



Manejo de la salud en las Fuerzas Militares

Jórgé agustín Espinosa Jimenez

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

1999

MANEJO DE LA SALUD EN LAS FUERZAS MILITARES

Tesis presentada como requisito parcial para optar
Ejército

MY. AD. JORGE AGUSTIN ESPINOSA JIMENEZ

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA EJERCITO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA
CURSO DE INFORMACION MILITAR
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
ABRIL DE 1999

MANEJO DE LA SALUD EN LAS FUERZAS MILITARES

1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES	2
2.1 ANTECEDENTES JURIDICOS	2
2.2 ANTECEDENTES FINANCIEROS	3
2.3 ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS	4
2.4 ANTECEDENTES ASISTENCIALES	10
3. EVOLUCION MANEJO DE LA SALUD	
3.1 EVOLUCION JURIDICA	12
3.2 EVOLUCION ADMINISTRATIVA	13
3.2.1 Aspecto Positivo del Decreto 1301/94	16
3.2.2 Aspecto Positivo del Decreto 352	16
3.2.3 Aspecto Negativo del Decreto 1301	17
3.3 EVOLUCION DESDE EL PUNTO DE VISTA FINANCIERO	18
3.3.1 Aspecto Positivo del 1301	19
3.3.2 Aspecto Positivo del 352	20
3.3.3 Aspecto Negativo del Decreto 1301	20
3.3.4 Aspecto Negativo del Decreto 352	21
3.4 EVOLUCION ASISTENCIAL	21
3.4.1 Aspecto Positivo del Decreto 1301	22
3.4.2 Aspecto Negativo del Decreto 1301	22

Tesis presentada como requisito parcial para optar al Grado de Teniente Coronel del Ejército Nacional.

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA
CURSO DE INFORMACION MILITAR
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
ABRIL DE 1999**

TABLA DE CONTENIDO

- 1. INTRODUCCION 1**
- 2. ANTECEDENTES 2**
 - 2.1 ANTECEDENTES JURÍDICOS 2
 - 2.2 ANTECEDENTES FINANCIEROS 3
 - 2.3 ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS 4
 - 2.4 ANTECEDENTES ASISTENCIALES 10
- 3. EVOLUCION MANEJO DE LA SALUD EN LAS FF.MM. 12**
 - 3.1 EVOLUCION JURÍDICA 12
 - 3.2 EVOLUCION ADMINISTRATIVA 15
 - 3.2.1 Aspecto Positivo del Decreto 1301/94 16
 - 3.2.2 Aspecto Positivo del Decreto 352 16
 - 3.2.3 Aspectos Negativos del Decreto 1301 17
 - 3.3 EVOLUCION DESDE EL PUNTO DE VISTA FINANCIERO 18
 - 3.3.1 Aspectos Positivos del 1301 19
 - 3.3.2 Aspectos Positivos del 352 20
 - 3.3.3 Aspectos Negativos del Decreto 1301 20
 - 3.3.4 Aspectos Negativos del Decreto 352 21
 - 3.4 EVOLUCION ASISTENCIAL 21
 - 3.4.1 Aspectos Positivos del Decreto 352 21
 - 3.4.2 Aspectos Negativos del Decreto 1301 22

4. ANALISIS PRESUPUESTAL AÑO 1999..... 23

5. MANEJO DE LA SALUD EN ALGUNOS PAISES 24

5.1 BRASIL 24

 5.1.1 Sistema de Salud en las Fuerzas Armadas..... 24

5.2 CHILE 28

6. CONCLUSIONES 29

7. RECOMENDACIONES..... 33

8. BIBLIOGRAFIA 37

Este análisis busca, en una forma constructiva, ver la evolución de la Salud Militar enfocando las áreas Administrativas, asistenciales, financieras y jurídicas, para tratar de detectar el origen del incumplimiento de los usuarios, evidenciado en las permanentes quejas sobre la prestación de servicios médico- asistenciales en los diferentes centros de atención.

El presente trabajo no pretende ser una tesis sino un ensayo, dado el corto tiempo para su elaboración, que deje reflexiones que permitan diseñar un plan de trabajo a fondo para establecer la necesidad de una posible reingeniería del Sistema de Salud de la Fuerzas Militares.

1. INTRODUCCION

Teniendo en cuenta la crisis que atraviesa la Salud en Colombia, he querido hacer un análisis del manejo de la salud en las Fuerzas Militares y en especial del Ejército, teniendo en cuenta que es la Fuerza más compleja por la cantidad de hombres, su forma de operar y su despliegue por casi todo el territorio nacional.

Este análisis busca, en una forma constructiva, ver la evolución de la Sanidad Militar enfocando las áreas Administrativas, asistenciales, financieras y jurídicas, para tratar de detectar el origen del inconformismo de los usuarios, evidenciado en las permanentes quejas sobre la prestación de servicios médico- asistenciales en los diferentes centros de atención.

El presente trabajo no pretende ser una tesis sino un ensayo, dado el corto tiempo para su elaboración, que deje reflexiones que permitan diseñar un plan de trabajo a fondo para establecer la necesidad de una posible reingeniería del Sistema de Salud de la Fuerzas Militares.

2. ANTECEDENTES

2.1 ANTECEDENTES JURÍDICOS

Antes del Decreto 1301 de Junio de 1994, la Sanidad Militar se regía por las siguientes normas:

- ◆ Decreto 1620/86 – Hospital Militar Central presta servicios médico y hospitalarios a retirados y pensionados de Bogotá y todo el personal remitido de otras guarniciones.
- ◆ Decreto 0796 de Mayo/87 - Organización de Sanidad
- ◆ Resolución 700 de Febrero/88 – Aplicación tarifa ISS cuando la Unidad no pueda prestar el servicio

- ◆ Decreto 094 de Enero/89 – Capacidad Sicofísica

- ◆ Decreto 1211 de Junio/90 – Estatuto del Personal de Oficiales y Suboficiales de FF.MM

- ◆ Decreto 1214 de Junio/90 – Estatuto del Personal Civil del Mindefensa y Ponal
- ◆ Decreto 063 de Enero/91 – Documento de identificación para acceder a los servicios médico- asistenciales: Oficiales y suboficiales activos---- Cédula Militar.
- ◆ Empleados civiles -----Tarjeta de identidad de Civiles, Beneficiarios-----
Carnet de Servicios médicos.
- ◆ Decreto 2395 de Octubre/91 – Tarifas para prestación de servicios médico- asistenciales a beneficiarios.
- ◆ Directiva 053/91 Sanidad Ejército
- ◆ Directiva 800-02/93 Logística de Sanidad –Comando General FF.MM

2.2 ANTECEDENTES FINANCIEROS

El financiamiento de la Sanidad Militar tenía 3 fuentes:

1. Presupuesto Nacional
2. Cotización de Civiles en servicio activo, Retirados y Pensionados 5% Sueldo
3. Apoyos especiales

El presupuesto no se elaboraba sobre bases técnicas, ya que no se disponía de un censo poblacional de usuarios por unidades militares, tampoco el estudio epidemiológico de las Fuerzas Militares ni indicadores de morbilidad por áreas geográficas, que permitiera cuantificar los costos médico - asistenciales de prevención y de curación. No tenía una base de datos con estadística de atención médica por patologías en las enfermerías o dispensarios, que permitiera la asignación racional del presupuesto. En consecuencia Minhacienda asignaba una partida general para materiales y suministros, ya que la Sanidad no tenía rubro presupuestal, en Ejército se distribuía entre las direcciones técnicas de la Intendencia General de acuerdo al poder de convencimiento del Director de sanidad del momento.

Como apoyo para las unidades, con el Decreto 2395/91 se establecieron unas tarifas mínimas para atención al usuario, buscando cubrir el costo de los formatos.

2.3 ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares estaba constituido por tres niveles:

- ◆ Nivel Central - Dirección de sanidad de las Fuerzas Militares
- ◆ Nivel Seccional - Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas
- ◆ Nivel Local - Secciones de Sanidad de las Unidades Tácticas y Operativas

♦ Enfermería ESUPA - Madrid

La Armada estaba organizada por:

Dirección de sanidad

La organización de la sanidad en el Ejército estaba dada por la Directiva 053/91

- ♦ Hospital Naval - Cartagena
- ♦ Dispensario Naval - Bahía Málaga
- ♦ Dispensario Naval - Pto. Leguizamo
- ♦ Dispensario ARC - Barranquilla
- ♦ Centro de Medicina Naval - Bogotá

♦ Enfermerías a nivel batallón - 50

La Fuerza Aérea estaba organizada por:

ORGANIZACIÓN SANIDAD MILITAR - EJERCITO			
RESPONSABLE	SERVICIOS	NIVEL EVACUACION	
♦ Dirección de sanidad			
♦ Dispensario EMAVI - Cali	Medicina preventiva Policlinica adultos Medicina General Medicina pediátrica	I Nivel Zone de Combate Puesto de Socorro	
♦ Dispensario CACOM-1 - Pto. Salgar	Medicina General	II Nivel	
♦ Dispensario CACOM-2 - Apiay	Medicina General Ginecología		
♦ Enfermería CACOM-3 - Barranquilla	Medicina General Pediatría	- Zone de Retaguarda	
♦ Enfermería CAMAN - Madrid	Pequeña Cirugía RX Diagnóstica	- Puesto clasificación	
♦ Enfermería CATAM - El dorado	Laboratorio Clínico RX Diagnóstica Demás especialidades		
♦ Enfermería CAATA 1 - Melgar		U. O.	
♦ Enfermería GASUR - Tres esquinas			
♦ Enfermería GACAR - San Andrés			
♦ Enfermería CAATA 2 - Rionegro			

- ◆ Enfermería ESUFA - Madrid
- ◆ Enfermería CEMAV - Bogotá

La organización de la sanidad en el Ejército estaba dada por la Directiva 053/91 así:

- ◆ Dirección de Sanidad – Dependiendo de la Intendencia General
- ◆ Comité de Medicina Preventiva a nivel Brigada y a nivel Batallón
- ◆ Hospitales regionales
- ◆ Dispensarios dependiendo del Batallón de servicios a nivel Brigada - 19
- ◆ Enfermerías a nivel batallón - 50

ORGANIZACION SANIDAD MILITAR - EJERCITO			
NIVEL DE ATENCION	RESPONSABLE	SERVICIOS	NIVEL EVACUACION
I. Nivel o Básico U.T.	Todas las enfermerías de U.T.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Medicina preventiva ◆ Primeros auxilios ◆ Medicina General ◆ Medicina ambulatoria 	I Nivel Zona de Combate Puesto de Socorro
II. Nivel o Intermedio U.O.	Dispensarios Tipo B <ul style="list-style-type: none"> ◆ BR01 Tunja ◆ BR06 – Ibagué ◆ BR07 Villavicencio ◆ BR08 Armenia ◆ BR09 Neiva ◆ BR11 Montería ◆ BR13 Bogotá ◆ BR14 Pto. Berrio ◆ BRALOG ◆ ESMIC ◆ ESART Dispensarios Tipo A <ul style="list-style-type: none"> ◆ BR02 B/quilla ◆ BR03 Cali ◆ BR04 Medellín ◆ BR05 B/manga ◆ BR10 Tolomaida 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Medicina General ◆ Medicina Interna ◆ Ginecología ◆ Obstetricia ◆ Pediatría ◆ Pequeña Cirugía ◆ RX Odontológico ◆ Laboratorio Clínico ◆ RX Diagnóstico ◆ Demás especialidades 	II Nivel - Zona de Retaguardia - Puesto clasificación U. O. de programas

ORGANIZACION SANIDAD MILITAR - EJERCITO			
NIVEL DE ATENCION	RESPONSABLE	SERVICIOS	NIVEL EVACUACION
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ BR12 Florencia ◆ BASAN- Bogotá 		
III. Nivel o Superior U.O.	Hospitales regionales del BASPC. I Div. B/quilla I Div. Medellín II Div. Bucaramanga III Div. Cali IV Div. Florencia	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Servicios del II Nivel ◆ RX de diagnóstico ◆ Cirugía ambulatoria ◆ Demás especializadas Médicas. 	III Nivel - Zona del Interior - Puesto Clasificación U.O
IV. Nivel de Alta Especialidad Cdo. General	Hospital Militar Central	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Urgencias ◆ Medicina especializada ◆ Cirugía Mayor ◆ Rehabilitación 	

Dentro de la Misión de la Dirección de Sanidad -Ejército estaba:

- ◆ Programar y administrar los recursos humanos en coordinación con el departamento de personal.
- ◆ Programar y administrar el presupuesto y equipo asignado para la prestación de los servicios médicos asistenciales.
- ◆ Definir la situación de capacidad sicofísica del personal de la Fuerza.
- ◆ Prevenir y controlar las enfermedades y supervigilar la ejecución de programas de medicina preventiva.

◆ Planear, administrar y supervigilar el mantenimiento del equipo de sanidad.

A esta dirección no se le dio la importancia requerida, no poseía la información necesaria sobre su área. No tenía información sobre:

◆ Personal TOE - Efectivos - Faltantes por cada unidad

◆ Población de usuarios por Unidad Militar

◆ Personal comprometido con la sanidad por unidad

◆ Planes de prevención

◆ Plan de mantenimiento de equipos

◆ Plan de renovación de equipos

◆ Indices de Morbilidad por región geográfica

Esta dirección no logra los objetivos por falta de recurso humano idóneo, falta de planeación, falta de coordinación con las unidades y supervisión sobre su desempeño, lo que impidió tener el liderazgo para lograr una eficiente prestación de los servicios médico asistenciales.

A pesar de que en la directiva 053/91 se establecían unas funciones y responsabilidades que debían cumplir la Dirección, Comités de medicina preventiva, enfermerías y dispensarios, no cumplieron.

A comienzo del año 1994 se implementaron unos formularios para que las unidades reportaran las principales causas de atención y principales patologías, sin

embargo hubo resistencia al cambio por parte del personal médico, odontológico y paramédico, razón por la cual no se logró conformar una base de datos que permitiera sustentar ante el Ministerio de Hacienda la necesidad de un mayor presupuesto.

El presupuesto se asignaba a cada unidad a través de la Orden administrativa de partidas fiscales, pero su cuantía no obedecía a ningún estudio técnico.

En una época buscando un ahorro económico por la compra en volumen se compraban los medicamentos centralizados en Bogotá y se distribuían a las unidades, pero como no se tenía información de las patologías más frecuentes en el área no llegaba lo que se necesitaba, perdiéndose por vencimiento

Teniendo en cuenta las deficiencias para obtener el presupuesto necesario para prestar una adecuada atención médico asistencial, siempre era deficitario, no se giraban oportunamente las partidas suficientes a los dispensarios y enfermerías incurriendo, en ocasiones y por necesidad de atención oportuna al paciente, en adquirir compromisos con droguerías y entidades de salud, no pagando oportunamente llevando consigo el cierre de los créditos en detrimento de la atención a los usuarios.

2.4 ANTECEDENTES ASISTENCIALES

- * Sumado a las deficiencias antes mencionadas, no había el personal médico y odontológico suficiente además algunos laboraban solo 4 horas diarias en los dispensarios y enfermerías no atendiendo el volumen de usuarios.
- * El personal paramédico mantenía una actitud áspera y displicente, tratando mal a los usuarios.
- * Los equipos fallaban permanentemente por falta de mantenimiento
- * Los medicamentos no se suministraban totalmente, permanecían agotados, bien porque no se había comprado suficiente, en algunos casos por malos manejos o porque por una falta de orientación al usuario, especialmente a los beneficiarios y los retirados, quienes tomaban como costumbre asistir a los dispensarios permanentemente sin causa justa, "como contraprestación a los muchos años de servicio prestado a la institución"
- * Las urgencias no eran atendidas oportunamente ya que no había un médico de turno presencial solo disponible y nunca acudía a tiempo
- * En el ámbito de la atención en el área de combate, las patrullas no contaban con el apoyo de enfermeros de combate, lo que implicaba un gran riesgo para la

salud y la vida de los militares ya que había que esperar el helicóptero para evacuarlos.

3. EVOLUCION MANEJO DE LA SALUD EN LAS FF.MM.

- * Se abusaba de la utilización del Hospital Militar Central enviando pacientes para atención del Nivel I y II por falta de organización de los dispensarios y enfermerías.
- * No había campañas de medicina preventiva ni de salud ocupacional en las unidades, a pesar de que estaban contempladas en las normas.

3.1 EVOLUCION JURIDICA

Ley 100/93 - Diciembre - Sistema de Seguridad Social Integral

Decreto 1301/94 - Junio - Organización del Sistema de salud de las FF.MM y Ponal. Se crea el Instituto de Salud de las FF.MM como establecimiento público, absorbiendo al Hospital Militar Central el cual pasa a ser una unidad prestadora de servicios, sin posibilidad de venta de servicios a particulares. Introduce el sistema de compensación en detrimento del presupuesto de salud de las FF.MM.

A pesar de que la Ley 100/93 en su artículo 279 exceptuaba a la Fuerza Pública de integrar el Sistema de Seguridad Social, los asesores en la elaboración del Decreto 1301/94 incluyen a las FF.MM

3. EVOLUCION MANEJO DE LA SALUD EN LAS FF.MM.

En 1993 bajo el mandato del Dr. Gaviria y de su política Neoliberal de descentralización y privatización, se gesta la reestructuración de la Salud en Colombia donde el Estado se libera parcialmente de sus obligaciones y deja en cabeza del usuario parte del costo de la salud.

3.1 EVOLUCION JURÍDICA

Ley 100/93 – Diciembre – Sistema de Seguridad Social Integral

Decreto 1301/94- Junio – Organización del Sistema de salud de las FF.MM y Ponal. Se crea el Instituto de Salud de las FF.MM como establecimiento público, absorbiendo al Hospital Militar Central el cual pasa a ser una unidad prestadora de servicios, sin posibilidad de venta de servicios a particulares. Introdujo el sistema de compensación en detrimento del presupuesto de salud de las FF.MM.

A pesar de que la Ley 100/93 en su artículo 279 excepcionaba a la Fuerza Pública de integrar el Sistema de Seguridad Social, los asesores en la elaboración del Decreto 1301/94 incluyen a las FF.MM.

1996. Las unidades promotoras de salud de cada Fuerza vuelven a ser

Ley 0263/96 – Enero – Modifica el 1301/94 incluye a personal civil de Mindefensa, a no uniformados de Ponal, a estudiantes de pregrado y postgrado que presten servicios en el Sistema y a sus beneficiarios. Atención a los usuarios en el exterior sin previa aprobación. Autorización a los médicos para atender pacientes particulares sin perjuicio de sus funciones y cancelando los derechos de los equipos e instalaciones.

Sentencia 083/96 – Corte Constitucional – Pronunciamiento de la Corte sobre 22

Ley 0269/96 – Febrero – Regula el artículo 128 de la Constitución Nacional, autoriza al personal asistencial que preste directamente servicios de salud a desempeñar más de un empleo en entidades de derecho público. Prohíbe la concurrencia de horarios. Máximo 66 horas semanales. Implementa sanciones hasta 200 SMMV a las entidades que contraten contrario a esta ley.

servicios de alto costo.

Decreto 2174/96 - Noviembre –Minsalud – Organización del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad. Acreditación de prestadoras de servicios de salud.

compartidos y de las cuotas moderadoras para el SSMP

Ley 352/97 – Enero – Reestructuración del Sistema de Salud de las FF.MM y Ponal, en forma independiente y armónica con su organización logística y su Misión Constitucional.

compartidos y de las cuotas moderadoras para el SSMP

Deroga el Decreto 1301/94, la Ley 0263/96, modifica totalmente el sistema. Se ordena la supresión y liquidación del Instituto de salud de las FF.MM y del Instituto para la seguridad social y Bienestar de la Policía, con plazo máximo de Enero 16

1998. Las unidades coordinadoras de sanidad de cada Fuerza vuelven a ser direcciones de Sanidad dependiendo de las Fuerzas pero coordinadas con la Dirección General.

Decreto 2193/97 – Septiembre – Se establece la estructura interna y las funciones de la Dirección General de Sanidad Militar, dependiendo del Comando General

Sentencia 089/98 – Corte Constitucional – Pronunciamiento de la Corte sobre 22 artículos de la Ley 352/97 demandados, de los cuales declaran inexecutable los siguientes:

Art. 7 literal G - Aprobar parámetros de tarifas internas y externas

Como se puede apreciar en el artículo K – Determinar periodos mínimos de cotización para prestación de servicios de alto costo.

Art. 10 literal J – Someter a consideración del CSSMP el monto de los pagos compartidos y de las cuotas moderadoras para el SSMP.

Art. 16 literal J – Someter a consideración del CSSMP el monto de los pagos compartidos y de las cuotas moderadoras para el SSMP.

Nota: El art.10 y 16 contemplan funciones para la Dirección General de Sanidad

Art. 20 – Exceptúa de beneficiarios a los beneficiarios de pensión por retiro o

No es con Muerte. No pueden hacer excepción pues todos son cotizantes. *orientadores del sistema*

Art. 24 – Preexistencias y Servicios de alto costo. Durante el periodo mínimo de *para*

organizar cotización el CSSMP podrá establecer que para acceder a dichos *en que*
en el término servicios, los usuarios deberán sufragar total o parcialmente los *estado en*
cuanto a costos. *unidad de una vigencia*

Art. 36 – Pagos compartidos y cuotas moderadoras – No es competencia del
 3.2.1 Aspecto Positivo del Decreto 1301/94
 CSSMP.

Creación del Consejo Superior de Salud de las FF.MM y Panel como ente

Como se puede apreciar han pasado casi 5 años desde la expedición del Decreto 1301/94 y aún no tenemos una reglamentación precisa y de amplia cobertura que permita funcionar al SSMP con fluidez, pareciera como la intención de buscar *3.2.2 Aspecto Positivo del Decreto 302*
 volver mas gravosa y menos accesible la atención médico asistencial para el usuario. *el Hospital Militar Central como establecimiento público adscrito al*

Mindefensa con autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio

3.2 EVOLUCION ADMINISTRATIVA *como ente productivo*

La expedición del Decreto 1301/94 trajo como consecuencia un caos administrativo, toda vez que para su formulación no fue consultado el personal comprometido con la salud de las FF.MM y posteriormente no hubo la divulgación necesaria.

• Introduce el principio de autonomía. El SSMP se regirá exclusivamente de

No se conocieron en su momento las políticas, las directrices ni los procedimientos orientadores del sistema.

3.2.3 Aspectos Negativos del Decreto 1301

Si bien el artículo 248 de la C.N daba plazo hasta el 23 de Junio de 1994 para organizar el Sistema de Salud de las FF.MM y de Ponal, no se comprende con que en el término de 6 meses no se hubiera planeado su implementación teniendo en cuenta que era en mitad de una vigencia.

3.2.1 Aspecto Positivo del Decreto 1301/94

Creación del Consejo Superior de Salud de las FF.MM y Ponal como ente regulador del sistema.

3.2.2 Aspecto Positivo del Decreto 352

• Los dispensarios y enfermerías cesaron en su mayoría bajo la dirección de un

- Revive al Hospital Militar Central como establecimiento público adscrito al Mindefensa con autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio propio. Vuelve a permitir que sea un ente productivo.

• El ISFM absorbe al Hospital Militar Central y lo convierte en una unidad

- Introduce el principio de equidad, un nuevo concepto del principio de unidad enfocada hacia la unidad de gestión.

- Introduce el principio de autonomía " El SSMP se regirá exclusivamente de conformidad con lo establecida en esta Ley".

3.2.3 Aspectos Negativos del Decreto 1301

- El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, nace sin norte, como consecuencia de no consultar con los demás entes del sistema sus necesidades y sus capacidades.

- Al expedirse el decreto 1301 y por mala planeación y coordinación con las Fuerzas, los dispensarios que dependían de los BASPC y las enfermerías que dependían de las U.T quedaron como rueda suelta desde el punto de vista Militar y administrativo, ya que según instrucción del Instituto pasaban a depender directamente del Instituto. Se perdió la Unidad de mando.

- Los dispensarios y enfermerías quedaron en su mayoría bajo la dirección de un suboficial de grado sargento segundo, sin haberlo capacitado previamente, dirigiendo al personal médico y paramédico.

- El ISFM absorbe al Hospital Militar central y lo convierte en una unidad prestadora de servicios, limitando la prestación de servicios a particulares. Lo que implicó el retiro de prestantes especialistas.

- El ISFM se vuelve un autócrata, no consulta con los demás entes del sistema, no escucha sugerencias y solo quiere imponer su criterio.
- No incluyó dentro del Consejo la participación del Director de HOSMILC.
- El Militar ve rebajado su ingreso porque se vuelve cotizante, sin tener en cuenta que el incremento de los sueldos a través de los años ha sido inferior al IPC.

Actualmente la Dirección General de Sanidad Militar, se ha tecnificado en el procedimiento de giro a través de la red Bancaria, gira las U.T. y hace seguimiento de su utilización oportuna.

3.3 EVOLUCION DESDE EL PUNTO DE VISTA FINANCIERO

Estructura el financiamiento del sistema así:

- 4% Aporte del trabajador
- 12% Aporte del Estado
- La diferencia entre UPE menos UPC de los cotizantes (20%) - Aporte del Estado.
- El valor de las UPE no cotizantes como aporte del Estado
- 2% de la nómina de sueldo básico y subsidio familiar para ATEP- Aporte del Estado.

- El valor del costo de la adecuación de las unidades prestadoras de servicio(Inversión)- Aporte del Estado.
- El Costo de la renovación tecnológica y demás inversiones necesarias para mantener y mejorar el servicio.- Aporte del Estado.
- Aportes territoriales, cuando se presten servicios de salud a la comunidad (Pto. leguizamo).
- Ingresos por donaciones, venta de servicios.
- 2% del Sueldo Base de los estudiantes de pregrado y postgrado que presten su servicio al SSMP Art.32 Paragrafo 1 Ley 352/97

La asignación a las fuerzas se hace por cuota per cápita por el número aproximado de usuarios y por niveles de atención.

3.3.1 Aspectos Positivos del 1301

De las pocas cosas positivas del Decreto 1301/94 son que promueve la creación del rubro salud, a partir de 1996, obligando a tecnificar el planeamiento del presupuesto basado en unidades per-capita UPC, acogiéndose a la Ley 100/93 en lo referente al régimen contributivo y subsidiado.

Pretendió centralizar en cabeza del Instituto el manejo racional del presupuesto.

3.3.2 Aspectos Positivos del 352

- Se elimina el sistema de compensación
- Previa evaluación del perfil epidemiológico se podrá solicitar el reconocimiento para UPE hasta por un 30%.

3.3.3 Aspectos Negativos del Decreto 1301

No contempló que los riesgos en la salud de los miembros de las FF.MM no tienen comparación con cualquier otro trabajador y nacen las Unidades per-cápita especiales UPE con solo un reconocimiento del 20% adicional sobre las UPC.

Introdujo el sistema de compensación, es decir, si los aportes del 12% son mayores al valor generado por las UPC x # de usuarios, la diferencia se gira al Fondo de Solidaridad y Garantía. Ej. Si el 12% del sueldo mensual de un General es \$588.000 de este valor el cotizante solo recibirá el valor de la UPC aproximadamente \$28.000 mensual, la diferencia de \$560.000 se deberá girar al FOSGA.

Por falta de planeación y coordinación con la fuerza y la no delimitación inicial del presupuesto asignado a cada unidad prestadora de servicios, las enfermerías y dispensarios empezaron a comprometer el presupuesto sin respaldo. La mecánica

fue comprometida y envíe las cuentas, al cabo del tiempo cuando se logró hacer corte tentativo, se estableció que se habían pasado del presupuesto apropiado.

El HMC al no tener otra fuente de recursos dependía exclusivamente del ISFM, ente que no conocía el funcionamiento interno del hospital, convirtiéndose en un calvario la asignación de recursos y con graves riesgos legales ya que la atención al paciente en el nivel del Hospital no permite esperar el resultado del loby ante el ISFM.

3.3.4 Aspectos Negativos del Decreto 352

Queriendo gravar más al usuario incurrió en fallas jurídicas que fueron declaradas inexecutable por sentencia 089/98 de la Corte Constitucional.

Teniendo en cuenta las limitaciones presupuestales, el HOSMILC continúa restringido para prestar servicios a particulares previa autorización del Consejo Superior de Salud de las FF.MM. Art.4 Lit. J de la Ley.

3.4 EVOLUCION ASISTENCIAL

3.4.1 Aspectos Positivos del Decreto 352

- Con la sentencia 089/98 se abre la posibilidad de incluir a los beneficiarios por muerte de los pensionados.

- Amplía la cobertura de afiliados cotizantes a los alumnos de pregrado y postgrado que presten sus servicios al SSMP y por consiguiente a sus beneficiarios.

3.4.2 Aspectos Negativos del Decreto 1301

- A pesar de que aporta no se ve reflejado en un mejoramiento del servicio sino en una restricción cada vez mayor para tener acceso al servicio.
- Bajó el nivel científico y asistencial especialmente en el HMC y Hospital Naval al retirarse varios especialistas por los bajos sueldos y la prohibición de atender particulares

Actualmente persisten algunas deficiencias:

- El no suministro oportuno de medicamentos
- Falta de suficientes enfermeros de combate
- Falta implementar escalafonamiento de personal paramédico

4. ANALISIS PRESUPUESTAL AÑO 1999

A continuación se hará un análisis del presupuesto asignado para el año 1999 :

Los datos allí contenidos fueron los suministrados por los entes del sistema encargados de suministrar esa información.

1. En la primera tabla veremos la asignación presupuestal por niveles de atención.
2. En la segunda tenemos el consolidado de población : afiliados y beneficiarios
3. En la tercera, tenemos la población de afiliados y beneficiarios por fuerza.
4. En la cuarta tenemos : Distribución presupuestal por niveles asistenciales y programas.

**COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR**

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL POR NIVELES DE ATENCIÓN

TOTAL VALOR DE PPCD ASIGNADA \$416.099,48 PARA 1999

ACTIVIDADES	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	PPCD AÑO 1999 \$416.099,48	PRESUPUESTO 1999
1. NIVEL I			
SUBTOTAL NIVEL I	10,52	43.779,59	17.708.188.040
2. NIVEL II			
SUBTOTAL NIVEL II	10,11	42.080,78	17.021.044.921
3. NIVEL III			
SUBTOTAL NIVEL III	1,78	7.416,84	3.000.000.000
4. NIVEL IV			
PATOLOGÍAS CATASTRÓFICAS	4,61	19.174,17	7.755.664.904
SERVICIOS MÉDICOS EN EL EXTERIOR	0,59	2.472,28	1.000.000.000
SUBTOTAL NIVEL IV	5,20	21.646,45	8.755.664.904
5. PROGRAMAS			
EDUCACIÓN ESPECIAL	0,89	3.708,42	1.500.000.000
SALUD OPERACIONAL	5,55	23.110,87	9.348.000.000
SALUD OCUPACIONAL Y LABORAL	2,00	8.321,99	3.366.120.000
MEDICINA PREVENTIVA	2,67	11.125,26	4.500.000.000
SUBTOTAL PROGRAMAS	11,12	46.266,54	18.714.120.000
6. HONAC			
SUBTOTAL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	0,42	1.730,80	700.000.000
7. TRANSFERENCIA A HOMIC			
SUBTOTAL HOMIC	29,71	123.613,98	50.000.000.000
8. RESERVA TÉCNICA			
SUBTOTAL RESERVA TÉCNICA Y URGENCIAS DIC./99	4,30	17.910,02	7.244.335.096
SUBTOTAL ASISTENCIAL	73,17	304.444,79	123.143.350.981
9. SERVICIOS PERSONALES NOMINA			
SUBTOTAL SERVICIOS PERSONALES	19,42	80.827,19	32.693.388.907
10. DGSM			
ADMINISTRACIÓN DGSM	0,59	2.472,28	1.000.000.000
TRANSFERENCIAS	6,68	27.781,09	11.237.036.152
IMPUESTOS Y MULTAS	0,14	574,13	232.225.980
SUBTOTAL ADMINISTRACIÓN DGSM-TRANSFERENCIAS-IMPUESTOS Y MULTAS	7,41	30.827,50	12.469.262.132
SUBTOTAL ADMINISTRATIVO	26,83	111.654,69	45.162.549.039
TOTAL VALOR DE LA PPCD Y PRESUPUESTO PARA 1999	100,00	416.099,48	168.306.000.000

CONSOLIDADO POBLACION AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

	TIPO DE AFILIADO	EJERCITO	ARMADA	FUERZA AEREA	GABINETE	COMANDO GENERAL	ENTID. DESCENT.	PERSONAL DGSM	PERSONAL HOMIC	SUB TOTAL	FACTOR MINHACIEND	TOTAL BENEF.	TOTAL POP. AFIL Y BEN
COTIZANTES	OFICIALES	5.198	1.420	1.207						7.825	1,5	11.738	19.563
	SUBOFICIALES	17.387	5.264	2.331						24.982	1,5	37.473	62.455
	TOTAL OFC/SUBO	22.585	6.684	3.538						32.807	1,5	49.211	82.018
	SOL VOLUNTARIOS	24.666	1.721	0						26.387	1,5	39.581	65.968
	CIVILES	7.727	3.130	3.414	488	511	648	1.470	1.861	19.249	1,5	28.874	48.123
	RETIRADOS	18.866	5.093	2.840						26.799	1,5	40.199	66.998
	PENSIONADOS	14.052	2.776	3.240	421	547		36	600	21.672	1,0	21.672	43.344
	SUBTOTAL	87.896	19.404	13.032	909	1.058	648	1.506	2.461	126.914		179.535	306.449
NO COTIZANTES	SOL REGULAR Y BACHILLERES	79.506	8.437	4.311								92.254	92.254
	ALUMNO	4.224	826	732								5.782	5.782
	SUBTOTAL	83.730	9.263	5.043								98.036	98.036
	GRAN TOTAL	171.626	28.667	18.075	909	1.058	648	1.506	2.461	126.914		277.571	404.485

404485

RELACION DE PENSIONADOS Y RETIRADOS ISFM
 CUADRO RESUMEN POBLACION DE ISFM
 PARTES DE PERSONAL GABINETE - COMANDO GENERAL - FUERZAS
 INFORMACION OFICINAS ADMINISTRATIVAS SANIDAD FUERZAS
 FACTOR BENEFICIARIOS MINHACIENDA

POBLACION DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS POR FUERZA

	TIPO DE AFILIADO	EJERCITO	ARMADA	FUERZA AEREA	PERSONAL HOMIC	SUB TOTAL	FACTOR MINHACIENDA	TOTAL ENEFICIARIO	TOTAL POB. AFIL Y BEN
COTIZANTES	OFICIALES	5.198	1.420	1.207		7.825	1,5	11.738	19.563
	SUBOFICIAL	17.387	5.264	2.331		24.982	1,5	37.473	62.455
	TOTAL OFC/SUBO	22.585	6.684	3.538		32.807	1,5	49.211	82.018
	SOL.VOLUNT	24.666	1.721	0		26.387	1,5	39.581	65.968
	CIVILES	8.930	4.212	4.246	1.861	19.249	1,5	28.874	48.123
	RETIRADOS	18.866	5.093	2.840		26.799	1,5	40.199	66.998
	PENSIONADO	14.052	3.197	3.823	600	21.672	1	21.672	43.344
	SUBTOTAL	89.099	20.907	14.447	2.461	126.914		179.535	306.449
NO COTIZANTES	SOL.REGULAR Y BACHILLERES	79.506	8.437	4.311				92.254	92.254
	ALUMNO	4.224	826	732				5.782	5.782
	SUBTOTAL	83.730	9.263	5.043				98.036	98.036
GRAN TOTAL		172.829	30.170	19.490	2.461			277.571	404.485

NOTA: 1.- CADA FUERZA ATENDERÁ SU PERSONAL ACTIVO, RETIRADO, PENSIONADO Y BENEFICIARIOS

2.- EL PERSONAL ACTIVO Y PENSIONADO DE GABINETE SERÁ ATENDIDO EN LA ARC

3.- EL PERSONAL ACTIVO Y PENSIONADO DE COMANDO GENERAL (INCLUYE: ESDEGUE, CUS, Y DEMÁS DEPENDENCIAS)- SERA ATENDIDO EN LA FAC

4.- LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS SERÁN ATENDIDOS EN LA FUERZA AFÍN ASIGNADA

DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL POR NIVELES ASISTENCIALES Y PROGRAMAS

VIGENCIA FISCAL DE 1999

FUERZA	POBL.	DESCENTRALIZADO				CENTRALIZADO										GRAN TOTAL	% PARTICIP.
		SALUD ASISTENCIAL				EDUCAC.	SALUD	SALUD	MEDICINA	HONAC	HOMIC	RESERVA	NÓMINA	ADMÓN. DGSM			
		NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV												
EJC	299.452	13.110	12.601	2.221	6.462	1.110	7.021	2.528	3.331	526	37.555	5.441	24.566	9.366	125.848	74,77	
ARC	59.932	2.624	2.522	445	1.297	222	1.405	506	667	105	7.519	1.089	4.916	1.875	25.193	14,97	
FAC	39.249	1.718	1.652	291	850	146	922	331	437	69	4.926	714	3.220	1.228	16.504	9,81	
HOMIC	5.853	256	246	43	127	22	0	0	65	0	0	0	0	0	759	0,45	
TOTALES	404.485	17.708	17.021	3.000	8.756	1.500	9.348	3.366	4.500	700	50.000	7.244	32.693	12.469	168.306	100,00	
% PARTICIP.		10,52	10,11	1,78	5,20	0,89	5,55	2,00	2,67	0,42	29,71	4,30	19,42	7,41	100,00		

BASE CÁLCULO: PRESUPUESTO PERCAPITA PARA EL SECTOR DEFENSA-99: \$416099,48

5. MANEJO DE LA SALUD EN ALGUNOS PAISES

5.1 BRASIL

Fuente : Embajada de BRASIL

Coronel Manoel Gaspar de Oliveira – Agregado Naval y del Ejército de Brasil

5.1.1 Sistema de Salud en las Fuerzas Armadas

Como es el Sistema de Salud Militar: Aun no esta centralizado, cada fuerza tiene su propio sistema con organismo de dirección y ejecución. Es independiente del Sistema de Salud general.

La estructura organizacional del Servicio de Salud de la Fuerza Terrestre es representada por un sistema coordinado, regionalizado y jerarquizado de salud.

Constituido por: Secciones de Salud de Organizaciones Militares y Puestos Médicos de Guarnición (nivel primario), Policlínicas Militares, Hospitales de Guarnición y Hospitales Generales (nivel secundario), Hospital Central del Ejército - Hospital de nivel terciario dotado de tecnología avanzada.

• Centro de Recuperación de Heridos (CRH)

Las Especialidades médicas no ejercidas en las Organizaciones Militares de Salud (OMS) son ofrecidas sobre la forma de convenios entre las Regiones Militares (RM) y Profesionales de Salud Autónomos (PSA) y Organizaciones Civiles de Salud (OCS).

(Complementan la Asistencia Médico-Hospitalaria)

Existen aún, Organizaciones Militares especiales dentro del Sistema como el Laboratorio Químico Farmacéutico del Ejército (LQFEx), encargado de la producción e investigación de medicamentos, el Instituto de Biología del Ejército (IBEx) que realiza investigaciones en el campo de la Biología, y la Odontoclínica Central del Ejército especializada en la atención odontológica de cualquier nivel.

La Estructura del Sistema de Asistencia Médica a los Militares del Ejército y sus dependientes se encuentra así constituida:

- Sección de Salud de Organizaciones Militares
- 21 Puestos de Médicos de Guarnición
- 05 Policlínicas Militares de Guarnición
- 15 Hospitales de Guarnición
- 11 Hospitales Generales
- Hospital Escolar de la Academia Las Agujas Negras (HE/AMAN)
- 01 Hospital de Campaña (Hcmp)
- Hospital Central del Ejército (HCEEx)

a ser registrado, para el descuento mensual, corresponderá, en el máximo, el 40%

- Centro de Recuperación de Itatiaia (CRI);
- 01 Laboratorio Químico Farmacéutico del Ejército (LQFEx)
- Odontoclínica Central del Ejército (OCEEx)
- Instituto de Biología del Ejército (IBEx)
- Hospitales Civiles convenios y Profesionales de Salud Autónomos acreditados
(Complementan la Asistencia Médico-Hospitalaria).

Del presupuesto de la Unión destinado al Ejército Brasileño, entre 5 y 6%, totalizado cerca de 36 millones de reales, fueron destinados a la salud en 1998. No disponen de informaciones de los recursos destinados a la Marina y a la Aeronáutica.

Los Militares contribuyen, mensualmente, para el Fondo de Salud del Ejército (FUSEx) conforme a la tabla abajo (números Actualizados de acuerdo con el Decreto N° 102, del 02 de marzo de 1998).

BENEFICIARIO	DESCUENTO
TITULAR + ESPOSA	19%
EX-ESPOSA	6
DEPENDIENTES DIRECTOS (HIJOS)	3%
DEPENDIENTES INDIRECTOS U OTROS.	6%

Los gastos indemnizables con la asistencia médico-hospitalaria prestada a los beneficiarios del FUSEx, corresponden a 20% del total de la atención, son cubiertas por el sistema, y serán pagadas por el contribuyente. El valor de la deuda a ser registrada, para el descuento mensual, corresponderá, en el máximo, al 40%

del sueldo del militar o del sueldo base o cuota parte del sueldo del puesto o graduación de su origen a la pensión militar.

La gran limitación de la Asistencia de Salud se relaciona directamente con los altos costos de equipos, medicamentos, formación y perfeccionamiento de personal, como mantenimiento de las instalaciones. El Sistema, con todo mantiene convenios con Instituciones civiles que complementan la asistencia médico-hospitalaria prestada a los usuarios.

Las Fuerzas Armadas poseen Laboratorios Químicos Farmacéuticos, organizaciones especializadas en la producción de medicamentos, que elaboran gran parte de los productos farmacéuticos. Los medicamentos no producidos en los Laboratorios son adquiridos en el comercio mediante licitación y distribuidos de acuerdo con dotación preestablecida en función del efectivo, tipo de OM y localización.

La consecución de la consulta puede ser hecha personalmente o por teléfono mediante la presentación del número de Cartón de Beneficiario del FUSEx. Muchas OMS ofrecen sistemas automatizados de registros y marcaciones de consultas.

No se suministra medicamento a paciente ambulatorio

5.2 CHILE

Fuente : Embajada de Chile

Teniente Coronel Julio Arellano – Agregado Adjunto

El sistema de salud Militar es independiente del sistema de salud general. Se manejan los conceptos de medicina preventiva (consulta externa) y medicina curativa (Hospitalización).

La financiación es con aporte del Estado y con cotizaciones.

- 5% del sueldo para atender titular y cónyuge
- 2% del sueldo por cada hijo
- 33% de la bonificación de los soldados

Existe el sistema de pagos compartidos en la atención médica y los medicamentos son cancelados por el usuario.

una constante comunicación e intercambio de información buscando un mejoramiento continuo y no una continua crítica destructiva.

6. CONCLUSIONES

◆ Lo que se debate y decide en las estas reuniones de Directores de Junta Directiva, del Consejo Superior no se divulga hacia el interior de la organización.

◆ No se ha dado cabal cumplimiento a los principios de Unidad e integración funcional contemplados en el Art. 4 de la Ley 352/97.

◆ Se evidencia una falta de cohesión entre los diferentes entes que componen el sistema.

◆ Se presenta una actitud de empoderamiento por parte de algunos miembros del sistema, donde en cambio de conciliar las diferencias en pro de una unidad de criterio para mejorar la prestación de los servicios, se termina en acciones individuales aisladas que no logran satisfacer las necesidades de los usuarios.

◆ Falta claridad en los procedimientos para tener acceso a los servicios médico asistenciales, el usuario termina recorriendo varias dependencias sin encontrar resultado.

◆ Cada ente maneja su información compartimentada, siendo que estamos frente a un sistema de salud que debe tener un norte concertado, que debe mantener

un posible incremento en los costos per-cápita.

una constante comunicación e intercambio de información, buscando un mejoramiento continuo y no una continua crítica destructiva.

- ◆ Lo que se debate y decide en las altas reuniones de Directores, de Junta Directiva, del Consejo Superior no se divulga hacia el interior de la organización, lo que lleva a una desinformación del personal que se ve expuesto a la tergiversación malintencionada en los pasillos.
- ◆ Los usuarios no conocen oportunamente los permanentes cambios en los procedimientos y requisitos para tener acceso a los servicios médico – asistenciales lo cual causa traumatismos administrativos y asistenciales, dando una pésima imagen del sistema de salud.
- ◆ El personal que labora en el Sistema, no es el más idóneo, en la parte asistencial por los bajos sueldos y en la parte administrativa porque no se han capacitado para el cambio impuesto.
- ◆ No es fácil analizar la situación de la salud cuando no hay información o si la hay y no se permite su acceso.
- ◆ No se ha establecido o no dio la información de cuanto es el costo real per-cápita, cuanto gastaron, en que nivel, cuantos pacientes, que permitan sustentar un posible incremento en los costos per-cápita.

♦ El hecho de que la ley no considere fuerza pública a los civiles al servicio del

♦ A pesar de que no existe censo poblacional se ha tecnificado el proceso de asignación del presupuesto de acuerdo al número de usuarios de cada fuerza, corresponde demostrar que está equivocado y que sus necesidades comparativas son mayores.

♦ Los resultados de las reuniones del Consejo Superior y el Comité de Salud de las FF.MM. no reflejan el mejoramiento.

♦ No se conoció la causa del incremento de civiles en 833 con respecto a 1998 en Ejército, cuando la política es racionalizar.

♦ Se debe analizar los efectivos de DGJM, verificar su ubicación, ya que no es comparable 1470 DGSM contra 1861 HMC.

♦ Haciendo el análisis comparativo del presupuesto de lo asignado a las unidades en 1998 y 1999 se concluye que es totalmente deficitario, lo que obliga a cada fuerza a demostrar sus costos reales para sustentarla ante Minhacienda.

♦ Ha faltado voluntad política para incrementar la reducción de personal no capacitado en el H.M.C. se han venido ubicando en cargos para los cuales no son capacitados.

- ◆ El hecho de que la ley no considera fuerza pública a los civiles al servicio del Ministerio de Defensa abrió espacio para la creación de ASEMIL aparte con las ya conocidas consecuencias.

7. RECOMENDACIONES

- Efectuar un análisis ODPA de la situación para establecer una estructura funcional y no burocrática.
- En lo posible evitar ubicar a personal de otras instituciones en cargos en la cual no haya recibido previamente formación y capacitación.
- Elaborar el perfil de los cargos en coordinación con Escuela Militar para permitir ubicar al personal de acuerdo con su especialidad y experiencia.
- Planear y ejecutar una campaña de capacitación de personal militar en el área asistencial y administrativa en salud, con los recursos en el mediano plazo, tener personal idóneo para asumir los cargos en servicios de salud.
- En lo posible vincular al personal civil proveniente de hospitales en el área asistencial y administrativa, dado que por el rol crítico que se han dado al sindicato, vincular personal civil no garantiza la prestación de los servicios médico - asistenciales en forma oportuna y adecuada, como ya se experimentó en el Hospital Militar Central y el Hospital Militar de Caracas en 1987 y 1990.

- Buscar mecanismos que permitan una cohesión entre los diferentes entes que componen el sistema.

7. RECOMENDACIONES

- Efectuar campañas de divulgación al usuario sobre los procedimientos y requisitos para tener acceso a los servicios médico – asistenciales.
- Efectuar un análisis DOFA de la Sanidad para establecer una estructura funcional y no burocratizada.
- Efectuar periódicas reuniones o boletines informativos para el personal interno de cada área del sistema para que conozca de primera mano la situación de funcionamiento del sistema, las decisiones que se toman en las reuniones de alta dirección.
- En lo posible evitar ubicar a personal de otras especialidades en cargos para los cuales no haya recibido previamente inducción y capacitación.
- Elaborar el perfil de los cargos en coordinación con Función Pública, esto permite ubicar al personal de acuerdo con su especialidad y capacidades.
- Planear y ejecutar una campaña de capacitación de personal militar en el área asistencial y administrativa en salud, que nos permita en el mediano plazo, tener personal idóneo para asumir los cargos en Sanidad Militar.
- En lo posible vincular a personal militar previamente capacitado en el área asistencial y administrativa, dado que por el mal enfoque que le han dado al sindicato, vincular personal civil no garantizaría la prestación de los servicios medico – asistenciales en forma oportuna y adecuada, como ya se experimentó en el Hospital Militar Central y el Hospital Naval de Cartagena en 1997 y 1998.

- Buscar mecanismos que permitan una cohesión entre los diferentes entes que componen el sistema.
- Efectuar campañas de divulgación al usuario sobre los procedimientos y requisitos para tener acceso a los servicios médico - asistenciales.
- Efectuar periódicas reuniones o boletines informativos para el personal interno de cada ente del sistema para que conozca de primera mano la situación de funcionamiento del sistema, las decisiones que se toman en las reuniones de alta dirección.
- Si la deficiencia en el servicio es por causas externas, falta de presupuesto, limitación de PAC, buscar la forma de que el usuario lo comprenda y no que asuma que es por negligencia de los funcionarios.
- A pesar de que existen oficinas de quejas y reclamos y atención al cliente, se debe motivar y dar confianza al cliente para que manifieste su inconformismo y no que este prevenido por temor a represalias; pero lo más importante después es que esta información sirva de retroalimentación para establecer donde fue la falla y si es un funcionario el responsable tomar la acción disciplinaria inmediata.
- Promover campañas para el buen trato hacia el cliente interno y externo

- Promover seminarios o cursos de relaciones humanas para todo nuestro personal y en especial aquel que tiene contacto directo con el cliente, ellos son nuestra vitrina.
- Ante la grave crisis que pasa la salud en Colombia donde el estado cada vez pretende evadir sus responsabilidades, es necesario tomar conciencia de lo necesario que es que cada ente prestador de servicios sea eficaz y eficiente, pero esto no se logra a con solo dar ordenes sino con la vinculación de personal idóneo y con la capacitación de personal existente.
- Revisar jurídicamente la posibilidad de la aplicación del aporte del Militar de pregrado o postgrado que solo sea del 2% del ingreso base.
- Buscar mecanismos procedimentales para que las Auditorias en coordinación horizontal con el HMC se vuelvan funcionales y no burocratizarlas impidiendo una adecuada atención al usuario.
- Elaborar un plan de contingencia en el HMC para hacer funcionar efectivamente la facturación en forma sistematizada, que permita para el hospital conocer oportunamente su situación financiera y para las auditorias poder consultar cualquier duda.

- Hacer seguimiento, con cortes semanales, del contrato de HMC con DGSM a través de cada auditoria con la sección de cartera del HMC.
- Programar reuniones semanales o cuando se requiera entre los Directores de Sanidad de las Fuerzas y el HMC para buscar soluciones concertadas a posibles fallas de cualquiera de los entes haciendo recomendaciones objetivas y desprevenidas funcionado como sistema que debe ser y no como una guerra de poder.
- Cuando se elaboren los contratos entre la Dirección General de sanidad de las FF.MM y el HMC ser objetivos y abiertos desde el punto de vista del beneficio mutuo y más importante aún el beneficio para el usuario, que es sobre quien al final recae el peso de la ineficiencia del sistema.
- Fortalecer en el HMC la sección de mercadeo con personal idóneo, imponiendo metas alcanzables, que permitan utilizar la capacidad instalada.
- Si bien es cierto que el HMC es un establecimiento público autónomo administrativamente, es recomendable replantear el sistema gerencial, desconcentrando el poder, delegando funciones en los subdirectores, dando directrices desde el ápice de la pirámide pero permitiendo la participación efectiva en cada nivel. El mejor Gerente o Comandante es aquel que sabe aprovechar los conocimientos y las capacidades de sus subalternos.

8. BIBLIOGRAFIA

Decreto 1620 de 1986

Decreto 0796 de Mayo de 1987

Resolución 700 de Febrero de 1988

Decreto 094 de Enero de 1989

Decreto 1211 de Junio de 1990

Decreto 1214 de Junio de 1990

Decreto 063 de Enero de 1991

Decreto 2395 de Octubre de 1991

Directivas 053 de 1991. Sanidad Ejército

Directiva 800-02/93. Logística de Sanidad - Comando General FF.MM.

Hospital Militar Central

Dirección General de Sanidad FF.MM.

Dirección Sanidad Ejército.

BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF.MM.

"TOMAS RUEDA VARGAS"



201005988