



La salud en la organización militar colombiana

**Juan Carlos Buitrago Torrado**

Trabajo de grado para optar al título profesional:

**Curso de Información Militar (CIM)**

**Escuela Superior de Guerra “General Rafael Reyes Prieto”**

Bogotá D.C., Colombia

2004

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA**



**LA SALUD EN LA ORGANIZACIÓN MILITAR COLOMBIANA**

Bogotá, D.C., Abril de 2.004

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA**



**LA SALUD EN LA ORGANIZACIÓN MILITAR COLOMBIANA**

**MY. MED. JUAN CARLOS BUITRAGO TORRADO**

Alumno CIM 2.004

Bogotá, D.C., Abril de 2.004

## ÍNDICE

	Página
Introducción	3
Capítulo I. La Salud y el Estado	8
Capítulo II. Conceptos básicos de Salud (aplicables a la sanidad militar)	11
Capítulo III. Fundamentación doctrinaria de las Fuerzas militares	43
Capítulo IV. La Sanidad Militar Colombiana	50
Capítulo V. Situación de la Salud Militar	63
Capítulo VI. Descripción de los Recursos en la Salud Militar	68
Capítulo VII. Perfil Epidemiológico Militar 2.003	80
Capítulo VIII. Actividades y Procedimientos de los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM)	87
Capítulo IX. Identificación de Algunos de los problemas de la Sanidad Militar	89
Capítulo X. Conclusiones	100
Propuestas y Posibles Soluciones	103
Capítulo XI. Bibliografía	112
ANEXOS	115

## INTRODUCCIÓN

La salud se constituye en un segmento imprescindible del campo psicosocial como elemento integral en los Estados, esencial para preservar el bienestar de los connacionales, la seguridad nacional y su soberanía. La Salud en el Estado es una función pública, sus acciones se dan en el contexto político, social, económico, cultural y ambiental, y es afectada por el desarrollo del mismo.

La Salud es un derecho fundamental, lleva implícita el concepto del derecho a la vida, al trabajo, al bienestar y forma parte del derecho positivo.

La Salud de las Fuerzas Militares de una nación, tiene un funcionamiento muy diferente, un sistema y una estructura propios por pertenecer a la Logística militar, que se sale de los moldes de la salud pública. La Logística en los Ejércitos la constituyen Servicios Técnicos como: Intendencia, Transportes, Abastecimientos, Armamento, Sanidad, Construcciones.

La Salud en la organización militar se conoce como sanidad y tiene una concepción doctrinaria. La Sanidad en el campo militar tiene como misión la de procurar y velar por el mantenimiento del más óptimo estado de los efectivos para que puedan cumplir la misión.

La atención sanitaria a los combatientes y a sus dependientes en guarnición, busca salvaguardar en inmejorables condiciones a los efectivos, coadyuva al bienestar y preserva la moral en las tropas. La salud militar en los cuarteles no podría dejarse en manos de personal ajeno, empresas privadas o promotoras de salud.

La asistencia en salud al personal destacado en Operaciones militares -por su parte-, es definitiva para el logro del cumplimiento de las tareas propias institucionales.

La milicia es una profesión de alto riesgo, sus integrantes pueden enfermar, sus patologías y la atención en las guarniciones no pueden encomendarse a particulares como tampoco los derivados de los accidentes de riesgo profesional.

La conformación de la Sanidad militar empezó desde los albores del nacimiento del Ejército y su integración a la vida Republicana, como parte vital para la atención de los efectivos en las guarniciones y también para asistir a los combatientes en el campo operacional. Hace mas de cincuenta años se impulsó la construcción de un Hospital de alto nivel de complejidad para la atención en salud de los miembros de las Fuerzas Militares, esa interesante obra buscaba ser el comienzo del organigrama de un modelo asistencial y técnico para el estamento encargado de la defensa nacional con ese paso se debía venir el desarrollo de una infraestructura.

La presencia de Recurso Humano en Salud UNIFORMADO en las Fuerzas Militares ha sido otro baluarte que cobra mas valor cada día, con su voluntad de servicio, personal médico y de enfermería especializado, que capacitado administrativamente en salud es esencial para la organización militar y permitirá evaluar y coadyuvar al contexto asistencial y técnico institucional de la sanidad.

En cuanto a los recursos de tecnomedicina, instrumental y de suministros hospitalarios, material de curaciones y elementos de enfermería, modernización de los equipos, evaluación de la tecnología disponible, tablas de consumo, planeación, estudios de costos es prioritaria para la redinamización funcional de los establecimientos asistenciales militares.

La Salud militar en el marco asistencial tiene dos componentes fundamentales para la prestación de servicios, así: 1) La atención al pie de fuerza, a sus beneficiarios en las guarniciones y al personal en uso de buen retiro y sus dependientes. y 2) La Salud operacional, que cubre a los efectivos como parte de su misión en los teatros de operaciones ó áreas de combate.

La situación de salud, perfil epidemiológico, indicadores diversos, características demográficas, composición de los usuarios, grupos étnicos, causas de morbilidad y mortalidad, tipo de vinculación al subsistema, pirámide poblacional, programas médicos especiales, distribución de los recursos sanitarios, sanidad en campaña, consecuencias de los traumas de guerra, costos operacionales de los apoyos de servicios para el combate de la sanidad y de la atención en salubridad para los efectivos en guarnición deben conocerse, para evaluar al detalle y analizarse por cada fuerza para permitir la planeación.

Hay por otra parte, el desconocimiento de conceptos fundamentales de Salud y de principios básicos de Salud Pública, que deben ser tenidos en cuenta para su aplicación en el modelo organizacional y el funcionamiento de la Sanidad Militar los cuales merecen revisarse. El grado de desarrollo de los Recursos para la atención de los pacientes y de una comunidad a su vez es fundamental y contribuye por otro lado a la salud de la población.

A mediados del siglo pasado la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió el concepto de Salud, que no es solamente la ausencia de enfermedad, en el contexto del proceso dinámico salud-enfermedad, enfatizando el papel de la ciencia médica. Hay unos factores determinantes de la misma y unas variables en el entorno que pueden afectarla, en donde la accesibilidad a los servicios de salud puede modificar el curso de la enfermedad.

El conocimiento de los Sistemas de Salud, la definición de los modelos organizacionales, la aplicación de las herramientas de Salud Pública, la distribución racional de los recursos para la prestación de servicios y las acciones específicas sanitarias tienen efectos consabidos en la población.

La salud civil Colombiana a partir de la implantación de la ley marco de la seguridad social, sufrió una innovación que varió las costumbres asistenciales de la población. Los cambios en la seguridad social en salud han tenido profundas repercusiones sobre el

Sistema Nacional de Salud Colombiano y sobre la relación médico-paciente y la mecánica asistencial.

La reforma antemencionada demarcó en un artículo transitorio un régimen diferente para el aparato militar en aspectos de salud, por razones organizacionales, tácticas y estratégicas. En la doctrina militar la sanidad no constituye un régimen especial sino propio. Infortunadamente, la reglamentación, implementación y desarrollo de la normatización ha desconocido principios elementales de la estructura, funcionalidad y de la dinámica militar, observadas y reflejadas en las subsecuentes reestructuraciones del sistema de salud de las F.F.M.M.

La evaluación organizacional y de planeación estratégica ha permitido identificar algunas fallas estructurales, que han partido desde la misma redefinición legal establecida para las Fuerzas Militares, con posterioridad a la ley marco de seguridad social. El desconocimiento de las Ciencias militares, el haberse atendido en el pasado tan solo las recomendaciones de asesores civiles del sector Defensa, la no consideración de sugerencias del personal uniformado de la salud con experiencia y la no participación activa de Oficiales Logísticos y de las Armas con formación en las disciplinas administrativas de la sanidad, han sido observadas como causales de las principales fallas del sistema, evidenciadas con posterioridad al cambio en la seguridad social estatal.

El análisis situacional de la Salud militar en el contexto de la sanidad y de la logística vale la pena realizarse con personal capacitado en medicina militar y en administración de servicios de sanidad militar, siendo impostergable por cuanto se requieren ajustes, cambios, recanalizaciones y replanteamientos para el manejo, operatividad y para evitar la inviabilidad del sistema. Los fundamentos doctrinarios y de las ciencias militares son esenciales porque brindan luces sobre la esencia, particularidades organizacionales y de la mecánica institucional.



Conviene recopilar, analizar y evaluar los factores que están incidiendo en las diversas actividades del Servicio técnico de Sanidad que sirvan para edificar un sólido modelo de salubridad militar con definiciones propias para la asistencia de las Fuerzas Militares de Colombia.

Ha habido preocupación, hay inquietudes en el personal uniformado que labora en los servicios de sanidad en las diferentes guarniciones, Centros hospitalarios y Establecimientos de Salud Militar (E.S.M.), que merecen ser recogidas, que se pueden recopilar de una manera constructiva para el fortalecimiento logístico institucional.

El Propósito del presente trabajo es hacer unas reflexiones, señalar unas consideraciones y formular unas apreciaciones de orden técnico, militar y médico sobre la salud militar, que se piensa pueden estar afectando la dinámica organizacional y asistencial, que deben revisarse y replantearse para redireccionar el sistema, tomando en consideración

En la idea de la modernización del Ejército los cambios deben originarse desde dentro de la institución y, por ningún motivo, obedecer a copias de modelos foráneos. Lo anterior no obsta para que puedan estudiarse modelos y experiencias de otros ejércitos, de modo que sus principales virtudes puedan incorporarse en la medida de lo necesario y conveniente a nuestra doctrina. (Brigadier General Alfredo Ewing P -Chile-. Eficacia y Eficiencia de las Fuerzas Militares. Memorias Conferencia Internacional El papel de las Fuerzas Militares en una democracia).

## I. LA SALUD Y EL ESTADO

Dentro de los principios fundamentales del Estado, establecidos en la Constitución, se encuentra el respeto a la dignidad humana, al trabajo y la solidaridad entre las personas. Como fines esenciales del Estado, está el servir a la comunidad, promover la prosperidad y garantizar los derechos y los deberes consagrados en la carta magna.

La atención de la salud y el saneamiento ambiental en la constitución política de la nación están definidos como servicios públicos a cargo del Estado, endosándose el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a su estructura.

La Salud entonces es una función pública, el Cumplimiento de esta función pública es responsabilidad del Estado y de su organismo administrativo que es el gobierno. El concepto de función pública al que nos referimos, está íntimamente relacionado con las funciones del Estado, que es una figura tácita que se origina de la conjugación de personas e intereses y que cuentan con un mecanismo como el Gobierno, que es la forma institucional que adopta el poder político estructurado y estable para su dirección.

Como ente regulador y responsable de buscar respuesta a las necesidades colectivas, el gobierno es el ente administrativo de una organización compleja y exigente, que dispone con diferentes esquemas estructurales para cumplir con sus diversas funciones. Dado que el sector salud se encuentra obviamente insertado en la organización global del Estado, su estructura y funcionamiento obedecerá a dicho bosquejo.

La Salud forma parte del derecho positivo que requiere legislación, acciones de gobierno y de la sociedad para hacerla efectiva. Esta noción lleva implícita el concepto moderno del derecho a la vida – a una vida digna- y a la Salud, que surge del valor tan especial del ser humano. Como se enunciaba tiene unos fundamentos de orden jurídico que lleva

sobrentendido el bienestar y la relación con el derecho al trabajo, en ese contexto está expuesto el individuo a padecer la enfermedad.

La atención de los connacionales ya decía forma parte del derecho positivo y es una obligación en cualquier Estado. La Salud es una función pública cuyo cumplimiento es responsabilidad inobjetable del Estado, corresponde al mismo organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud. El proceso dinámico salud-enfermedad y las acciones se dan en el contexto político, social, económico, cultural y ambiental, afectando el desarrollo. De hecho, ha ocupado un puesto relevante en la sociedad y compromete importantes recursos de la misma.

Debe entenderse en términos de la organización de la salubridad en un Estado, que todas aquellas acciones que pretenden disminuir las probabilidades de aparición de la enfermedad y que propendan por el desarrollo de una vida sana colectiva e individualmente, incluyen las acciones que busquen el mejoramiento de las condiciones de vida y la aplicación de las fases de la atención en salud para una población.

La Salud es un fenómeno que trasciende las fronteras de los Estados, de ahí que los organismos internacionales que tienen una acción importante en el sector salud, definiendo por concertación políticas, metas y estrategias que jalonan las acciones sectoriales hacia el logro de las mejores condiciones de salud para la población mundial.

El papel del Estado en los sectores de salud es el de asegurarse que los principios de equidad, solidaridad universalidad y calidad se cumplan. El Estado debe dirigir el modelo de financiación, organización y entrega de los servicios de salud. En el proceso de generación de políticas del sector de salud el Estado no debe jamás perder de vista su objetivo primordial: mejorar las condiciones de salud de la población. El Estado debe generar información, regular las actividades, obligar a la entrega de ciertos servicios, financiar ciertas actividades y entregar los servicios a través de instituciones y de personal del sector público.

En los países desarrollados estos conceptos han evolucionado hasta considerar como asunto de seguridad y defensa nacional la estabilidad de las relaciones económicas y políticas con otros países así como la presencia de plagas o enfermedades que atenten contra la salud pública y el desarrollo sostenible, al igual que los desastres naturales y otras calamidades. (MG Henry Medina Uribe –General ® del Ejército- Memorias Conferencia Internacional El papel de las Fuerzas Militares en una democracia en desarrollo. Bogotá, Abril/2.000.).

La Constitución afirma igualmente que el Estado y la Sociedad garantizan la protección integral de la familia, con iguales derechos para la mujer y el hombre, determinando que la seguridad social es de carácter obligatorio, pudiendo establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y las políticas principales para la prestación de servicios de salud. Los servicios de salud -señala- se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, además protegerá la diversidad e integridad del ambiente y por su parte el ejercicio de los derechos y libertades implica deberes y obligaciones al tener la calidad de miembros de la comunidad nacional.

## **II. CONCEPTOS BÁSICOS DE SALUD**

### **(Aplicables a la Sanidad Militar)**

#### **1. LA SALUD**

##### **1.1 Definición:**

La Salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), como el mas completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad. La Salud ha de ser el objetivo de la Medicina y de las profesiones afines, reza una máxima.

##### **1.2 Concepto de Salud**

La Salud, que es el objetivo de la medicina y de las profesiones sanitarias, hace referencia a una circunstancia humana, al ser un concepto depende de la cultura en la cual se produce. El fenómeno de salud afecta en forma importante tanto a los grupos de población en general como a cada uno de los seres humanos en particular.

Hasta la década del 40 en el siglo pasado se consideraba a la salud como la ausencia de enfermedad y en 1.946 la OMS esbozó un nuevo concepto de Salud, como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Este concepto llevó a definir a la salud como algo positivo, mas allá de estar enfermo y de una condición de bienestar mental y social -además del físico-, sirvió para ampliar la visión de los profesionales del sector para reclamar una concepción mas integral del ser humano.

Hay que entender que la salud y la enfermedad forman parte de un continuum, frente al planteamiento tradicional de un estadio pero, las variaciones del proceso vital que es

cambiante está en relación con un equilibrio inestable entre el individuo, la comunidad y el medio ambiente. Hoy se acepta entonces, que la salud, no es un estado sino un proceso, dentro de una realidad cambiante, no relacionada directamente con normalidad, sino que está intrínsecamente unida a la enfermedad cuando se supera el aspecto biológico y se involucra al hombre integral en su entorno social y psíquico.

### **1.3 Factores Determinantes**

En 1.971 H. Blum planteó que, la salud es la resultante de un gran número de fuerzas o variables que agrupa varios factores determinantes, como son la herencia, el ambiente, los estilos de vida (comportamientos) y los servicios de salud, una corriente renovadora del pensamiento médico que por su parte ha cuestionado la individualidad del enfermo.

En el primero de los factores determinantes, el organismo como substrato participa por su capacidad de reacción, por su fortaleza o susceptibilidad en las noxas que se establecen genéticamente; la interacción de los genes o del ambiente forma el fondo biológico o primario para desencadenar procesos de salud. En el segundo, el medio son las circunstancias en las que vive el hombre y a las que debe adaptarse para estar sano; en un estado de salud óptimo, el individuo no cuenta solo con toda su capacidad vital sino con la resistencia necesaria para hacer frente a los riesgos del ambiente. El estilo de vida -en tercera instancia-, es el conjunto de directrices para la conducta, tales como tradiciones, creencias, valores y pautas de conducta desarrolladas y estructuradas en su socialización y depende mucho de las motivaciones y de la personalidad del sujeto; el comportamiento, que es la expresión del estilo de vida, actúa en estrecha combinación con los otros determinantes del fenómeno salud. En cuarto lugar, la disponibilidad, calidad y oportunidad de los servicios de salud (accesibilidad) tienen influencia en la misma, el resultado de la influencia puede modificar el curso de la enfermedad.

La medicina y en general las ciencias de la salud, han mejorado sustancialmente la efectividad en la lucha contra la enfermedad, con el perfeccionamiento de la disponibilidad

de recursos diagnósticos y de tratamiento. El efecto sobre la salud y la calidad de vida de los servicios de salud depende de su grado de desarrollo y de la posibilidad de responder a las necesidades de los usuarios y al alcance de forma oportuna, que contribuyen a la salud de una población.

El desarrollo de los recursos humanos y tecnológicos en salud, su eficiencia y eficacia a través de su organización en sistemas de salud y la universalidad y de la oportunidad de accesos a los servicios requeridos, a la atención con calidad y a la posibilidad de responder permitirá aumentar la esperanza de vida, disminuir la mortalidad prevenible y mejorar la calidad de vida. Existen unas variables que también inciden en la salud individual y colectiva como son: el Saneamiento básico, la vivienda, la educación y la alimentación.

Los profesionales de la salud deben conocer estas relaciones, para comprender el fenómeno de la salud y a la vez participar del trabajo intrainstitucional e intersectorial en salud, para que con unos fundamentos sólidos de Medicina se pueda contribuir a la búsqueda de mejorar las condiciones de salud y de vida en una comunidad, en una organización y en la población.

La Medicina es una ciencia y es un arte, la salud son las herramientas para permitir al individuo y la sociedad las condiciones de bienestar en las esferas anotadas aplicadas a la persona humana. Cuando se proyecta a los integrantes de un territorio organizado se conoce como Salud pública lo es también. Las dos perfectamente entrelazadas se integran para prevenir la enfermedad y para asegurar unas condiciones sanas en una población, para lo cual se requiere de una estructura y de la participación de la comunidad.

#### **1.4 Salud y Enfermedad**

La Salud como se señaló previamente la definió la Organización Mundial de la Salud O.M.S. desde 1.946, como el mas completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad. Cuando se habla de bienestar se habla de la

necesidad de funcionar adecuadamente, de disfrutar del entorno, de una percepción placentera, del disfrute de la supervivencia, de la necesidad de satisfacer las necesidades y del desarrollo de la personalidad.

La salud como fenómeno afecta no solo a la población sino al individuo como sujeto, como fenómeno unitario se ha considerado como las variaciones de un proceso vital, porque es una realidad cambiante, tiene una unión intrínseca a las enfermedades y compromete no solo el aspecto biológico, como ya se ha dicho anteriormente. Hay unos factores significativos que son determinantes: la herencia, el ambiente, el comportamiento, y el acceso y disponibilidad de los servicios de salud.

## **2. LA ENFERMEDAD**

La enfermedad por lo tanto puede considerarse como la perturbación de la salud y del bienestar, donde la tríada ecológica tales como el huésped o paciente, vector o desencadenante y el entorno ambiental son efectores.

La enfermedad tiene una historia natural. En 1.965, Leavell y Clark plantearon un esquema para tratar de explicar el desarrollo de la enfermedad, planteando unos períodos: Prepatogénico, patogénico subclínico, prodrómico, de manifestaciones clínicas y el último de resolución ó recuperación.

En el periodo prepatogénico interactúan factores exógenos y endógenos que permiten facilitar que se reproduzca y se desarrolle la enfermedad. En la etapa patogénica subclínica, se presentan lesiones anatómicas o funcionales pero sin manifestaciones clínicas claras. En el período prodrómico ocurren manifestaciones generales , confusas, en donde es difícil hacer un diagnóstico exacto; en el clínico la enfermedad se manifiesta por signos y síntomas que facilitan su diagnóstico y manejo por el personal de salud. En el periodo de resolución la enfermedad evoluciona hacia la curación con o sin secuelas, a la muerte o a la cronicidad.



Así como existen los periodos de la enfermedad, también existe niveles de prevención, que son ascendentes a la par de la pirámide de salud, en forma de triángulo con una base amplia y una punta estrecha. Dichos niveles o peldaños de prevención primario, secundario y terciario en conjunción con los niveles de atención para la misma es decir, establecimientos asistenciales de salud tienen como finalidad evitar la presentación de las enfermedades.

Las acciones de los servicios de salud y por ende el actuar de los profesionales tiene como objetivo disminuir el sufrimiento humano manteniendo la salud de los individuos. La prevención primaria comprende la promoción y fomento de la salud y la protección específica, la secundaria comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la prevención de secuelas y la terciaria la rehabilitación física, social y laboral buscando evitar la permanencia de daños.

### 3. LOS SISTEMAS DE SALUD

#### ¿ Que es un Sistema de Salud?

Después de haber definido los conceptos de salud y de enfermedad, debemos comprender que para poder brindar Salud se requiere de una estructura, para entender posteriormente la organización y funcionamiento de la salud. Se hace necesario describir ¿ Que es un Sistema?, en que consiste un Sistema de Salud y posteriormente conocer aspectos conceptuales sobre los Recursos en Salud.

A lo largo de la historia la organización para la prestación de los servicios de salud ha recibido diversos nombres. Tal vez el acuñamiento del concepto de Sistema de salud, busca que los productos –en este caso servicios- estén enfocados hacia la eficacia del sistema; por lo anterior, empezaremos por revisar: ¿ Que es un Sistema?. El concepto de sistema reúne el conjunto de elementos identificables unidos entre si para contribuir organizadamente al cumplimiento de un objetivo.

El acuñamiento del concepto de Sistema de Salud, definido como conjunto de elementos identificables, unidos entre sí con una finalidad, de buscar un estado de equilibrio para contribuir organizadamente al cumplimiento de un objetivo. Los productos –en este caso llamados servicios-, están enfocados hacia la eficacia del sistema. El sistema de salud, tiene entonces elementos, que se relacionan para cumplir un objetivo determinado contribuir a la calidad de la vida, a través de las acciones que se realizan en la salud.

Un sistema de salud es el conjunto de elementos que tiene como fundamento cumplir con las diversas fases de la atención en salud (Promoción, prevención, asistencia y Rehabilitación), para lo cual debe contar con una organización cuyo objetivo es la prestación de los servicios para la atención médica con un equipo de salud, que debe tener cobertura nacional.

A lo largo de la historia ha habido múltiples modelos de sistemas para la organización y la prestación de los servicios de salud que han recibido diversos nombres: Asistencia pública, seguridad social, mixto, etc. Los diferentes sistemas deben tener como características la capacidad de garantizar el acceso a la atención en forma oportuna, a través de la prestación de la misma.

Los servicios de salud calificados se distinguen por la excelencia en la atención al paciente (ahora visto como cliente) y de la forma oportuna que contribuyen a la salud en una comunidad. El desarrollo de los recursos humanos y tecnológicos en salud, su eficiencia y eficacia a través de su organización en sistemas de servicios de salud, la universalidad y oportunidad de acceso permitirá la atención calificada y oportuna del enfermo.

Las acciones de los servicios de salud y por ende el actuar de los profesionales del ramo tienen como objetivo el de disminuir el sufrimiento humano, manteniendo la salud de los individuos. Cuando se desequilibra la balanza de la salud y el bienestar con el equilibrio social, se suscita el proceso de la enfermedad.

## **4. LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD**

### **4.1 Recursos en Salud**

Para brindar salud se hace menester contar con una organización y con unos buenos apoyos de salud, que ameritan disponer de una infraestructura física, unos recursos humanos, una dotación en equipos, tecnológicos y biomédicos, de muebles y enseres, aparatos de comunicación e informática, de suministros de materiales, de unos recursos económicos para su financiación y de unos mecanismos para la prestación de servicios.

La concepción de sistema esbozada permite poder disponer de una organización por niveles de atención (I-II-III-IV), conocida como categorización que es la clasificación de los establecimientos en centros básicos o primarios, intermedios o secundarios, y de alta complejidad, también llamados gradientes con diferente complejidad, de acuerdo con el tipo de actividades finales, intermedias y administrativas.

El producto final son los servicios que en el caso de la enfermedad es la atención de los pacientes, que de acuerdo con la teoría de los procesos debe tener una estructura y debe cumplir con unos procesos, para obtener un resultado.

El procesamiento interno permitirá analizar la eficacia y la adaptabilidad de la estructura y la funcionalidad del sistema, con auditoria de la calidad e indicadores de gestión. La eficiencia se evaluará mediante la productividad.

La optimización de los recursos en salud en el presente se impone por cuanto las necesidades en salud de la población crecen geométricamente, mientras que las posibilidades asistenciales de manera aritmética.

Cuando se hace referencia a acciones en salud se deben tener en cuenta dos elementos, como son la planeación para dirigir los esfuerzos y las actividades específicas. Todas ellas

deben obedecer a la aplicación de sólidos fundamentos de medicina, los cuales deben tener un asidero científico, para prevenir y controlar las enfermedades y para impulsar maniobras de promoción.

De la interrelación anterior se derivan las acciones específicas en salud donde participan grupos interdisciplinarios, que se deben regir por las funciones de la Salud pública en cuanto a la protección de la misma, saneamiento (Agua, alimentos, manejo de desechos y control de vectores), el fomento de la salud (Educación sanitaria, programas de salud mental, física y Ocupacional), la reparación de la enfermedad que requiere una infraestructura hospitalaria y unas áreas de apoyo para la gerencia de las organizaciones de la salud.

Los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud implican en primer lugar aspectos de infraestructura física, el cual se entiende como el conjunto formado por las edificaciones y las áreas adyacentes, las instalaciones en cuanto a espacio, las redes (eléctricas, electrónicas, telefónicas, hidráulicas y de vapor, alcantarillado, conducción de gases medicinales), y las áreas adyacentes a las edificaciones.

El segundo elemento constitutivo de los Recursos en Salud es el humano, se hace menester contar con un talento humano para que se pueda garantizar las diversas fases de la atención de salubridad. El equipo humano de salud comprende la cantidad de personas preparadas para la prestación del servicio y está conformado por personal profesional médico y paramédico con título universitario y por personal técnico o auxiliar certificado en escuelas intermedias o tecnológicas. El desarrollo humano debe involucrar un entrenamiento administrativo y gerencial de líderes del sector con capacidad de gestión.

El staff en el caso de la sanidad con el liderazgo científico de los Médicos como cabeza del equipo de salud, está conformado por las Enfermeras jefes y por profesionales de la Odontología, Bacteriología y Laboratorio clínico, Nutrición, Fisioterapia, Fonoaudiología, Optometría, Trabajo Social y Psicología clínica.

El cuerpo médico además debe disponer de especialistas en las diferentes ramas básicas y supraespecialidades clínicas, quirúrgicas y administrativas. El campo de las especializaciones en medicina merece una consideración especial, que serán tratados en otro artículo. Se puede decir que las profesiones de la salud en términos globales está compuesta académicamente por personal de nivel universitario y de nivel tecnológico.

Por su parte el equipo humano de salud de categoría no profesional está constituido por los Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de consultorio odontológico, Auxiliares de Laboratorio clínica, Técnicos en imágenes diagnósticas, Técnicos en electromedicina, etc., que las exigencias del momento en el sector de la salud los ha obligado a capacitarse como tecnólogos en dichas disciplinas paramédicas en instituciones de carreras intermedias.

Cuando la Medicina como ramo del saber y fundamento de la salud se encamina a orientar, organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la enfermedad estamos en presencia de una ciencia y de un arte conocido como Salud Pública. La Salud pública es la encargada de prevenir las dolencias y discapacidades, fomentar la salud, sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, educar al individuo, organizar los servicios para el diagnóstico y el tratamiento, organizar las comunidades y direccionar los esfuerzos.

La Salud además demanda el concurso de otras disciplinas no menos importantes como la Epidemiología, la salud ocupacional, Saneamiento ambiental y de personal con capacidad gerencial y administrativa, de las diversas ramas de las Ciencias de la Salud. Para su accionar también se apoya en la Ingeniería Sanitaria, la Medicina Veterinaria, las ciencias administrativas y contables, la Estadística, la Sociología y la Ecología.

La salud tiene indudablemente unas variables como son el saneamiento básico, la vivienda, la educación, la alimentación y las ciencias del Deporte.

Para que se cumpla con las acciones y las actividades en Salud, es menester contar con unas Políticas Sanitarias, con un eje centralizado de donde se derivan las orientaciones generales, desde donde se brindan los medios para que se cumplan las metas y estrategias, que requieren unas vías de exploración y un proceso, con el propósito de la mejor utilización de lo Recursos y con un objetivo que es el de alcanzar la salud, teniendo en cuenta los componentes social, de igualdad y de productividad.

#### **4.2 Atención Primaria en Salud**

La atención primaria ha sido la estrategia global de atención en salud, convirtiéndose en el eje central que orienta la organización y el contenido de los servicios de salud, con el objeto de alcanzar un estado de salud que le permita a una comunidad llevar una vida social y económicamente productiva. El análisis de la situación de salud de la población y el acceso a la asistencia sanitaria, han permitido a esta propuesta convertirse en el instrumento de cambio del contenido y de la organización de los servicios de salud, de la salud y enfermedad desde una concepción holística para lograr justicia y equidad.

La Atención Primaria en Salud (APS), fue definida como la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de los individuos y sus familias, de las comunidades, mediante su plena participación y a un costo que los habitantes de un país puedan soportar, en cada una de las etapas de su desarrollo.

La APS forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud –de los que constituye su función central y el núcleo principal-, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto entre los individuos, la familia y la comunidad en los primeros niveles de atención, llevando lo mas cerca la atención en salud, al lugar donde residen y trabajan las personas y confluyendo como un primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La APS se orienta a los principales problemas de salud de las comunidades, incluyendo servicios de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, debe garantizar la participación de la población en la identificación y priorización de las necesidades en salud, así como en el diseño, ejecución y evaluación de los programas para su intervención y es la puerta de entrada al sistema de prestación de servicios de salud.

La APS propone una utilización mas adecuada y racional de los recursos financiando acciones y desarrollando programas y estrategias especiales, para el acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental.

La exigencia de atención y la obligatoriedad de programas especiales para atender las principales necesidades en salud, plantea el enfoque de riesgo para los diferentes grupos humanos priorizándolos, buscando intervenciones de mayor impacto. Implica la extensión de la capacidad instalada de salud de primer nivel como de otros niveles de complejidad y la optimización de la red existente, incorporando otras prácticas para el cuidado de la salud.

Se busca con ello que los servicios sean oportunos, es claro que la extensión de la cobertura implica la posibilidad de acceso a toda la red asistencial, para actuar tempranamente en la fase del proceso salud-enfermedad.

#### **4.3 Medicina Basada en la Evidencia y Gerencia de la Enfermedad**

Las nuevas tendencias centradas en el paciente como objetivo fundamental del sistema de salud, regida por los conceptos de medicina basada en la evidencia (MBE) y retroalimentada con la investigación de desenlaces (out comes research), confluyeron en una nueva disciplina médica llamada la gerencia de la enfermedad.

Con la naciente propuesta algunos piensan, que se está buscando que mediante la gerencia de la enfermedad, que el paciente pueda recibir la atención mas apropiada para el adecuado control de su enfermedad y se involucre de manera activa en su tratamiento, que las



instituciones prestadoras de salud y los médicos de las mismas, dispongan de criterios racionales científicos y fármaco-económicos mas efectivos, soportados por la MBE, para diagnosticar y tratar a sus pacientes, con autonomía médica, dentro de protocolos establecidos y que las entidades de salud puedan lograr un eficiente manejo de sus presupuestos sin afectar la calidad de los servicios que prestan, atraigan a nuevos miembros y puedan generar mas recursos para nuevos proyectos o para el mejoramiento de sus inversiones.

Los costos de un servicio para el cuidado de la salud, son aquellos gastos incurridos en su diseño, producción e implantación. El análisis de los costos de una intervención en salud requiere de un cortejo exhaustivo para asegurar la calidad de la evaluación, esto involucra la revisión de los costos directos, indirectos y los intangibles, haciéndose necesario conocer otras variables para estos cálculos.

La Medición de los costos en salud, por si solos, no son indicadores válidos para analizar una intervención médica, lo importante es medir el valor de la misma, es decir, el valor del impacto de la intervención en los desenlaces obtenidos, en relación a los costos incurridos. Los desenlaces pueden ser de varios tipos: clínicos, humanísticos, económicos y de la satisfacción del servicio. Los nuevos análisis de los aspectos económicos en salud han introducido la evaluación de costos buscando su minimización, costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad.

En la investigación de los desenlaces, una determinada terapia va a ser mas costo-efectiva, en la medida que genere mas y mejores desenlaces. Para los programas de gerencia de la enfermedad los desenlaces son sus indicadores de gestión y medirlos hace parte fundamental del proceso.

El cálculo del valor en el cuidado de la salud, se obtiene al relacionar los desenlaces con los costos incurridos. Para los análisis de costos se acude a los documentos fuente, pero también se usan los listados de tarifas y las estadísticas consolidadas disponibles en el país.

Los desenlaces clínicos se determinan a partir de los reportes médicos, hospitalarios o ambulatorios, utilizables y las mediciones de los desenlaces humanísticos y de satisfacción, se consiguen aplicando auto evaluaciones validadas o encuestas institucionales sobre la complacencia por los servicios recibidos.

La recolección de datos para la investigación de desenlaces exige registros confiables, compromiso institucional y de los pacientes, sin atentar contra la confidencialidad de los enfermos y cubren tanto la parte ambulatoria como nosocomial de las historias clínicas.

## **5. LA SALUD PUBLICA**

### **5.1 Aspectos Generales de la Salud Pública**

La Salud Pública, es el conjunto de organismos, políticas y procesos públicos que buscan garantizar a toda la población unas condiciones óptimas de salud, en situación de eficiencia, calidad y equidad. Ya se había señalado que las funciones de la salud pública, son: Promoción y fomento de la salud, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y Rehabilitación.

Los programas de salud surgen de la necesidad de intervenir los problemas de la salud pública, de organizar los recursos, de focalizar las intervenciones, de hacerlas mas efectivas. Un programa de salud, es una estrategia de intervención para un problema de salud pública con el propósito de fijar normas de atención, organizar adecuadamente los recursos diagnósticos y tratamiento, racionalizar y adecuar el uso de la tecnología. Para definir los programas en Salud pública se tienen en cuenta: Las tasas de incidencia y prevalencia de una enfermedad, factores de riesgo, complicaciones, costos, vulnerabilidad que hace referencia a la verdadera probabilidad de intervención del problema y la evitabilidad del mismo.

Para describir la organización, desarrollo e implementación de un programa de salud pública, se deben realizar actividades de diagnóstico epidemiológico, de diagnóstico de las formas de intervención y de diagnóstico de conocimiento del problema y el inventario de los recursos humanos, tecnológicos y físicos existentes y de los disponibles para la atención.

Para la organización de los programas se debe hacer el diseño de las normas técnico-administrativas, es decir, de las pautas y directrices explicativas que organizan y ordenan las actividades de los miembros del equipo de salud y que permitirán la organización de la atención de los diferentes niveles del sistema de servicios. Definir una norma implica

establecer una coordinación entre los responsables de la atención, la discusión científica y técnica de las medidas con expertos inscritas en el contexto organizacional.

El equipo de la salud debe participar activamente en la elaboración y actualización de los criterios y en el diseño de los programas debe contemplar aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, igualmente los recursos deben guardar relación directa con los beneficiarios a obtener y el nivel de complejidad. El criterio se establece por gradiente de necesidades en salud.

En todas las enfermedades ya existen normas y protocolos escritos, por lo que se debe hacer una revisión cuidadosa de los mismos, adicionalmente debe existir un grupo de consultores o de expertos al respecto. En las instituciones de salud antes de la publicación de las normas definitivas se realiza una revisión crítica del documento preliminar y una prueba piloto para evaluar la factibilidad del cumplimiento de las nuevas reglas y para detectar los puntos susceptibles de modificación, sobre todo si las normas se van a implementar en todo el país.

La etapa mas exigente del proceso es la implementación por cuanto involucra no solo toda la estructura de la organización sino su sentido de compromiso. El adiestramiento del recurso humano y la difusión de las normas es indispensable. La adecuación de las normas debe permitir la discusión en el nivel local acorde con los recursos disponibles y debe permitir la supervisión y la evaluación de los programas.

Otras de las condiciones fundamentales para el éxito de los programas de salud es garantizar los recursos necesarios y los suministros. Se debe definir la información básica que permita realizar la evaluación técnica, administrativa y epidemiológica contando con unos sistemas de evaluación. A cada programa de salud se le debe definir un mecanismo de análisis integral, que permita revisar, ajustar y reformular permanentemente. La evaluación integral se puede realizar contando con tres elementos fundamentales, la estructura, el proceso y los resultados.

Por su parte la aplicación de los métodos de vigilancia epidemiológica son primordiales para la observación sistemática y permanente del fenómeno salud-enfermedad, que facilitarán evaluar los progresos de los programas y el impacto del mismo a mediano y a largo plazo.

Si bien los programas son una estrategia de reconocidos beneficios, su aplicación tiene limitaciones, que deben reconocerse con el propósito de superarlas o tenerlas en cuenta en la consolidación de los mismos. Tal vez los principales problemas se dan por las bajas coberturas y el riesgo muy grande de la visión no integral del paciente. Cuando se delega una actividad en un programa, la garantía de ejecución adecuada la da el control de calidad, la evaluación y la educación continuada.

Los programas de Salud Pública existentes en el mundo son muchísimos y se han desarrollado de acuerdo con las necesidades locales y regionales de salud. Los mas conocidos universalmente son: Control prenatal, Programa ampliado de inmunizaciones, Tuberculosis, Lepra, Enfermedades de transmisión sexual, SIDA, Malaria, Infección Respiratoria Aguda y Crecimiento y Desarrollo, entre otros (8).

Las acciones que pretendan disminuir las probabilidades de aparición de las enfermedades y que propendan por el desarrollo de una vida sana y aquellas que buscan atender oportuna y eficientemente los problemas de la enfermedad, ejerciendo una función reparadora y rehabilitadora que posibilite rápidamente la integración del individuo a sus actividades productivas.

“La Salud pública es la encargada de prevenir las dolencias y discapacidades, fomentar la salud, sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, educar al individuo, organizar los servicios para el diagnóstico y el tratamiento, y organizar las comunidades para direccionar los esfuerzos”.

## 5.2 Prestación de Servicios en la Salud Pública

La prestación de servicios en el caso de la salud está dirigida a la protección y a la preservación de los procesos vitales. Una aproximación al concepto de servicio parte de la naturaleza de “empresa” como organización social alrededor de una finalidad. Precisar la finalidad es fundamental para cualquier organización que en el tema en cuestión las empresas encargadas de la atención en salud y/o reparación de la enfermedad son productoras de servicios.

Si se examina la conformación de un servicio, podemos diferenciar los siguientes elementos: una necesidad humana que da origen al servicio, un satisfactor, un beneficiario, un asistente o prestador de la ayuda, una relación entre el beneficiario y el asistente, un soporte físico o infraestructura, un entorno y la variable de grados de satisfacción.

Desde el punto de vista teórico, una necesidad humana se define como una condición del individuo, exigida por su propia naturaleza o por el ambiente que lo rodea. Un satisfactor es una situación que nos permite resolver completa o parcialmente una necesidad, que puede ser de varios tipos (objetos materiales, ayudas de otros, formas de relación o comunicación, normas-Reglas o valores y creencias), que a diferencia de las necesidades fundamentales pueden ser moduladas gracias a la inteligencia humana.

A diferencia de las necesidades, los satisfactores se consideran infinitos y susceptibles de priorización, siendo posible planificar su producción y distribución entre las personas. El bienestar humano no depende de la cantidad de satisfactores. En el ámbito específico de la salud, las necesidades insatisfechas contribuyen no solo a la causa de múltiples enfermedades sino de funciones evitables. Las necesidades insatisfechas son a la vez causa y el reflejo del subdesarrollo y deterioro de la salud de los grupos humanos.

Quienes trabajamos en el sector salud debemos identificar cuales son las necesidades mas apremiantes de las comunidades y de las personas, para responder a ellas de la mejor manera posible, diseñando y promoviendo los satisfactores adecuados.

El tercero de los componentes que contribuyen a la configuración de todo servicio son las personas como beneficiarios o clientes –razón de ser del servicio-, que requieren ayuda para resolver o satisfacer una necesidad. Según los distintos escenarios donde se preste el servicio, la persona que requiere ayuda puede recibir diferentes denominaciones: Paciente, usuario, Cliente, Beneficiario, o educando. A pesar de su similitud cada una de estas denominaciones refleja una relación muy diferente entre quien recibe la ayuda y su asistente. El beneficiario está definido como la persona que recibe las consecuencias positivas de la ayuda, es un elemento esencial de todo servicio. Hay un principio insalvable “sin beneficiarios no hay servicios, aunque haya oferta y aunque se cursen costos”.

El cuarto elemento hace alusión a los asistentes o prestarios, el concepto de prestador del servicio, es aplicable a toda persona, grupo o empresa, que ayude a un usuario a satisfacer una necesidad.

El quinto conjunto que se logra identificar es la relación e interacción entre el usuario y el prestatario del servicio. En los Servicios de Salud debe ponerse especial cuidado en el tipo de relación que se establece entre el paciente y el prestador, puesto que determina en forma definitiva el grado de satisfacción. A calidad depende del tipo de motivación del servidor y del valor que confiera al usuario.

En sexto lugar tienen importancia los equipos, el espacio o planta física así como los suministros utilizados por el asistente para producir la ayuda o asistencia al usuario o beneficiario. Tanto la planta física como la tecnología influyen de manera importante sobre el efecto del servicio.

Algunos servicios no requieren un soporte físico muy complicado, otros en cambio, demandan grandes inversiones en construcción y mantenimiento. La selección de la tecnología determina el perfil del asistente. La limpieza, aspecto y funcionalidad del espacio físico, sus equipos y suministros, no solamente hacen apropiada o inapropiada la tecnología, sino que influyen sobre el grado de satisfacción del cliente o paciente y del asistente o prestador.

Al examinar un servicio debemos hacer un análisis crítico de la tecnología utilizada, e identificar cuales equipos y suministros pudieran ser mas apropiados para responder a las necesidades del beneficiario.

El séptimo y último componente, que es el mas importante de todo servicio, es el grado de satisfacción del usuario. Es la efectividad de la ayuda para reducir o eliminar un padecimiento.

En el caso de los servicios de salud, cuando se brinda la atención, entran en juego algunos aspectos no percibidos por quienes los utilizan, que inciden sobre la satisfacción de su necesidad –aunque no sean conscientes para el usuario-, tales como: La eficacia para resolver los problemas de la salud y la eficiencia del personal encargado de la asistencia. Así mismo, la posibilidad de establecer y de realizar procedimientos óptimos con el mínimo costo posible.

Otros aspectos que influyen son el grado de conocimiento o desconocimiento de los servicios por parte del usuario, sus emociones y actitudes, así como los criterios de: oportunidad, integralidad, precio, calidad humana e interrelación y los aspectos físicos de la atención en salud.

Aunque el grado de satisfacción es una percepción subjetiva del enfermo atendido, los demás usuarios, clientes, beneficiarios o pacientes juegan en este campo un papel muy importante, pues su grado de satisfacción y utilización puede inducir a otros usuarios a



solicitar o evadir un servicio y modificar su grado de satisfacción aumentándolo o reduciéndolo.

**5.3 Clasificación de los Servicios:** En términos empresariales los servicios pueden clasificarse como básicos y accesorios. Los servicios básicos constituyen la razón principal por la que el cliente acude a la empresa y los servicios accesorios son aquellos que completan o facilitan la prestación del servicio básico.

**5.4 Características de los Servicios:** A diferencia de los bienes, los servicios son inmateriales o intangibles, se producen en el momento en que se consumen y no se dejan almacenar es decir son fugaces, se prestan en un entorno el cual determina en gran parte su calidad como satisfactor, gozan de algún "valor de uso" (utilidad) en relación con las necesidades del beneficiario y presentan un "valor de cambio" (precio) en relación con el mercado.

**5.5 Administración de los Servicios:** La producción de bienes materiales se realiza de manera muy diferente a la producción de servicios que algunos han denominado "Servucción" y que técnicamente presenta las siguientes características:

1. Diferenciación (ó especialización) del servicio: Para producir eficazmente un servicio, las empresas deben especializarse o comprometer sus recursos y conocimientos hacia una línea determinada.
2. Segmentación de la clientela: En el caso de los servicios de salud la segmentación de la clientela se ha realizado durante mucho tiempo con base en criterios de grupos etéreos y por los problemas específicos de los usuarios.  
Algunos sistemas de salud han segmentado el mercado y estimulan la diferenciación de las instituciones o de los agentes hacia la prestación de servicios definidos en paquetes o planes de beneficio.
3. Según la capacidad de operación: Los servicios son inmateriales, no pueden almacenarse, por lo que la programación de una empresa de servicios debe corresponder a un análisis complejo que tenga en cuenta factores como el

comportamiento de la demanda, la capacidad instalada para operar y las características del mercado local. Estas características se definen por medio de técnicas de análisis del mercado.

El análisis del mercado es una actividad desarrollada por la empresa para establecer sus responsabilidades y sus posibilidades de desarrollo y de supervivencia. Dicha evaluación debe responder inquietudes tales: ¿Cuál es nuestra razón de ser?, ¿Quiénes nos necesitan?, ¿Qué tanto nos necesitan?, ¿Quiénes prestan el servicio en la región?, ¿Quiénes son nuestros principales usuarios o clientes?, ¿Qué servicios necesitan nuestros clientes?, ¿Quiénes son los clientes de la competencia?

**5.6 Mercadeo, Demanda y Oferta:** Los análisis del mercado comprenden la definición de la demanda y de la oferta.

El análisis de la demanda, es una de las tareas mas importantes para administrar adecuadamente el servicio y consiste en identificar quienes son, por qué, cuando, como y donde consultan los clientes. Incluye la identificación de los usuarios por grupos de edad, género, estado socioeconómico, perfil de necesidades, problemas prioritarios, expectativas, patrones culturales y todas aquellas características que influyan en la utilización de los servicios.

El análisis de la Oferta, consiste en identificar adecuadamente las condiciones del prestador, para responder a las necesidades de la clientela y del mercado y debe responder inquietudes sobre lo que se ofrece, cantidad, calidad y distribución de los servicios, así como la utilización por los usuarios.

El análisis anterior debe permitir a los prestarios de los servicios de salud cuales son sus propias necesidades y como deben manejar sus recursos humanos, técnicos y financieros, para responder al entorno.

En cuanto a la calidad que es un atributo, en la producción de servicios de salud se valora mediante indicadores, para lo cual las empresas prestatarias aplican criterios como: Grado de satisfacción, soporte físico del servicio, tecnología utilizada, relación profesional con el cliente, satisfactores de las necesidades (eficacia, disponibilidad, interacción, presentación y cualificación) y el grado y tipo de participación de los beneficiarios en la prestación del servicio.

Los servicios son percibidos de manera global por el cliente o pacientes y evaluados a través de mecanismos automáticos de integración y simplificación mental.

En cuanto al control de la calidad de los servicios es conveniente mencionar que deben responder a las necesidades críticas (supervivencia, salud física, seguridad personal y derechos de los pacientes), los cuales deben monitorizarse de manera estricta por la institución.

## **6. El concepto de Servicio de Salud**

Los servicios de salud son ayudas que ofrecen y reciben las personas para satisfacer necesidades relacionadas con la protección y optimización de los procesos vitales y con la presentación y control de aquellos eventos (daños) que los afectan desfavorablemente.

Para el ser humano, los “procesos vitales” son aquellos eventos de naturaleza orgánica, psíquica y social que se articulan de manera sistemática y dinámica para hacer posible la conservación y reproducción de la vida.

A lo largo de la historia, la experiencia de estos procesos vitales ha sido valorada por el hombre desde distintos referentes: las nociones de “Salud” y “Enfermedad” son solo dos de las múltiples expresiones de esta valoración.

Por su parte, se definen como daños para la salud aquellos fenómenos que se incorporan a los procesos vitales de una manera desfavorable para el individuo y para el grupo, entre los cuales se destacan: la muerte prematura, las enfermedades, las discapacidades e incapacidades, la invalidez, el desgaste generado por el trabajo y la interacción con el ambiente y la sociedad, el dolor, la ansiedad y la tensión psicofísica.

Los servicios de salud son el reflejo de la forma particular como cada sociedad valora sus procesos vitales y sus riesgos de daño. Es necesario distinguir entre un producto de índole comercial, que conlleva como una de sus finalidades básicas la ganancia económica y un producto cuya esencia es un servicio y que además de servicio es un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable para el ser humano.

## **7. Tipos de Servicios de Salud**

Existen multitud de servicios de salud y diferentes formas de clasificarlos. Los servicios pueden tipificarse según: 1) Su objetivo, 2) Su nivel de complejidad, 3) La División del Trabajo (Objeto de interés) y 4) La Respuesta Social.

7.1. Según su objetivo: Esta clasificación se basa en el modelo propuesto por Leavell y Clark para explicar el origen y evolución de las enfermedades. En este esquema, todas las intervenciones (acciones) –aún las curativas-, apuntan a prevenir (evitar) la aparición de un evento. Según el tipo de evento, los servicios se clasifican en tres grupos:

7.1.2. Prevención primaria: Actividades dirigidas a mantener y facilitar los procesos vitales y evitar los daños para la salud. La prevención primaria busca evitar o reducir la exposición a factores que actúen como noxas y comprende las siguientes actividades:

7.1.1.1.Promoción de la Salud: Conjunto de acciones dirigidas a generar, desarrollar y conservar los procesos vitales.

7.1.1.2.Prevencción de la Enfermedad: Conjunto de acciones dirigidas a evitar que ocurran daños para la salud. Incluye actividades de reducción de riesgos ambientales, Reducción de riesgos del comportamiento y protección específica de las personas susceptibles a riesgos particulares. Hoy en día se está haciendo mucho énfasis en la gerencia de la enfermedad y en la medicina basada en la evidencia.

7.1.2.Prevencción Secundaria: Son todas aquellas acciones dirigidas a evitar la expansión de un daño que se ha presentado porque no se aplicaron o no fueron suficientes las medidas de prevención primaria. La prevención secundaria comprende dos tipos de actividades:

7.1.2.1 Diagnóstico precoz del daño

7.1.2.2. Tratamiento adecuado.

7.1.3.Prevencción Terciaria: Conjunto de actividades dirigidas a evitar las consecuencias del daño, reducir la incapacidad y la invalidez y evitar la muerte prematura asociada con el daño complicado. Incluye:

7.1.3.1. Rehabilitación orgánica.

7.1.3.2. Rehabilitación Psíquica.

7.1.3.3. Rehabilitación Social.

7.2.Según su Nivel de Complejidad, objetivo: Esta clasificación ha sido utilizada con relativa frecuencia para los servicios de atención a las personas, pretende organizar los servicios con base en la complejidad de la tecnología disponible, para lo cual considera como criterio de clasificación el recurso medico con los siguientes peldaños:

- 7.2.1 Servicios de primer nivel de complejidad
- 7.2.2 Servicios de segundo nivel de complejidad
- 7.2.3 Servicios de tercer nivel de complejidad

7.3. Según la División del Trabajo (Objeto de interés) = Se ha dividido tradicionalmente en dos grandes grupos:

- Servicios de Atención a las personas.
- Servicios de Atención al ambiente.

7.3.1. Servicios de Atención a las personas: Servicios médicos, odontológicos, enfermería, psicología, optometría, fonoaudiología, trabajo social.

Los Servicios de Atención a las personas se organizan igualmente en tres (3) grandes áreas:

7.3.1.1. Servicios Ambulatorios

- Consulta Externa
- De Diagnóstico
- Urgencias médicas y Odontológicas
- Cirugía Ambulatoria
- De Farmacia

7.3.1.2. Servicios de Internación

- Evaluación
- Tratamiento
- Rehabilitación

Estos servicios demandan condiciones hoteleras y de alimentación.

7.3.1.3. Extramurales: Diseñados para atender al usuario en su vivienda.

### 7.3.2. Servicios de Atención al ambiente

Destinados a promover, mantener y recuperar la salud de la población.

Comprende dos tipos de actividades:

#### 7.3.2.1. Saneamiento básico:

- Disposición de basuras
- Control de excretas
- Eliminación de desechos

#### 7.3.2.2. Control Sanitario:

- Higiene de los establecimientos
- Control calidad productos consumo humano
- Medio ambiente
- Enfermedades transmitidas por animales (Zoonosis)

7.4. Según La Respuesta Social: En cualquier tipo de población los servicios de salud suelen organizarse conformando sistemas cuyas características pueden identificarse y hacer posible su diferenciación. Se clasifican en:

#### 7.4.1 Sistemas Populares

#### 7.4.2 Sistemas de beneficencia

#### 7.4.3 Sistemas privados

#### 7.4.4 Sistemas Estatales

#### 7.4.5 Sistemas de Seguridad Social (9)

La declaración de los derechos humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure individualmente así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Garantizar la salud es, ni mas ni menos, comprometer todo el esfuerzo individual y colectivo para preservarla y recuperarla cuando se ha perdido, es ofrecer servicios con calidad.

## **8. SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD**

La atención en salud se ha convertido en un elemento aparentemente fundamental para los diferentes sistemas de salud. Desde la creación de los programas sociales y pensionales donde hubo reclamos por el mejor acceso a los servicios de salud, surgió el esquema de seguridad social.

Los sistemas de seguridad social son un elemento de la salud pública, su relevancia surge, en que estos sistemas juegan un papel preponderante en el financiamiento, organización, provisión, la calidad y el acceso a los servicios de salud, sin embargo, existen otros modelos en uso en varios países del mundo.

Para constituirse en sistemas de seguridad deben cumplir con los principios de aseguramiento y ahorro y para que se constituyan en sistemas de seguridad social deben cumplir con los principios de equidad, solidaridad, universalidad y calidad. La financiación del sistema se hace a través de contribuciones de los trabajadores en la forma de impuestos a la nómina, y de subsidios de diverso origen para pagar la afiliación de los individuos de muy bajos ingresos.

El ingreso en esta modalidad de sistema tiene un efecto importante sobre el estado de salud de las personas. Los sistemas de seguridad social en salud deben garantizar el derecho a los individuos a utilizar los servicios de salud básicos.

La seguridad social se presume debe tener un impacto positivo sobre el desarrollo porque aumenta las condiciones de seguridad laboral (10). El conocimiento previo de las condiciones de salud de una población y de sus principales necesidades permiten en últimas una buena planeación de los recursos y las actividades a desarrollar. Debe entenderse que la atención y valoración inicial siempre debe ser brindada por los médicos.



La problemática actual de los diferentes sistemas está generada por el acceso equitativo a los servicios básicos y la racionalidad de las diversas actividades en salud. Se ha dicho que los sistemas de seguridad social en salud deben garantizar el derecho a los individuos a utilizar los servicios básicos de salud.

Los costos crecientes de los servicios implican una constante amenaza para las iniciativas destinadas a la planificación de las mismas; el desarrollo de las tecnologías han corrido disparejos con las condiciones de salud de las poblaciones. Las acciones permiten agrupar los sistemas prestadores de los servicios de salud bajo diversas modalidades de administración, financiación, enfoque, etc. (4).

La consolidación de ajustes macroeconómicos, la liberalización de las economías, las conveniencias en las tareas gubernamentales en los Estados han incidido profundamente en el sector salud y el aumento de la participación del sector privado en el manejo financiero y control asistencial han afectado también a la salud pública.

### **Efectos de la reforma a la Seguridad Social sobre la Salud en Colombia.-**

La salud estatal se vio cambiada hace una década con la aplicación de un nuevo modelo de seguridad social, con una ley marco que la tocó a ella y al régimen laboral en aspectos de pensiones. La crisis que atraviesa la Salud en el país, puede comprometer la estabilidad de la nación y poner en riesgo la defensa nacional.

El Congreso de Colombia aprobó en 1.993 una ambiciosa reforma de su sistema de seguridad social, que unificó los antiguos subsistemas público, de seguridad social y privado, en un sistema único con un paquete básico de servicios regulado por el Gobierno y por la financiación del mismo (10).

La ley 100 hace diez años introdujo indudablemente unos cambios en el esquema de la salud del Estado, que tras su innovación y traumatismo, se han propuesto ajustes

impulsados por sectores académicos y científicos, pues su corte financiero y mercantil laceró la relación médico-paciente, su humanidad y afectó con creces la dignidad de las profesiones de la salud así como sus honorarios.

En los últimos años, se ha observado la convergencia de elementos integrantes de las distintas políticas de salud, como las relativas a la afiliación de usuarios a EPS., la integración de los ministerios de salud con el de la seguridad social, en contravía del fortalecimiento de los sistemas locales, de las campañas sanitarias y del aparente impulso de la atención primaria.

Paralelamente, se evidencia un cambio en las propuestas de organización de los sistemas de salud. La competencia entre prestadores privados de servicios de salud se han intensificado y el mercado sigue agitado. Estos cambios, han implicado una nueva hoja de ruta en el panorama de la salud, que han generado múltiples discusiones en el ámbito laboral estatal y malestar entre los profesionales de la salud, con una opinión pública cada día mejor informada sobre sus problemas de salud y la posibilidad de reclamar garantías mediante acciones jurídicas.

Las instituciones privadas amparadas bajo el esquema de la seguridad social se han constituido en modelos mercantilistas para la financiación, organización y provisión de los servicios de salud en diferentes países de la cual Colombia no ha escapado pero, la financiación del sistema se está haciendo por contribuciones de los trabajadores y por subsidios de diverso orden con la participación irregular de la nación; la entrega de los servicios ha venido quedando en manos de proveedores privados y parcialmente públicos, por la incompetencia administrativa de muchos entes del Estado.

El efecto aparentemente positivo que se ha tenido es la comercialización de la salud con la economía de los servicios, la conformación de empresas por terceros que manejan los presupuestos de la salud, la conversión de los Hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) y las demoras en los pagos “por glosas” frecuentes a los procedimientos

realizados en los establecimientos prestadores de la atención, se ha traducido en una cultura de pobres remuneraciones hacia el equipo humano de salud, en manejo por terceros de los aportes para la salud y en desmejoramiento de la calidad de la atención.

Los sistemas de seguridad social se ha sugerido, tienen un efecto benéfico sobre el desarrollo de las sociedades, pero otra es la realidad, por el resultado de la influencia de los seguros sobre los ingresos de los individuos, el mantenimiento del pecunio durante y posteriormente a las enfermedades y los accidentes de trabajo.

Aunque el papel del Estado es asegurarse que los principios universales rectores se cumplan, ha pasado de ser el impulsor de las políticas públicas en salud a un espectador preconditionante manipulado por otros, cuando no debe olvidar su responsabilidad en la generación de políticas para el sector, teniendo como objetivo primordial y obligación el mejorar las condiciones de salud de la población. El Estado como tal debe generar la existencia de un sistema de financiación, organización y provisión de servicios y velar porque los individuos tengan acceso ellos, debe así mismo regular el monto de la contribución y de la administración de los recursos.

De otra parte, los contenidos de las políticas de salud en ese modelo propuesto deberían haber cambiado a la par el perfil de las enfermedades que definen las condiciones de salubridad de un país. La transición epidemiológica ha modificado el panorama de prioridades en salud, dando cabida a nuevos enfoques y esquemas reajustados de asistencia. La provisión de servicios preventivos de enfermedades, el control de vectores y la protección del medio ambiente, las inmunizaciones masivas son ejemplos de actividades donde el Estado está llamado a financiar estos servicios.

El avance médico de las últimas décadas hace parte de los desarrollos científicos mas trascendentales, de un reducido armamentario diagnóstico y terapéutico en el pasado, se pasó a un grupo de técnicas y equipos con avances inimaginables pero, los responsables de

administrar los recursos en salud han querido condicionar la gestión profesional y la ética médica, queriendo hacer caso omiso de la medicina centrada en el paciente.

El enfoque primario de la administración de salud para una población, debe centrarse en conocer las condiciones sanitarias y patológicas de sus miembros, para que se puedan llevar a cabo programas de salud. Con un análisis poblacional, la medicina de hoy puede identificar tempranamente los grupos de riesgo, para intervenirlos de forma oportuna y efectiva, para que esta inversión redunde en beneficios de salubridad, humanísticos y económicos significativos.

El problema de la reforma en la práctica ha permitido, que el concepto tradicional de pago por servicios, se haya cambiado a otro pago por captación, con base en subpoblaciones con diagnósticos comunes y se ha traducido en una atención con foco comunitario y epidemiológico, donde se ha querido hacer ver con un sentido mas público que privado de la salud, donde ésta es mas un derecho que un privilegio de la comunidad.

La administración de la salud, según los nuevos modelo, exige la conformación de equipos de trabajo de alto desempeño compuesto por profesionales de la salud, los pacientes y las instituciones, que garanticen el seguimiento efectivo de protocolos de atención, definidos según la medicina basada en la evidencia, y con mecanismos de retroalimentación adecuados que midan los desenlaces de las intervenciones en sus variables clínicas, monetarias y de calidad de vida de los pacientes.

La atención en salud exige que el paciente sea una parte mas activa en el control de sus enfermedades, que les permita su intervención diligente y sea un soporte efectivo del médico tratante, con una mayor adherencia al tratamiento mediante una buena información, buscando su educación para evitar el uso innecesario de servicios, que sea consciente de los costos en salud, atento a los desenlaces y ante cualquier síntoma de alarma buscar ayuda de forma oportuna (11).

### III. FUNDAMENTOS DOCTRINARIOS DE LAS FUERZAS MILITARES

Los Estados disponen usualmente de unas Fuerzas Armadas para contribuir a su independencia, al orden constitucional y también para que se pueda defender su soberanía. Para los Estados cualquiera que fuere su organización política y para salvaguardarla, es necesario preservar su unidad. La Fuerza Militar participa entonces en la ejecución de funciones de responsabilidad del Estado.

Como instrumento del Estado, la Fuerza Militar tiene entonces un rol interno y uno externo. Los análisis tradicionales enfatizan el rol externo y dentro de éste sobre todo en las funciones que esta fuerza cumple en la guerra. De las diferentes aproximaciones en cuanto al rol que cumple la Fuerza Militar en el ámbito externo existe consenso que las más importantes son las siguientes: la defensa contra cualquier tipo de agresión; la disuasión contra diferentes tipos de amenazas; la presión como un medio para respaldar las negociaciones de cualquier tipo y la de una estructura que respalda la acción de otros campos.

Por otra parte, las necesidades internas de la sociedad a la cual sirven hacen imprescindible su presencia en situaciones de normalidad, como estructura protectora del desarrollo, y en situaciones de crisis interna. (12)

La Misión de las Fuerzas Militares es Defender la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y la vigencia del orden constitucional, tendientes a contribuir a la seguridad de la población y sus recursos, así como el cumplimiento de las funciones del estado y los deberes de los particulares.

Los principios o verdades inmutables que la acompañan, está fundada en el respeto y acatamiento a la constitución y a la ley, a la ética en todas las actuaciones, al respeto por las personas, al compromiso con la nación y a la competencia profesional. (13)

Las Fuerzas Militares son parte integrante de la sociedad, son parte del cuerpo del Estado y el Estado somos todos. Ellas permiten garantizar el imperio de la ley y el orden, sin las cuales es imposible construir una sociedad; además, portan las armas legítimas de la República. El apoyo de la Sociedad entera a sus legítimas Fuerzas no es una concesión, es un deber. El factor del orden es quizá, el factor esencial en una sociedad. El orden es la base de la libertad, no se puede concebir la una sin el otro, porque la libertad es consecuencia del orden.

El papel fundamental de los militares es garantizar el orden y respaldar la ley, están para mantener el elemento fundamental de la supervivencia de la democracia que es el imperio de la ley, porque una democracia no puede vivir sino en la medida en que sus leyes sean muy fuertes. La democracia, que es institucional requiere como elemento fundamental el imperio de la ley (14).

Los Militares tienen que ser parte del cuerpo social desde luego y tienen una profesión, unos conocimientos y unos sistemas operativos distintos.

### **1. Las Fuerzas Militares Colombianas**

La Misión de las Fuerzas Militares es Defender la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y la vigencia del orden constitucional, tendientes a contribuir a la seguridad de la población y sus recursos, así como el cumplimiento de las funciones del estado y los deberes de los particulares.

Los principios o verdades inmutables que la acompañan, está fundada en el respeto y acatamiento a la constitución y a la ley, a la ética en todas las actuaciones, al respeto por las personas, al compromiso con la nación y a la competencia profesional. (13)

La misión establecida por la carta constitucional de la república, demanda del instrumento militar la defensa del Estado y sus instituciones legítimas para asegurar la realización de los

fin del Estado, en cuanto al orden interno, y defender la independencia y la honra de la nación, su soberanía, la integridad de su territorio, mares, espacio aéreo y órbita geoestacionaria.

Dentro del carácter dual de esta misión general, el conflicto interno y las amenazas que de este se desprenden para la supervivencia misma del Estado, adquieren máxima prioridad, sin que por ello pueda dejarse de lado la consideración de posibles amenazas externas, pese a la tradición jurídica de Colombia en lo que hace al respecto el derecho internacional y adhesión a los principios de solución pacífica de diferendos y conflictos. (12)

## **2. La Salud en la Organización militar**

En el caso de la estructura castrense y propiamente de las ciencias militares, los Ejércitos han concebido a la salud como un elemento integrante de la logística militar conocida como Sanidad, que se sale de los moldes de la salud pública en razón de los bemoles operacionales, tácticos y estratégicos.

La Sanidad en el ámbito militar por su parte, tiene como responsabilidad la de disponer de un estado óptimo físico, psíquico y de salud de los efectivos para facilitar el cumplimiento de la misión.

La doctrina de las ciencias castrenses no obstante, concibe en su estructura a la sanidad como un elemento estructural de la logística militar como elemento del apoyo de servicios para el combate y como tal forma parte de los servicios técnicos logísticos y de apoyo operacional y es también fundamental para la asistencia a los efectivos en Guarnición.

En el caso de las Fuerzas de Tierra, Mar y Aire, las políticas de salubridad deben estar dirigidas a una acción consciente para afianzar y optimizar el manejo de los recursos, teniendo como compromiso la ejecución de prioridades, un enfoque de salud en guarnición y de salud operacional, con la redefinición de los niveles de complejidad, el

fortalecimiento de los centros, gradientes o establecimientos de atención, el desarrollo del sistema de referencia y de contrarreferencias con una concepción logística y la reestructuración del sistema de salubridad, para el adecuado funcionamiento de los establecimientos de sanidad militar.

El modelo organizacional y la provisión de los servicios de salud para los Ejércitos, desde sus condiciones prefijadas forman parte del bienestar y afectan la moral y su desempeño misional; el plan de salud para los combatientes tiene un impacto en la seguridad laboral y anímica en los hombres de las armas como usuarios, máxime cuando sus afiliados reciben apoyo y asistencia en los puestos atrasados y sus beneficiarios deben estar asistidos y gozar de salud.

No hay que desconocer que la enfermedad y la situación de salud de la población pueden afectar el estamento militar en cualquier momento, las causas de morbilidad, de mortalidad y la epidemiología regional pueden comprometer y hacer estragos en algún punto del territorio operacionalmente.

Los cuerpos especiales y los facultativos que regentan y atienden la salud en el ámbito castrense en variadas circunstancias pueden ser incorporados y comprometidos para apoyar situaciones de calamidad, siniestros, emergencia y desastres nacionales, por lo que deben participar mas activamente e interactuar con los comités de otras entidades que atienden catástrofes.

La asistencia en salubridad de los militares está concebido bajo el principio universal de “Salux Prima Lex” y los establecimientos de sanidad desde las Enfermerías y los Dispensarios pasando por los Hospitales Locales de base naval ó aérea hasta los Hospitales Regionales, siguiendo con los Hospitales Generales o Centrales de Fuerza de tercer nivel, hasta los Hospitales Militares de cuarto nivel –Nivel IV- de alta complejidad son guarniciones militares.



### 3. La Logística militar

La Logística militar, comprende el planeamiento, la Organización, sistemas y procedimientos para el empleo de personal, equipo, material e instalaciones que se requieren en una Fuerza Militar, para asegurar su funcionamiento y para la ejecución de sus planes operacionales.

Los principios de la logística militar comprenden: La Sensibilidad, Supervivencia, Sostenibilidad, Disponibilidad, Economía, Flexibilidad y Simplicidad.

La logística militar tiene responsabilidades y campos de acción en tiempos de Paz y en tiempos de Guerra, forma parte de los componentes de poder y en ellos tiene una misión particular, donde participa de los esfuerzos político, económico y psicosocial.

El ciclo logístico operativo comprende unas etapas, como son: Determinación de Necesidades, Adquisición y Administración. La administración comprende: Recepción, Almacenamiento, Transporte, Suministro de los elementos y el material.

El planeamiento logístico involucra el desarrollo de un proceso metódico, para la prevención y la resolución de los apoyos de servicios frente a los problemas tácticos y estratégicos, de donde se derivan unas líneas de acción.

El proceso de la Logística integra al concepto estratégico nacional los planes de Guerra y de Campaña, con un anexo logístico, para el desarrollo del ciclo logístico.

La logística militar en el caso del Ejército está conformada por los servicios técnicos de Armamento, Intendencia, Transportes y Sanidad. La Sanidad como vemos constituye la cuarta especialidad de la Logística Militar.

Las fuentes de obtención depende de los recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales, fundamentos logísticos para el apoyo Operacional y para el funcionamiento de

las unidades militares en guarnición. Las funciones logísticas integran los abastecimientos, el mantenimiento, la posibilidad de transporte, las construcciones, la Sanidad y los asuntos civiles y de personal (15).

La doctrina de las ciencias castrenses no obstante, concibe en su estructura a la sanidad como un elemento estructural de la logística militar como elemento del apoyo de servicios para el combate y como tal forma parte de los servicios técnicos logísticos y de apoyo operacional y es también fundamental para la asistencia a los efectivos en Guarnición.

#### **4. La Sanidad en los Ejércitos**

En el caso de las Fuerzas de Tierra, Mar y Aire, las políticas de salubridad deben estar dirigidas a una acción consciente para afianzar y optimizar el manejo de los recursos, teniendo como compromiso la ejecución de prioridades, un enfoque de salud en guarnición y de salud operacional, con la redefinición de los niveles de complejidad, el fortalecimiento de los centros, gradientes o establecimientos de atención, el desarrollo del sistema de referencia y de contrarreferencias con una concepción logística, la reestructuración del sistema de salubridad,

El modelo organizacional y la provisión de los servicios de salud para los Ejércitos, desde sus condiciones prefijadas forman parte del bienestar y afectan la moral, el plan de salud para los combatientes tiene un impacto en la seguridad laboral y anímica en los hombres de las armas como usuarios, máxime cuando sus afiliados reciben apoyo y en los puestos retrasados sus beneficiarios están asistidos y gozan de salud.

La Salud de las Fuerzas Militares de los Estados es diferente a los moldes de la salud pública. Es parte vital para la asistencia de los hombres de las armas, en la búsqueda del más óptimo estado de los efectivos para el cumplimiento de la misión y para atender a los combatientes en el teatro de las operaciones.

La atención sanitaria a los combatientes y a sus dependientes en guarnición, permite mantener en óptimas condiciones a los efectivos, coadyuva al bienestar y preserva la moral en las tropas. La salud militar en los cuarteles no podría dejarse en manos de personal ajeno, empresas privadas o promotoras de salud.

La asistencia en salud al personal destacado en Operaciones militares, es definitiva para el logro del cumplimiento de la misión. La milicia es una profesión de alto riesgo, sus integrantes pueden enfermar y sus patologías no pueden encomendarse a particulares en cuanto a accidentes de riesgos profesionales ni tampoco la atención en las guarniciones (16).

## IV. LA SANIDAD MILITAR EN COLOMBIA

### 1. Evolución Histórica

La sanidad en las Fuerzas Militares se remonta a la época de la conquista y al comienzo mismo de la República, durante un buen lapso del siglo XX los diferentes ordenamientos legales referidos a la sanidad en el componente Armado estaban relacionados con la creación u organización de dependencias en el Ministerio de Guerra (17).

Hace mas de Setenta y cinco años se inició el proceso de conformar todo un sistema de salubridad para las Fuerzas Militares de la nación. La primera en integrar a la Sanidad Militar como dependencia fue el Ejército hacia 1.917, la cual empezó a funcionar integralmente hacia 1.928.

Siempre se pensó en una Organización sanitaria para la atención en salud de los activos en el Ejército y se propuso desde sus inicios, la necesidad de disponer de Hospitales propios del Ejército de tierra para asistir a los miembros de la Fuerza.

Inicialmente se situó un Hospital militar local hacia 1.933 ubicado en Venecia (Caquetá) a orillas del Río Orteguaza, durante el conflicto Colombo-Peruano. Posteriormente en 1.936 en los terrenos donde actualmente funciona la Escuela de Logística del Ejército enclavado en el Barrio San Cristóbal Sur, por cerca de tres décadas allí se manejaron las enfermedades y se brindó el cuidado de los enfermos que habían sido combatientes.

Con la construcción de la actual sede del Hospital Militar Central inicialmente concebido para el Ejército, se permitió el traslado del antiguo hospital, para disponer de un Centro con una edificación mas moderna, que de paso extendió el servicio a las demás Fuerzas. La obra representaba el comienzo de la organización de un modelo asistencial cimentado para la estructura de salubridad del aparato militar.

La organización de los hospitales militar sus orígenes se remontan al año 1937. La visionaria idea hace mas de cincuenta años de quien impulsó la construcción de un Hospital de nivel IV de complejidad para la atención de los miembros de las Fuerzas Militares y sus familias y como centro de referencia nacional y la cima de la organización de salubridad militar fue una formidable expresión del ingenio de su gestor. Esa obra tan interesante se convirtió en la base del modelo asistencial y técnico para el estamento castrense.

En 1958 se descentraliza la Sanidad Militar creando las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas dependientes del Comando respectivo. Aunque siempre se insistió que se requería de un eje técnico centralizado, que fijara las pautas y estableciera políticas sanitarias, de acuerdo con la medicina militar de los ejércitos.

En la década del setenta se activó el concepto de Hospitales regionales y en la del Ochenta se intentó aplicar el esquema de sistema de referencias y contrarreferencias en el Ejército, con el propósito de agilizar los procesos asistenciales en Salud.

Luego se dio el ingreso regular de médicos y de las profesiones paramédicas a la carrera militar, con el propósito de disponer de un recurso humano con investidura del cual no se contaba, integrado por las diferentes disciplinas de las Ciencias de la Salud, y que se ha regularizado últimamente con los procesos de incorporación anual.

Hace mas de dos décadas existe una Facultad de Medicina (Escuela militar de medicina y ciencias de la salud) bajo la administración de la Universidad Militar y una Escuela de Auxiliares de Enfermería dependiente del HOMIC, para ir subsanando vacíos en la capacitación del potencial humano de la salud de la fuerza pública, en la actualidad insuficiente y con alta tasa de retiros de la institución anualmente.

La Universidad Militar que indudablemente tiene como filosofía primaria y objetivo principal la formación del recurso humano que necesitan las Fuerzas Militares, con sus

diferentes facultades ha prodigado y ha contribuido innegablemente a la mejor capacitación de los hombres de las armas.

En los últimos 50 años del siglo pasado se dieron en la salud pública estatal transformaciones, que convirtió al Ministerio de Salud en de protección social. En este decurso de tiempo con los cambios en la seguridad social Colombiana, también se han promulgado Decretos y Leyes para el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía, que merecen su análisis por un equipo logístico y de salud militar experimentado, para proponer particularmente en la sanidad militar en la actualidad una revisión técnica y jurídica, puesto que las reformas realizadas han sido insuficientes y no colman las exigencias técnicas, la mecánica logística castrense, ni las expectativas de la Oficialidad que labora en sanidad.

En el pasado reciente, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares fue expresamente excluido del Sistema Nacional de Salud creado por la Ley 10 de 1990, y posteriormente del Sistema Integral de Seguridad Social creado por la Ley 100 de 1993.

A través del Decreto 1301 de 1994, se reorganizó el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, creándose el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares (I.S.F.M.) como establecimiento público del orden nacional con autonomía administrativa y patrimonio propio, absorbiendo el Hospital Militar Central el cual pasó a ser una Unidad Prestadora de Servicios. El I.S.F.M. como entidad tuvo una vida efímera (18).

Mediante la Ley 352 de 1997 se derogó el Decreto 1301/94 y se ordenó la supresión y liquidación del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares dándose paso al manejo por las Direcciones Generales de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Con la expedición del decreto 1301 de 1994, el Hospital Militar Central se había constituido en un establecimiento de sanidad militar dependiente de un límite de potestad técnica en salud como lo fue el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, el cual le

suministraba la totalidad de los recursos para su funcionamiento pero, la ley posterior lo amputó jurídicamente la punta de la pirámide de salud militar (HOMIC) del restante sistema como Instituto descentralizado sin depender de la Dirección General de la Sanidad Militar y de la línea natural del mando militar.

## **2. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares**

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares fue expresamente excluido del Sistema Nacional de Salud creado por la Ley 10 de 1990, y posteriormente del Sistema Integral de Seguridad Social creado por la Ley 100 de 1993.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, actualmente vigente, entra en operación a partir del el primero de enero de 1998, con un objetivo claramente definido como es: la de **“... prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales”**.

La Dirección General de Sanidad Militar fue creada como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, y tiene por objeto administrar los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares e implementar las políticas, planes y programas que adopte el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y el Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

La MISIÓN de la Dirección General de Sanidad Militar está concebida: Prestar los servicios de salud inherentes a las operaciones militares y brindar un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación al personal afiliado y beneficiario del subsistema de salud de las FFMM.

Las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas creadas por normas internas de las mismas Fuerzas Militares, ejercen bajo la orientación y control de la Dirección General de Sanidad Militar las funciones asignadas a ésta en relación con cada una de sus respectivas Fuerzas.

El Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea son las encargadas de prestar los servicios de salud en todos los niveles de atención a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través de las unidades propias de cada una de las Fuerzas o mediante la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales habilitados, de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos establecidos por el CSSMP.

En los establecimientos de sanidad militar se presta el servicio de salud asistencial a todos los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares contemplados en los artículos 19 y 20 de la citada Ley, en los términos y condiciones que determina el Comité de Salud de las Fuerzas Militares.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares cuenta con una Dirección General de Sanidad Militar, la cual fue creada como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, de la que es orgánica con un organigrama funcional.

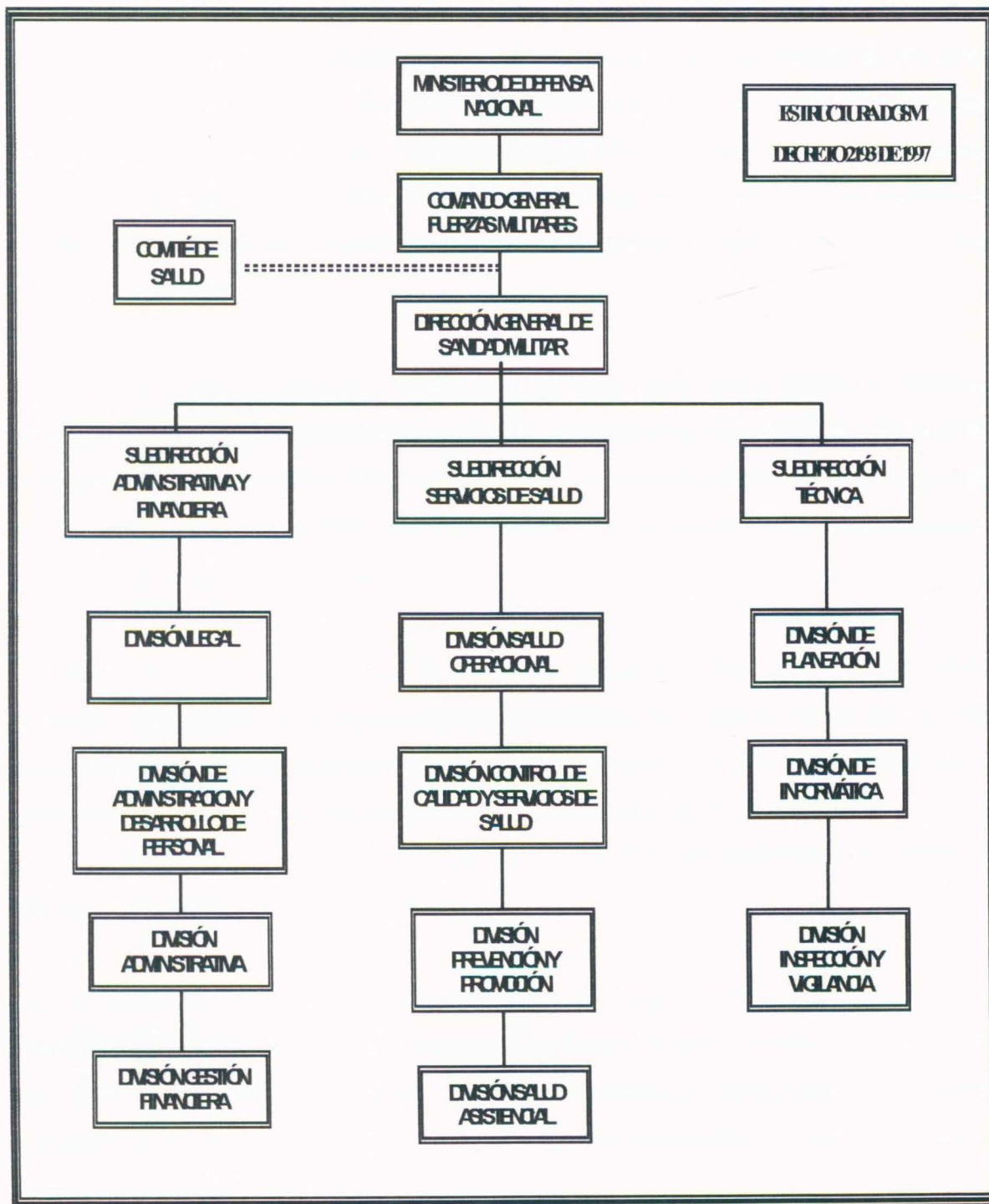
#### **Objetivo General D.G.S.M.**

Desarrollar la salud operacional y fortalecer los servicios de salud integral de las fuerzas militares para mejorar la calidad de vida de los usuarios del subsistema (18).

La **Visión** : El Subsistema de Salud FFMM, será en tiempos de paz o de guerra un modelo en la prestación de servicios de salud bajo los principios de economía, calidad, eficiencia, universalidad, solidaridad, protección integral y equidad, con el fin de elevar la calidad de vida de sus afiliados y beneficiarios (19).



# ORGANIGRAMA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR



### 3. PIRÁMIDE DE SALUD MILITAR

La pirámide de salud militar es un modelo de salud que se centra en el soldado y su familia, y que busca proporcionar un enfoque integral de la salud y el bienestar. Este modelo se basa en tres pilares principales: la salud física, la salud mental y la salud social. La salud física se refiere a la capacidad del soldado para realizar sus deberes militares de manera efectiva y segura. La salud mental se refiere a la capacidad del soldado para manejar el estrés, la ansiedad y otros desafíos psicológicos que pueden surgir durante su servicio. La salud social se refiere a la capacidad del soldado para mantener relaciones saludables con su familia y la comunidad.

La pirámide de salud militar se divide en tres niveles. El nivel superior de la pirámide se centra en la salud física y mental, y se refiere a la capacidad del soldado para realizar sus deberes militares de manera efectiva y segura. El nivel medio de la pirámide se centra en la salud social, y se refiere a la capacidad del soldado para mantener relaciones saludables con su familia y la comunidad. El nivel inferior de la pirámide se centra en la salud básica, y se refiere a la capacidad del soldado para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda y seguridad.

La pirámide de salud militar es un modelo de salud que se centra en el soldado y su familia, y que busca proporcionar un enfoque integral de la salud y el bienestar. Este modelo se basa en tres pilares principales: la salud física, la salud mental y la salud social. La salud física se refiere a la capacidad del soldado para realizar sus deberes militares de manera efectiva y segura. La salud mental se refiere a la capacidad del soldado para manejar el estrés, la ansiedad y otros desafíos psicológicos que pueden surgir durante su servicio. La salud social se refiere a la capacidad del soldado para mantener relaciones saludables con su familia y la comunidad.

La pirámide de salud militar se divide en tres niveles. El nivel superior de la pirámide se centra en la salud física y mental, y se refiere a la capacidad del soldado para realizar sus deberes militares de manera efectiva y segura. El nivel medio de la pirámide se centra en la salud social, y se refiere a la capacidad del soldado para mantener relaciones saludables con su familia y la comunidad. El nivel inferior de la pirámide se centra en la salud básica, y se refiere a la capacidad del soldado para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda y seguridad.

La pirámide de salud militar es un modelo de salud que se centra en el soldado y su familia, y que busca proporcionar un enfoque integral de la salud y el bienestar. Este modelo se basa en tres pilares principales: la salud física, la salud mental y la salud social. La salud física se refiere a la capacidad del soldado para realizar sus deberes militares de manera efectiva y segura. La salud mental se refiere a la capacidad del soldado para manejar el estrés, la ansiedad y otros desafíos psicológicos que pueden surgir durante su servicio. La salud social se refiere a la capacidad del soldado para mantener relaciones saludables con su familia y la comunidad.

#### **4. Niveles de Complejidad para la Atención en Salud Militar**

Toda Organización sanitaria debe disponer para la asistencia en salubridad de sus miembros o asociados de una red de establecimientos o unidades prestadoras de salud, conocidos en el lenguaje de la salud pública como Centros Asistenciales, que pueden ser Puestos ó Centros de Salud u Hospitales, los cuales deben estar dispuestos locativa y geográficamente y dotados tecnológicamente, para permitir que se brinde a los pacientes una atención oportuna y humanizada.

Esta conformación agrupada de acuerdo con diversos elementos y recursos técnicos como **Niveles de Complejidad distribuidos en cuatro escalones**, debe facilitar a los usuarios de un sistema de salud, el poder tener acceso a las diversas fases de la atención en salud como son la prevención, el fomento y la promoción de la misma, la asistencia (consulta y procedimientos) y la Rehabilitación.

El manejo de la composición de la pirámide de salud militar, dispone de peldaños o escalones por cuanto para que la estructura del sistema funcione como tal, es necesario tener unos centros de atención en forma de niveles o gradientes de complejidad para poder contar con una red de establecimientos asistenciales que permita la atención en salud, que genere satisfacción en el paciente y que se cuente con una organización versátil para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Una pirámide de salud está constituida por una base ancha y una cúspide superior, articulada en sentido ascendente, con unos escalones llamados niveles de complejidad que van de I a IV, donde se reúnen unos establecimientos asistenciales o gradientes de complejidad, con diversos tipos de actividades finales, intermedias y administrativas.

Los centros de atención en salud pueden ir desde puestos de salud hasta los hospitales universitarios o de gran complejidad y cada uno está clasificado (20) y definido mediante

unos parámetros llamadas capacidades ó actividades finales, intermedias y administrativas, las que deben obedecer a un estudio técnico (21).

En ese contexto revisaremos la organización u funcionamiento de los Hospitales militares tipo IV (Universitarios), principales de Fuerza Nivel III (llamados Hospitales Generales en el sector público), los Hospitales Regionales militares Nivel II y los establecimientos de atención básica o primer nivel de sanidad militar, compuesto fundamentalmente por los Hospitales Locales, Dispensarios, Enfermerías y Consultorios Satélites.

Para la infraestructura sanitaria militar la falta de diseño de construcciones hospitalarias tipo y la inexistencia de médicos planificadores y una sección de planeación, que hayan surgido de un comité de profesionales uniformados expertos en administración de servicios de sanidad militar, con la participación de Ingenieros Sanitarios militares, de Ingenieros Civiles y arquitectos militares con formación en construcciones hospitalarias en las Direcciones técnicas de Sanidad ha sido la causa del atraso y evolución de los centros de salud militar.

El primer peldaño de la Salud estatal, primer nivel o Nivel I, de atención básica estaba conformado por los puestos y los Centros de Salud tipo A y B, los Hospitales Locales, que en el caso del Ejército está constituido por los Dispensarios, Enfermerías de U.T. y los consultorios satélites.

El segundo nivel ó nivel II de la estructura estatal lo constituían los Hospitales Regionales, que con unas variantes puede ser aplicado a la Fuerza y que es una sentida necesidad para la descentralización de la atención en salubridad institucional.

Entre estos dos niveles anteriores existen las Unidades Intermedias medicoquirúrgicas, las cuales tienen elementos de primer nivel con algunas capacidades ó posibilidades del nivel secundario, que para la fuerza pueden acondicionarse en los fuertes militares de entrenamiento y en ciudades capitales con cantones militares.

Debe señalarse que ciertas sedes de Brigada principalmente deben disponer de Hospitales Regionales Militares fundamentalmente de acuerdo con su territorio o la región colombiana a asistir, tanto así como en ciudades sedes de los Comandos Divisionarios.

El tercer nivel ó Nivel III está definido por los Hospitales Generales del Estado, que en el caso del Sector de la Defensa Nacional estaría representado por los Hospitales principales o Generales de Fuerza, como lo tienen los miembros de la Institución Naval y la Policía e inexistente en el Ejército, siendo esta última la Fuerza Militar histórica y numéricamente mas grande del país.

El cuarto nivel ó Nivel de atención en el ámbito estatal lo conforman los Hospitales Universitarios, corresponde en la salud militar al Hospital Militar central.

En cuanto al hospital de referencia de IV nivel de complejidad en salud militar HOMIC figura como tal pero, pero como ya se dijo anteriormente en otra parte, en su marco legal lo alejaron de la pirámide de salud militar para que funcionara como instituto descentralizado, logro que se había introducido en el Decreto 1401/94.

Con la reforma subsiguiente se insinuó y se consideró por ciertos intereses que se manejaron en su momento en devolverlo a Instituto descentralizado del Ministerio de Defensa, desconociéndose que la Ley 100/93, determinó que los Hospitales estatales incluidos los Universitarios se convirtieran en Empresas Sociales del Estado y que olvidándose que como centro asistencial fue construido por los militares para la atención de los militares.

Los Hospitales de tercer y cuarto nivel de la Salud pública están hoy convertidos en Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), desde la Ley marco de la seguridad social, hace una cerca de una década.

## **5. Efectos de la reforma a la Seguridad Social Colombiana sobre la salud militar.**

A la par de la salud pública estatal, las Fuerzas Militares - Instituciones fundamentales para la Defensa nacional- vieron replanteado su modelo de salud -con posterioridad a la ley marco de la seguridad social-, sin un estudio concienzudo, generando profundo malestar y afectando las actividades asistenciales, por lo cual merece un análisis y una reevaluación.

Las particularidades de la estructura militar y del aparato logístico se ha señalado, exigen un planteamiento, una pirámide y una dinámica tan especiales, que se salen de los moldes de la salud pública.

La aprobación de la Ley 100/93 que reformó la seguridad social en Colombia en los aspectos de salud y pensionales, señaló en su momento un artículo transitorio sobre un régimen especial de sistema de salubridad por las particularidades logísticas del aparato militar.

Al firmarse la ley el estamento militar quedaba excluido del esquema aplicado de seguridad social según el Artículo 279 y se diseñaría un modelo especial de salud teniendo en cuenta los principios de la logística militar y de la sanidad de las Fuerzas Armadas de una Nación.

Si bien es cierto, que en el articulado reglamentario se excluía de dicha jurisdicción al personal uniformado, casi toda la normatividad y reglamentación civil se la han aplicado a la organización militar, realizada por “asesores” que desconocen aspectos tanto tácticos y estratégicos como operacionales, de la logística militar y del funcionamiento de la estructura castrense.

Dentro de los principios organizacionales de las ciencias militares y acorde con los requerimientos estratégicos está el modelo sanitario. La descentralización en la salud cabe en su noción territorial y la aplicación de un modelo con una pirámide de salud con niveles de complejidad y de establecimientos asistenciales y/o gradientes tipo por regiones, es

decir, con centros asistenciales de sanidad militar de capacidad diferente, para permitir la atención de los usuarios y para facilitar el sistema de referencias y de contrarreferencias.

Se ha dicho que la distribución territorial, la reestructuración funcional del subsistema de salud castrenses, la reorganización y División de la Sanidad, los organismos de control y las formas de captación y de asignación de los recursos deben revisarse, con mecanismos de representación de los militares y la participación activa de los Oficiales de Sanidad entrenados logísticamente, con capacitación en las ciencias administrativas de la Salud y en Administración de servicios de sanidad militar.

Para el cumplimiento de las actividades de salud la logística militar, debe disponerse de una infraestructura adecuada para que se disminuyan los riesgos de enfermar, de exposición a las principales causas de morbilidad y mortalidad, con la posibilidad del acceso de la comunidad usuaria a los servicios de una manera racional, con metas de atención oportuna y eficiente de los problemas derivados de la enfermedad, teniendo en cuenta la patología propia, las causas desencadenantes y la garantía de la calidad asistencial.

Es indudable que la Sanidad en las Fuerzas Armadas de una Nación tiene un papel preponderante, por cuanto su misión es propia y ninguna otra entidad se las puede prestar, a mas que su papel es invulnerable por razones de seguridad del Estado.

Cuando se desconoce a las Ciencias militares, fácilmente se puede inducir a pensar que su organización se puede manejar como se concibe en la actualidad a la Salud Pública pero, por razones de orden estratégico, táctico y de Defensa, no se la puede contextualizar dentro de la seguridad social usual.

**Como ente regulador el Estado y los responsables del gobierno deben entender que las Fuerzas Militares de una Nación son una Empresa tan Sui géneris, que debe tener un esquema estructural de salubridad muy diferente para facilitar el cumplimiento de su**

**misión, del que no escapa la sanidad como elemento funcional de la Logística y que debe disponer una Organización tan particular.**

Además, en caso de catástrofes, desastres naturales y eventos adversos de conmoción interior, puede entrar a asistir a las víctimas, evacuar, movilizar enfermos y hasta atender a pacientes, por principios de seguridad nacional.

La percepción debe ser que el estamento militar presente a las instancias gubernamentales, su propio esquema de salubridad debidamente estudiado, teniendo en cuenta que por los solos bemoles operacionales, su estructura de salud es muy especial, toda vez que la sanidad pertenece a la Logística Militar en el ámbito castrense.

Si no se imponen decisiones trascendentales y oportunas puede que la atención en salud y el sistema de sanidad de las FFMM colapse, así como ha ocurrido en varias entidades del Estado en el pasado reciente. La sanidad militar vive un momento en que parecería no hay un norte, debiendo proyectarse desde el punto de vista de Salud máxime que corre serios peligros la estabilidad de su subsistema de salubridad.

La Salud pública fue re-encaminada desde hace una década por la ley marco de la seguridad social, pero, por las características propias de la organización militar no deben ser aplicadas al esquema castrense, en atención a que la sanidad es el cuarto elemento de la Logística Militar y lleva implícita razones de índole operacional.

La Organización actual del Sistema de Salud Militar no permite la integración funcional y de sus recursos, ya que desde el Decreto 1301/94, pasando por la Ley 352/97, hasta el Decreto 1795/00 han reflejado fallas organizacionales que afectan la mecánica asistencial porque desde la cúspide de la pirámide de salud hasta la base están desarticulados y la forma actual no permite concurrir armónicamente para la prestación de lo servicios de salud (22).



## V. SITUACIÓN DE SALUD MILITAR

### 1. Aspectos Poblacionales

La población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares está compuesta por el personal militar y civil activo, militar en uso de buen retiro y civiles pensionados que constituyen los cotizantes y sus dependientes que son beneficiarios.

Esta población en el periodo 2000-2003 se incrementó en un 40.93% al pasar de 423.306 a 582.776 usuarios, con un crecimiento promedio del 10.25%. Su mayor variación se produce en el año 2001 con un incremento de la población del 25.22% por la incorporación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de 65.000 soldados profesionales y su grupo familiar.

Para el año 2006 se estima una población de 701.209 usuarios, calculándose una variación porcentual acumulada del 54.10%.

El crecimiento proyectado de los cotizantes se estima en un 42.08% al pasar de 231.890 en el año 2000 a 347.293 el 2.006, a una tasa de crecimiento promedio del 7.01% anual; mientras que en el mismo período los beneficiarios se incrementarán en un 72.76% al pasar de 191.416 a 353.916, con un crecimiento promedio anual es del 14.15%.

### 2. Composición de los Usuarios

- Usuarios del Ejercito
- Usuarios de la Armada
- Usuarios de la Fuerza Aérea
- Usuarios del HOMIC
- Civiles Pensionados Min-Defensa
- Civiles Pensionados HOMIC

## TABLA DE USUARIOS

-Estimada-

USUARIOS DEL SUBSISTEMA	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>TOTAL AFILIADOS COTIZANTES</b>	123.251	134.679	149.536	149.536	169.631	174.925
<b>SOLDADOS Y ALUMNOS</b>	102.843	97.211	86.084	96.084	92.579	110.857
<b>SUBTOTAL AFILIADOS</b>	226.094	231.890	235.620	245.620	262.210	285.782
<b>SUBTOTAL BENEFICIARIOS</b>	175.367	191.416	294.429	294.429	320.566	331.472
<b>TOTAL</b>	401.461	423.306	530.049	540.049	582.776	617.254
<b>PORCENTAJE ANUAL</b>			25,22%	1,89%	7,91%	5,92%
<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>			25,22%	27,10%	35,01%	40,93%
<b>PORCENTAJE DE AFILIADOS</b>			1,61%	4,24%	6,75%	8,99%
<b>PORCENTAJE ACUMULADO DE AFILIADOS</b>			1,61%	5,85%	12,61%	21,60%
<b>PORCENTAJE DE BENEFICIARIOS</b>			53,82%	0,00%	8,88%	3,40%
<b>PORCENTAJE ACUMULADO DE BENEFICIARIOS</b>			53,82%	53,82%	62,69%	66,10%
<b>RELACIÓN BENEFICIARIO / AFILIADO</b>	1,423	1,421	1,969	1,969	1,890	1,895

La población de usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares ha aumentado desde el año 1999 hasta el 2003 en un 32%.

### 3. Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional para el año 2003 muestra como grupo mayoritario el de hombres entre los 16 y 30 años de edad, 213.784 que corresponden al 30.2% del total de la población, seguido por las mujeres entre los 31 y 45 años de edad, 80.932 que corresponde a un 11.4% del total de la población.

Este hallazgo es consecuente con la población de soldados incorporados, alumnos de las Escuelas de formación y el personal civil activo, lo cual permite suponer que contamos con una población joven predominantemente, sana, seleccionada para el cumplimiento de su misión o trabajo pero de alto riesgo.

Proporcionalmente la población de ambos sexos **menores de 15 años** corresponden al **17.11%**. De **16 a 30 años** la población de ambos sexos corresponde al **41.42%** del total. De **31 a 45 años** la población de ambos sexos corresponde al **19.8%** del total. De **46 a 60 años** la población de ambos sexos corresponde al **13.2%** del total. La población **mayor de 60 años** de ambos sexos corresponde al **7.57%**.

### 4. Distribución de la población de acuerdo al tipo de vinculación al subsistema de salud de las fuerzas militares:

La distribución de los afiliados por Fuerzas es la siguiente: El mayor volumen de usuarios pertenece al grupo de beneficiarios del Ejército 39.14%, seguidos de los Militares activos el 24.78% y en tercer lugar los retirados y pensionados 7.14% todos pertenecientes al Ejército Nacional.

En orden descendente se hallan los beneficiarios de la Fuerza Aérea Colombiana 4.1% retirados y pensionados ARC 3.17%, FAC el 2.83%, y personal militar de la Armada

Nacional 2.54%, siendo el grupo minoritario el del personal de alumnos de las escuelas de formación y el personal civil al servicio de las tres Fuerzas, no se cuenta con datos estadísticos de la población de usuarios del Hospital Militar de los cuales hay aproximadamente 2.500 activos civiles y 4.000 entre pensionados y beneficiarios del Hospital.

## **5. Características de la Población Militar**

Es importante ahondar un poco mas en las características de la población o de la comunidad militar, en especial de los beneficiarios del personal militar activo, la familia quienes generalmente viven en las Unidades militares, organizados en barrios y comunidades cerradas, se cuenta en algunas de ellas con colegios, jardines infantiles y hasta guarderías dentro de las mismas así como supermercados, lo cual las convierte en ciudadelas con acueductos, alcantarillados y sistema de disposición de basuras propias, lo cual como se verá más adelante puede ser un factor de riesgo o protector para la salud.

Así mismo el personal de tropa, soldados y alumnos conviven en ocasiones en condiciones de hacinamiento un mismo alojamiento, baño y comedor.

El resto de la población de retirados, pensionados y sus beneficiarios, viven dispersos en los municipios pero deben acudir a los Establecimientos de Sanidad Militar ubicados dentro de las Unidades Militares con pocas excepciones, lo cual limita su fácil acceso, especialmente en situaciones de emergencia.

### **5.1 Natalidad**

La mayor volumen partos es reportado por el Hospital Militar Central como centro de referencia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Los resultados mencionados

además de mostrar una tasa de nacimientos mayor para el Ejército seguido de la Fuerza Aérea y en último lugar para la Armada Nacional.

## **5.2 Migraciones**

Las migraciones son un factor común en las Fuerzas Militares, ocasionadas por las operaciones en especial del Ejército Nacional y de la Armada, situación que los hace vulnerables, debido a la exposición a diferentes condiciones climáticas, y riesgos por penetrar en zonas endémicas para Malaria, Dengue, Leishmania, y Fiebre Amarilla, en medios diferentes a su hábitat.

Este grupo poblacional está integrado por el personal militar de las Fuerzas Especiales, Brigadas móviles y Batallones de Contraguerrillas para el Ejército y las Unidades de Infantería de Marina para la Armada Nacional.

La totalidad de la población militar en ejército corresponde a 140.443 personas, las unidades con mayor índice de migración (Batallones de contraguerrillas, Fuerzas especiales, Brigadas móviles y Batallones contra el narcotráfico) están integradas por 25.471 personas (oficiales, suboficiales y soldados) lo cual equivale al 18.14% de la población objeto, por lo tanto, en esa proporción está expuesta a factores de riesgo biológicos y medioambiental, de difícil control pero alto riesgo de enfermar.

El segundo lugar se halla el traslado de personal militar y sus familias como parte de las políticas institucionales y en tercer lugar las comisiones de servicio al exterior, para capacitación y las agregadurías militares, lo cual expone a la población a otros riesgos no comunes en nuestro medio (18).

## **VI. DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS EN LA SALUD MILITAR**

### **1. INFRAESTRUCTURA**

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, dispone para la prestación de servicios asistenciales de 114 ESM de primer Nivel, 5 de segundo nivel y 1 de tercer nivel, el Hospital Naval de Cartagena.

Los ESM distribuidos a lo largo y ancho del país, conforman una Red Interna de servicios, apoyada por recursos contratados, externos en las principales ciudades del país, con un centro de referencia de tercero y cuarto nivel que es el Hospital Militar Central. (Ver anexo 3)

### **2. CAPACIDAD INSTALADA EN SALUD F.F.M.M.**

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares cuenta para la prestación de los servicios con un total de 427 consultorios médicos, 277 consultorios odontológicos, 42 salas de cirugía, 17 salas de parto, 15 laboratorios de imágenes diagnósticas, 94 laboratorios clínicos y 1.906 camas, distribuidas por Fuerzas.

### **3. RECURSOS HUMANOS**

La planta de personal la integran 4.045 personas que prestan servicios al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en el área administrativa y asistencial; 1.476 representan el 36% corresponde a personal militar y de este 366 que representan el 24% son enfermeros de combate y cumplen funciones en el área de operaciones, el 32% es personal de planta de salud, el 9% es personal rural, el 19% es personal a contrato y el 4% personal civil de la planta de la Fuerza que se encuentra en comisión en el Subsistema.

#### **4. EQUIPO MEDICO Y TECNOLOGÍA**

La dotación principal para los consultorios médicos y odontológicos, áreas de procedimientos, salas de curaciones, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, servicios de hospitalización, Farmacia y servicios generales conforman el primer nivel dado por Dispensarios y Enfermerías.

Algunos centros de atención básica cuentan con salas quirúrgicas, Consulta externa de Especialidades Médicas fundamentales (Pediatria, Ginecología, Cirugía General), Odontología especializada, Optometría, Fonoaudiología, Psicología, Fisioterapia y Nutrición, Rayos X, Ecografía, Electrocardiogramas, etc.

Los Laboratorios clínicos generalmente realizan estudios de Hemograma, química sanguínea, Urianálisis y coprología básica, algunas pruebas inmunológicas y de tamizaje.

#### **5. FINANCIACION**

##### **ASPECTOS PRESUPUESTALES**

##### **5.1 Ingresos**

##### **5.1.1 COTIZACIONES DE SALUD**

En concordancia con el artículo 36 del Decreto 1795 de 2000, la cotización al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para los afiliados sometidos al régimen de cotización es del 12% mensual sobre el ingreso base.

**a) Aportes de Afiliados:** Corresponde al 4% mensual del ingreso base de cada afiliado.

El ingreso base del Personal Activo es el sueldo básico más el subsidio familiar, la asignación de retiro para el Personal Retirado, la mesada pensional para el Personal

Pensionado, la bonificación mensual para los Soldados Voluntarios y el salario mensual para los Soldados Profesionales. El comportamiento histórico (1999-2003) es el siguiente:

1999	2000	2001	2002	2003	2004
53,661.2	53,021.6	62,056.1	63,858.1	65,060	69,076

En 1999 el SSFM, contaba con una población de cotizantes de 123,251 los cuales aportaron por este concepto \$53,661.2. En el 2003, para una población de 169,631 cotizantes se tenía previsto recaudar \$65,060. Si comparamos el crecimiento de la población en este periodo con el crecimiento de los aportes encontramos que mientras la primera crece en un 33.74% los segundos lo hacen en un 27.75% en razón a que en este lapso los salarios no se incrementaron en la misma proporción del IPC.

La proyección de la población para el período 2004 - 2006 se estima con base en el desarrollo del plan de choque y en el programa de seguridad democrática del actual gobierno. A partir del 2006 la población se proyecta constante en razón a que se desconoce el plan de desarrollo del próximo gobierno y la posible situación de orden público del país para esa época.

**b)Aportes Patronales:** Corresponde al aporte del 8% mensual del ingreso base del afiliado, a cargo del Estado, girado a través de las entidades responsables de la afiliación. Su comportamiento es similar al aporte del afiliado del 4% en términos de tendencia.

1999	2000	2001	2002	2003	2004
106,719.5	106,185.8	119,277.3	125,752.8	130,119	138,151



## 5.1.2 APORTES DE LA NACION

### 5.1.2.1 Funcionamiento

#### a) Diferencia UPC-PPCD y PPCD

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 38 del Decreto 1795 de 2000, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares obtiene recursos por aportes de la Nación correspondientes a la PPCD para los afiliados no cotizantes y por la diferencia entre la PPCD y la UPC para los afiliados

El valor de los Recursos de la Nación por estos conceptos, aparentemente mas elevado se justifica por el alto costo de la prestación de los servicios de salud a una población de alta vulnerabilidad, causada por el creciente número de operaciones militares, factor que afecta sustancialmente el riesgo de morbi-mortalidad e incide necesariamente en el alto costo de atención del personal herido o afectado, que deberá ser cubierto en su totalidad por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. El comportamiento de estos recursos es el siguiente:

1999	2000	2001	2002	2003	2004
60,497.5	61,490.2	55,161.8	62,371.2	66,738	75,638

Como se puede observar su recaudo aumenta notablemente en el período 2003-2004 como consecuencia del incremento del número de soldados necesarios para el plan choque.

#### b) Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional - ATEP

El aporte para la prestación de la atención integral en salud de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, corresponde al 2% del valor total de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional. Su comportamiento histórico es el siguiente:

<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
9.133,0	9.404,3	10.122,7	17.501,4	17.739	18.180

Para el año 2002 se observa un alto crecimiento de los aportes de ATEP como consecuencia del plan 10.000, que cambió soldados regulares que no son cotizantes por soldados profesionales que si lo son, trayendo como consecuencia incremento en la base de cálculo.

### **5.1.2.2 Inversión**

En cumplimiento a los literales e y f del Artículo 38 del Decreto 1795 de 2000, y con el fin de alcanzar una adecuada renovación tecnológica y llevar a cabo las inversiones necesarias para mantener y mejorar el servicio de salud, el Gobierno Nacional financia el Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de las Fuerzas militares. Los valores aportados en las vigencias 1999-2003 de acuerdo al plan de desarrollo son los siguientes:

<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>3.034,5</b>	<b>2.013</b>	<b>10.928</b>	<b>13.452</b>	<b>18.300</b>	<b>14.629</b>

El valor de los años 2007 a 2010 cubre todo el plan de desarrollo inicial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

### **5.1.3Otros Ingresos**

Son los derivados de la venta de servicios contemplados en la Ley 20 de 1979, el valor de los exámenes definidos en el Decreto 094 de 1989, los pagos compartidos, las cuotas moderadoras, donaciones y los rendimientos financieros que reciba el Subsistema. Su comportamiento histórico en el periodo 1999-2003, es el siguiente:

1999	2000	2001	2002	2003	2004
1.172,2	6.473,2	3.452,9	5.159,1	548	2.314

Como se puede observar, los otros ingresos tienen un comportamiento irregular en el período 1999-2003 fundamentalmente en razón a que su mayor proporción corresponde a rendimientos financieros que dependen de las asignaciones del PAC por parte del Gobierno Nacional que no tiene un comportamiento dependiendo de la situación macroeconómica del país. El valor del 2003 corresponde a la asignación efectuada por este concepto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en la ley de presupuesto y para el período 2004-2010 se mantiene una cifra igual de 2.314 millones calculada sin considerar ingresos por cuotas moderadoras y baja proyección de ingresos financieros por la difícil situación económica del país.

#### 5.1.4 Relación Ingresos Población

La relación entre ingresos y población, o sea el ingreso per-cápita, para los períodos de 1999 – 2010 es la siguiente:

CONCEPTO	1999	2000	2001	2002	2003	2004
INGRESOS	234.218	252.064	291.376	288.180	298.504	317.988
POBLACIÓN	401.461	423.306	530.049	540.049	582.776	617.254
<b>INGRESO PERCÁPITA</b>	<b>0,583</b>	<b>0,595</b>	<b>0,550</b>	<b>0,534</b>	<b>0,512</b>	<b>0,515</b>

## 5.2 Gastos

Fundamentados en los ingresos, se programan los gastos de funcionamiento clasificados en Gastos de Personal, Gastos Generales, Transferencias e Inversión.

Los gastos en que incurre el Subsistema de Salud están destinados a la prestación de los servicios de salud a todos los usuarios del Subsistema, que tienen derecho al Plan de Servicios de Sanidad Militar, que cubre la atención integral en la enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación, y rehabilitación, además de la asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en hospitales, establecimientos de sanidad militar y en instituciones privadas de servicios de salud.

Es importante resaltar que aún cuando el Ministerio de Hacienda y Crédito público determina unas políticas para la proyección del gasto acorde con las metas macroeconómicas del país para las diferentes vigencias, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares demanda una serie de gastos adicionales como consecuencia de:

- Aumento del Pie de Fuerza y de Operaciones Militares para responder a la Política Presidencial de Seguridad Democrática,
- Incremento en los precios de los servicios médicos y los medicamentos superior al incremento salarial base de nuestro presupuesto.
- Malestar en los usuarios del Subsistema por la restricción de medicamentos y de servicios durante las vigencias anteriores por la carencia de recursos.

CONCEPTO	1999	2000	2001	2002	2003	2004
GASTOS						
FUNCIONAMIENTO	235.282,1	248.571,7	266.160,8	267.551,7	283.063,1	317.488,2
GASTOS						
PERSONAL	43.886,7	35.669,5	36.442,4	35.339,5	34.176,8	34.956,3
GASTOS						
GENERALES	102.899,1	104.086,5	114.907,5	128.045,6	137.906,3	165.682,8
TRANSFERENCIAS	88.496,3	108.815,6	114.810,8	104.166,5	110.980,0	116.849,1
INVERSION	3.034,5	-	19.269,9	13.451,9	22.710,0	10.927,8
<b>TOTAL</b>	<b>238.316,6</b>	<b>248.571,7</b>	<b>285.430,6</b>	<b>281.003,6</b>	<b>305.773,1</b>	<b>328.416,0</b>

### 5.2.1.Gastos de Personal

La Unidad de Salud del Ministerio de Defensa Nacional de acuerdo al Decreto 2193 de 1997 y al Decreto 05 de 1998, de una planta de personal de 1,632, a 28 de febrero de 2003 se contaba 1360 efectivos.

### 5.2.2.Gastos Generales

Los Gastos Generales se discriminan en tres grandes rubros: Adquisición de Bienes, Adquisición de Servicios e Impuestos y Multas. Estos gastos cubren los programas de salud asistencial, salud operacional, salud ocupacional y laboral, patologías catastróficas y educación especial y contratación de servicios médicos y hospitalarios no atendidos en

forma directa por el personal o el equipo de nuestros Establecimientos de Sanidad Militar. Su comportamiento se muestra en el siguiente cuadro:

1999	2000	2001	2002	2003	2004
102.899,1	104.086,5	114.907,5	128.045,6	137.906,3	165.682,8

### 5.2.3. Transferencias

El rubro de transferencias está compuesto fundamentalmente por: las Transferencias de Previsión Social correspondientes al aporte al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) de un punto de los aportes por cotizaciones en salud de todos los afiliados cotizantes y la transferencia al Hospital Militar Central para la atención de los usuarios en los niveles III y IV de complejidad. Su comportamiento en el período analizado es el siguiente:

1999	2000	2001	2002	2003	2004
88.496,3	108.815,6	114.810,8	104.166,5	110.980,0	116.849,1

### 5.2.4. Costos Del Sistema: Convenio HOMIC – SSFM (1998 – 2002)

El monto neto de los servicios medico asistenciales prestados por el HOMIC al SSFM en el periodo analizado, discriminado según la Fuerza a la cual pertenece el usuario de los servicios prestados, fue del siguiente orden en millones de pesos:

AÑO	EJC	ARC	FAC	HOMIC	TOTAL
1998	28.780.6	4.431.7	6.254.5	2.541.4	42.008.2
1999	40.841.2	7.243.7	8.531.2	3.944.4	60.560.6
2000	52.589.0	9.937.3	11.500.1	4.244.0	78.270.4
2001	58.839.7	9.376.2	11.059.6	5.036.5	84.312.0
2002	57.460.2	8.332.3	10.741.4	4.376.8	80.910.9
2003					91450.0 *

A precios constantes del 2003, la evolución de los servicios prestados por el HOMIC al SSFM ha sido del siguiente orden:

<b>AÑO</b>	<b>VALOR CONVENIO (MILLONES DE \$)</b>	<b>CRECIMIENTO RESPECTO AÑO ANTERIOR</b>	<b>INDICE ( 1998 = 100)</b>
1998	66.443.9	N.A.	100.00
1999	82.080.6	23.53%	123.53
2000	97.119.3	18.32%	146.16
2001	96.198.5	-0.94%	144.78
2002	85.757.5	-10.85%	129.06
2003	91.450.0	6.64%	137.63

Es importante resaltar la importancia que la facturación del HOMIC al SSFM representa para los ingresos totales de aquel. A precios corrientes la situación es del siguiente orden:

<b>AÑO</b>	<b>INGRESOS TOTALES HOMIC</b>	<b>VALOR FACTURADO AL SSFM</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1999	92.616.0	60.560.6	65.38
2000	96.546.5	78.270.4	81.07
2001	109.512.0	84.312.0	76.99
2002	103.507.0	80.910.9	78.16
2003	102.902.7*	91450.0 *	88.87

Respecto a los ingresos obtenidos por el HOMIC en la prestación de servicios de salud, el monto facturado al SSFM es del siguiente orden:

<b>AÑO</b>	<b>INGRESOS SERVICIOS DE SALUD HOMIC</b>	<b>VALOR FACTURADO AL SSFM</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1999	88.965.0	60.560.6	68.07
2000	80.096.8	78.270.4	97.71
2001	88.318.0	84.312.0	95.46
2002	83.639.0	80.910.9	96.73
2003	89.034.9*	91.450.0 *	102.71

\* Presupuesto

De otro lado, se presenta a continuación el monto de los servicios facturados por el HOMIC al SSFM, como porcentaje de los ingresos totales de este:

<b>AÑO</b>	<b>INGRESOS TOTALES SSFM</b>	<b>VALOR FACTURADO AL SSFM</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1999	168.977.0	60.560.6	35.84
2000	199.637.0	78.270.4	39.20
2001	243.498.0	84.312.0	34.62
2002	256.779.0	80.910.9	31.52
2003	280.204.0*	91.450.0 *	32.64

\* Presupuesto



De los cuadros anteriores se observa una dependencia cada vez mayor en el HOMIC de los servicios prestados al Subsistema de Salud, evidenciando una sensible disminución en las ventas a terceros.

De otro lado, en el período analizado el gasto promedio ponderado realizado para los usuarios de las diferentes Fuerzas fue del siguiente orden:

Usuarios del Ejercito	68.92%
Usuarios de la Armada	11.36%
Usuarios de la Fuerza Aérea	13.89%
Usuarios del HOMIC	5.83%

Lo anterior indica que el gasto no tiene una correlación con la población total de usuarios de las diferentes Fuerzas, presentándose un gasto más que proporcional por parte de los usuarios de la fuerza Aérea y los empleados del HOMIC.

En conclusión, y en forma muy general, se observa una dependencia cada vez mayor de los ingresos del Hospital de los servicios prestados al Subsistema, mientras que en éste el gasto realizado a través del HOMIC se estabiliza a precios corrientes con una tendencia a disminuir a precios constantes.

## **ANÁLISIS FINANCIERO**

Teniendo en cuenta el análisis de la situación financiera del período 2000 – 2003 y las proyecciones 2004- 2010, se concluye –por parte de quienes hicieron el estudio de sostenibilidad- que el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares es financiera y económicamente sostenible.

## **VII. PERFIL EPIDEMIOLOGICO ULTIMO AÑO (2003)**

Para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares el estudio de la situación de salud de nuestra población objeto (Activos, retirados, pensionados y sus beneficiarios) partiendo de su estructura demográfica, natalidad, mortalidad, migraciones y su vulnerabilidad a la enfermedad expresada en su morbilidad y los principales factores de riesgo Biológicos, Psicológicos, sociales y del medio ambiente, así como los factores de protección representados por la oferta de servicios de prevención, asistencia y rehabilitación, la posibilidad de acceso a los mismos, la eficiencia y calidad de los mismos.

### **1. Perfil Demográfico**

Para elaborar el perfil epidemiológico del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se ha partido de conocer el tamaño de su población, su discriminación por edad y sexo así como el tipo de usuarios del mismo, características de natalidad, mortalidad y en lo posible identificar a los grupos poblacionales con mayores índices de migración.

La información mencionada anteriormente permite conocer la población objeto del Subsistema, su incremento de un año a otro y dentro de ella identificar los grupos vulnerables como son las edades extremas de la vida y aquellos que por las características misionales de las Fuerzas Militares están expuestos en razón de su actividad como son los jóvenes entre los 18 y los 25 años, que corresponden al personal en su gran mayoría uniformados.

En el año 2003 se reporta un total de 621.532 personas con un incremento poblacional del 30.60%.

### **2. Perfil Epidemiológico**

## 2.1 Morbilidad

Las principales causas de morbilidad, están dadas por las Infecciones Respiratorias Agudas en primer lugar para las tres Fuerzas seguido de la Hipertensión Arterial para el Ejército y la Armada Nacional y las lesiones de tejidos blandos para la Fuerza Aérea, el tercer lugar corresponde a Enfermedad Diarreica Aguda para el Ejército y la Armada Nacional y la hipertensión Arterial para la Fuerza Aérea Colombiana.

El cuarto lugar lo ocupan las virosis para el Ejército Nacional, las lesiones de tejidos blandos para la Armada Nacional y las dermatosis para la Fuerza Aérea.

Durante el año 2.003 se observa que la primera causa de morbilidad para la Armada Nacional es la Hipertensión Arterial, en especial en los ESM que presentan el mayor volumen de usuarios entre los 40 y los 60 años.

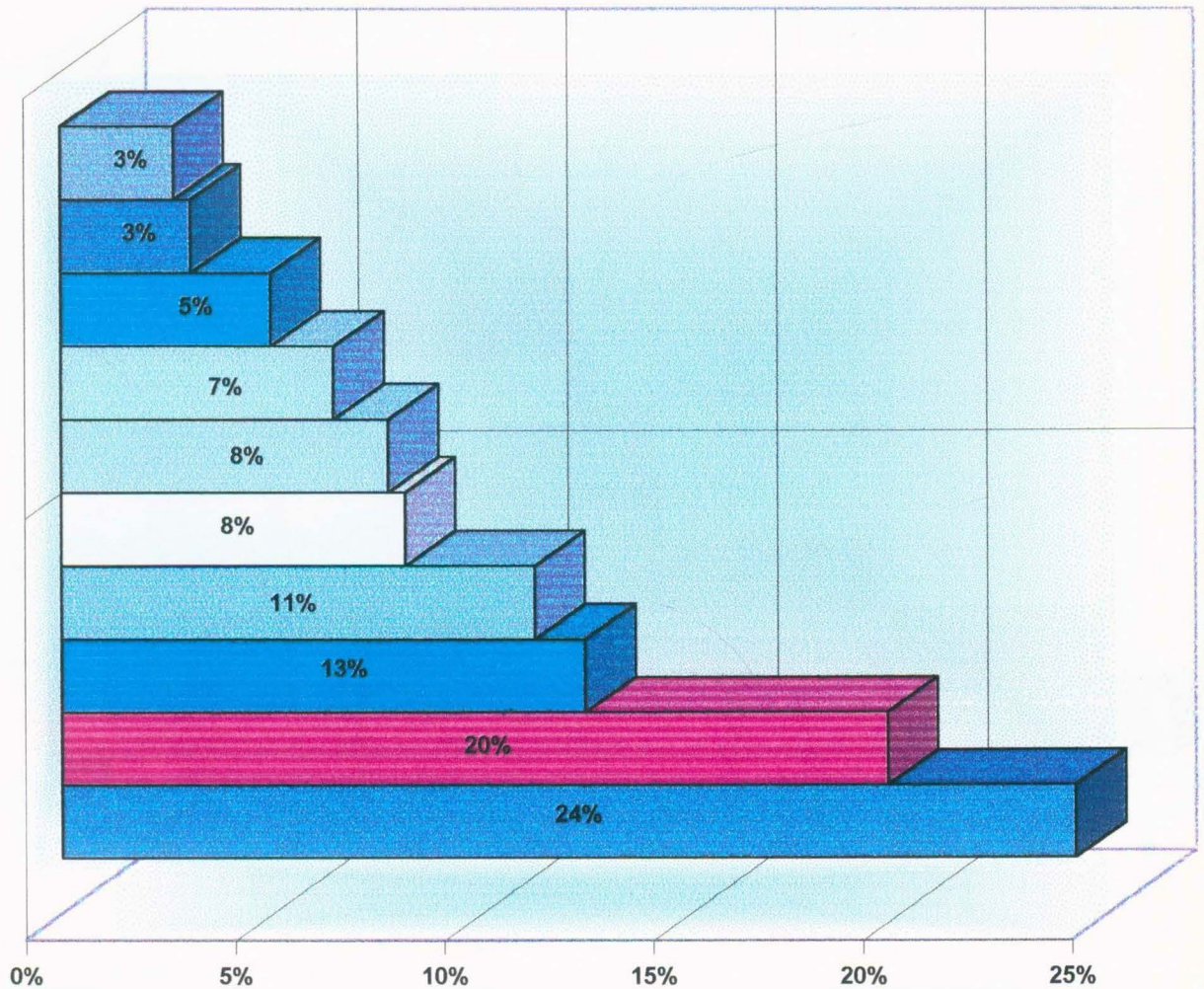
La Morbilidad en la Fuerza Aérea muestra en primer lugar la infección respiratoria aguda seguida del trauma de tejidos blandos y en tercer lugar la hipertensión arterial

Consolidando la información, es posible observar que en conjunto están en orden descendente la infección respiratoria aguda, la hipertensión arterial la enfermedad Diarreica aguda los hongos en piel y las enfermedades de origen viral, lo cual solo reafirma las condiciones a las cuales está expuesta nuestra población por razón de sus diversas ubicaciones que van desde la exposición a climas extremos de frío en los batallones de alta montaña hasta los climas cálidos y húmedos, lo cual implica no solo la exposición a factores climáticos sino a otros agentes como son los vectores transmisores de Leishmaniasis, Dengue, Malaria entre otras.

Con el personal militar se desplazan los beneficiarios, lo cual los convierte en una población igualmente vulnerable a los riesgos físicos, biológicos y medio ambientales al igual que al personal activo.

# PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL EJERCITO

## PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2003 EJC

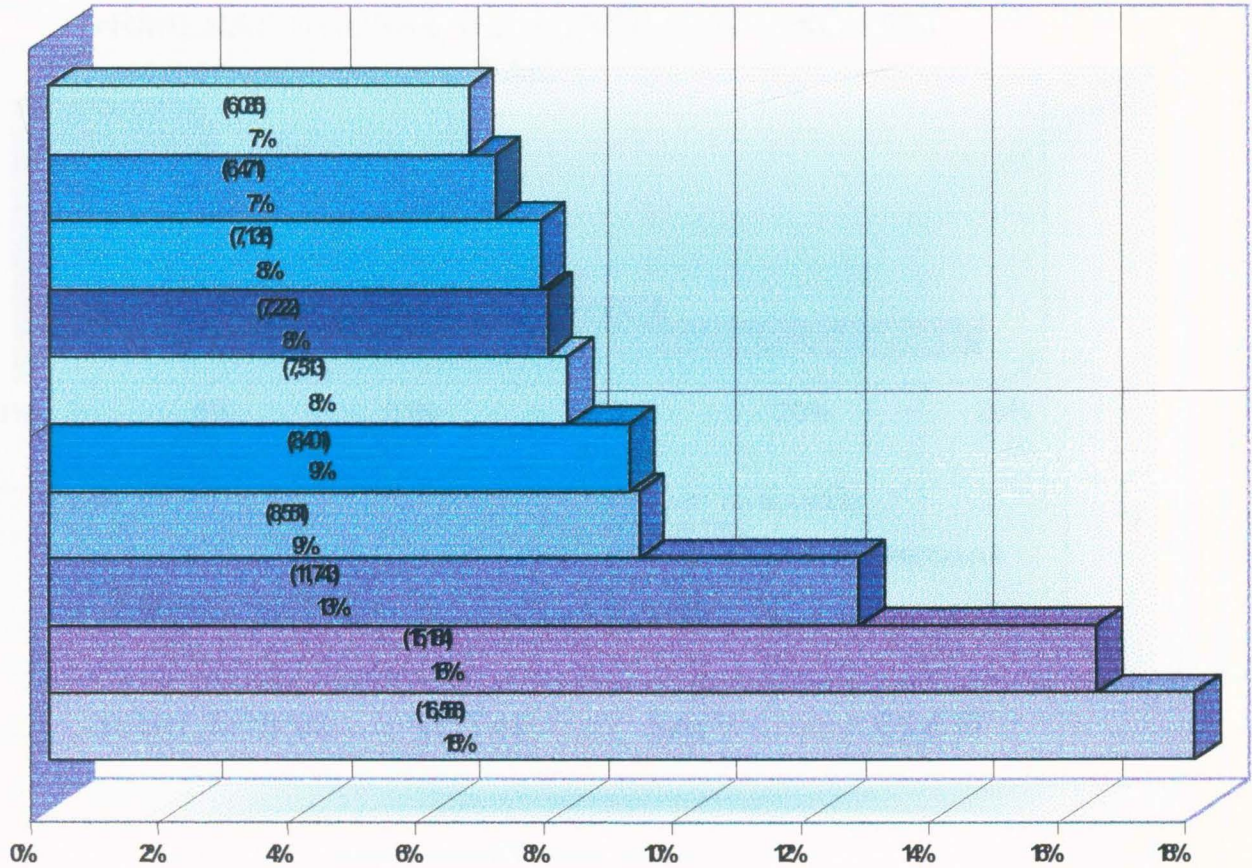


- |          |                  |                       |
|----------|------------------|-----------------------|
| ■ IRA    | ■ HTA            | ■ FAB                 |
| ■ EDA    | ■ SINDROME VIRAL | ■ DERMATITIS ALERGICA |
| ■ PPI    | ■ DERMATOMICOSIS | ■ IVU                 |
| ■ TRAUMA |                  |                       |

POBLACION TOTAL EJC: 469.125

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA ARMADA NACIONAL

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2008  
ARC

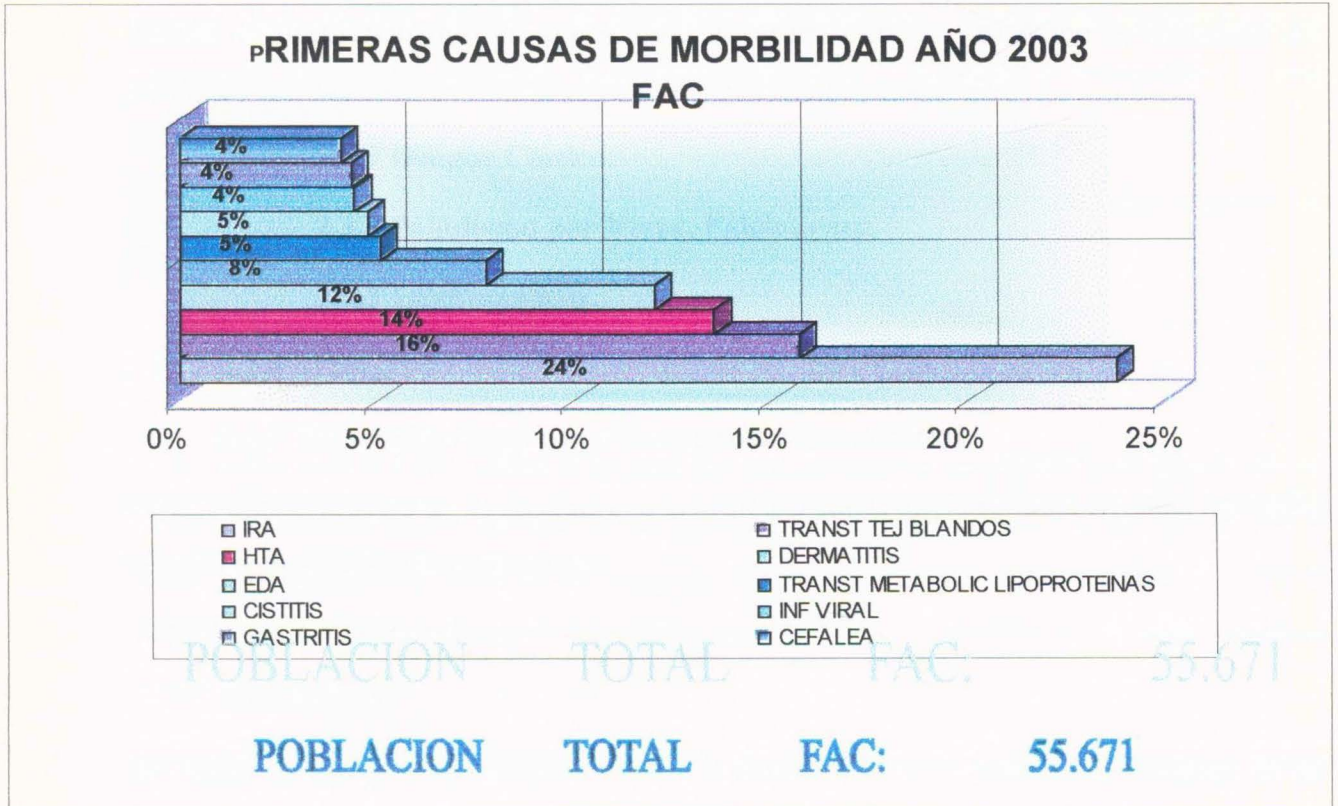


- HIA
- DERMATOMICOSIS
- VIRCOS
- ENFADIDREPT
- FA
- LUMBAGA
- INVASURINIAS
- OTISMITIS/AR
- EDA
- FR



COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA ARGENTINA

## PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA FUERZA AEREA



### 2.1.1 Infección Respiratoria Aguda

### 2.1.2 Accidentalidad

Adicionalmente y como efecto de la actividad militar se presentan heridas en enfrentamiento armado en 2 de cada 1000 uniformados y heridas accidentales y en entrenamiento en uno de cada 1000.

La principal causa de accidente fuera de combate está ocasionada por accidentes de tipo deportivo, trauma por caídas durante las actividades laborales y accidentes de tránsito.

### **2.1.3 Enfermedades Transmitidas por Vectores**

Las enfermedades transmitidas por vectores revisten especial importancia, en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, debido a la exposición del personal en zonas endémicas durante su desplazamiento en operaciones de orden público así como la ubicación del personal y sus familias en Unidades ubicadas en regiones endémicas.

#### **2.3.1 Dengue Clásico:**

#### **2.3.2 Paludismo por Vivax, Falciparum.**

#### **2.3.3 Leishmaniasis**

### **2.1.4 SIDA**

### **2.1.5 Heridos en Combate y Discapacidad en Adultos**

En este último aspecto es de resaltar que la principal causa de morbilidad en salud mental lo constituye el Estrés Post Traumático.

### **2.1.6 Falla Renal**

### **2.1.7 Cáncer**

El Cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, además con un incremento notorio en el número de ellos del año 2.001 al 2.002 de 370 casos a 570 siendo en orden descendente de presentación: cáncer de seno, de próstata, de cuello uterino y de piel.

### **2.1.8 Lesiones Osteomusculares en Entrenamiento Deportivo e Instrucción Militar**

Las actividades de entrenamiento físico y militar se han constituido en la principal causa de lesiones osteo-musculares en el personal uniformado de las Fuerzas Militares.

### **2.1.9 Discapacidad En Niños**

En el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se hallan 486 niños que sobre un total de 118.953 niños del Subsistema menores de 15 años, con una tasa de discapacidad infantil de 4 por mil, lo cual indica que de cada 1.000 niños existe la posibilidad de tener 4 con discapacidad, lo cual orienta la necesidad de establecer programas tendientes a la prevención de factores de riesgo y detección temprana que mejore el pronóstico en esta población.

La principal causa de discapacidad en esta población es el retardo mental seguido de parálisis cerebral, Síndrome de Down y Autismo (18).

## **2.2 Morbilidad Oral**

Es de anotar que el 2.003 fue el primer año que se reporta morbilidad por salud oral, en forma independiente, por lo cual no es completa esta información a pesar que la caries dental ocupa el primer lugar como causa de consulta en las tres Fuerzas y en el Hospital Militar Central, seguido por las gingivitis, periodontitis y problemas de mala oclusión dental.

Sin embargo se resalta, es necesario seguir promoviendo este tipo de reporte que nos permita elaborar el perfil de salud oral, así como realizar el seguimiento del programa de prevención (18).

## **2.4 Mortalidad**

Las causas de mortalidad además de las muertes en combate, se encuentran las consecuencias de problemas cardiovasculares como Eventos Cerebro Vasculares, Infarto del Miocardio y en tercer lugar el Cáncer en sus diferentes modalidades predominando en primer lugar el Cáncer de seno seguido del Cáncer de próstata, y finalmente algunos eventos de mortalidad perinatal, por recién Nacidos de bajo peso.

Los eventos cerebro vasculares y el Infarto del Miocardio, se asocian con una de las primeras causas de morbilidad en las tres Fuerzas que es la Hipertensión Arterial (18).



## VIII. ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ESM –

Estadísticas Año 2.002

CONCEPTO	No. ACTIVIDADES REALIZADAS
URGENCIAS ATENDIDAS	130.367
CONSULTA EXTERNA (CONSULTA MEDICINA GENERAL	532.571
CONSULTA ESPECIALIZADA	451.481
CONSULTA ODONTOLOGICA	567.373
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	23.404
IMAGENES DIAGNOSTICAS*	100.927
EXAMENES DE LABORATORIO ( pruebas)	1.402.021
FORMULAS DESPACHADAS **	598.703

Fuente: Reportes estadísticos de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas.

1. COBERTURA: El 23% de la población asignada a la DISAN Ejército fue cubierta por consulta de medicina general, en sus ESM; la DISAN FAC cubrió el 58% de su población asignada con el mismo servicio. Es importante aclarar que el porcentaje de ESM del Ejército que informaron es muy bajo.

2. CONCENTRACIÓN: La concentración observada en consulta de medicina general está en un promedio de 3.6, siendo de 4 en la DISAN FAC, y de 3 en la del Ejército.

3. RELACION CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA FRENTE A LA GENERAL: Se observa una relación global de una consulta especializada por cada 1.18 de medicina general, que es muy elevada.

4. DISTRIBUCION DE LA CONSULTA: -Medicina General.

-Urgencias.

-Medicina Especializada.

Hay que tener en cuenta que la información del Ejército presenta un subregistro del 39% de sus ESM.

5. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

De 23.404 reportados, corresponde el 74% al Ejército, 24% a la Armada y el 2% a la FAC. Es importante tener en cuenta que la ARC cuenta con el Hospital de tercer nivel del SSFM y ESM de referencia de toda la Costa Atlántica.

6. OTROS PROCEDIMIENTOS: Exámenes de laboratorio clínico ecografías, endoscopias, citología, electrodiagnóstico, etc. con relación a su población asignada (18).

## **IX. IDENTIFICACIÓN DE ALGUNOS PROBLEMAS DEL MODELO DE SALUBRIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MILITAR COLOMBIANA**

Algunos de los problemas identificados de la Sanidad Militar.-

### **1) Marco legal para Sanidad Militar.-**

El marco jurídico diseñado para la Sanidad Militar contiene algunos vacíos, que merecen una revisión conceptual por personal militar. En las reestructuraciones realizadas en la última década no ha tenido participación adecuada de personal uniformado con preparación técnica que conforma los equipos de salud y los servicios de sanidad.

**El sector militar al momento de la aplicación de la ley marco de la seguridad social quedaba bajo un modelo diferente, que aunque lo consideraron como régimen especial, por doctrina militar es un sistema propio.**

Alguna reglamentación y normas del esquema público se ha venido incorporando al sistema militar con el desconocimiento que la sanidad forma parte de la logística militar.

El Estado tiene responsabilidad frente a la Salud pública de los habitantes y en el caso del sector de la Defensa de apoyar un modelo propio para la sanidad en concordancia con las ciencias militares, para la atención de los combatientes por las particularidades de la Seguridad Nacional.

### **2) Desarticulación de la pirámide de salud militar.-**

El sistema de salud militar se encuentra desarticulado: Los Establecimientos de Sanidad Militar (E.S.M.) no han sido debidamente redefinidos por gradientes y nivel de complejidad lo que se ha reflejado en no funcionalidad, calidad variable e inexistencia de red de servicios de la salud militar.

El Hospital de máxima complejidad por aplicación equívoca de un concepto no pertenece al restante sistema de sanidad militar, los servicios técnicos de salud y de logística no tienen ingerencia en dicho centro asistencial, malintencionadamente fue alejado del control de los militares y de la restante organización desde la Ley 352/96.

El Hospital Militar Central se quiera o no aceptar se encuentra **DISGREGADO** en su marco legal del restante subsistema de sanidad de las Fuerzas Militares como Instituto descentralizado, debiendo depender orgánicamente de la Dirección General de Sanidad del Comando General de las Fuerzas Militares.

Con excepción de la Armada Nacional en el Subsistema de Salud Militar y de la Policía Nacional en el Subsistema de Salud Policial, ni el Ejército de Colombia ni la Fuerza Aérea cuentan con un Hospital Principal o central de Fuerza de Nivel III ó tercer nivel para la atención de sus efectivos.

Apenas se están dando pasos para la construcción de Hospitales regionales Militares –Nivel II- y una sentida necesidad para la atención descentralizada de los usuarios, donde debe predominar el concepto de instalaciones hospitalarias tipo de acuerdo con las Regiones Colombianas y Militares.

Si nos referimos al primer nivel –Nivel I- asistencial de salud militar, con excepción de la Armada y de la Fuerza Aérea, que en algunas bases disponen de Hospitales Locales Militares y de la Policía –Que la ley la colocó en otro subsistema- que cuenta con Clínicas en diversas ciudades, el Ejército tan solo dispone de Centros medico militares de nivel básico conocidos como Dispensarios ó Enfermerías tipo A ó B y está pendiente la

adecuación de establecimientos hospitalarios para los fuertes militares tipo Tolemaida, Larandia, etc.

### **3) Infraestructura inadecuada.-**

La debilidad infraestructural de los establecimientos de la sanidad, hace que no pueda existir un adecuado esquema para la aplicación del modelo de referencias y de contrarreferencias para la asistencia sanitaria militar y para la descentralización en salud. El estado tiene responsabilidad frente a la Salud pública y en el caso del sector de la Defensa de apoyar un modelo especial de sanidad acorde con las ciencias militares, por las particularidades de la Seguridad y Defensa Nacional y de la atención de los combatientes y del pie de fuerza.

Desde el punto de vista de infraestructura, se puede observar que el tipo de construcciones hospitalarias de los establecimientos de sanidad, no es la mas óptima, se observan deficiencias en los diseños tanto de las dependencias edificadas para su gerencia y coordinación técnica como para la atención respectiva de los usuarios, sino también en las áreas locativas concernientes al saneamiento básico y de atención al medio ambiente.

Desde el proyecto y obra del Hospital Militar mas importante de las Fuerzas Militares, se ha venido fallando en la construcción de la infraestructura tipo de sanidad y de los establecimientos de salud, no ha sido acorde con el número de efectivos, la patología regional, el clima y las demandas asistenciales en las diferentes guarniciones del país las que aumentan cada vez más.

### **4) Red de Servicios y Sistema de referencia y contrarreferencia**

Al no existir una pirámide de salud militar, con niveles de complejidad de I hasta IV, con gradientes de complejidad y establecimientos de salud definidos según parámetros de actividades finales, intermedias y administrativas, para fijar las capacidades de cada

establecimiento de sanidad, modelo que es el que debe regir para la organización sanitaria y de salubridad de las Fuerzas Militares Colombianas, no puede existir una red prestadora de servicios, ni menos aún marchar un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, que haga mas racional, calificada y costo-efectiva la atención.

#### **5) Desorganización y dificultades en la atención de los servicios de salud en la guarnición de Bogotá**

La Ciudad-Distrito Capital como sede de diversos ámbitos de mando no dispone de una unidad regional de salud militar unificada, que facilite la coordinación técnica entre los establecimientos prestadores de servicios de sanidad, hay concentración inadecuada del recurso humano en algunos centros, dispersión de los esfuerzos medico-odontológicos especializados, se observa “aglomeración” laboral y asistencial en algunos Dispensarios con construcciones impropias para prestar atención intermedia.

El desconocimiento de la distribución poblacional, de la falta de sectorización sumado a la carencia de un ente y de un establecimiento de segundo nivel centro de especialistas adecuado -para el caso del Ejército- equidistante de los cuatro puntos cardinales en la metrópoli y cercano al CAN, hacen dispendiosa, poco diligente y difícil la atención de los pacientes, mas aún cuando habitualmente hay un alto número de efectivos en tránsito y en tratamientos ambulatorios.

La infraestructura y el tipo de construcciones de las IPS militares de primer nivel –Nivel I- no es la mas óptima, se observan deficiencias desde el punto de vista estructural y del Recurso técnico mas asimilables como consultorios periféricos, con farmacia pequeña y camas-soldado de aislamiento y/o tratamiento en las enfermerías de batallón.

#### **6) Inexistencia de la planta especial de Salud en la carrera militar**

Así como se señalaba que el sistema de salud militar no es especial sino propio, el estamento militar para la asistencia, rehabilitación, prevención y administración en salud, debe contar con una planta de profesionales de las distintas disciplinas de la salud

**Uniformados** suficiente para la atención de los efectivos, que no afecte el pie de fuerza de los combatientes.

En principio, aunque la filosofía de incorporar médicos paulatinamente a la investidura militar ha sido benéfica, hasta disponer de un grupo importante y valioso de Oficiales-médicos con especialización, una debilidad es la inexistencia jurídica de un perfil armónico de carrera para una proyección lógica tanto profesional en la disciplina de la salud como en el recorrido de la carrera militar.

El personal militar también por razones de seguridad y defensa nacional y de la logística debe ser asistido por profesionales de la salud militares con adecuada preparación en ambos campos; los traslados y ubicación en unidades destacadas y jurisdicciones de orden público, la necesidad de equipos humanos medicoquirúrgicos móviles, las evacuaciones, la disponibilidad y la atención en los centros hospitalarios y Dispensarios militares debe hacerse con médicos y enfermeras militares preferencialmente, así como por Bacteriólogas, Odontólogos, etc., todos con investidura militar.

La Escuela Militar de Medicina y de las Ciencias de la Salud fue creada como parte de una universidad militar para formar el potencial humano para el sector de sanidad militar y su filosofía primaria se ha desdibujado en el tiempo.

### **-Fallas en la preparación de la Suboficialidad de sanidad**

El personal paramédico no profesional ó técnico no está integrado por Suboficiales de Sanidad suficientes con la preparación adecuada y certificación como Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de consultorio Odontológico, Auxiliares de Laboratorio clínico, Técnicos en Radiología e imágenes diagnósticas, Técnicos en Electromedicina, etc. Se

emplean “enfermeros de combate” no capacitados como auxiliares de enfermería en Dispensarios ó enfermería, cuando su entrenamiento es para asistir en primeros auxilios en los patrullajes o desplazamientos.

La selección para la sanidad (logísticos) a partir de la Escuela de Suboficiales presenta deficiencias. Cabe mencionar la deficiente preparación en materias vitales para desempeñarse como auxiliares o como ayudantes de enfermería, así como también para las tareas administrativas de sanidad proporcionales al grado.

### **7) Sistemas de Registro poco confiables**

El manejo de la información en el Subsistema en su gran mayoría es manual, sin embargo se han hecho avances importantes en el proceso de afiliación, manejo financiero, administrativo, de personal, manejo de inventarios y está en proceso de compra un software de salud.

#### **De los usuarios.-**

Otro gran problema lo constituyen el cálculo de la población usuaria, epidemiología de las regiones (causas de morbilidad y mortalidad), inexistencia de programas estructurados médicos especiales y de medicina preventiva. Las acciones que pretenden disminuir las probabilidades de aparición de las enfermedades y de propender por una cultura de vida sana colectiva es frágil.

Las inconsistencias y mal diligenciamiento de los formatos dificultan la consolidación, análisis e interpretación de los resultados, básicos para poder planear la asignación de recursos y no se encuentran reportados datos de servicios que son prestados por los ESM.

#### **Problemas técnicos frecuentes de suministros clínicos y de entrega de medicamentos:**



Con la identificación de problemas técnicos y gerenciales, de suministros hospitalarios, elementos quirúrgicos, materiales de curaciones, medicamentos, equipos biomédicos, reactivos para laboratorio, etc., mediante la elaboración de tablas mensuales de consumo, análisis periódicos de existencias y la estimación de las demandas insatisfechas se podrá planear el desarrollo administrativo de la misma y las adquisiciones.

### **8) La separación de la Sanidad de la Logística Militar fue una gran equivocación**

Se cometió un craso error al desconocer que la Sanidad como servicio técnico en el contexto militar pertenece a la Logística Militar, con posterioridad a la reforma a la seguridad social y durante el diseño legal y la conformación del sistema de salud militar (Re-estructuración) se hicieron unos cambios por personas ajenas al medio, en los que desapareció de la composición logística.

### **9) Problemas en la Administración del Sistema**

Las repercusiones que para el funcionamiento y dinámica de los establecimientos de salud del subsistema generó el desmembramiento y alejamiento del Hospital Militar -IV nivel- del resto de la mecánica operativa y técnica del sistema, del mando militar y de las sanidades de las Fuerzas y es la primera de las grandes contradicciones que los Oficiales de Sanidad consideran debe replantearse.

En las ciencias militares la sanidad debe ser del sostén de la logística, debe estar bajo el control y soporte del mando militar, con la participación de personal de la Oficialidad de Sanidad como parte de un equipo técnico consejero, porque la problemática y manejo de la salud militar son asuntos militares atinentes a la misión institucional y a la estructura Organizacional de las Fuerzas y de su comando logístico.

Lo contrario ha ocurrido con la Justicia porque ha habido un mando unificado, que ha tenido en el Director de la Justicia Penal Militar, un militar con formación en las Ciencias

del Derecho y un hombre líder, que ha reestructurado, redireccionado y replanteado estratégicamente el sistema organizacional respectivo, con una dosis de Alta gerencia para que su administración y su desarrollo sea coherente tanto militar y jurídicamente.

#### **10) Dicotomía en el manejo, esfuerzos, control y administración del sistema de salud militar**

Se evidencia separación entre los sujetos de conducción, dirección y mando y asistencial generando duplicidad, afectando el control administrativo y técnico y ocasionando segregación entre el subsistema de sanidad con un consejo superior para los subsistemas, el HOSMIC de los demás establecimientos cada uno obedeciendo a dependencias diferentes y la capacitación en salud para las FFMM diferente a la UMNG, Hospital Militar y a las encargadas de la instrucción y el entrenamiento.

Una Junta Directiva en el único Hospital de cuarto nivel diferente al consejo superior de salud FFMM y de las Sanidades sin posibilidad de ingerencia técnica de estas últimas en el HOSMIC, el manejo de la cúspide de la salud militar por parte del Vice-ministerio de Defensa de Institutos descentralizados, ha tenido efectos por cuanto hay una clara dicotomía, limitación para el control por el mando, y desconocimiento en muchos de los aspectos atinentes a la sanidad.

#### **11) Inexistencia de Subdirecciones de Salud en las Direcciones de Sanidad.-**

No es razonable que ciertos cargos estén ocupados por personas sin la preparación técnica ni capacitación en Ciencias administrativas de la Salud, como tampoco se disponga de médicos militares de grado Coronel que asesore el trabajo de Salud en los servicios de Sanidad de cada fuerza, porque esta labor se le ha dejado a civiles en el ramo, muchos desconocedores de la realidad de los establecimientos, del manejo de los centros de sanidad y nunca han dirigido Dispensarios ni cumplido una carrera militar, estado atendiendo

dichos centros, manejando administrativamente, ni han tenido responsabilidades asistenciales con los combatientes ó medicas en las guarniciones militares.

## **12) Limitaciones operativas y de control sobre el Sistema de Salud Militar.-**

En un ensayo realizado en 1.999 en la Escuela de Guerra, al aludir sobre los antecedentes sobre el sistema de salud FFMM señaló, que: “Se evidencia una falta de cohesión entre los diferentes entes que componen el sistema”. El sistema no se encuentra integrado, hay incomunicación y desconfianza, cada dependencia y cada servicio de sanidad jalona para su lado incluyendo las Direcciones de Sanidad, la Escuela militar de Medicina y el Hospital Militar Central. No hay decisiones armónicas de orden técnico, científico y financiero en conjunción con las exigencias del despliegue y dispositivo operacional, con formulación desperdigada de normas por la no planeación global militar y estratégica desde un Comando Logístico y una dirección de Sanidad Militar centralizada en el Comando General de las Fuerzas Militares. De otra parte, la falta de claridad en los procedimientos para tener acceso a los servicios medico asistenciales con lo cual el usuario termina recorriendo varias oficinas.

## **13) Los defensores del Sistema de Salud Militar no pueden ni deben ser los empleados civiles sindicalizados.-**

Las consideraciones de una agrupación sindical que reúne al personal de empleados civiles del sistema de salud de las FFMM, que se han introducido en la discusión temática de la problemática de la salud militar y constituido en agremiación dejando de lado consideraciones logísticas militares, con el argumento de la defensa de la salud militar cuando el resorte le pertenece a la participación activa del personal de Oficiales y de los Suboficiales Logísticos, de Sanidad e incluso de las armas capacitados en las disciplinas de la sanidad militar.

No preexiste una comisión técnica de estudio y de seguimiento del enfoque ambiguo de la sanidad que proponga la revisión de la estructura, funcionamiento, manejo y revisión de la operatividad de la salud en el ámbito militar.

A veces mas que médicos militares uniformados nos hemos comportado no solo distraídos de la realidad sino también como disfrazados en cuanto al sentido de pertenencia a la sanidad, con otras preocupaciones -al parecer- por ejemplo el ejercicio clínico o de la especialidad particularmente, sin comprometernos con la institución y sin tener en cuenta que el uniforme implica obligaciones administrativas y la presentación de sugerencias al personal militar de nuestro campo profesional.

No existe tampoco una unidad de cuerpo frente a percepciones, consideraciones y propuestas, para que en un sentido fraterno y colegiado después de analizar la realidad solicitar y proponer los cambios en la sanidad militar e impulsar sus reformas, porque no se ha manejado una actitud colectiva, sin pensar en un trabajo grupal en procura de cambios diversos en la salud Militar.

#### **14) Consideraciones Económicas sobre la Salud OPERACIONAL y el Sistema de Sanidad Militar.-**

Desde la reforma a la ley 100/93, el personal militar en actividad y los soldados voluntarios se convirtieron en aportantes para financiar la atención de salud, es decir, en cotizantes al sistema pero, lo recaudado se debe entender que se recauda para la atención de los usuarios en guarnición.

No se conoce a ciencia cierta lo ingresado ni los costos pre-hospitalarios de los heridos en acción, de las evacuaciones médicas de combate, de la atención extrainstitucional y en el HOSMIC, ni de la rehabilitación de las secuelas originados por el conflicto interno y la situación de guerra, ni cuanto se ha desembolsado de lo recaudado para la atención de los efectivos en guarnición para cubrir los precios operacionales.

El sistema aparentemente ha tenido ingresos en los últimos años con un balance anual de ganancias lo cual se debe al aporte del aumento del pie de fuerza en una forma inesperada pero, se corre el riesgo con el alto número de beneficiarios particularmente de los soldados profesionales para la atención en guarnición y las repercusiones del monto tan elevado producido por los efectos de la guerra una vez se haya tenido un trauma, que para cualquier ARP (entidad de accidente de riesgos profesionales) puede ser onerosa y llevarla a la quiebra.

### **Sobre la Sostenibilidad económica del Sistema de Salud Militar**

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares ha realizado la evaluación económica, financiera y de sostenibilidad del Subsistema, la cual fue presentada en un documento, con un Comité creado por el Acuerdo 024/03 para que realizara las actividades encomendadas. Lo anterior se realizó con la evaluación de los ingresos, gastos y estados financieros del Fondo Cuenta que administra la Dirección General de Sanidad Militar para la prestación de los servicios de salud.

### **15) Carencia de Doctrina Logística Propia y para las Operaciones Conjuntas.-**

No hay una doctrina logística concebida de sanidad que se haya diseñado en el medio. Se considera como lamentable que existan muchos trabajos realizados por los Oficiales durante los cursos de ascenso en la Escuela Logística sobre la sanidad que nunca se han tenido en cuenta, recopilado, no se han revisado, ni considerado para conformar la propia doctrina logística de la sanidad en el Ejército Colombiano.

La improvisación vivida inmediatamente después de la ley marco de la seguridad social en salud por el afán en organizar un modelo del que estábamos inicialmente excluidos y por las particularidades de la estructura castrense para el diseño de la legislación –que fue hecha por civiles asesores- donde se perdió a la salud del contexto de la logística fue el generador de las circunstancias que se están viviendo.

## X. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La Salud militar de acuerdo con los principios doctrinarios y de las ciencias militares la conforma un régimen propio, mal definido como “especial”, es un sistema que se sale de los moldes de la salud pública ó estatal habitual, con diferencias estructurales frente a la seguridad social, a la que se aplicó un marco legal y unas normatizaciones aplicadas del esquema público que presentan debilidades, equivocadamente concebidas, que merece una redefinición, un replanteamiento y una reconceptualización logística, administrativa, asistencial y operacional, con la participación de los médicos militares, los Oficiales de Logística y de las otras profesiones de la sanidad.

La Sanidad en las Fuerzas Armadas de una nación tiene un papel invulnerable y una misión propias, que por razones de orden estratégico y táctico, son difíciles de comprender por algunos funcionarios gubernamentales. La estructura actual presenta unas falencias, merece una revisión y la articulación del sistema, máxime por la realidad del conflicto interno, los bemoles operacionales, por los riesgos de su viabilidad y las operaciones conjuntas.

El tratamiento especial como se signó en la ley marco debe seguirse conservando teniendo en cuenta principios de seguridad del Estado, su incomprensión en ciertos niveles, despreocupación e inadecuado manejo técnico pueden afectar la asistencia sanitaria de los uniformados en el concepto de la Logística militar. No hay que olvidar que la sanidad militar también participa en la seguridad interna en caso de catástrofes, desastres naturales y conmoción pública.

El análisis militar de la coyuntura actual debe hacerse con la participación activa de los Oficiales de Sanidad y el liderazgo del Ejército, mediante una Apreciación objetiva de la Situación, una evaluación logística y un estudio concienzudo de Estado Mayor, ya la salud es vital para preservar la integridad del pie de fuerza y para atender al herido en caso de

confrontación o acciones de guerra, por lo anterior la asistencia sanitaria al estamento militar de acuerdo con el desarrollo doctrinario de las ciencias militares se sale de los moldes de la salud pública.

La capacitación de los hombres de las armas y del cuerpo logístico en las ciencias administrativas de la salud y de la administración de los servicios de sanidad militar deben imponerse de forma escolástica, dentro de los nuevos delineamientos institucionales, teniendo en cuenta la misión, la visión y las capacidades de los arquetipos de la medicina militar de los Ejércitos.

Debe propenderse porque un equipo técnico y humano militar promueva cambios para la Sanidad desde la Fuerza, replanteándose con una gerencia adecuada del talento humano una secuencia y una proyección curricular con un perfil, donde se concatenen los esfuerzos profesionales con los grados militares verdaderamente entendidos en el medio y que las exigencias para los ascensos estén en relación con los cargos técnicos y el papel logístico de los integrantes de la salud militar.

Debe haber un re-entregamiento de las profesiones de la salud que sirven a la carrera militar, porque no hay un real dimensionamiento del papel que deben jugar los Oficiales de Sanidad Médicos, de lo que debe ser su misión, máxime que se requieren algunos cambios y un replanteamiento para lograr el desarrollo de la sanidad, mas aún cuando se justifica la incorporación de médicos y de otras profesiones de Salud a la vida militar, ante la tendencia a la privatización de los sistemas de salud públicos y los riesgos de colapso.

No se puede seguir con la idea del manejo técnico y de direccionamiento del sistema de salubridad por Oficiales que no son de sanidad y que no han recibido preparación en las disciplinas administrativas de la salud. También se debe pensar en que se necesitan mas médicos uniformados por lo que sería conveniente convocar a concurso para escalafonamiento, decidiéndose que las plazas profesionales tanto en los Hospitales

Militares como en las Unidades militares deban seguir siendo ocupadas por médicos generales y especializados Oficiales de Sanidad.

El proceso dinámico de Salud-Enfermedad aunque se da en el contexto político, social, económico, cultural y ambiental, para el estamento castrense tiene unas particularidades y unas connotaciones bien especiales por tratarse de la Defensa Nacional y del ámbito operacional militar, que no pueden definirse estratégicamente con los elementos habituales de la salubridad civil.

Mediante la gerencia técnica de la salud con conocimientos militares y la planeación con la participación de la educación (capacitación) pueden lograrse avances y mejoras tanto administrativas como asistenciales para la sanidad como sistema.

La salud en razón a los bemoles operacionales debe seguir perteneciendo a la Logística, el manejo de los abastecimientos, planeación, apoyo de servicios, adquisiciones, administración, aspectos de intendencia del área de la salud militar deben ser del soporte de la Logística en el Ejército.

Los servicios de salud militar tienen obligatoriamente que militarizarse. La salud militar vive un momento en que sin un norte proyectado desde el punto de vista de Salud correría serios peligros la estabilidad del subsistema.

Como reza en el himno logístico la misión del servicio es apoyo, *y... también de asesoría técnica a los comandantes*; se debe estar firmemente convencidos, que la Salud militar debe re-organizarse funcionalmente y articulada en la estructura logística.

Los Oficiales de Sanidad médicos deben ser no solo muy buenos profesionalmente, sino estar preparados en ciencias administrativas y en las militares, así como estar dispuestos a desempeñarse en ciertos trances de la vida militar en cargos de Dirección de la Sanidad Institucional y de Los Hospitales Militares, compatibles con nuestra profesión.



## PROPUESTAS Y POSIBLES SOLUCIONES

### **1) Reajustar el marco legal del sistema de salud militar**

Reformar y reglamentar la asistencia sanitaria a las Fuerzas Armadas de la Nación, mediante un plan diferente por sus características peculiares y como fue concebida inicialmente, con un tratamiento especial por la Ley de Seguridad Social pero, sin apartarse de los protocolos y procedimientos técnicos de la salud pública.

El marco jurídico de la sanidad indudablemente amerita un replanteamiento estructural, con criterios de la doctrina militar, organizacional y técnico, el cual debe ser producto de un estudio logístico concienzudo, sereno y analítico con la participación de personal experto en sanidad y un equipo militar con formación en administración de servicios de sanidad, administración en salud, gerencia hospitalaria y especialización en Salud pública, para no caer en las lamentables equivocaciones de la re-estructuraciones previas.

### **2) Re-Articulación de la pirámide de Salud Militar**

Ni la base asistencial de una pirámide, ni los escalones intermedios, Ni el Iceberg organizacional en salud, pueden estar separados entre sí, desfuncionalizados ó amputado en su marco legal del manejo y operación del restante régimen y de una Dirección única como ocurre en la Salud militar, sin influencia directa y con el agravante de una pobre responsabilidad de las Direcciones técnicas de sanidad de cada una de las fuerzas.

El mejor sistema de salud donde puede aplicarse el concepto de pirámide asistencial de salud en la realidad actual de la salubridad es en la organización militar, por la situación de la salud pública y por los cambios, efectos e implicaciones de la reforma a la seguridad social colombiana.

### **3) El Hospital Militar debe depender del Comando General de las Fuerzas Militares:**

EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEBE SER LA CÚSPIDE ASISTENCIAL DE TODA LA ORGANIZACIÓN SANITARIA MILITAR, FUNDAMENTADO EN LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LA ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN MILITAR, CON UN EQUIPO HUMANO Y UN DISEÑO ADMINISTRATIVO-LOGÍSTICO VERDADERAMENTE MILITAR, DEPENDIENDO DE LA ESTRUCTURA CASTRENSE.

En un Estudio de Estado Mayor recientemente realizado por Oficiales Médicos Alumnos de la Escuela Superior de Guerra, con base en la conclusión a que se llegó se recomendó que se debe crear el Cuerpo de Sanidad Militar de donde deben depender todos los Establecimientos de la Sanidad Militar incluido el HOMIC, bajo el mando de un Oficial de Insignia como solución al problema..

Debe descentralizarse la atención en salud, deben funcionar Hospitales Generales ó Principales de Fuerza, regionalizar la asistencia en el territorio con una adecuada red de establecimientos (Hospitales Regionales II Nivel y Centros de Salud Medico militares de primer nivel). Tampoco existen Centros de Atención Básica de primer nivel para Veteranos -CABV- y para los pensionados fuera del Hospital Militar y de los cuarteles con programas para la tercera edad.

### **4) Revisión de la Complejidad de los E.S.M., Red de Servicios para aplicar el Sistema de Referencias y Contrarreferencias.**

La única institución estatal donde es aplicable funcionalmente la pirámide de salud es la organización sanitaria militar, con peldaños o escalones ascendentes I a IV pero, mejorando la capacidad instalada y técnica de los establecimientos de sanidad militar de acuerdo con los parámetros de niveles de complejidad y gradientes o centros de salud y hospitales tipo,

tomando en consideración las Regiones Colombianas, territorios y las jurisdicciones Divisionarias y de las Brigadas mas importantes.

#### **5) Reorganizar la atención en la guarnición de Bogotá.-**

La consulta medico odontológica de primer nivel del personal activo, en uso de buen retiro, civiles del sector Defensa incluyendo los empleados del HOMIC, debe realizarse en centros de atención básica -CABV- ó establecimientos de sanidad diferentes al Hospital Militar para Veteranos y pensionados.

#### **6) Aprobación de la carrera médico-militar, Rediseño del perfil de carrera para las profesiones paramédicas y Gerencia técnica del Recurso humano de sanidad.-**

Se impone una Gerencia muy especial para el manejo del Recurso Humano de la Sanidad en el Ejército, para evitar ingresos de personal no idóneo, para evaluar las reales necesidades y reemplazar algunos cargos con personal militar de salud, con una progresión coherente, razonable y ecuánime para los ascensos, urgiéndose la generación de una cultura institucional sobre la importancia del Cuerpo especial de Sanidad.

En la gran mayoría de países, los establecimientos de Sanidad, Hospitales Militares y Facultades de Salud y/o Escuelas médicas militares son regentados y atendidos por personal militar con título universitario en Medicina y de las Ciencias de la Salud que conforman los **Cuerpos Especiales de los Ejércitos.**

##### **6.1 Perfil de carrera para los Médicos y las profesiones paramédicas.-**

Se ha venido insistiendo, que para que se fortalezca el Sistema de Salud Militar, se debe establecer un perfil de carrera para el talento humano que siga la Investidura militar, es decir, que las profesiones de las ciencias de la salud (Medicina, Enfermería Profesional, Odontología, Bacteriología, Fisioterapia, Fonoaudiología, Optometría, Nutrición, Trabajo

Social, Psicología Clínica, etc., tengan una progresión militar por disciplina y campo de trabajo. Ha habido un error de apreciación, que es pensar que el perfil de carrera militar para el personal de sanidad es por el arma, por el contrario, el escalafón debe ser por profesión, por necesidades del Recurso humano de Sanidad y en el caso de los médicos por especialidad (clínica, quirúrgica ó administrativa).

## **6.2 Recertificación y Re-evaluación del personal de suboficiales de sanidad.-**

Debe tecnificarse el nivel académico del personal logístico de suboficiales de sanidad como corresponde y en consonancia con las normas establecidas por el Ministerio de Educación, de Salud (Min-Protección), ICFES, etc.

Los suboficiales asignados a sanidad no deben usar el escolapio de sanidad hasta haber alcanzado la certificación de Auxiliares de Enfermería o el título de técnicos en Enfermería. Deben cumplir también un perfil lógico de carrera debidamente establecido y encuadrado en pasos secuenciales paralelo a sus logros militares, incluyendo capacitación administrativa.

Si no llenan las expectativas de orden técnico como Auxiliares de Enfermería certificados o como Auxiliares administrativos de sanidad deben retirarse del Servicio Logístico de Sanidad.

*Deben existir normas claras para la administración del personal de sanidad sin interferencias.*

## **7) Implementar un sistema integral de información, de Usuarios, de consumos y de costos que permitan evaluar y controlar la gestión en sanidad.**

El proyecto de sistematización fue ya aprobado por la Dirección Nacional de Planeación (DNP) y por el Ministerio de Hacienda. Se requiere el apoyo necesario para que se le dé la

debida importancia a la información, con la implantación de los programas de Hardware y Software que permitan la disponibilidad de los datos necesarios para la planeación, programación, seguimiento y evaluación de los servicios. Lo anterior con la motivación y capacitación requerida a quienes tienen la responsabilidad de su procesamiento y análisis en todos los niveles.

#### **8) La SANIDAD debe volver a la Logística Militar.-**

La salud en razón a los bemoles operacionales debe seguir perteneciendo a la Logística, el manejo del sistema de salud debe estar bajo el control del mando militar, así como la parte operacional, la planeación, el apoyo de servicios, adquisiciones, administración, aspectos de intendencia y de los abastecimientos del área de la salud militar deben ser del soporte de la Logística.

#### **9) Propuesta de Alto dignatario para la salud militar.-**

La salud militar no cuenta con un Oficial de Insignia (Brigadier General o contralmirante), con bases en el campo profesional de la salud y en las ciencias administrativas de la misma para la Dirección General de la Sanidad, por lo que se propone un alto dignatario de la salud con ese rango que impulse desde la dirección de la Sanidad y teniendo el control de la Dirección del HOMIC la articulación engranaje y reestructuración técnica del sistema, antes que no pueden continuar dicótomos por cuanto afecta la planeación, funcionamiento, estructuración y definición de las políticas sanitarias militares y la atención del subsistema de salud de las Fuerzas Militares.

#### **10) Reformar el Consejo Superior de Salud Militar.-**

No se justifica un Comité de Salud para las Fuerzas Militares por un lado y de otra parte una Junta Directiva separada para el Hospital Militar. La dispersión en cuanto al organismo Rector de la Sanidad del control del único Hospital Militar de IV nivel obliga a pensar en la

**Redinamización funcional del sistema** desde el punto de vista de regencia, mando, control técnico

**11) Fortalecimiento de las Subdirecciones de Salud en las Direcciones de Sanidad y especialización en Administración de Servicios de Sanidad Militar.-**

El personal de médicos militares, son las cabezas de los equipos de salud y deben estar preparados en aspectos competentes de sanidad y de las disciplinas administrativas para dirigir el sistema de salubridad castrense.

La responsabilidad científica, la verificación de la aplicación de los protocolos y guías de manejo, el control técnico de la medicina militar debe recaer en un profesional de la medicina con investidura militar de grado coronel.

Debe implantarse como especialidades militares de obligatoriedad a lo largo de la carrera y particularmente como prerrequisito para ostentar el Coronelato pleno el entrenamiento académico en Administración de servicios de sanidad militar, Especialización en Logística Militar y la gerencia en salud.

La capacitación de personal militar en el área asistencial como en el administrativo tiene que realizarse y vincular a personal militar, dado que el personal civil no garantiza la prestación de los servicios de forma mejor que el personal militar de salud de nivel profesional.

**12) Unidad de mando para la salud militar.-**

Indudablemente se insiste en que para que hay unidad técnico-científica, militar, de mando y de control, todo el sistema tiene que estar integrado funcional y orgánicamente dependiendo de una jefatura de salud unificada que involucre por el personal militar el control de todas las dependencias de sanidad bajo la potestad del Comando General de las Fuerzas Militares.

### **13) Liderazgo Médico Militar y generación de conciencia militar de la situación de la salud.**

El liderazgo natural de un proceso de propuestas para la reforma y la reorganización de la sanidad debe salir de la Oficialidad de Sanidad y del cuerpo logístico, quienes no pueden seguir permaneciendo aletargados o despreocupados frente a la situación, planeación y direccionamiento de la Salud militar, no pueden continuar estando rezagados ni menos ajenos, frente a la presentación de proposiciones colegiadas para la recanalización del mismo.

Si el sistema de salud del componente armado de la República fracasa o hay que cambiarlo, y de pronto se llega a tener que incorporarlos a otro plan de salubridad privado ó publico, que implique la venta del HOSMIC o el paso de los militares al Seguro social, es porque no se tuvo el coraje para evitarlo.

### **14) Fortalecimiento de la Salud OPERACIONAL.-**

Los dos componentes, tanto de la atención de los usuarios en las guarniciones, como de sanidad en campaña y de la salud Operacional, el HOSMIC así como el subsistema de salud de las Fuerzas militares deben estar engranados, no separados tanto administrativa como funcionalmente en Salud, como se proyectó en una sola pirámide y sin que el Hospital Militar Central siga siendo considerado como un establecimiento de salud tipo instituto descentralizado ajeno y aislado técnico-administrativamente del funcionamiento del sistema.

Aunque hay aporte patronal del Estado para la financiación de los sistemas, no se ha revisado si la unidad de capitación es la más adecuada para costear una población de tan alto riesgo como la militar y con un conflicto como el que se vive, máxime que la seguridad en salud para quienes exponen sus vidas en caso de lesión debe ser asumida a plenitud por

el tesoro público como Salud operacional sin afectar el presupuesto de la atención de la salud en guarnición y sus beneficiarios. Paralelo a lo anterior se hace indispensable poner en funcionamiento la Escuela de Sanidad con especialización militar en salud Operacional, Saneamiento básico de campaña, cursos paramédicos para combatientes, etc.

*Hay que evaluar con mucho cuidado y mirar detenidamente el estudio de Sostenibilidad económica del Sistema de Salud Militar y por otra parte, el análisis de los gastos ocasionados por el Convenio suscrito con el Hospital Militar.* Se Considera que hay riesgos para la Financiación del Sistema por los crecientes costos en salud, falta de facturación en los establecimientos, seguimiento de costos asistenciales / año de los usuarios y sus dependientes y la atención de los lesionados de la guerra.

#### **15) Desarrollo de la Doctrina Logística de Sanidad para Colombia.-**

Debe desarrollarse la doctrina en términos de logística médica y de medicina militar enviando a capacitar al personal de médicos militar y de las otras profesiones a las Escuelas de Sanidad de los Ejércitos de otros países, así como recopilar en las oficinas de capacitación y de planeación de las DISAN los trabajos realizados en el pasado por personal de Oficiales de Sanidad.

#### **16) Evaluación minuciosa por profesionales de la Sanidad de los costos especiales de la salud institucional.**

Teniendo en cuenta los precios de brindar salud, se hace indispensable que al fortalecer la carrera medico-militar, el personal médico uniformado tenga una mayor preparación administrativa y contable para evaluar técnicamente los costos en las diferentes etapas de la progresión institucional, que en algún momento la investidura militar exige responsabilidad administrativa.

#### **17) Fortalecer los cursos de Educación Continuada Médica y en las profesiones paramédicas para el personal militar de la Sanidad.**



## XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia. Constitución 1.991. Constitución Política de Colombia/ Prólogo Carlos Lemos Simmonds, Bogotá, D.C. Editorial Panamericana, 1.998.
2. Ochoa Ochoa, Luis C. Prólogo Tomo I Salud Pública. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997.
3. Maya Mejía, José María. Conceptos básicos de Salud. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997; Págs. 1-7.
4. Pérez Rivera, Pascual H. Sistemas Nacionales de Salud. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997; Págs. 36-42.
5. Agudelo Suárez, Luz M. Atención Primaria. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997; Págs. 81-90.
6. Colombia, AstraZéneca. Gerencia de la Enfermedad. Programa SISAP. Bogotá, 2.003.
7. Blanco Restrepo, Jorge H. Descentralización en Salud. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997; Págs.50-58.
8. Ruiz Buitrago, Isabel C. Programas de Salud Pública. Salud Pública. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997; Págs. 75-80.
9. Gómez Arias, Rubén D. Prestación de Servicios en la Salud Pública. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997; Págs. 59-74.

10. Tono Ramírez, Teresa M. Seguridad Social en Salud. En Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín.1.997; Págs. 43-49.
11. Redondo H., Guzmán Mora F. La Reforma de la Salud y la Seguridad Social en Colombia. Biblioteca Jurídica. Bogotá. Reimpresión 2.000.
12. Valencia Tovar, Álvaro Gral. ® . Memorias Conferencia Internacional El papel de las Fuerzas Militares en una democracia en desarrollo. Bogotá, Abril/2.000
13. Colombia, Comando General de las Fuerzas Militares de Colombia. Gral. Mora Rangel Jorge. Misión – Valores F.F.M.M. Documento Direccionamiento Estratégico. En Políticas de Comando. Bogotá. 2.003.
14. Gómez Hurtado Enrique. Senador República-Oficial Rva. ARC. Memorias Conferencia Internacional El papel de las Fuerzas Militares en una democracia en desarrollo. Bogotá, Abril 2.002.
15. Colombia, Min-Defensa. Manual de Doctrina Logística para las Fuerzas Militares. FF.MM. 4-9 -Reservado- .Segunda Edición, Bogotá D.C. 1.999.
16. Colombia, Ejército. Directiva Logística de Sanidad 1.991.
17. Espinosa Jiménez Jorge A. Manejo de la Salud en las Fuerzas Militares (ensayo). Esdegue. Bogotá 1.999.
18. Colombia, Comando General F.F.M.M. Dirección General de Sanidad Militar D.G.S.M. Estudio de Sostenibilidad del Subsistema de Salud de Las Fuerzas Militares. Bogotá 2.003.

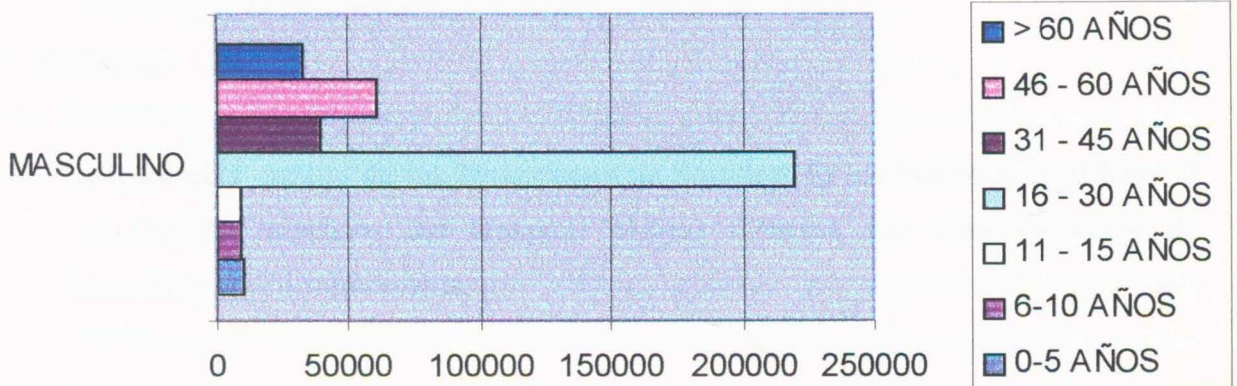
19. Colombia, Comando General F.F.M.M. Dirección General de Sanidad Militar D.G.S.M. Matriz de Correlación de Objetivos Sector Defensa, Comando General, Dirección General de Sanidad Militar. Bogotá, Diciembre 2.002.
20. Quirós, Héctor Manuel. Fundamentos y Legislación de la Calidad y Auditoria en Salud. Editorial Zuluaga. 2.001.
21. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 14707 de 1.991. Clasificación de los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y Complejidad.
22. Colombia, Escuela Superior de Guerra. Estudio de Estado Mayor: La Organización actual del Sistema de Salud Militar no permite la integración funcional y de sus Recursos. Trabajo de Estado Mayor Alumnos CIM4. Bogotá, Abril.2004.
23. Ewing P Alfredo Brigadier General Chile. Eficacia y Eficiencia de las Fuerzas Militares. Memorias Conferencia internacional. El papel de las Fuerzas Militares en una democracia en Desarrollo. Bogotá, Abril 2.002.

# **ANEXOS**

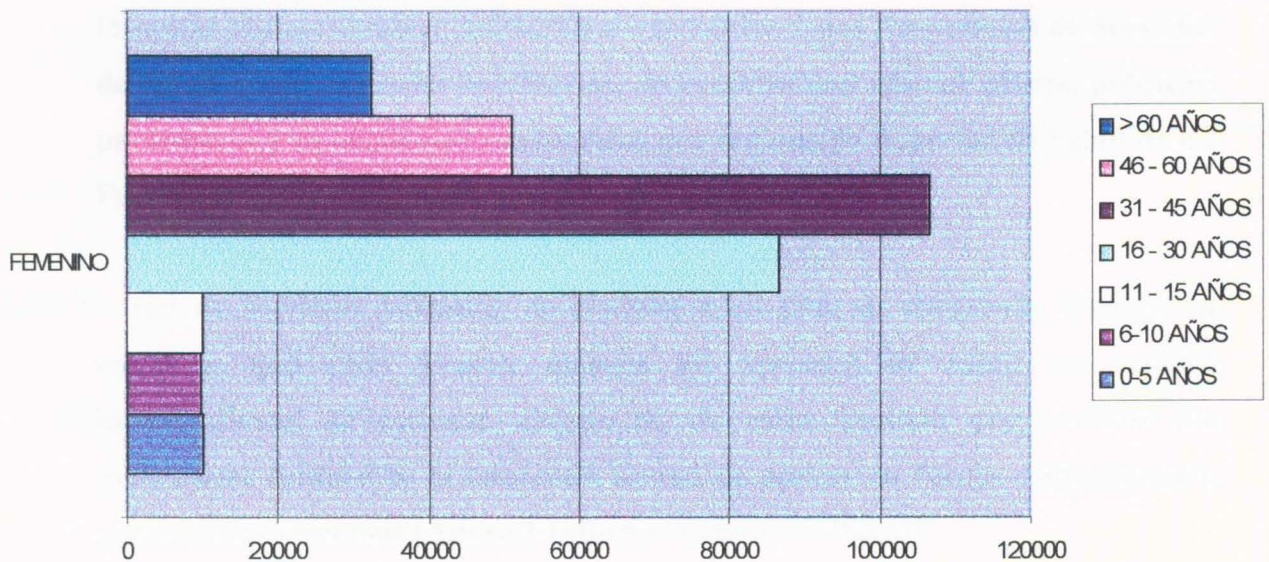


POBLACION MASCULINA Y FEMENINA DEL  
 SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

**DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE POBLACION SEXO MASCULINO  
 SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES AÑO 2.003**



**DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE LA POBLACION DE SEXO FEMENINO EN EL SUBSISTEMA DE  
 SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES AÑO 2.003**



## ESTUDIO DE ESTADO MAYOR

**1. PROBLEMA: LA ORGANIZACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD MILITAR NO PERMITE LA INTEGRACIÓN FUNCIONAL Y DE SUS RECURSOS.**

**2. FACTORES RELACIONADOS CON EL PROBLEMA**

**2.1 HECHOS:**

**2.1.1 La tendencia actual de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas, es utilizar al mínimo los servicios del Hospital Militar Central, por una sensación de insatisfacción y sobre costos.**

**2.1.2 El artículo 16 del Decreto 1795 de 2000, señala que “El Ejército Nacional, La Armada Nacional y la Fuerza Aérea serán las encargadas de prestar los servicios de salud a través de las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas a los afiliados y sus beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFm), por medio de sus Establecimientos de Sanidad Militar (ESM); así mismo, podrán solicitar servicios preferencialmente con el Hospital Militar Central (HOMIC) o con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y profesionales habilitados, de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP).”**

**2.1.3 La red de servicios existente, no obedece a un plan de desarrollo integral en razón a que cada Fuerza maneja los servicios de salud de manera independiente. El esfuerzo aislado de de cada Sanidad por resolver sus problemas, contradice la tendencia actual de operar en forma conjunta para optimizar los recursos (Anexo 1 Informe de Sostenibilidad).**

**2.1.4 La Ley de Presupuesto General de la Nación, asigna los recursos de funcionamiento e inversión en forma independiente al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, en cabeza de la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM), como unidad ejecutora. La ejecución del presupuesto de gastos generales e inversión, la realiza directamente cada Dirección de Sanidad de las Fuerzas mediante delegación del Ministro de Defensa; parte de esa delegación es dada en anticipo al Hospital Militar Central.**

**2.1.5 El HOMIC hace parte integral del SSFM, pero está por fuera del control de la Dirección General de Sanidad Militar.**

**2.1.6 La morbilidad de la población militar, derivada de la guerra, brinda a los Establecimientos de Sanidad Militar y al HOMIC experiencia inequivalente frente a otras Entidades Promotoras de Salud.**

**2.1.7 La organización del SSFM, incluido el HOMIC, carece de una cabeza jerárquica visible y de una organización como cuerpo único.**

**2.1.8 Los componentes del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el HOMIC como la supuesta cúspide de la pirámide no cuenta con un sistema de información.**

**2.1.9 No existe un perfil estandarizado de la carrera medico-militar.**

**2.2 SUPUESTOS:**



- 2.2.1 No existe una política ministerial sobre la organización y funcionamiento del CSSMP, aspecto que impide el adecuado empleo de los recursos.**
- 2.2.2 Dentro de un posible y futuro escenario de paz, la cobertura de los servicios de salud en general, en cada uno de los Establecimientos de Salud deberá cubrir las necesidades del personal activo, retirado y pensionado de las Fuerzas Militares.**
- 2.2.3 Existe un interés de la empresa privada por asumir la prestación de los servicios de salud al personal de las Fuerzas Militares, con fines lucrativos.**
- 2.2.4 A las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas con respecto a la facturación del HOMIC les genera descontento el hecho de tener que pagar los honorarios de sus propios médicos militares especializados por los servicios prestados en esta Institución, así mismo la creciente facturación del HOMIC es vista como una amenaza para la DGSM.**

### **2.3 CRITERIOS:**

- 2.3.1 La Ley 352 de 1997, creó la Dirección General de Sanidad Militar como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, con el propósito de administrar los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares e implementar las políticas, planes y programas que adopte el CSSMP y el Comité de Salud de las Fuerzas Militares.**
- 2.3.2 El artículo 6 del Decreto 1795 de 2000, establece como característica del SSFM la INTEGRACIÓN FUNCIONAL, de tal forma que las entidades que prestan servicios de salud concurrirán armónicamente a la prestación de los mismos, mediante la integración en sus funciones, acciones y recursos de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el CSSMP.**

**2.3.3 Los Establecimientos de Sanidad Militar deben acogerse y cumplir los requisitos mínimos esenciales establecidos por el Ministerio de Salud, en cuanto a infraestructura y equipo.**

**2.3.4 La DGSM debe desarrollar la Infraestructura necesaria siguiendo el Plan de Desarrollo, para lograr una eficiente prestación de los servicios de salud en los niveles I y II de atención para el personal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, previa aprobación del CSSMP.**

**2.3.5 Es necesario fortalecer los componentes operacionales del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para garantizar el cumplimiento de la misión constitucional.**

**2.3.6 El Hospital Militar Central, de acuerdo al Decreto 1301 de 1994, dependía del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, el cual suministraba la totalidad de los recursos para su funcionamiento.**

**2.3.7 La Ley 352 de 1997, ordenó la liquidación del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, la creación del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la transformación del Hospital Militar Central en un establecimiento público del orden nacional con autonomía administrativa y financiera, encargado de prestar los servicios de mayor complejidad al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.**

### **3. DEFINICIONES:**

#### **3.1 MORBILIDAD**

Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

#### **3.2 PATOLOGÍA**

Conjunto de síntomas de una enfermedad.

#### 4. DISCUSIONES

##### 4.1 POSIBLES SOLUCIONES:

**4.1.1 Reorganizar el SSFM creando el Cuerpo de Sanidad militar, de donde dependerán todos los ESM incluido el HOMIC como cúspide de la pirámide organizacional, bajo el mando de un oficial de insignia.**

**4.1.2 Privatizar la salud de las FFMM.**

##### 4.2 ANALISIS DE LA PRIMERA SOLUCION:

###### 4.2.1 Ventajas:

**4.2.1.1 Optimización del recurso disponible**

**4.2.1.2 Profesionalización del personal de sanidad Militar.**

**4.2.1.3 Estandarización de Normas y Procesos.**

###### 4.2.2 Desventajas:

**4.2.2.1 Crea resistencia por parte de las Fuerzas al perder el manejo de sus recursos de sanidad.**

##### 4.3 ANÁLISIS DE LA SEGUNDA SOLUCION:

###### 4.3.1 Ventajas:

**4.3.1.1 Se darían servicios en Out Sourcing como atención en niveles que no tienen los ESM en ciertas ciudades, el servicio de aseo, ambulancias, suministro de medicamentos.**

**4.3.1.2 Puede obtener precios competitivos con los que ofrece el HOMIC.**

**4.3.1.3 Mayor oportunidad y accesibilidad de consulta**

**4.3.2 Desventajas:**

**4.3.2.1 No sería una privatización total sino parcial por las razones que se explicaron en las ventajas.**

**4.3.2.2 No hay sentido de pertenencia y el compromiso generado es solo económico.**

**4.3.2.3 La calidad en los servicios contratados puede generar complicaciones que incrementan costos sin que se pueda hacer un control efectivo de la situación generada.**

**4.3.2.4 El sistema pierde experiencia y no se crea doctrina.**

**4.3.2.5 Se desaprovecha la experiencia de los ESM en el manejo de los pacientes de trauma de guerra.**

**4.4 COMPARACIÓN DE LAS POSIBLES SOLUCIONES:**

**4.4.1 Reorganizar el SSFF creando el Cuerpo de Sanidad Militar de donde dependerán todos los ESM incluido el HOMIC como cúspide de la pirámide organizacional, bajo el mando de un oficial de insignia.**

#### 4.4.2 Privatizar la salud de las FFMM.

### 4.5 CUADRO EVALUATIVO POSIBLES SOLUCIONES

PROPUESTA	CONDUCENTE	FACTIBLE	ACEPTABLE	TOTAL
PRIMERA	SI	SI	SI	3/0
SEGUNDA	SI	SI	NO	2/1

#### 5. FACTORES DETERMINANTES:

No	FACTOR DOMINANTE	VALOR/100	ALT.1	ALT. 2
1	Aprovecha recursos humanos existentes	20	20	10
2	Aprovecha recursos físicos existentes	10	10	10
3	Asegura la calidad de la atención	10	10	10
4	Cubre la morbilidad militar como tal	10	10	05
5	Apoya salud operacional	30	30	10
6	No hay limites en cobertura y enfermedades pre-existentes	20	20	10
	T O T A L	100	100	55

#### 6. CONCLUSION:

Teniendo en cuenta los resultados arrojados a partir de las dos posibles soluciones en los tres métodos contemplados en la discusión, ventajas, desventajas, factibilidad aceptabilidad y conducencia más los factores dominantes, se concluye que la solución al problema presentado es la alternativa No 1.

## 7. ACCIÓN RECOMENDADA:

**Con base en la conclusión a la que se llegó en el presente estudio de Estado Mayor se recomienda que para la organización actual del sistema de salud militar; se debe crear el cuerpo de sanidad militar de donde dependerán todos los ESM incluido el HOMIC como cúspide de la pirámide organizacional, bajo el mando de un oficial de insignia como solución al problema.**

## 8. ANEXOS

Ver Informe de Sostenibilidad del SSFM.

## PROYECCIONES (2004-2010)

### Aportes de Afiliados

2005	2006	2007	2008	2009	2010
70,130	71,094	71,094	71,094	71,094	71,094

### Aportes Patronales

2006	2007	2008	2009	2010
146,224	146,224	146,224	146,224	146,224

## APORTES DE LA NACIÓN

### Diferencia UPC-PPCD y PPCD

2005	2006	2007	2008	2009	2010
86,698	97,721	97,721	97,721	97,721	97,721

### Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional - ATEP

2005	2006	2007	2008	2009	2010
20.289	22.217	22.217	22.217	22.217	22.217

## **Inversión**

Los valores aportados proyectados para el periodo 2004-2006

<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>16.239</b>	<b>15.833</b>	<b>25.787</b>	<b>25.787</b>	<b>25.787</b>	<b>25.787</b>

## **OTROS INGRESOS**

<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
2.314	2.314	2.314	2.314	2.314	2.314



BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF.MM.

"TOMAS RUEDA VARGAS"



201005648