor número de demandas es la relacionada con la presunta falla médica, donde a diciembre de 2008 de un total de 187 procesos en contra 99 son por reparación directa cuyas pretensiones ascienden a \$772.870,8 millones. Las demás acciones corresponden a demandas por nulidad y restablecimiento del derecho en lo laboral y acción contractual para un total de 88 procesos cuyas pretensiones ascienden a \$702,0 millones.

7. CONCLUSIONES

El Sistema de Salud de la Fuerza Pública presenta particularidades muy claras respecto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como una mayor asignación de recursos por afiliados no cotizantes; la exclusión en la obligatoriedad de cuotas moderadoras, copagos o multas por inasistencia; un acceso amplio y con mayor cobertura a medicamentos y servicios médicos especializados; la incorporación y prestación en el mismo sistema de la salud ocupacional y de medicina laboral, la prestación de servicios de alto costo sin prerrequisitos; la existencia de “subsidios” del PGN en los

Dirección de Estudios Sectoriales

proyectos de inversión del Sistema; y por los costos de funcionamiento por el suministro de personal militar que labora en áreas administrativas y operativas del Sistema.

En la distribución regional de usuarios por establecimiento, se encuentra heterogeneidad en las FFMM y la Policía, lo cual conlleva al desaprovechamiento del servicio en algunas regiones y mayor costo por usuario. De acuerdo con ello, se considera que si se consolida el servicio de salud en el conjunto de la Fuerza Pública, mejoraría la eficiencia y eficacia en la prestación de éste.

Con relación al número de usuarios del servicio de salud de la Fuerza Pública, se ha presentado un gran incremento especialmente en las FFMM, el cual está asociado de manera directa con el incremento experimentado por el pie de fuerza, el cual pasó de 296 mil efectivos en 2002 a 438 mil en 2009, conllevando mayores requerimientos del Sistema para su atención.

Respecto del personal militar y de policía que labora asignado al sistema, estos recursos se convierten en un costo oculto de aproximadamente \$28.150 millones, cerca del 2% del total de presupuesto asignado a éste, por cuanto no son contemplados en el Sistema sino en la nómina de cada fuerza y de la Policía Nacional.

En lo que respecta a los requisitos para la prestación de un servicio óptimo, considera la CGR que las Disan deben cumplir las normas vigentes en cuanto a la habilitación del servicio, puesto que el hecho de que 97% (271) de los Establecimientos de Salud de la Fuerza Pública, no cuente con los parámetros definidos para éstos por parte de la Superintendencia de Salud y las Secretarías de Salud de cada región, se convierte en un aspecto que genera incertidumbre respecto de la calidad de los servicios prestados, con el consecuente riesgo jurídico.

Se hace necesario contar con nuevas normas para recuperar el concepto de pagos compartidos y cuotas moderadoras, como elemento de competitividad en el Sistema, de tal manera que permita administrar adecuadamente la prestación del servicio de salud, dando lugar a la obtención de nuevos recursos, como es el caso de las citas médicas incumplidas.

Así mismo, es importante destacar que el ingreso base de cotización a salud en la Fuerza Pública, oscila entre el 50 y 60 por ciento del ingreso laboral mensual devengado,

Dirección de Estudios Sectoriales

en particular para el caso de oficiales quienes reciben partidas adicionales por diferentes conceptos, que si fueran tomadas en cuenta podrían contribuir a mejorar la financiación del Sistema.

Considera la CGR necesario que las Disan estructuren un sistema de costos confiable, que les permita introducir un elemento de eficiencia para la toma de decisiones en sentido económico, de tal manera que se cuente con suficiente información que facilite realizar análisis y proyecciones útiles en procesos de planeación para la prestación del servicio, y la determinación de los recursos requeridos por el Sistema a corto y largo plazo.