

MODELO COLOMBIANO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA COMO RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN: UNA VISIÓN COMPARADA.



SANDRA PATRICIA GÓMEZ ORJUELA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Magíster en Derecho Administrativo

Director

JAIME ALFONSO CUBIDES CÁRDENAS

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE DERECHO

MAESTRÍA EN DERECHO ADMINISTRATIVO

BOGOTÁ D.C., agosto de 2020

MODELO COLOMBIANO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA COMO RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN: UNA VISIÓN COMPARADA.

Resumen

El modelo de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, no obstante ser un régimen de salud de excepción, ha sido permeado por el aumento en la promulgación de disposiciones normativas por parte del régimen de seguridad social de salud cuyos efectos le fueron extendidos, hasta el punto que amenaza con desaparecer.

A partir de lo cual, se pretendió analizar si es necesario que persistiera dicho modelo de salud como régimen de excepción, para lo cual se comparó con el régimen de salud para las Fuerzas Armadas de Argentina y Chile donde conservan al igual que en Colombia su propio régimen de salud, o si por el contrario dicho régimen de excepción estaría ad portas de desaparecer y de que la salud de la Fuerza Pública pudiera ser brindada por la salud del Sistema General de Salud como sucede en Honduras.

Abstract:

The Health Model of the Military Forces and of the National Police, in spite of being an exception health regimen, is increasingly permeated by the increase in the promulgation of normative provisions by the social security health system whose effects they are extended to the point that it threatens to disappear.

From which, it is intended to analyze if it is necessary to persist said health model as an exception regime, using for this the comparison with the health regime for the Armed Forces of Argentina and Chile where they keep, as in Colombia, their own health regime, or if on the contrary said exception regime would be ready to disappear and that the health of the Public Force can be provided by the health of the General Health System as it happens in Honduras.

Palabras Clave

Régimen, Excepción, Atención, Salud, Sistema, Fuerzas, Militares.

Keywords

Regime, Exception, Attention, Health, System, Forces, Military.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Introducción | 6 |
| Contexto del Problema | 7 |
| Descripción del problema | 7 |
| Pregunta de investigación | 8 |
| Justificación | 9 |
| Objetivos de la investigación..... | 10 |
| Objetivo general | 10 |
| Objetivos específicos..... | 10 |
| CAPÍTULO 1..... | 12 |
| CONSAGRACIÓN DE LAS GARANTÍAS MÍNIMAS IRRENUNCIABLES EN SALUD POR PARTE DEL RÉGIMEN DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL EN COLOMBIA. | 12 |
| • PROYECTO DE LEY 054 DE 2019 | 13 |
| • PROYECTO DE LEY 245 DE 2019 | 16 |
| 1.1 Sección 1. | 18 |
| LA INTERVENCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD EN LA NORMATIVIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. | 18 |
| 1.1.1 Plan de servicios. | 19 |
| 1.1.2 Régimen de referencia y contra referencia. | 21 |
| 1.1.3 Garantía de calidad de la atención en salud. | 22 |
| 1.1.4 Plan decenal para la salud pública..... | 23 |
| 1.1.5 Indicadores de resultados de salud. | 24 |
| 1.1.6 De los aportes al FOSIGA – hoy ADRES | 25 |
| 1.1.7 Vigilancia de Superintendencia Nacional..... | 27 |
| Sección 2..... | 28 |
| ALCANCES DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL FRENTE A LAS GARANTÍAS MÍNIMAS IRRENUNCIABLES DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD. | 28 |
| 2.1.1 ACUERDO 070 DE 2019 “Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional” | 29 |

| | |
|---|----|
| 2.2.2 Sistema de Información..... | 33 |
| Capítulo 2. | 36 |
| VISIÓN COMPARADA: MODELO DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA EN ARGENTINA, CHILE, HONDURAS Y COLOMBIA | 36 |
| 2.1 INSTRUMENTOS NORMATIVOS DE LOS MODELOS DE SALUD EN LA FUERZA PÚBLICA EN ARGENTINA, CHILE Y HONDURAS | 36 |
| 2.1.1 Argentina: Salud Fuerzas Armadas..... | 37 |
| 2.1.2 Chile: Salud Fuerzas Armadas. | 45 |
| 2.1.3 Honduras: Salud Fuerzas Armadas. | 50 |
| 2.2 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL COMO RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD..... | 52 |
| 2.2.1 Sanidad en campaña..... | 54 |
| 2.2.2 Medicina de aviación (aeroespacial). | 54 |
| 2.2.3 Medicina Naval..... | 55 |
| 2.2.4 Mejoramiento continuo de procesos. | 56 |
| 2.2.5 Regionalización..... | 57 |
| 2.2.6 Estrategias de organización..... | 60 |
| Conclusiones..... | 63 |
| Trabajos citados..... | 67 |

Lista de Gráficas

| | |
|--|----|
| Grafica 1. Proyecto de Acuerdo y Anexo técnico Modelo de Atención Integral en Salud –SSMP. .. | 31 |
| Grafica 2. Diagrama de atención de salud pública y privada de las Fuerzas armadas de Colombia, 2019 | 47 |

Introducción

El modelo de excepción aplicado en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, brindan beneficios a los miembros que lo conforman con atenciones diferenciales al sistema de salud al que accede el resto de la población colombiana, siendo importante resaltar que dicho sistema, también se ha implementado en países como Chile y Argentina. No obstante, existen sistemas de salud, como el de Honduras que acoge a la totalidad de sus habitantes, sin tener un modelo de excepción, presentando así una novedad en la atención de todos sus habitantes.

Desde esta perspectiva, es importante considerar las garantías que presenta un sistema de excepción en relación con un Sistema General de Salud, así como los beneficios que reciben los miembros de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, al estar amparados bajo la excepcionalidad que tiene Colombia para la atención de sus usuarios.

Ahora bien, en el presente documento, se busca desde el derecho comparado, determinar las ventajas que tiene el modelo de excepción de los países de Chile y Argentina, en relación con los procesos desarrollados por el sistema de excepción que tiene Colombia. Estimando así, la viabilidad empleada por países latinoamericanos en la implementación de excepcionalidad para la atención de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, que son pilares claves para reformar las condiciones y garantías para tener un sistema de salud competitivo.

Contexto del Problema

El régimen de excepción de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia, desde su creación en el año de 1932 como Departamento de Sanidad del Ministerio de Guerra, se ha visto abocado a una serie de cambios que han repercutido en su organización y funcionamiento; pasando de ser autónoma, a ser suprimida en el año de 1958 para darle paso a la creación de las Direcciones de Sanidad dependientes de cada Fuerza, hasta que con la expedición de la (Ley 100, 1993) en el artículo 279 se excluyó del ámbito de aplicación del Sistema Integral de Salud a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, lo que le permitió expedir la (Ley 352, 1997) y el (Decreto Ley 1795, 2000), normas vigentes y que actualmente determinan la estructura y funcionamiento del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

No obstante la citada excepcionalidad, se presenta un aumento de normas del Sistema General de Salud que tienen como destinatario el Sistema de Salud Militar y Policial, como es el caso de la (Ley 1751, 2015), la (Ley 1438, 2011), las circulares externas números 0007 de 2017 y 0008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, la (Ley 1949, 2019), entre otras. De esta manera, se hace prioritario pensar si dicho régimen esta ad portas de desaparecer o sí para salvarse requiere una reestructura, en la que converjan de manera armónica los pilares que constituyen su esencia, como es el caso, de la protección de la salud psicofísica especial del personal militar y policial propia e inherente a las operaciones militares y los principios y los avances del Sistema General de Salud.

Descripción del problema

La existencia del régimen exceptuado del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se concibió históricamente debido a las particularidades propias del régimen castrense, que justificaba medidas de protección que eran propias para el personal que lo integraba, razón por la cual las medidas que se adoptaran, en todo caso debían brindarles por lo menos las garantías mínimas consagradas en el Sistema General de Salud.

Sin embargo, como se demostrará a lo largo del trabajo, no obstante, la citada excepcionalidad, cada día es más notorio el aumento de normas del Sistema General de Salud que le son aplicadas al Sistema de Salud Militar y Policial; a partir de lo cual, se pretende analizar si es viable que dicho modelo de salud continúe conservando su excepcionalidad del Régimen General de Salud, utilizando para ello, la comparación con los modelos de salud de Argentina, Chile y Honduras y dado el caso que se justifique la permanencia como régimen de excepción, traer sus experiencias, en aras de lograr que aporten elementos que permitan de manera armoniosa acoplar la observancia y efectividad de los principios del Sistema General de Salud y las particularidades propias e inherentes que lo han caracterizado como régimen de excepción, convirtiéndolo en un modelo de salud ideal para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Pregunta de investigación

¿Es viable que el modelo de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia continúe conservando su excepcionalidad del Régimen General de Salud en comparación con los modelos de salud brindados a la Fuerza Pública en Argentina, Chile y Honduras?

Justificación

La excepcionalidad del modelo de salud para la atención las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en comparación con otros sistemas de salud desarrollados en países tales como Argentina y Chile que orientan sus esfuerzos a la atención de los miembros de la Fuerza Pública, permite evidenciar las fortalezas que tienen dichos sistemas como régimen de excepción y así, determinar si debe continuarse con el modelo de excepcionalidad que tiene Colombia para la atención tanto de los miembros que componen las Fuerzas Militares y la Policía Nacional como de sus beneficiarios., en contraposición a la innovación de sistemas generales de salud, que permiten la posibilidad de la atención a los miembros de la Fuerza Pública, como sucede en Honduras.

Bajo los modelos expuestos, se busca determinar desde el derecho comparado, la viabilidad y las ventajas que tiene un sistema de salud excepcional en relación con un sistema de salud General, para la atención de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, siendo dicha comparación significativa, porque justifica la permanencia como régimen de excepción, teniendo en cuenta las experiencias adquiridas en Chile y Argentina, y la manera que pueden contribuir, a plantear una reforma del modelo de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional de Colombia, conservando los pilares sobre los cuales esta cimentado dicho sistema, desde sus enfoques, fundamentos, estructuras administrativas y garantías del sistema General de Salud.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Analizar los modelos de salud brindados a la Fuerza Pública en Argentina, Chile y Honduras comparado con el régimen exceptuado de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia, con el fin de determinar si es viable que el mismo continúe conservando su excepcionalidad del régimen general de salud.

Objetivos específicos

- Determinar si el modelo de salud como régimen de excepción de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional contempla dentro de su normatividad las garantías mínimas irrenunciables establecidas en el Sistema de Salud del régimen general.
- Identificar las ventajas y desventajas de la prestación de servicios de salud a la Fuerzas Militares y a la Policía Nacional en Colombia como régimen de excepción y como sistema general de salud, en comparación con los modelos de salud de la Fuerza Pública en Argentina Chile y Honduras.

Metodología de la investigación

Para determinar si el modelo de salud como régimen de excepción de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional contempla dentro de su normatividad las garantías mínimas irrenunciables establecidas en el Sistema de Salud del régimen general, se utilizó un método cualitativo basado en la recopilación y revisión documental de las normas expedidas al interior del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, así como las que el Sistema General de Salud les ha extendido sus efectos, para determinar si como régimen de excepción están garantizando el mínimo de derechos y garantías irrenunciables, o si ese es el motivo por el cual tiende a desaparecer como régimen de excepción.

Para identificar las ventajas y desventajas de la prestación de servicios de salud a la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia como régimen de excepción se utilizó un enfoque comparativo de los regímenes de Sistemas de Salud brindados a la Fuerza Pública en los países Argentina, Chile y Honduras, los dos primeros por cuanto al igual que en Colombia el sistema de salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional es brindado por un organismo autónomo diferente al resto de la población y en Honduras donde la salud de los militares puede ser brindado por el Sistema General de Salud, con el fin reflexionar en torno a las experiencias adquiridas en esos países y como ellas podrían aportar elementos para establecer un modelo de salud ideal para las Fuerzas Militares y de Policía Nacional en Colombia.

CAPÍTULO 1.

CONSAGRACIÓN DE LAS GARANTÍAS MÍNIMAS IRRENUNCIABLES EN SALUD POR PARTE DEL RÉGIMEN DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL EN COLOMBIA.

Partiendo de la base que la Ley 100 de 1993, en la cual se excluyó del ámbito de aplicación del Sistema Integral de Salud a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, es importante en este aspecto retrotraerse a la razón que tuvo el Legislativo para contemplar dicha excepción y para ello se tiene que las Cámaras Legislativas en las Gacetas números 395 y 397 de 1993 señalaron que: "Los regímenes exceptuados que han sido conquistas laborales deben mantenerse, ya que en el fondo no son prerrogativas, sino derechos que han adquirido y que tienen que respetarse a esos estamentos y a esos sectores" (Bedoya & White, 2012, p.38)

En cuanto a la justificación de la existencia de los regímenes exceptuados, tal como lo ha indicado la jurisprudencia, "el legislador decidió exceptuar cierta clase de trabajadores del régimen integral de seguridad social contenido en la ley 100 de 1993. Esos trabajadores, a la entrada en vigencia de la nueva ley de seguridad social, gozaban de un régimen especial del que se derivaban unos derechos que, comparados con los de la nueva, eran más favorables, derechos que no podían ser desconocidos" (Corte Constitucional, Sentencia C-089, 1997)

Bajo esos preceptos, la normatividad que se expida para la regulación de los regímenes exceptuados, en este caso, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, deben brindar al usuario por lo menos las garantías mínimas consagradas en el Sistema General de Salud y derechos adquiridos (Corte Constitucional, Sentencia C-089, 1997), de lo contrario cada día se verá avocada a que la normatividad expedida para el Sistema General de Salud, también le sea aplicable al Régimen de Salud de las de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, con el inminente riesgo de que se rompa ese hilo delgado y fino que le permite conservar su régimen de excepción.

Ha sido de tal magnitud la imagen que actualmente proyecta el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que no ha sido ajena no sólo a las fuertes críticas de veedores y

usuarios que a veces desembocan en huelgas como la adelantada según RCN Radio el 23 de mayo de 2019 en la Plaza de Bolívar, sino que incluso no ha escapado a la mirada de los legisladores, quienes en recientes proyectos de ley han propuesto reformas para reestructurar dicho Sistema de Salud, por lo que a continuación me permitiré señalar los proyectos de ley que se han presentado en torno al tema y emitir un breve análisis de los aspectos más significativos en relación con el impacto que tendría con el régimen de excepcionalidad del cual gozan actualmente.

- **PROYECTO DE LEY 054 DE 2019**

Autor: Honorable Representante a la Cámara José Luis Correa López

Título: “Por la cual se reestructura el Sistema de Salud de la Fuerza Pública, se crea la Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSFP), se modifica y establece la naturaleza jurídica del Hospital Militar Central y del Hospital Central de la Policía Nacional, así como de la Red Hospitalaria del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”

Fundamenta la exposición de motivos el Representante a la Cámara, en el hecho de que actualmente el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional no está generando los resultados esperados, lo que le ha provocado innumerables quejas sobre su funcionamiento, atención integral, calidad de los servicios, oportunidad en la atención, entre otros.

Igualmente critica la estructura del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional establecida en la Ley 352 de 1997 y señala que cada Subsistema de Salud es propio, lo que le permite contar con redes propias y administración autónoma y lo que lo hace “ineficiente” y no permite la ejecución de proyectos conjuntos, por lo que lo cataloga como un sistema de “salud fragmentado, conformado por dos direcciones de sanidad, una para las Fuerzas Militares y otra para la Policía Nacional, cada una con su lógica, infraestructura y organización burocrática, más no integradas; dualidad que está multiplicando los costos administrativos” (Congreso de la República de Colombia, 2009)

Como quiera que el citado proyecto de ley señala algunos aspectos que tienen una relación intrínseca con los planteamientos efectuados en el presente trabajo, como son el régimen de excepcionalidad y la estructura del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, me voy a permitir tratar los temas más relevantes que a consideración de quien escribe presenta dicho proyecto, así como las implicaciones que él conllevaría frente al régimen de excepcionalidad, sin que en manera alguna se tengan como conclusiones del trabajo, por cuanto las mismas se encuentra plasmadas al finalizar el mismo.

No obstante, el autor del proyecto define la naturaleza jurídica del nuevo Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) como un Sistema Especial Científico, Administrativo y de Gestión del Ministerio de Defensa Nacional, se debe analizar ese aspecto ya que podría atentar contra la excepcionalidad, al indicar que dicho Sistema es el encargado de coordinar y desarrollar de manera conjunta con el Ministerio de Salud, las actividades orientadas a la prestación del servicio de salud a los usuarios del Sistema, lo que en criterio de quien escribe no es necesario que pierda el carácter de excepcionalidad para que pueda desarrollar sus actividades de manera coordinada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tal como lo consagró en el Modelo integral en Salud, donde busca en gran medida la interacción de manera coordinada entre el Sistema General de Salud y los de excepción como se esbozará a lo largo de este trabajo.

De igual manera, al crear en el artículo 8 la Dirección General de Salud de la Fuerza Pública (DGSFP) como un Unidad Administrativa Especial del orden nacional conforme a lo establecido en la Ley 489 de 1998 con autonomía administrativa y presupuestal adscrita al Ministerio de Defensa Nacional cuyo objeto es la administración del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), bajo la cual se unifican el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFMI) y la del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPNL), lo que en criterio de quien escribe es contemplar la creación de una dependencia más, con toda la infraestructura que ello conlleva, tales como personal, logística etc., sin que en manera significativa represente un mayor aporte como quiera que esas funciones son las que actualmente realizan las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y sin que por el hecho de no contar con un organismo que la administre, lo hagan de manera descoordinada y acéfala, ya que la misma Ley 352 de 1997 les dio

funciones específicas a cada una de ellas para que las desarrollaran de manera coordinada dentro del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Así mismo, el parágrafo 2 del artículo 25 del proyecto de ley plantea la figura de un coordinador por cada una de las Fuerzas (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) por lo que eliminaría las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares; igualmente modifica la naturaleza jurídica del Hospital Militar Central y del Hospital Central de la Policía Nacional transformándolos en Empresas Sociales del Estado y señala que la prestación de servicios será brindado por las Empresas Sociales de Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (ESSFP), que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley (art. 58) , es decir, lo que hoy en día son los Establecimientos de Sanidad Militar, operados a través de una red hospitalaria creada con el proyecto de ley (art. 73); lo que significaría transformación de naturaleza jurídica de dependencias, de régimen de contratación, de régimen salarial de gerentes etc., que bien sea de paso señalar que los perfiles que propone el Proyecto corresponde a civiles y no señala que los cargos puedan ser desempeñados por militares lo que llama la atención en una entidad donde van a dirigir es la salud de personal militar y policial; por todo eso bien valdría mirar costo beneficio para determinar si esa se constituye en la verdadera solución o si por el contrario no resolvería la operatividad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y más bien podría verse avocada a perder el régimen de excepcionalidad.

Sin embargo no todo lo contemplado en el Proyecto se podría considerar como inconvenientes, ya que hay aspectos como la unificación en un sólo sistema general de información, que se convierta en una herramienta estratégica y que contenga, entre otros aspectos, el censo de afiliados y beneficiarios, sus características socioeconómicas, su estado de salud, el registro de afiliación, las estadísticas de retiro, incapacidades y muertes registradas, y el volumen de recursos que ingresarán al subsistema debidamente desagregado (Parágrafo 3 art. 20), lo cual cómo quedará reflejado a lo largo de este trabajo es uno de los puntos álgidos a los que se ha visto abocado el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, aunque el término de 6 meses dado por el Proyecto se considera insuficiente dada la envergadura y la infraestructura que ello conlleva.

Otro aspecto que se considera beneficioso es la posibilidad de poder brindar servicios de medicina prepagada ya que permitiría tener ingresos adicionales siempre y cuando sea en primer lugar para los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se tenga satisfecha la demanda primaria de atención en salud.

- **PROYECTO DE LEY 245 DE 2019**

Autor: Honorable Representante a la Cámara Carlos Eduardo Acosta

Título: “Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, y se dictan otras disposiciones”

Señala el Autor del Proyecto de Ley como exposición de motivos, que Colombia es el país de América Latina con la cobertura más alta en salud y presenta una gran insatisfacción con el servicio, a la que no escapa el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, cuyos resultados “no han sido los esperados comenzando a evidenciar a la luz pública graves problemas de disponibilidad, organización, cubrimiento y atención oportuna” entre otras razones, porque se presenta “mayor número de inserción de personas aumentando significativamente la población militar, el envejecimiento y retiro de la población y la falta de prevención en salud han limitado y sobrepasado la capacidad del Sistema”

De igual manera señala que actualmente el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional presenta división en sus estructuras y duplicidad de direcciones, lo que ha permitido que los afiliados no encuentren similitudes dentro de los modelos de atención Militar y Policía Nacional, lo cual se ve reflejado por ejemplo en la falta de oportunidad en la dispensación de medicamentos que se traduce en el incremento de acciones de tutela.

Al realizar el análisis del citado proyecto es importante señalar que no se evidencian cambios tan radicales como los planteados en el Proyecto de Ley 054 de 2019 y por el contrario por ejemplo

conserva los mismos nombres de los Subsistemas y demás dependencias, realiza especial énfasis en conservar la Excepcionalidad como característica propia y excepcional del SSMP, atribuida esa excepcionalidad a la sanidad en campaña, la medicina aeroespacial, la medicina naval y del buceo para las Fuerzas Militares; y las actividades de salud para los grupos operativos de la Policía Nacional, así como todas las actividades de planeamiento médico, inteligencia y logística médicas para el desarrollo de estas. (Literal e art. 6); igualmente conserva la composición del sistema incluyendo el Comité de Salud de cada Subsistema.

Estableció la creación de un Viceministerio de la Salud Militar y de Policía cuyas funciones y atribuciones serían asignadas por el Ministro de Defensa; a nivel de composición señala que el Subsistema de Salud Militar (SSM), lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana, la Unidad Especializada Hospital Militar Central y las Unidades de Servicios de Salud Militar, ante lo cual se debe señalar que coloca al Comando General de las Fuerzas Militares como integrante del Subsistema, cuando la Dirección General de Sanidad Militar que ahora la denomina Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares siendo una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares e igualmente le cambia la naturaleza jurídica al Hospital Militar Central a Unidad Especializada de alta complejidad a pesar que en el artículo 47 lo deja como Establecimiento Público y los Establecimientos de Sanidad Militar los denomina Unidades de Servicios Militares indicando que dependerán orgánicamente de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares. (art.22), similar estructura para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional donde crea una Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud Policial (DSAP).

Así las cosas, la situación por la que atraviesa el Sistema de Salud de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se encuentra a la orden del día y no se escapa a la iniciativa de proyectos de ley cuyas intenciones y aportes en alguna medida podrían contribuir para el proyecto que debe tener iniciativa al interior del Sistema, como quiera que son ellos los que saben sus fortalezas y debilidades y así evitar que prospere alguna reforma que de entrada corte de tajo la excepcionalidad,

excepcionalidad que se ha convertido en el eje central para salirle al paso cuando se piensa en la situación actual del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Razón por la cual a continuación se procederá a desarrollar qué tanta ha sido la normatividad del Sistema General de Salud que ha extendido su aplicabilidad al Sistema de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, para posteriormente determinar en la segunda sección si los Acuerdos dictados como régimen de excepción han asegurado las garantías mínimas irrenunciables del Sistema General de Salud.

1.1 Sección 1.

LA INTERVENCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD EN LA NORMATIVIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL.

Cada día es inminente el aumento de promulgación de disposiciones normativas por parte del régimen de seguridad social de salud en Colombia, cuyos efectos son extendidos a los regímenes de excepción, bajo el entendido que por aplicación del principio de la universalidad del sistema de salud, sus regulaciones normativas deben ser aplicadas incluso a los regímenes de excepción, como es el caso, de la Ley 1438 de 2011 en la cual le otorga a la Superintendencia Nacional de Salud la inspección, vigilancia y control inclusive a los regímenes de excepción, o la extensión de aplicación de principios establecidos en la Ley Estatutaria de Salud que en gran medida son ordenados por Jueces de Tutela, no obstante no estar incluidos en el Plan de Beneficios de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Para el caso del estudio que se adelanta, se señalará a manera enunciativa algunos aspectos que han sido objeto de regulación por parte del Sistema General de Salud, sin que sean los únicos, lo que ameritaría que las normas expedidas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional como ente rector, las tuviera en cuenta en las reformas que lleve a cabo.

1.1.1 Plan de servicios.

De conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 352 de 1997 el objeto del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, es 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 inherente a las operaciones militares y policiales y en ese sentido, el artículo 23 señaló que el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial es un derecho de todos los afiliados y beneficiarios al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional que debe ser suministrado dentro del país, mediante la asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica, ya sea en los hospitales, clínicas u otras unidades prestadoras de servicios o por medio de contratos con personas naturales o jurídicas que es lo que se ha denominado contratación con la red externa; o bien sea en el exterior para el afiliado o sus beneficiarios cuando éste se encuentre en comisión del servicio a través de convenio de compra de servicios de salud, afiliación al sistema de salud en el país extranjero, planes de asistencia médica, reembolsos en caso de urgencias o pólizas, estas últimas las comúnmente utilizadas, de conformidad con lo establecido en el (Acuerdo 015, 2002).

El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial fue reglamentado por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional mediante el (Acuerdo 002, 2001), a través del cual estableció las actividades, intervenciones y procedimientos que brinda el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, con indicación de una serie de exclusión de elementos y servicios por lo general cosméticas, estéticas y suntuarias, los cuales se brindan con la red interna propia, que para el caso del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se realiza a través de las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas (Ejército Nacional, Armada Nacional y Fuerza Aérea, esta última hoy en día Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea) por medio de sus Establecimientos de Sanidad Militar (Artículo 14 de la Ley 352 de 1997 y 16 del Decreto 1795 de 2000) y en casos de mayor complejidad mediante remisiones al Hospital Militar Central cuya naturaleza jurídica es la de un establecimiento público del orden nacional adscrito al Ministerio de

Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que tiene por objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios de dicho Subsistema.

Para el caso del Subsistema de Salud de la Policía Nacional la prestación de servicios de salud se efectúa a través de los Establecimientos de Sanidad Policial que varían de acuerdo al nivel de complejidad (Establecimiento de Sanidad Policial de Baja Complejidad sin internación - ESAB, Establecimiento de Sanidad Policial de Mediana complejidad sin internación -ESPAM, Establecimiento de Sanidad Militar Policial con Internación de Mediana Complejidad - ESPIM y Establecimiento de Sanidad Militar Policial Hospitalario de alta complejidad -ESPHA). Sin embargo, la Ley 352 de 1997 estableció como principio la integración funcional, según el cual las entidades que presten servicios de salud deben concurrir armónicamente a la prestación de los mismos, mediante la integración en sus funciones, acciones y recursos, lo cual facilita la atención en salud de acuerdo al domicilio del usuario, indistintamente de la Fuerza a la que pertenezca.

Ha sido precisamente esa facultad y los retos que afronta el sistema de salud del país, tal como fue señalado por Báscolo, Houghton & Del Riego, 2018 (citado en Moreno 2019) donde señala: “El modelo de salud colombiano a pesar de los logros alcanzados en cobertura continúa presentando dificultades en garantizar la calidad y el acceso real a los servicios prestados manteniendo el equilibrio del gasto” (p. 1) los que ha demostrado que con el transcurrir del tiempo, lo primordial es lograr brindar una cobertura en salud con los más altos estándares de eficiencia, accesibilidad y calidad a todos los habitantes del país, indistintamente de quien la brinda; lo que ha conllevado a que cada vez más el Sistema de Salud de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y el Sistema de Salud mantengan una relación de colaboración permanente y a que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se complemente con los medios materiales y de talento humano del Sistema de Salud y viceversa.

En ese sentido, se hace imperioso que tanto la Dirección General de Sanidad Militar como la de la Policía elaboren conjuntamente un plan de servicios de salud para ser sometido a consideración del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el cual acate las normas del Sistema General de Salud establecidas en la Ley 1483 de 2011 y vele por la aplicación de

los elementos y principios del derecho fundamental de la salud consagrados en artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

Razón por la cual, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional al momento de expedir su normatividad, deberá tener en cuenta las disposiciones legales que reglamentan la materia en Salud a nivel del Sistema General de Salud y así evitar establecer exclusiones de tratamientos y servicios del Plan de Servicios de Sanidad Militar y de Policía que vienen siendo ordenados por acciones de tutela y que en el Sistema General de Sanidad Militar están contemplados para ser brindados a los Usuarios.

1.1.2 Régimen de referencia y contra referencia.

Otro aspecto que amerita la revisión es el régimen de referencia y contrarreferencia que para el caso del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se encuentra contenido en el (Acuerdo 004, 1997) y es definido como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario, los servicios de salud, con la debida oportunidad y eficacia, según el nivel de atención y grado de complejidad ya sea en los Establecimientos de Sanidad Militar o de la Policía Nacional o a través de instituciones de salud contratados.

Así las cosas, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional "MATIS" (Acuerdo 070, 2019) implica la adopción de cambios tales como, la prestación de servicios de salud de acuerdo a factores intersectoriales, atención primaria en salud en el lugar más cercano a su residencia, aplicación con un enfoque a la salud familiar y comunitaria y en ese sentido, los regímenes de referencia y contrarreferencia deben ser adaptados a esos nuevos cambios; lo cual exige un mayor compromiso por parte de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas a través de sus Establecimientos de Sanidad Militar, como quiera que por expresa disposición legal establecida en los artículos 14 de la Ley 352 de 1997 y el artículo 16 del Decreto Ley 1795 de 2000, es en ellos en quienes recae la prestación de servicios de salud, y por ende es obligación mantener actualizado el censo de usuarios que se encuentren adscritos a dichos Establecimientos de Sanidad Militar o Policiales, conforme a patologías que sufren los pacientes, el nivel de complejidad de las

mismas y demás circunstancias que permitan activar la red primaria de servicios de una manera eficaz y eficiente en la prestación de servicios de salud a los usuarios.

1.1.3 Garantía de calidad de la atención en salud.

Sin lugar a dudas otro aspecto que reviste importancia, es el relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su aplicabilidad en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y al respecto se debe señalar que por ser un régimen de excepción, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se puede acoger voluntariamente a las disposiciones contenidas en el (Decreto 1011, 2006), por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero si éste ofrece la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales será de manera obligatoria la acreditación, según lo establecido en artículo 1 del citado Decreto.

En ese entendido, el Decreto 1011 de 2006 otorga al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional la facultad de acogerse voluntariamente a las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero a la vez lo pone contra la espada y la pared al señalarle que si ofrece la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales, deberá de manera obligatoria aplicar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, en ese sentido, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y el de la Policía Nacional siempre ha estado en la encrucijada de qué le favorece más, pues hasta el momento solamente debe cumplir con las condiciones de habilitación técnico científica contenidas por el Ministerio de Protección Social hoy en día Ministerio de Salud y Protección Social en el literal a) del artículo 1 la (Resolución 1043, 2006), esto es, "Recurso Humano, Infraestructura Instalaciones Físicas Mantenimiento, Dotación mantenimiento, Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios;

Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud” (Resolución 2680, 2007), lo que en teoría le permite efectuar un desempeño y trazabilidad de los procesos de la entidad y mantener una estructura organizacional más eficiente mediante la implementación de planes y programas que contribuyan al cumplimiento del objetivo trazado por la entidad.

Así pues, para pensar vender servicios a otras IPS primero debe tener establecido un sistema de facturación cumpliendo los estándares de suficiencia administrativa y financiera para cobro por ventas, además analizar qué tan beneficioso puede ser ello, porque dado el caso tendría que inscribir los Establecimientos de Sanidad Militar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, lo que en determinado momento lo podría llevar a perder el régimen de excepción, aspectos que bien vale la pena que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y el de la Policía Nacional analice con detenimiento antes de tomar una decisión apresurada, para que no le pase lo de la gallina de los huevos de oro.

1.1.4 Plan decenal para la salud pública.

Otro aspecto que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, debe tener en cuenta al momento de proferir su normatividad relativa a salud, es el hecho de acogerse al Plan Decenal de Salud Pública, desarrollado igualmente en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, como quiera que este es diseñado por el Ministerio de la Protección con participación social con la finalidad de establecer estrategias de atención primaria en salud, y en ese sentido, define los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan.

En ese sentido, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, debe tener en cuenta que la normatividad que expida esté alineada a las disposiciones fijadas en el Plan Decenal para la Salud Pública y por tanto deberá ajustar los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan tal como lo exige la norma en comento.

1.1.5 Indicadores de resultados de salud.

En armonía con lo dispuesto en la norma anteriormente señalada, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional deberá adaptar los indicadores de resultados en Salud propuestos en el artículo 2 de la Ley 1438 de 2011 y bajo esos lineamientos deberá estar orientado a generar condiciones que protejan la salud de los usuarios, constituyéndose el bienestar de los mismos en el eje central y núcleo articulador de su políticas en salud; para lo cual debe tener en cuenta las acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población, tal como lo establece para el Sistema General en Salud.

De igual manera establece la norma del Sistema General de Salud citada, que para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, lo cual garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, mediante la definición de metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas, lo que a corto plazo permitirá que en aras de cumplir con esos cometidos se involucre no sólo a los actores del Sistema General de Salud sino además los regímenes de excepción.

Teniendo en cuenta que como se extrae de la Ley 1438 de 2011 con esos indicadores el Ministerio de Protección social y Superintendencia Nacional de Salud medirá los resultados de las Instituciones de Salud se hace imperioso que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional los adapte para dar cumplimiento a la misma.

1.1.6 Entrega de información periódica del SSMP sobre sus afiliados

Otro aspecto que reviste atención en las disposiciones del Sistema General de Salud que son extensivas a las del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, es el relativo a

la entrega de la información de afiliación de los usuarios en cumplimiento a la Ley 1438 de 2011 la cual establece como obligación para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional la obligación de entregar información periódica de sus usuarios en el parágrafo 2 que señala: “Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social” (Ministerio de Salud, Ley 1438, 2011).

1.1.7 De los aportes al FOSIGA – hoy ADRES

Otra norma que trata sobre la relación del Sistema de Seguridad Social en Salud y el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía, son los aportes que como régimen de excepción debe realizar al FOSYGA hoy ADRES.

Los aportes al FOSYGA hoy ADRES están contemplados desde la misma Ley 100 de 1993, en el artículo 204, el cual fue modificado por el artículo 10 de la ley 1122 de 2007 en el que señala que la cotización al Régimen Contributivo de Salud será, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización a partir del primero (1°) de enero del año 2007, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo; por tanto la cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4% y que un uno punto cinco (1,5) de la cotización deben ser trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

De igual manera, establece la citada norma que las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que alude la norma. El cero punto cinco por ciento (0,5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual sólo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%).

Posteriormente el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011 referente a los recursos para aseguramiento establece en el numeral 2 subnumeral 1 lo siguiente: “2. Del Fondo de Solidaridad y

Garantía (Fosyga) 1. Uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta un punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo” (ADRES, 2018)

En cuanto al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, el parágrafo 4 el artículo 32 de la Ley 352 de 1997 respecto a las cotizaciones, señala que la cotización al SSMP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 19, esto es, los afiliados sometidos al régimen de cotización (1. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo, 2. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión y 3. El personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional), será del doce (12%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho (8%) restante a cargo del Estado como aporte patronal.

De igual manera, ese monto total de las cotizaciones ingresará a los fondos cuenta del SSMP y un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo importante señalar que ese uno por ciento en virtud de las reformas efectuadas a la Ley 100 de 1993 antes mencionadas se aumentó al 1.5%.

Así las cosas, es obligación que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional contribuya al financiamiento del FOSYGA hoy ADRES así no paradójicamente no pueda realizar recobros como se verá más adelante.

Como datos finales respecto al FOSYGA hoy ADRES se podría señalar que el mismo fue creado a partir del artículo 218 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 1 del (Decreto 1283, 1996) como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. A saber, las subcuentas son:

- Subcuenta ECAT,
- Subcuenta compensación,
- Subcuenta solidaridad, y
- Subcuenta promoción.

1.1.8 Vigilancia de Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, como ya se había señalado otro aspecto en el cual el Sistema General de Salud y el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional comparten normatividad, en este caso de control, es el de la vigilancia que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud.

En ese sentido el artículo 121 numeral 1 de la ley 1438 de 2011 refiere que la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control no sólo a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, a las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud, las universidades en sus actividades de salud sino también a las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud, dentro de los cuales se encuentra el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Como se demuestra de los eventos traídos a manera de ejemplo, son varias las circunstancias en las cuales la normatividad del Sistema General en Salud es aplicada al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, por lo que la sección que continua, se verá hasta donde las normas del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional como régimen de excepción, son lo suficientemente garantes de esas garantías mínimas irrenunciables que le otorga tener tal calidad de poder producir sus propias normas y así por más que Sistema General de Salud expida normas que los involucre, su normatividad es lo bastante sólida como para permitir que se siga manteniendo como régimen de excepción.

Sección 2.

ALCANCES DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL FRENTE A LAS GARANTÍAS MÍNIMAS IRRENUNCIABLES DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD.

El Sistema de Salud Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se ha visto obligado a salirle al paso para estar a tono con la normatividad expedida por el Sistema General de Salud, y en ese sentido recientemente expidió el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional acorde al del Sistema General de Seguridad Social en Salud basado en el bienestar del usuario como eje central y núcleo articulador de las políticas en salud en cumplimiento a la Ley Estatutaria de Salud y la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (Acuerdo 070,2019), implementó los parámetros para la integración, el mantenimiento de los sistemas de gestión en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (Acuerdo 071, 2019), y dictó las políticas y lineamientos para la organización del Sistema Integral de Información en Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional –SISMIPOL (Acuerdo 072,2019).

Referente al Modelo de Atención Integral en Salud, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional adaptó del modelo de salud (MAITE) en el Sistema General de Salud y lo denominó MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud) hoy MATIS para no denominarlo igual que movimiento políticos indígena, contenido en el Acuerdo 070 del 2 de agosto de 2019, el cual se estructuró tomando como referente el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 del Plan Nacional de Desarrollo, donde se estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015 - Estatutaria en Salud, definiría la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y para las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social- emitió la (Resolución 429, 2016) que traza la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, con dos marcos: uno estratégico y otro operacional, lo que va a permitir la acción coordinada de los agentes y usuarios del Sector Salud, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de mejores condiciones la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran para garantizar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios de manera integral.

El marco estratégico de la política “PAIS” se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Y el marco operativo de la política “PAIS” que inicialmente se llamó Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS – SGSSS hoy “MAITE” en razón de los cambios de la política de salud del país y constituye el conjunto de herramientas políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías y documentos técnicos.

2.1.1 ACUERDO 070 DE 2019 “Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”

Para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, se adoptó el Modelo de Atención Integral en Salud mediante el Acuerdo 070 del 2 de agosto de 2019, con la sigla MATIS, para lo cual cabe anotar que el nombre del modelo no cambia, el ajuste se realizó sobre la sigla.

En el video de lanzamiento por parte del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares indica que cuenta con 281 Establecimientos de Sanidad Militar de alta mediana y baja complejidad que atienden a los más de 1.325.000 usuarios entre afiliados beneficiarios y retirados, labor que requiere realizar un trabajo intersectorial orientado hacia la calidad de la atención, la seguridad del paciente, la atención primaria en salud enfoque de salud familiar y comunitaria y “la gestión del riesgo, así como una administración y gerenciamiento más coherente y financieramente sostenibles

implementar dicho que modelo de salud que permita propender por el cuidado de la salud centrado en el usuario y en su familia". (Dirección General de Sanidad Militar, 2016)

Es por ello, que, se establece que entre los objetivos del Modelo de Salud del Acuerdo 070 de 2019 de las para las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se hallan:

- a. Orientar a los actores del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional para lograr mayor equidad en salud adoptando y armonizando las políticas, estrategias y metas establecidas en la Ley Estatutaria de Salud, Plan Decenal de Salud Pública y el Plan Nacional de Desarrollo, entre otras.
- b. Mejorar las condiciones de salud de los usuarios, regulando y optimizando los contextos de intervención de las entidades del SSMP hacia el acceso de los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad, buscando el goce efectivo del derecho la salud.
- c. Mejorar la efectividad (costo-beneficio) de las intervenciones en salud; optimizar las capacidades de la red prestadora en todos los niveles de atención, fortaleciendo la continuidad asistencial hacia un enfoque integral de la salud, con la visión de la gestión del riesgo en salud en todo el proceso de la atención para el logro de resultados en salud de su población.
- d. Incidir en los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores y entidades responsables del mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo.

El Modelo de Salud para las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, se encuentra estructurado a partir de cuatro módulos; los cuales se despliegan en sus correspondientes componentes para su implementación, y que son: Módulo de Gobernanza, Módulo de Gestión Administrativa y Financiera, Módulo de Gestión Integral del Riesgo en Salud y Módulo de Gestión de la Atención en Salud y 12 componentes a través de los cuales se busca mejorar la salud de la población y la

satisfacción del usuario con el sistema y reducir de manera importante los costos y las inequidades en salud, así:



Grafica 1. Proyecto de Acuerdo y Anexo técnico Modelo de Atención Integral en Salud –SSMP.
Fuente. SSMP, 2018

Es importante tener en cuenta que el MATIS parte de la caracterización de la población con el fin de identificar los riesgos e iniciar la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) definiendo un plan de intervención en salud en cada territorio y se está desarrollando de manera gradual, por ejemplo para la implantación del mismo al interior del SSFM en el territorio de Bogotá, se organizaron las localidades en 03 zonas (Norte, Centro y Sur), tomando como punto de referencia los Establecimientos de Sanidad Militar de mayor complejidad, de acuerdo al censo poblacional remitido por el Grupo de Afiliación y Validación de Derechos, se activaron Equipos Básicos de Atención en Salud – EBAS, Cada Equipo Básico de Atención en Salud, cubre una población de 2.500 – 3.000 usuarios, con un promedio de 800 familias y está conformado por: (01) Médico General, (01) Enfermera Jefe, (01) Auxiliar de Enfermería, (01) Higienista Oral, quienes son los encargados de caracterizar la población de su territorio, identificar las necesidades en salud de la población adscrita, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud definidas y a las demandas específicas de la población y por cada 05 EBAS un médico familiar.

Hay que considerar que el modelo de Atención integral en salud de la Dirección General de Sanidad “es liderado y coordinado por un Establecimiento de Sanidad, que es el responsable de la administración y control de los EBAS y la caracterización de usuarios se realiza en forma independiente a la adscripción de los usuarios” (Dirección General de Sanidad Militar, 2018).

Y a nivel país las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RISS) que serán las encargadas de brindar el acceso a la atención oportuna, continua, integral y resolutive a los usuarios, contando con recurso humano, físico, técnico y financiero garantizando atenciones y resultados en salud.

Los prestadores primarios y complementarios son los responsables de la implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), donde se definen las intervenciones y acciones necesarias para mantener a la población sana y ofrecer la atención y seguimiento de grupos de riesgo.

El Modelo se adapta según las condiciones del territorio (densidad poblacional, oferta de servicios, condiciones geográficas y sociales) y las características de la población, así como a las necesidades en salud de los usuarios, tarea que desarrollan conjuntamente los actores encargados del aseguramiento y la gestión de la prestación en cada Subsistema.

Existe una caracterización de la población que se realiza en dos sentidos, la tipificación de la población residente y adscrita a cada ESM, identificando la morbilidad atendida que es consultada desde los Equipos Básicos de Atención para orientar al usuario a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud o a una Ruta específica de ser necesario, complementado por el diligenciamiento de la ficha familiar que permite la identificación de los riesgos básicos individuales y familiares que se inició en Bogotá y de manera gradual y progresiva se implementará en el resto del País.

Otro aspecto importante, en el cual el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional ha propendido por salirle avante a los fraudes que se presentan constantemente, es la

creación de un sistema de información robusto, seguro, confiable, por lo que a continuación se señalará los aspectos más sobresalientes en ese ámbito.

2.2.2 Sistema de Información.

La implementación de un Sistema Integral de Información que permita al interior del Sistema, entre otros, realizar cruces en tiempo real de las bases de datos de la afiliación de los usuarios con las bases de datos única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y así evitar casos de multi-afiliación entre los dos regímenes ha sido de constante preocupación al interior del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y fue lo pretendió regular con la expedición del (Acuerdo 072 , 2019).

Para referirnos al tema de afiliaciones en primer lugar, es preciso señalar lo establecido en el artículo 23 del Decreto Ley 1795 de 2000 sobre los afiliados sometidos a cotización donde al respecto indica que existen dos clases de afiliados al SSMP:

a) Los afiliados sometidos al régimen de cotización (Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo, los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, los soldados voluntarios, los beneficiarios de pensión por muerte del soldado profesional activo o pensionado de las Fuerzas Militares, los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional, los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional).

b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización (Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, a que se refieren el Artículo 225 del Decreto 1211 de 1990, el Artículo 106 del Decreto 41 de 1994 y el Artículo 94 del Decreto 1091 de 1995, las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio).

Ahora veamos que señala el Régimen de Seguridad Social en Salud, sobre las personas afiliadas obligatorias del Régimen Contributivo, para ello es pertinente traer a colación lo señalado en el artículo 26 del (Decreto 806, 1998), el cual refiere que las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

En ese sentido en el Sistema General en Salud, son afiliados al Régimen Contributivo como cotizantes:

- a) Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país;
- b) Los servidores públicos;
- c) Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios;
- d) Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes;
- e) Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley

100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiado del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la Ley 100 de 1993.

En correlación con las normas anteriores el (Decreto 1703, 2002) en artículo 14 dispone:

Régimen de excepción. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán utilizar simultáneamente los servicios del Régimen de Excepción y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Así las cosas, la normatividad expedida en torno a las afiliaciones de los regímenes de excepción y al Sistema de Salud General ha delimitado la doble afiliación, y en ese sentido se determina que cuando una persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y de la Protección Social. Los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del SGSSS, serán cubiertas por el Fosyga en proporción al ingreso base de cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes.

Actualmente la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles, antes efectuados por el FOSYGA, realiza constante y periódicamente con los regímenes de excepción cruce de bases de datos que permiten detectar las personas que se encuentran multifiliadas y darles traslado a las entidades de los regímenes de excepción a fin que acrediten la obligatoriedad o no de dichas personas y proceder posteriormente a su desafiliación en el régimen en el cual no debe estar.

Capítulo 2.

VISIÓN COMPARADA: MODELO DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA EN ARGENTINA, CHILE, HONDURAS Y COLOMBIA

Teniendo como premisa que el efectuar comparaciones jurídicas, permite realizar un balance entre semejanzas y diferencias de los diferentes ordenamientos normativos objeto de comparación a fin de fortalecer los del sistema objeto de comparación o en palabras de Paolo Biscaretti (citado en Valbuena) como “contrastación de experiencias jurídicas, sean afines o distintas por razones históricas, ideológicas, políticas o prácticas y de opciones culturales típicas, dirigidas a un peculiar modo de ser del conocimiento de la experiencia jurídica” (p.32) o de Giovanni Sartori (citado en Belalcazar, 2012) quien al justificar el uso del método comparativo, determina que: “comparar es aprender del otro, además de controlar, considerando que la comparación sin la búsqueda de control carece de un propósito real” (p. 19); se comparará el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de Colombia con los regímenes de sistemas de salud brindados a la Fuerza Pública en los países Argentina, Chile y Honduras.

El hecho de haber escogido a Argentina, Chile y Honduras como países para realizar la comparación obedece a que era importante ubicar países con los cuales el régimen de excepción de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional tuviese rasgos similares y que mejor que Chile y Argentina que al igual que Colombia conservan rasgos similares en su historia y de donde nuestra legislación se ha nutrido en muchos rasgos jurídicos para expedir las normas del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para después compararlo con el sistema de salud de Honduras que innovó en la prestación de salud a la Fuerza Pública por el Sistema General de Salud.

2.1 INSTRUMENTOS NORMATIVOS DE LOS MODELOS DE SALUD EN LA FUERZA PÚBLICA EN ARGENTINA, CHILE Y HONDURAS

Tanto en el modelo de Salud de Argentina y Chile, al igual que en Colombia el Sistema de Salud para las Fuerzas Pública es brindado por un organismo autónomo diferente al resto de la población,

razón por la cual se desarrollaran aspectos inherentes a dicho Sistema de Salud, como fuentes de financiación del mismos, prototipos de afiliación de los usuarios, implementación de otras fuentes de financiación como cuotas moderadoras o copagos, entre otros.

En primer lugar se comparará el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de Colombia con el Sistema de Salud para las Fuerzas Armadas de Argentina, partiendo de la base que en ambos países dicha prestación de servicios de salud se encuentra regulada por el Estado y además que no se puede desconocer que entre Argentina y Colombia la historia ha demostrado que los une lazos que los hacen similares en cuanto a cultura y tradiciones, tales como el de pertenecer a América Latina y el haber sido participes de procesos como el de descubrimiento, conquista y colonia por parte del imperio Español; relaciones de similitud que se han fortalecido con el transcurrir del tiempo, llegando incluso a firmar en el año de 1823 el “Tratado de Amistad y Alianza entre el Estado de Buenos Aires y la República de Colombia” con la finalidad de “lograr un reconocimiento internacional en aras de propender por una independencia total del Imperio Español, luego de la independencia lograda igualmente para ambos países en 1810” (Cardenas, 2015, p.36).

2.1.1 Argentina: Salud Fuerzas Armadas.

Antes de adentrarnos específicamente en el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas en Argentina, es propicio para el desarrollo del mismo, señalar que Argentina es un Estado Federal constituido por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual se constituye a su vez en la Capital Federal de la República por ser sede del gobierno nacional y cuyo Sistema de Salud se estructura a partir de los siguientes tres sub-sistemas:

- El subsistema de salud público, el cual es financiado por estructuras nacionales, provinciales y municipales.
- El subsistema de salud privado, constituido por entidades de medicina prepaga, y el

- El subsistema de seguridad social, que se encuentra financiado por obras sociales sindicales, provinciales y nacionales y provisto por efectores propios o del sector privado).

El cual en palabras de Centrángolo y Devoto (2002) “La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja evolución. En sus comienzos la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del estado en la organización del sector y de la definición de una política de salud nacional” (p. 4)

Descendiendo al caso específico de la Salud para la Fuerzas Armadas en Argentina, se tiene que hasta el año 2008, cuando el Gobierno decidió promover ante el Congreso un proyecto de Ley que creara un Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas en cabeza del Ministerio de Defensa, la salud para las Fuerzas Armadas en Argentina era brindada de manera independiente por cada una de las Fuerzas y con recursos administrados por militares al interior de cada una de ellas, es así, que en el Ejército la brindaba el Instituto de Obra Social del Ejército (IOSE), en la Armada la Dirección de Bienestar de la Armada (DIBA) y en la Fuerza Aérea la Dirección de Bienestar de la Fuerza Aérea (DIBFA).

La anterior decisión del Gobierno, en nada se tornó pacífica y por el contrario estuvo precedida de multitudinarias marchas convocadas por la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) que buscaban ponerle freno a la iniciativa propuesta por la ministra de Defensa doctora Nilda Garré y la cual propendía por disminuir los aportes de cada afiliado que se habían visto incrementados paulatinamente en los últimos años y nivelar los crecientes déficit de cada una de las Direcciones de Bienestar de las Fuerzas Armadas; situación que en el 2007 había llevado al Poder Ejecutivo Nacional a que iniciara diversas acciones tendientes a lograr el equilibrio en la ecuación de ingresos – egresos y la optimización de los procesos prestacionales mediante la adopción de la Resolución MD Nº 301/07.

Es así como el proyecto de Ley buscaba incluir a los efectivos (activos) y retirados de cada una de las Fuerzas Armadas, además de los de la Prefectura y Gendarmería, (puesto que La Policía Federal, tiene su propio sistema de salud), habilitando a los afiliados a cambiarse de obra social o a pasarse a una prepaga, como el resto de los trabajadores del país, así como reducir costos mediante la adopción de mecanismos unificados para la adquisición de compras centralizadas de insumos médicos en aras de aprovechar las ventajas de economía de escala y también otorgar la Dirección de dicho Instituto a un representante del ministerio, uno de cada fuerza y uno del personal civil.

Partiendo de los anteriores acontecimientos el Gobierno de Argentina expidió el Decreto (Decreto 637, 2013), por el cual se creó el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas "IOSFA" en que señaló como considerandos:

Que las Obras Sociales señaladas se desempeñan bajo condiciones jurídicas distintas, el IOSE en un ente autárquico y la DIBA y la DIBPFA se encuentran incorporadas a la estructura de las Fuerzas, con escasa o nula articulación, tanto de sus servicios, como de su gestión.
(Argentina, Decreto 637/2013, considerandos)

Es por tanto que con la promulgación del Decreto 637 de 2013 a través del cual se creó una única Obra Social para la Fuerzas Armadas de Argentina, llamada Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas (IOSFA), se buscó integrar a través de una Administración y modelo de gestión unificados a la totalidad de la población de la Fuerzas Armadas Argentinas, con el fin de consolidar entre otros aspectos, el Padrón de beneficiarios en lo relacionado con la afiliación, aportes y contribuciones; el Programa de Cobertura de servicios, en cuanto a sus prestaciones y modelo operativo; racionalizar el gasto y optimizar el modelo de gestión, a través del funcionamiento de una estructura de Administración Central y Regional; ponderar la orientación de los recursos destinados a las prestaciones de asistencia; conformación de una red de servicios integradora, asegurando la distribución y accesibilidad equitativa en todo el país; promoción de la relación del desempeño de los recursos prestacionales y tecnológicos del ámbito del MINISTERIO DE DEFENSA (Hospitales) integrándolos como Establecimientos de referencia; promoción de acuerdos interinstitucionales con Organismos de afinidad; mejoramiento de las condiciones para el estudio

del perfil epidemiológico de la población y la aplicación de Programas sanitarios y sociales de alto impacto entre los beneficiarios, todo ello en aras de lograr ocupar un espacio jerarquizado en el ámbito de las Instituciones del Sector Salud.

De igual manera dicha normatividad propuso que para lograr una verdadera unificación, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas (IOSFA) dentro de su organización y funcionamiento contemplara la centralización normativa y administrativa concentrando todo lo referente a políticas, normas, procedimientos, información, control y evaluación del sistema; y la descentralización operativa, a los efectos de lograr mayor y mejor articulación entre la Obra Social, las demandas de sus afiliados y las realidades locales, respetando la individualidad de cada afiliado y su lugar de residencia.

En cuanto a la cobertura de la salud, es decir, lo que en Colombia se denomina Plan de Beneficios de Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en Argentina bajo la promulgación del referido Decreto se estableció que la oferta de la cobertura prestacional médico asistencial estaría cubierta por un Programa Integral de Prestaciones que debería tomar como base de referencia el catálogo de prestaciones del Programa Médico Obligatorio dispuesto por el Ministerio de Salud, es decir, el establecido en la Resolución (201, 2002), así como sus normas complementarias; prestación de servicios médicos que inclusive se contempló se continuaría prestando a los afiliados que dejen de estar en actividad, manteniendo el beneficiario de su permanencia mediante el porcentaje de sus aportes y contribuciones que realicen y que debían ingresar al IOSFA.

Referente a los miembros que conformarían la nueva Obra Social se dispuso que la misma contaría con la representación de todos los afiliados, para que el origen de la afiliación o las diferentes características de la relación laboral, no influya en modo alguno en la toma de decisiones y con el fin de lograr un efectivo control de la gestión institucional, se dispondría la creación de una (1) Unidad de Auditoría Interna conforme a lo establecido por la Ley N° (24.156, 1992) de acuerdo con lo dispuesto en el Título VI de la misma.

Los anteriores postulados dieron origen al articulado del Decreto 637 de 2013, por medio del cual se estableció la creación en el ámbito del MINISTERIO DE DEFENSA, del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA), en el que se integraron los servicios de cobertura médico asistencial y sociales de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas de Seguridad unificando los preexistentes: el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DEL EJERCITO (IOSE), en el que se incluyen los servicios que éste brinda al personal de la GENDARMERIA NACIONAL ARGENTINA; la DIRECCION DE BIENESTAR DE LA ARMADA (DIBA) y en la que se incluyen los servicios que ésta presta al personal de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA y la DIRECCION DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE LA FUERZA AEREA (DIBPFA).

En cuanto a la naturaleza jurídica del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA) se estableció que con el fin que pudiera desarrollar su acción, dentro de todo el territorio de la REPÚBLICA ARGENTINA, podía ejercer su accionar como ente autárquico, con personería jurídica propia y legitimación procesal, con capacidad para actuar en el ámbito del Derecho Público y Privado, estando encuadrado dentro del régimen del inciso c) del artículo 8° de la Ley de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional Nº 24.156 y sus modificaciones, bajo la fiscalización y el control del MINISTERIO DE DEFENSA, el que se constituye como la Autoridad de Aplicación.

En relación con el rol que desempeña el Estado en el IOSFA, se determinó que las actividades que desarrollara el Instituto respondieran a los enunciados de la Política Nacional de Salud, por lo cual, el Estado Nacional será responsable de su formulación y de la dirección estratégica general del Sector, ejerciendo, a su vez, acciones de fiscalización y control para garantizar el cumplimiento de sus funciones. Aspecto éste, que reviste suma importancia para el objeto de esta investigación, toda vez que demuestra que, no obstante, se unificó la prestación de servicios de salud de las Fuerzas Armadas de Argentina en un sólo Instituto, es en cabeza del Estado Nacional en quien recae la formulación y dirección de la prestación de los servicios de salud en Argentina.

Referente a la población beneficiaria, la citada norma estableció que el amparo de cobertura, se prestaría a dos grandes grupos, los afiliados titulares y los beneficiarios incorporados al afiliado

titular, incluyendo dentro de los primeros al personal militar en actividad de las Fuerzas Armadas, al personal civil que se desempeña en relación de dependencia en las Fuerzas Armadas, al personal militar en actividad de la GENDARMERIA NACIONAL ARGENTINA y el personal policial en actividad de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA, al personal civil que se desempeña en relación de dependencia con las Fuerzas de Seguridad mencionadas en el inciso anterior, al personal civil que se desempeña en relación de dependencia en el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA), al personal civil que se desempeña en relación de dependencia en otros entes empleadores que, a la fecha de creación del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA), sean afiliados titulares obligatorios de los organismos preexistentes mencionados en la creación del Instituto, a los titulares de retiros y pensiones de las Fuerzas Armadas, de la GENDARMERIA NACIONAL ARGENTINA y de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA y al personal civil jubilado y los pensionados de los organismos mencionados en los incisos anteriores.

Señalando respecto de los mismos, que tanto el personal militar en actividad de las Fuerzas Armadas como el personal civil que se desempeña en relación de dependencia en otros entes empleadores que, a la fecha de creación del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA), sean afiliados titulares obligatorios de los organismos preexistentes, adquieren el carácter de “obligatorios” y que el personal titular de retiros y pensiones de las Fuerzas Armadas, de la GENDARMERIA NACIONAL ARGENTINA y de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA y el personal civil jubilado y los pensionados de los organismos citados en la norma se considerarán “voluntarios”.

Referente a los beneficiarios incorporados al afiliado titular, indicó que serían los integrantes del grupo familiar primario de los titulares, siendo considerado como tales, el cónyuge y los hijos solteros menores de VEINTIUN (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral. Se equipara al cónyuge, a la o el conviviente que no tenga otra cobertura de Obra Social de cualquier jurisdicción, que se encuentre a cargo del titular, acreditado dicho extremo por información sumaria judicial, excepto que tengan hijos reconocidos por ambos, los hijos discapacitados, a cargo del afiliado titular, son beneficiarios sin límite de edad y mientras dure la incapacidad, los hijos solteros mayores de VEINTIUN (21) años y hasta los VEINTICINCO (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular, conservan la

cobertura si acreditan estar desarrollando estudios en Instituciones de enseñanza oficial públicas o privadas reconocidas por la autoridad educativa de la jurisdicción, Los hijos menores de VEINTIUN (21) años del cónyuge y los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa. En todos los casos en que los beneficiarios incorporados al afiliado titular tengan una cobertura otorgada por alguno de los agentes incluidos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, serán excluidos de la cobertura del IOSFA.

Hay que añadir que como Afiliados adherentes las personas que, perteneciendo al grupo familiar de algún titular, no posean cobertura de salud y cumplan con las condiciones, cuota de afiliación y aranceles que se fijen en el Régimen de Adherentes del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA)

El financiamiento del Instituto estará compuesto por los aportes personales fijados, con aprobación del Directorio y ratificados por Resolución del MINISTRO DE DEFENSA, de los haberes que perciban los afiliados titulares obligatorios, las contribuciones patronales, fijadas por Decreto del PODER EJECUTIVO, de los haberes que perciban los afiliados titulares obligatorios, los aportes fijados, con aprobación del Directorio y ratificados por Resolución del MINISTRO DE DEFENSA, sobre los haberes brutos de retiros, jubilaciones y pensiones que perciban los afiliados titulares, el monto de aportes fijados por aprobación del Directorio, para los afiliados titulares, las cuotas de afiliación y aranceles que paguen los afiliados adherentes que se incorporen al INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA), los recursos provenientes de coseguros y de prestaciones de otros servicios de cualquier naturaleza a terceros o afiliados, los ingresos producidos por la venta y renta de activos del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA), los recursos que anualmente fije la Ley de Presupuesto General de la Administración Nacional para su funcionamiento, Legados, donaciones y otras liberalidades con que fuere beneficiado el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (IOSFA) y en general todo otro aporte de cualquier naturaleza que apruebe la autoridad de aplicación del presente.

En cuanto a la distribución de los recursos del Instituto como mínimo, el ochenta por ciento (80%) de la totalidad de sus recursos se debe destinar a la prestación de los servicios de atención de

la salud, un ocho (8%) a los gastos administrativos, y hasta un doce por ciento (12%) de sus recursos brutos, a otras prestaciones sociales.

Su Programa Médico Asistencial se centró en establecer que todos los afiliados al IOSFA gozarán, igualmente, de los beneficios de un Programa Integral de Prestaciones médico asistenciales y de salud, cuyo acceso quedará garantizado por procedimientos normativos y una red de servicios institucionales propios y contratados, que operarán en todo el ámbito nacional, el cual junto con el catálogo de prestaciones, así como la modalidad de acceso, serán definidos por la Administración del IOSFA y requerirán, para su implementación, de la aprobación del Directorio. Programa Integral de Prestaciones del IOSFA, que en todo caso deberá tener como base de referencia el catálogo de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (Resoluciones Nros. 201/02, 310/04 y 1991/05 del MINISTERIO DE SALUD y complementarias).

Referente a los directivos que conforman el IOSFA y dando cumplimiento a la imparcialidad propuesta desde los motivos que dieron origen a la norma se creó una Administración Central, que será conducida por un Directorio integrado por: - UN (1) representante del MINISTERIO DE DEFENSA, que será su Presidente. - DIEZ (10) vocales: TRES (3) a propuesta del JEFE DEL ESTADO MAYOR GENERAL DEL EJERCITO; DOS (2) a propuesta del JEFE DEL ESTADO MAYOR GENERAL DE LA ARMADA; UNO (1) a propuesta del JEFE DEL ESTADO MAYOR GENERAL DE LA FUERZA AEREA; UNO (1) a propuesta del DIRECTOR NACIONAL DE LA GENDARMERIA NACIONAL; UNO (1) a propuesta del PREFECTO NACIONAL NAVAL; UNO (1) a propuesta del personal civil de las FUERZAS ARMADAS del ámbito del MINISTERIO DE DEFENSA y UNO (1) a propuesta del personal civil de la GENDARMERIA NACIONAL y de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA del ámbito del MINISTERIO DE SEGURIDAD, cuya designación de miembros se realiza por Resolución del Ministro de Defensa al personal que cuente con formación, competencia e idoneidad acreditadas en materias relacionadas con los fines del Acuerdo, para un periodo de cuatro (4) años en sus cargos, pudiendo ser renovados sus mandatos si se mantiene, al finalizar los mismos, la propuesta que dio lugar a su designación.

2.1.2 Chile: Salud Fuerzas Armadas.

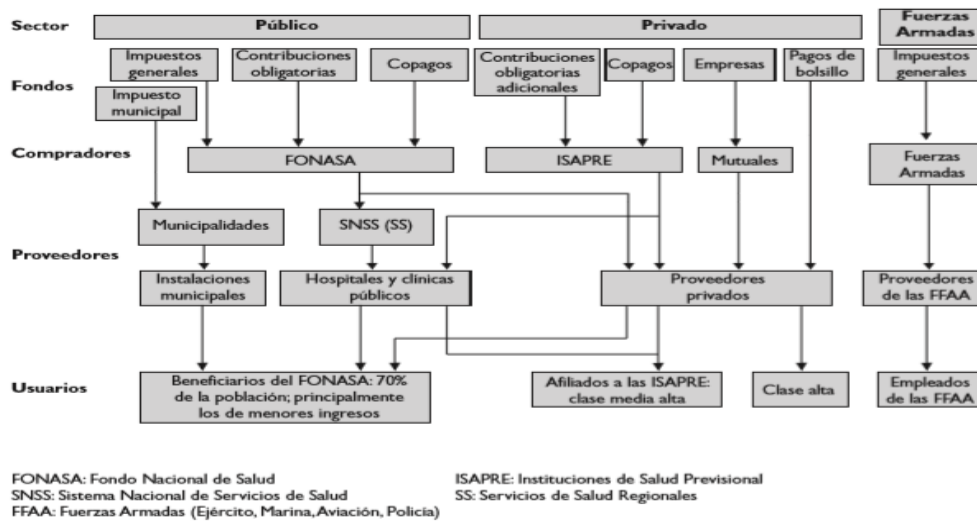
Una vez extractado los aspectos más relevantes del modelo de Salud de las Fuerzas Armadas de Argentina, a continuación se hará lo propio con el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas Chile, donde al igual que con Argentina, Colombia guarda una estrecha relación que va más allá de compartir aspectos meramente históricos como es el haber logrado su independencia igualmente en 1810, sino que a lo largo de la historia los ha unido intereses afines especialmente en lo económico, hasta el punto que tanto Chile como Colombia junto con México y Perú son los miembros de la Alianza de Pacifico, creada en 2011 por iniciativa del entonces presidente de Perú Alan García Pérez, con el fin promover la integración de la económica y definir acciones conjuntas para la vinculación comercial con los países asiáticos de la cuenca del Pacífico, así como alentar la integración regional mediante un mayor crecimiento, desarrollo y competitividad de los países miembros.

Los modelos de salud de Colombia y Chile han compartido tanto crisis, como mancomunados esfuerzos para tratar de salir de ellas, fue así como en los años 90 hicieron a su vez frente al modelo neoliberal que en salud predicaba y paulatinamente dieron paso a que el Estado retomara las riendas en aspectos tan tangenciales y delicados como la prestación de servicio de salud y en ese sentido en Chile el Estado comenzó a inyectarle dineros a la salud pública que se vieron reflejados en el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de salud que hicieron que dicho país se consolide como uno de los países que este a la vanguardia en la prestación de servicios de salud y que sirva de ejemplo a otros modelos como Colombia.

Para adentrarnos en el sistema de salud de Chile, los autores Víctor Becerril-Montekio, Juan de Dios Reyes y Annick Manuel, en el artículo titulado Sistema de salud de Chile. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S132-S143, lo describen así:

El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de

Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él. El sector público se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el FONASA. La prestación de servicios públicos está a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones el FONASA contrata los servicios de proveedores privados. El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. De manera paralela, tres mutuales ofrecen protección a sus afiliados (15% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales. Las mutuales proveen atención en sus propias instalaciones. Los chilenos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud (Gráfica 2).



Grafica 2. Diagrama de atención de salud pública y privada de las Fuerzas armadas de Colombia, 2019
 Fuente. IOFSA, 2018

En cuanto a las mutuales en Chile Brahm, Singer M Valenzuela L, Ramírez C (2011) señalaron: Sistema mutual chileno Actualmente en Chile son las Mutualidades de Empleadores las administradoras de mayor relevancia en materia de SSL. De los 4.637.503 trabajadores asegurados en el año 2009, cerca del 77% estaban afiliados a alguna mutual; el restante 23% eran atendidos por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), ex Instituto de Normalización Previsional (INP), perteneciente al Estado, y en las Administraciones Delegadas, que son seguros otorgados por las mismas empresas. El gráfico 12 muestra los datos presentados. El sistema mutual privado está compuesto por tres instituciones: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (MUSEG) y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). Tales mutuales están regidas por la Ley N° 16.744, la que establece el “Seguro Social Obligatorio contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales”. La ley obliga a las empresas a adherirse a un organismo administrador de este seguro, incorporando principios tales como la responsabilidad solidaria, la prevención, la atención médica especializada y la rehabilitación de los trabajadores accidentados (Ley 16.744,1968, pp 25-27)

Descendiendo al punto de la Salud para las Fuerzas Armadas de Chile, tal como se había indicado, la misma es brindada por un sistema de salud independiente al del resto del sistema de salud brindado a los demás ciudadanos, específicamente se encuentra regulada por la Ley No. (19.465, 1996) que establece el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas en Chile.

Es de señalar que sirvió como motivación para la expedición la citada Ley, el hecho que al igual que en Argentina antes de su promulgación y en vigencia de la Ley No. 12.856 de 1977 el financiamiento para las prestaciones de salud del personal en servicio activo de las Fuerzas Armadas y de los pensionados de retiro y montepío y sus cargas familiares legales, se encontraban siendo administrados de forma separada en las Instituciones de la Defensa Nacional y a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, aspecto que se mantuvo en el artículo 73 de la Ley No. (19.948, 1990) Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas, pero donde dejó la facultad que la Ley estableciera el sistema de salud que le es aplicable, su financiamiento y los porcentajes en que el referido sistema contribuirá al pago de las prestaciones de salud, en los siguientes términos:

La ley establecerá el sistema de salud que les es aplicable, su financiamiento y los porcentajes en que el referido sistema contribuirá al pago de las prestaciones de salud. Dicho porcentaje será de 100% para el personal en servicio activo y del 50% para los causantes de asignación familiar.

Es por eso que la (Ley 19.465, 1996) pretendió establecer en forma global el sistema de salud aplicable a las Fuerzas Armadas de Chile, mejorando su régimen de financiamiento con el fin de superar la difícil situación económica que hasta ese momento atravesaba el fondo de salud de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional que se había tornado insuficiente para cubrir la salud de sus afiliados y beneficiarios y que lo llevó a que en el año 1989 redujera sustancialmente los porcentajes de bonificaciones que hasta esa fecha se venían otorgando a sus jubilados.

Así pues, con la promulgación de la Ley No. 19.465, se estableció que el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas de Chile sería por esencia único y uniforme en cuanto a las prestaciones básicas para asegurar a sus beneficiarios, pero que la administración estaría a cargo de cada Institución de

las Fuerzas Armadas, las que, además, percibirían directamente las cotizaciones y demás recursos destinados a salud.

Es así como en la actualidad cada Fuerza tiene su Comando de Sanidad, para el caso del Ejército, se encuentra el Comando de Salud del Ejército (COSALE) que depende del Comando General del Personal y que nació del 31 de marzo de 1999 y tiene la misión de satisfacer las necesidades de salud de todos sus beneficiarios, en forma equitativa, solidaria, oportuna y eficiente. Para ver información de COSALE <http://www.cosale.cl>

Para el caso de la Armada de Chile a partir de la citada ley se creó el Sistema de Sistema de Salud Naval, a cargo de la Dirección de Sanidad Naval que tiene como misión brindar apoyo sanitario organizado y coordinado con las fuerzas operativas, entrenando y equipado, con el propósito de ser desplegado en apoyo de las fuerzas en tiempos de paz, catástrofes, crisis o guerra. Además, cumple con otorgar a los beneficiarios del Sistema de Salud Naval una atención efectiva, eficiente, eficaz y humanizada, con el propósito de fomentar, mantener y recuperar la salud, dentro del marco regulatorio legal establecido. Para ver información <https://www.sanidadnaval.cl>

Y para el caso de la Fuerza Aérea de Chile, la División de Sanidad de la Fuerza Aérea tiene como finalidad Administrar el funcionamiento del sistema de salud institucional, con el propósito de asegurar que las prestaciones satisfagan los requerimientos de la Fuerza Aérea y las necesidades del personal y su grupo familiar y de los demás beneficiarios de la Ley N° 19.465, la cual está dirigida por el Jefe de División de Sanidad y tiene un Hospital Clínico Institucional y un Centro de Medicina Aeroespacial que como organismo depende del Hospital Clínico Institucional. (Fuerza Aerea de Chile, 2018)

De igual manera y para efectos de aportes del modelo de Salud de las Fuerzas Armadas de Chile, la ley 19.465 de 1996 señaló los establecimientos e instalaciones sanitarias de las Fuerzas Armadas no podrán negar atención a los beneficiarios que la requieran, ni condicionarla a pago previo, sin perjuicio de su pago posterior mediante los procedimientos que para el efecto determine cada Institución y para los no sean beneficiarias del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas señaló

que los mismos podían acudir a los mismos, pagando el valor de acuerdo al arancel fijado, sin que ello signifique menoscabo del derecho que corresponde a los beneficiarios legales, por lo que, salvo las urgencias debidamente calificadas, los beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas deberán ser preferidos a los no beneficiarios.

Algo de resaltar para el objeto de este trabajo es que el valor de las prestaciones que otorga el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas en Chile es el fijado por cada Comandante en Jefe Institucional y constituirá recursos propios del Establecimiento o instalaciones del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas que los brinde.

Con el fin garantizar el acatamiento de lo establecido en el artículo 19 número 9, de la Constitución Política de la República de Chile que asegura a todas las personas el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, la Ley 19.465 de 1996 permite optar por conservar la calidad de beneficiario del sistema de salud de las Fuerzas Armadas al personal que se retire de las Instituciones con derecho a pensión y señala en el Artículo 8 los siguiente:

Sin embargo, no perderá la calidad de beneficiario del Sistema, el personal que se retire con derecho a pensión otorgada por el Organismo de Previsión y Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, en tanto no opte por afiliarse a otro régimen de prestaciones de salud.

El financiamiento del Sistema de Salud de las Fuerzas Armada de Chile se financia con los recursos que contemplan el Fondo de Medicina Curativa y el Fondo de Medicina Preventiva, con los cuales cuenta cada una de las Instituciones de las Fuerzas Armadas y de acuerdo con la distribución de los recursos que para el efecto señaló la Ley.

2.1.3 Honduras: Salud Fuerzas Armadas.

Finalmente, se tomará como comparación al país de Honduras donde la salud para las Fuerzas Armadas puede ser brindada por los servicios de salud del Estado, con el objetivo igualmente de terminar sus experiencias y en que pueden aportar al análisis de este trabajo.

Para ello, se comenzará con señalar que el sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público se encuentra compuesto por las Secretarías de Salud (SS) en quien recae la función de ser el rector de sistema y su vez prestadora de servicios de salud, Gobernación y Justicia, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública, Recursos Naturales, Planificación, Coordinación y Presupuesto, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, y las municipalidades.

Tanto las Secretarías de Salud como el Instituto Hondureño de Seguridad Social tienen para su prestación de servicios centros de salud y hospitales, incluso a nivel local se pueden apoyar con las instalaciones locativas de la Junta Nacional de Bienestar y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS) o con la contratación de proveedores privados. La Secretaría de Defensa también cuenta con unidades de salud, como el Hospital Militar.

Mientras el sector privado cuenta con prestadores con fines de lucro, como son, entre otros hospitales, clínicas y profesionales de forma independientes, así como empresas que ofrecen seguros de salud y sin fines de lucro, como organizaciones de la sociedad civil como CARE, Visión Mundial HOGASA, Médicos Mundi, Aldea Global, Asociaciones de Pastores, ASHONPLAFA y MOPAWI, entre otros.

Para poder referirnos a la prestación de servicios de salud para las Fuerzas Armadas, se debe traer a colación la Ley No. (39, 2001) que es la Ley constitutiva de las Fuerzas Armadas y que en su artículo 52 establece que el Estado Mayor Especial está formado por “ 2) Dirección de Sanidad Militar” y en artículo 237 de la misma norma señala que: “La salud del personal de las Fuerzas Armadas que son provistas por el sistema de Sanidad Militar” (Ley 39, 2001)

Hasta acá se pensaría que en nada ofrece de diferencia la prestación de servicios de salud para las Fuerzas Armadas de Honduras, sino fuera porque, el Gobierno de dicho país expidió el Decreto 230 de 2012, a través del cual adoptó el Acuerdo S.D N. No. 0201 y que estableció el Reglamento de Personal para los Miembros de las Fuerzas Armadas de Honduras – 2012 motivando dicho Acto en

los avances profesionales operados en la Institución Armada, que responda a las actuales exigencias y se adapte a las nuevas normativas jurídicas.

En el citado Decreto en su artículo 120, específicamente en cuanto a la atención médico de los miembros de las Fuerzas Armadas estableció:

Los miembros de las Fuerzas Armadas, cuando tengan necesidad de atención médica y hospitalaria en uso de su derecho, deben ser atendidos en el sistema de Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas o en su defecto por servicios de salud del Estado.

Así las cosas, la citada normatividad dejó abierta la posibilidad para que la atención médica de los miembros de las Fuerzas Armadas de Honduras pudiesen ser brindados por los servicios de salud que ofrece el Estado a los demás miembros del País y a los que hizo referencia anteriormente, punto éste que se constituye en el análisis diferencial con los regímenes de salud de los países de Colombia, Argentina y Chile y motivo central en el que versa este estudio.

2.2 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL COMO RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD

Una vez realizado una comparación entre los modelos de salud con los regímenes de sistemas de salud brindados a la Fuerza Pública en los países Argentina, Chile y Honduras ahora se procederá a establecer la ventajas y desventajas de la prestación de servicios de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional como régimen de excepción del Sistema General de Salud y dado el caso proponer una reestructuración del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, mediante la modernización debe contemplar la aplicación de estrategias tendientes al mejoramiento continuo de los procesos administrativos, dentro de los cuales se puede contemplar la gestión por proyectos o empowerment, la consolidación de un sistema de información real y eficaz que permita detectar multi-afiliaciones, reclamación de medicamentos en varios lugares entre otros.

Una de las ventajas que se ha observado con el desarrollo de este trabajo en relación con Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es que puede permanecer a la vanguardia de los Sistemas de Salud de los grandes Estados como régimen de excepción, entre tanto, no desconozca las normas del Sistema General en Salud y no pierda de vista ni los riesgos propios e inherentes a las operaciones militares, como son, la sanidad de campaña, la medicina naval y aeroespacial y por otro lado los riesgos y la salud de los beneficiarios y de personal afiliado que no está en actividad militar, es decir, la población usuaria en general debe ser diferente, motivo por el cual hace bien en acoger un Modelo de Atención en Salud que gire en torno a la prevención y atención médica primaria, con enfoque de salud familiar y comunitaria.

Siendo la salud operacional uno de los pilares que soportan el régimen de excepción de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, se considera que el mismo debe continuar siendo un programa dirigido por la Dirección General de Sanidad Militar en el caso de las Fuerzas Militares, desarrollado y ejecutado por los Comandos de Fuerza a través de las Direcciones de Sanidad y los Establecimientos de Sanidad Militar, bajo la supervisión de la Inspección General de las Fuerzas Militares y la Inspección de cada una de las Fuerzas y para el caso de la Policía Nacional igualmente liderado por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Así las cosas, el programa de Salud operacional comprende el conjunto de actividades en salud inherentes a las operaciones Militares o de Policía y las actividades de salud especializada que tienen por objeto, el mantenimiento y la recuperación de la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en “teatro de operaciones”

Actualmente para las Fuerzas Militares el enfoque operacional está constituido por la sanidad en campaña, medicina aeroespacial y medicina naval, las cuales se encuentran definidas en el Anexo No. 01. “Programa de salud operacional para las Fuerzas Militares”, del (Acuerdo 017, 1997) por lo que a continuación me referiré a cada una de ellas.

2.2.1 Sanidad en campaña.

Son las actividades de salud física y mental, dirigidas al personal militar, orientadas a prevenir lesiones y enfermedades, a recuperar y devolver al combatiente en el menor tiempo posible a su lugar en el combate, tanto en guerra regular como irregular, entrenamiento o instrucción militar. Su función, es mantener en las mejores condiciones de salud al combatiente y en caso de lesión, enfermedad o trauma definir en el menor tiempo posible su regreso al servicio o traslado definitivo al nivel de atención médica respectivo. Está principalmente dirigido al Ejército Nacional e Infantería de Marina.

Las actividades en salud para las operaciones militares terrestres, no se limitan a la evacuación y la atención inicial del herido en hospitales de campaña. Es un conglomerado de procesos asistenciales que inician en la promoción y prevención y terminan en la rehabilitación del combatiente con el regreso a sus labores.

2.2.2 Medicina de aviación (aeroespacial).

Son todas las actividades en salud física y mental de tipo preventivo, curativo y de evaluación dirigida al personal relacionado con actividades de vuelo, para garantizar su desempeño con seguridad y eficiencia en actividades propias de la aviación de las FF.MM.

La seguridad aérea es un bien inmaterial que puede perderse muy fácilmente por tanto es obligación del médico de aviación procurar que el tripulante, en todas las instancias de la vida aeronáutica este sano, física y mentalmente.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad implican para la medicina aeroespacial exámenes preocupacionales, ocupacionales (control anual), postaccidentes y postocupacionales, también involucran programas específicos de protección contra la aparición de enfermedades profesionales, certificación aeromédica y dispensas de vuelo.

El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades del personal aeronavegante debe ser realizado por profesionales médicos con conocimientos específicos de los ambientes aeronáuticos.

2.2.3 Medicina Naval.

Son las actividades de salud física y mental destinadas a prevenir lesiones y enfermedades, a garantizar, el máximo nivel de integridad psicofísica para el desarrollo de sus funciones y a recuperar y a devolver al personal de superficie, submarinistas, buzos y similares, en el menor tiempo posible, a su destinación inicial, tanto en guerra regular como irregular, entrenamiento o instrucción militar. Está dirigida a la Armada Nacional.

El personal sometido a ambientes hiperbáricos requiere que, en todas las fases de la prestación de servicios de salud, los profesionales médicos conozcan la fisiología y manejo de la patología específica.

Al tratarse, igual que la aviación, de una profesión de riesgo, se hace indispensable la formulación de programas preocupacionales, ocupacionales y postocupacionales.

Es así como el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional debe volcar todos sus esfuerzos con miras a desarrollar actividades tendientes a lograr una detección oportuna y eficaz de las condiciones de salud que pueden afectar la capacidad psicofísica del personal que participa en las operaciones militares o policiales, entre otros, mediante la capacitación a través de cursos, como son los de socorristas militares y enfermeros de combate adelantados por las Fuerzas Militares que benefician la realización de la atención médica en situ y disminuye la evacuaciones del área de operaciones, lo que representa una disminución de costos en traslados aéreo médicos y evita posibles complicaciones del paciente que bien hubiesen podido ser evitados con una atención pre hospitalaria inicial, estabilización en el lugar de las operaciones.

De igual manera, en caso de tener que acudir a las evacuaciones, establecer protocolos y medidas con el fin lograr que todas las personas transportadas y evacuadas del lugar de operaciones sean entregadas con vida y con el menor traumatismo en su salud en los centros asistenciales a donde sean evacuadas, logrando con ello la preservación del militar o policía herido como consecuencia de su actividad militar o policial.

Sin embargo, no obstante las ventajas que tiene el régimen de excepción al considerar aspectos tan relevantes como la salud operacional de los militares y policías, no puede escapar de vista que es imperioso que el Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional emprenda de manera pronta cambios y modernización en algunos ámbitos a nivel de organización para que se consolide como un Sistema de Salud eficaz y eficiente que le permita estar a la vanguardia en la prestación de servicios, para lo cual y como objeto de estudio se señalaran algunos que se consideran importantes sin querer significar que sean los únicos.

2.2.4 Mejoramiento continuo de procesos.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional como servicio público esencial de la logística Militar y Policial, que está orientado al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios, debe desarrollar todo su actuar en aras de lograr dar cumplimiento a los fines encomendados por el Estado, mediante una óptima, adecuada y racionalización en la utilización de los recursos (humanos-físicos-financieros), así como uso de la ciencia y tecnología que impera en la actualidad.

En ese sentido, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional debe fijarse como tarea, la de simplificar los procedimientos que existen en su interior, empezando por una adecuada distribución de funciones entre los diferentes niveles que conforman cada Subsistema y así descender hasta las dependencias que operan al interior de cada uno, ya que una eficaz política de racionalización debe permitirse incluir instrumentos de cambio y propender por un mejoramiento continuo que impacte de manera positiva la Institución; lo cual puede ser llevado a cabo por ejemplo a través de la desconcentración de tareas y descentralización administrativa en

los Establecimientos de Sanidad Militar o Policiales, como quiera que es allí donde de conformidad con la Ley 352 de 1997 recae la prestación de servicios, pero a su vez conservando desde la Dirección General de Sanidad Militar y Dirección de Sanidad de la Policía Nacional una administración que se rija por procesos claros, definidos y fundamentalmente que generen un impacto positivo en las políticas y evaluar la relación costo efectividad en la utilización de dichos recursos y no desgastarse como sucede en la actualidad en procesos tan complejos como el de medicamentos, de enfermedades de alto costo (VIH, RENALES CRONICOS y HEMOFILIA) ni en ejecutar los bienes y servicios que por su naturaleza son de las dependencias que prestan los servicios médicos.

2.2.4 Regionalización.

La centralización desde la Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de tareas que van directamente ligadas con la prestación de servicios médicos que deben prestar los Establecimientos de Sanidad Militar y de la Policía Nacional, por ejemplo en la adquisiciones de suministros y materiales médicos, generan en no muy pocas ocasiones inconvenientes, en razón a que no permite establecer las necesidades reales con las que cuentan los Establecimientos de Sanidad Militar y de la Policía Nacional; lo cual además de retrasar el proceso de adquisición de los mismos y garantizar una oportuna prestación de servicios médicos a los usuarios que habitan en las zonas más apartadas del país, no permiten elaborar una adecuada planeación contractual acorde a las necesidades apremiantes de los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

La Regionalización en los Establecimientos de Sanidad Militar y la Policía Nacional se encuentra amparada desde la misma ley 352 de 1997 en el literal f del artículo 4 que señala:

Descentralización y desconcentración. El SSMP se administrará en forma descentralizada y desconcentrada en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Por su parte el artículo 16 de la Ley 352 de 1997 establece que el Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea serán 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 Militares 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, lo cual faculta para que desde los mismos prestadores de servicios se lleve a cabo la contratación a través de la red externa.

En igual sentido, los Acuerdos 004 de 1997 artículo 9 y el Acuerdo 011 de 1997 artículo 5º y en especial el artículo 12 que en cuanto a la organización Territorial establece para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares:

Para efectos de desconcentración en la prestación de servicios de salud, la Dirección General de Sanidad Militar, agrupará los Establecimientos de Sanidad Militar por regiones, de tal manera que en lo posible coincidan en su mayor parte con la jurisdicción de las Divisiones del Ejército Nacional.

Y para el caso del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el artículo 20 ibidem señala:

En el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, los Establecimientos de Sanidad Policial de niveles I y II, dependen operativa y disciplinariamente del Comandante del Departamento de Policía respectivo. En las ciudades donde exista clínica regional, ésta dependerá del Comandante de la Policía Metropolitana si la hubiere y los puntos de atención básica, consultorios y unidades médicas especializadas del Departamento de Policía.

Así las cosas, la misma normatividad faculta para que se pueda adelantar una regionalización, la cual tampoco tendría inconvenientes en cuanto a la distribución presupuestal, puesto que para el efecto el artículo 39 de la Ley 352 de 1997 señala que las transferencias y distribución de los recursos de los fondos cuenta deberán efectuarse al número y características específicas de los afiliados y beneficiarios atendidos en cada establecimiento de sanidad de las Fuerzas Militares y de

la Policía Nacional, es decir, que la distribución presupuestal que se realice debe obedecer a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se estable el cálculo y el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC incrementado en un porcentaje tomando como base una estructura de costos por grupo etario, cantidad de usuarios por zonas, perfil epidemiológico nacional, cambios en la estructura demográfica de la población relevante, condiciones financieras del Sistema entre otros. Lo anteriormente igualmente en concordancia con lo señalado en el (Acuerdo 019, 1997), específicamente en los artículos 5 y siguientes de la norma en cita.

Como conclusión a cerca de la Regionalización se podría señalar que son mayores los beneficios que traería la implementación de manera específica desde una reforma de la Ley 352 de 1997, puesto que se dispondría la planeación y ejecución del presupuesto en cada regional a fin de que se realice la adquisición de bienes y servicios para cada uno de los Establecimientos de Sanidad Militar y Policial a través de contrataciones a inclusive mediante alianzas estratégicas, lo que permitiría una optimización y racionalización de recursos y que conllevaría de igual manera a que las Direcciones de Sanidad por lo menos en las Fuerzas Militares brindaran un mejor seguimiento a las regionales, ya que más fácil ejercer un mejor control a las regionales que no a todos los establecimientos de sanidad militar o policial.

Otra de las ventajas que representaría la regionalización sería la unificación de los planes de compras, ya que de llevarse a cabo por regional permitiría que las Direcciones de Sanidad ejercieran un mayor control en la planeación, programación y seguimiento de recursos designados por cada regional, lo cual se vería reflejado en la racionalidad y optimización de los mismos.

Por lo que bien vale la pena que la reforma al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional contemple una regionalización que conlleve a un Direccionamiento estratégico y a un verdadero gerenciamiento desde los entes que ejercen control en este caso las Direcciones de Sanidad y desconcentren mediante la regionalización los aspectos inherentes a la prestación de servicios médicos dando aplicabilidad a lo establecido en la misma ley.

2.2.5 Estrategias de organización.

El éxito de la gestión en una entidad depende, en gran parte, de las permanentes mejoras administrativas que lleve a cabo para procurar estar al nivel de los grandes cambios sociales que se avecinan permanentemente, tales como, la elaboración de políticas organizacionales donde se indiquen claramente las metas y objetivos de la entidad, una sólida estructura de la organización con determinación de funciones específicas, idoneidad y calificación del personal, ente otros.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión le ha dado una especial relevancia al talento humano de la organización y específicamente en el Módulo de Talento Humano ha descrito el mismo como el activo más importante de la entidad al señalar:

El talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.

El Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional debido a múltiples factores como el aumento de personal de afiliados y beneficiarios, la regulación legal demandan en muchos casos la vinculación y contratación de personal con el fin de suplir esas necesidades, y que de no tener definidas sus funciones provocan duplicidad de las mismas o deficiente distribución en las tareas asignadas, como por ejemplo cuando hay un mayor incremento de funciones administrativas al personal asistencial, de ahí la importancia de adoptar, implementar y desarrollar el uso de estrategias como la elaboración de manuales que faciliten al funcionario realizar sus labores acorde a las funciones determinadas en el mismo, donde se encuentren los perfiles para el desempeño del cargo, así como la responsabilidad que le atañe a los funcionarios y mecanismos para evaluar los resultados de su gestión.

Así las cosas, es imperioso que el Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional contemple dentro de las reformas de su estructura, una estrategia que permita crear acciones que contribuyan a realizar un buen ingreso, como por ejemplo mediante el establecimiento de un sistema que permita evaluar las competencias de los aspirantes a ingresar a la institución, seguidamente de un adecuado proceso de inducción, preferiblemente por parte del jefe o de la persona a quien se le haya transferido el conocimiento del cargo que va a ocupar.

Durante la permanencia del personal en la Institución, es importante que se contemple la capacitación permanente de los funcionarios, lo cual genera un estímulo tanto a nivel personal como profesional del funcionario, que se ve reflejado en una motivación que trasciende a nivel profesional en la puesta de los conocimientos adquiridos, así como a nivel personal en el sentido de colaboración entre compañeros. De igual manera, llevar a cabo una evaluación del clima organizacional que permita medir la percepción del ambiente de trabajo, detectando los aspectos que puedan estar afectando el normal funcionamiento de la institución y a raíz de allí promover las acciones que conlleven a mejorar el clima laboral, ya que el mismo es sinónimo de mejoramiento en la productividad que se ve reflejado en la consecución de los objetivos de la entidad, es decir, una eficiente, oportuna prestación de servicios para los usuarios del Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional.

Sin descuidar el retiro del personal, ya que esta etapa es igualmente importante a las dos anteriores, como quiera que en ella es significativo que la entidad indague sobre los motivos de desertión de los empleados y tome las medidas pertinentes a fin de tratar de evitar que la misma aumente, en razón a que en la mayoría de casos cuando se produce la ausencia de forma definitiva del cargo, ya sea por retiro o por traslado del personal militar o policial, lo cual es muy frecuente, de no haber un buen mecanismo que permita transferir los conocimientos de la persona que deja el cargo, hace que la persona que ingresa tenga que empezar prácticamente de nuevo, lo cual conlleva a unos reprocesos en cuanto a tiempo, que van en contravía de la prioridad de hacer más eficiente la prestación de servicios médicos.

Sería de gran relevancia que dentro de los procesos de modernización se contemplara procesos tales como la gestión por proyectos o empowerment que según Villamarín L, (2014) indica que “es desarrollado por la conformación de equipos de trabajo interdisciplinario con un mismo objetivo” (p. 8), por tanto constituye una herramienta que permite obtener mejores resultados de productividad, teniendo en cuenta que de igual manera permite “empoderar” a los trabajadores de la entidad para que asuman un papel activo dentro de la organización que se verá reflejado en mayor compromiso, mejor desempeño y actitud del personal tanto interna como frente a los usuarios con mayores resultados.

Es importante dentro de esa estrategia establecer de igual manera el rol de los jefes, quienes son parte fundamental en ese engranaje de conformación de equipos de trabajo, en alianza con la oficina de personal con el fin que a través de ella se genere una cultura de trabajo en equipo institucional y bienestar para el personal y así todos los componentes de la organización vayan encaminados a lograr un objetivo común el cual es garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios del Sistema de Salud Militar de la Policía Nacional con calidad y eficiencia.

Conclusiones

Como se evidenció a lo largo del trabajo, el aumento en las disposiciones normativas del Sistema General de Salud que le son extendidas al régimen de Excepción de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, hacen pensar que para su subsistencia ya no basta con que tenga el nombre de pertenecer a uno de los regímenes exceptuados del Sistema General de Salud de acuerdo a lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993; razón por la cual para determinar la viabilidad de permanencia como régimen de excepción, nos adentramos en el estudio centrado y comparado de tres modelos de salud en América, dos con temas coincidentes en la excepcionalidad en salud, como es el caso de los modelos de salud de las Fuerzas Armadas de Argentina y Chile donde conservan al igual que en Colombia su propio régimen de salud y su posterior comparación con el de Honduras donde la Salud de la Fuerzas Armadas puede ser brindada por los Servicios de salud que brinda el Estado.

En punto a lo anterior, la comparación con la prestación de servicios de salud para las Fuerzas Armadas de Argentina y Chile permitió concluir que aunque presentan distintas estructuras organizativas, y dependencias dentro de las Fuerzas Armadas de sus países, en ambos, sus sistemas de salud son coordinados en cuanto a la provisión y financiamiento por parte del Estado, cada uno con una normas que ha expedido para regular su funcionamiento como regímenes de excepción, como el IOSFA en Argentina o el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas en Chile, conservando así sus propias reglamentaciones como regímenes de excepción, haciéndolos similar al régimen de excepción del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia, donde actualmente se encuentran vigentes la Ley 352 de 1997 y el Decreto 1795 de 2000 que sirvieron de fuentes para el análisis de este trabajo; mientras que en Honduras en donde a pesar de que la sanidad de las Fuerzas Armadas debe ser brindada por la Sanidad Militar dejó tímidamente abierta la compuerta para que pueda ser brindada por el Estado a través del régimen de salud que se le presta al resto de habitantes de ese país.

Así pues, la comparación con los modelos de salud, específicamente con los que conservan la prestación de servicios de salud para la Fuerza Pública como régimen de excepción, permite concluir

que es viable que el modelo de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia continúe conservando su excepcionalidad del Régimen General de Salud, pero no quedándose estática en cuanto su normatividad, sino que se hace inminente que para salirle a flote a tan grande vendaval que lo ha golpeado hasta el punto de amenazarlo con desaparecer, lleve a cabo lo más pronto posible como un salvavidas, mediante una reforma estructural de fondo al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Desde esta perspectiva, los países comparados especialmente Argentina y Chile aportan grandes experiencias que pueden ser adaptadas a la reforma a la que se avocada el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, de los cuales se relacionaran algunos de ellos, sin que en manera alguna sean la totalidad de los aportes, por cuanto dada la dimensión del análisis sería objeto de otro ámbito escrito.

Un ejemplo significativo, es el aporte que puede hacer el Modelo de Salud de las Fuerzas Armadas de Argentina en cuanto a la posibilidad de contemplar la habilitación a los afiliados a cambiarse de obra social o a pasarse a una prepagada, como el resto de los trabajadores del país, teniendo en cuenta que gran parte de las acciones de acciones de tutela que se instauran en contra del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es por usuarios cotizantes obligatorios inconformes en que deba prestarse los servicios de salud en el Sistema cuando a través de sus prepagadas o cuando cotizan como independientes han iniciado tratamientos que se ven obligados a interrumpir para ser brindados en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional puesto que como quedó señalado prima el régimen de excepción so pena de verse implícitos en multifiliación.

Otra experiencia del Modelo de Salud de las Fuerzas Armadas de Argentina, que aunque se viene implementando en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia es la adaptación del Plan de Servicios para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional a la Ley Estatutaria y demás normas del Sistema General de Salud, tal como sucede en Argentina, donde se tiene establecido que la oferta de la cobertura prestacional médico asistencial estaría cubierta por un Programa Integral de prestaciones que debe tomar como base de referencia el catálogo de

prestaciones del Programa Médico Obligatorio dispuesto por el Ministerio de Salud (Resolución N° 201/02 y complementarias).

En cuanto al Sistema de Salud para las Fuerzas Armada de Chile, bien valdría la pena que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional tomaran como referente, entre otros, el cobro de cuotas moderadoras, teniendo en cuenta que representarían un financiamiento del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, las cuales además de servir de manera educativa para que los usuarios aprendan a racionalizar el uso de los servicios.

De igual manera sucedería lo mismo con los COPAGOS puesto que tendrían las mismas finalidades de las cuotas moderadoras, y además que respecto a este ingreso es importante señalar que fue contemplado en el artículo 36 la Ley 352 de 1997, sino que al haber sido declarado inexecutable mediante sentencia C-089 de 1998 por el hecho que el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional no era el competente para fijar las tarifas, porque conforme al artículo 49 de la Constitución Política dicha facultad está reservada al legislador, igualmente se contempló en el artículo 43 del Decreto Ley 1795 de 2000 pero igualmente fue declarado inexecutable mediante Sentencia C- 479 de 2003, razón por la cual los pagos compartidos y las cuotas moderadoras no se han podido hacer efectivo.

Al igual que en Chile en relación con este tema donde se señala que los establecimientos e instalaciones sanitarias de las Fuerzas Armadas no podrán negar atención a los beneficiarios que la requieran, ni condicionarla a pago previo, sin perjuicio de su pago posterior mediante los procedimientos que determine cada Institución, en la posible reforma del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se debe dejar en garantía del derecho de acceso a la prestación de servicios establecida en la Ley Estatutaria de Salud en manera alguna los pagos de las cuotas moderadoras y COPAGOS se convertirán en barreras de acceso ni en negación del mismo, sin perjuicio tal como lo establecido en Chile de los procedimientos que más adelante se realicen para cobrarlos.

Otro aspecto, que sería de vital importancia para la reforma del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es el hecho de que dado el caso al igual que Chile pueda vender servicios, cumpliendo con el Sistema de Garantía de Calidad y que sin que signifique que pierda por ello su calidad como régimen de excepción, en todo caso al igual que en Chile donde se permite que otros beneficiarios puedan obtener de los establecimientos e instalaciones de Sanidad de la Fuerzas Armadas el otorgamiento de prestaciones en las condiciones que establezca la Institución respectiva, pagando su valor de acuerdo al arancel que se fije para el efecto, pero como condicionamiento que en manera alguna conlleve postergación o menoscabo del derecho que corresponde a los beneficiarios legales, por lo que, salvo las urgencias debidamente calificadas, los beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas deberán ser preferidos a los no beneficiarios.

De igual manera, otro aspecto a resaltar, es que el valor de la prestaciones que otorga el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas en Chile es el fijado por cada Comandante en Jefe Institucional y constituirá recursos propios del Establecimiento o instalaciones del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas que los brinde, lo cual sería de importancia que fuera analizado puesto en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía todos los ingresos entra a un Fondo Cuenta uno para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, los cuales tienen el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica, ni planta de personal, los recursos de los fondos serán administrados en los términos que determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, directamente por la Dirección General de Sanidad Militar o por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, y ejecutados por las Fuerzas Militares o por la Policía Nacional, según corresponda.

Bajo los anteriores parámetros, se tiene que si bien es cierto, es viable que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional continúe permaneciendo como régimen de excepción, requiere una reforma total a su normatividad, con el fin de que de manera armoniosa acople la observancia y efectividad de los principios del Sistema General de Salud y las particularidades propias e inherentes que lo han caracterizado como régimen de excepción, convirtiéndolo en un modelo de salud ideal para las Fuerzas Militares.

Trabajos citados

- Acuerdo 002. (2001). *Por el cual se establece el Plan de Beneficios de Sanidad Militar y Policial*. Bogotá.
- Acuerdo 004. (1997). *Por el cual se adoptan os regímenes de Referencia y Contrareferencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional*. Bogotá.
- Acuerdo 015. (2002). *Por el cual se fija la política general para la prestación de servicios médicos-asistenciales en exterior al personal afiliado al SSMP que se encuentre en el exterior y a sus beneficiarios*. Bogotá.
- Acuerdo 017. (1997). *"Programa de Salud operacional para las Fuerzas Militares"*. Bogotá.
- Acuerdo 019. (1997). *Por el cual se reglamentan los Fondos Cuenta de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*. Bogotá.
- Acuerdo 070. (2019). *Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*. Bogotá.
- Acuerdo 071. (2019). *Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento de los Sistemas de Gestión en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*. Bogotá.
- Acuerdo 072 . (2019). *Por el cua se dictan políticas generales y lineamientos para la organización del Sistema Intgral de Información en Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional*. Bogotá.
- ADRES. (2018). *Del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2019, de <https://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Solidaridad/Ingresos-SOL>
- Báscolo, Houghton & Del Riego. (2018). *Modelo de Salud en colombia*. Bogotá, Colombia.
- Bedoya, D. C., & White, D. (2012). *Aposrtes al sistema general de seguridad social en salud de personas pertenecientes a regímenes exepcionales por ingresos adicionales*. Medellín, Colombia : EAFIT.
- Belalcazar, I. (2012). *La equidad en el Plan Obligatorio de Salud coloombiano*. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Betancourt, D., & Cajias, B. (2007-2019). *Polpitica nacional de envejecimiento y vejez*. Bogotá, Colombia : Ministerio de Protección social.
- Cardenas, J. J. (2015). *La independencia de Colombia, Miradas transdisciplinarias*. Bogota, Colombia: UAN.

- Centrángolo y Devoto. (2015). *Organizacion de la salud en argentina y Equidad. Una Reflexion sobre las reformas de los noventa e impacto de la crisis actual*. Buenos Aires, Argentina.
- Congreso de la República de Colombia. (2009). *Proyecto de Ley*. Bogotá.
- Correa, J. L. (2019). *Proyecto de Ley 054 de 2019*. (U. d. Andes, Ed.) Bogotá: Congreso de la Republica de Colombia.
- Correa, J. L., Chacón, A., & Carreño, J. V. (2019). *Proyecto de Ley sobre seguridad social y salud en las fuerzas públicas*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Corte Constitucional, Sentencia C-089. (1997). *Sentencia C-089* . Bogotá.
- Decreto 1011. (2006). *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá.
- Decreto 1283. (1996). *Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá.
- Decreto 1703. (2002). *Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá.
- Decreto 637. (2013). *Por el cual se crea el Insituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas "IOSFA"*. Buenos Aires, Argentina.
- Decreto 806. (1998). *Por el cual se reglamenta la afiliación al Regimen de Seguridad Social en Salud y la Prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional*. Bogotá.
- Decreto Ley 1795. (2000). *Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*.
- Dirección General de Sanidad Militar . (10 de Junio de 2016). *Modelo de Atención Integral en Salud*.
Obtenido de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/comunicaciones/multimedia/galeria_videos/modelo_atencion_integral_salud
- Dirección General de Sanidad Militar. (2018). *Informe de Gestión 2018*. Obtenido de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/comunicaciones/multimedia/galeria_videos/modelo_atencion_integral_salud
- Fuerza Aérea de Chile. (2018). *Centro de medicina aeroespacial*. Obtenido de <https://cmae.fach.cl/>
- Hospital Militar Central. (2017). *Misión y visión*. Obtenido de <https://www.hospitalmilitar.gov.co/contenido-de-apoyo-homic/mision-y-vision>
- Ley 100. (1993). *Por la cal se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.

- Ley 1438. (2011). *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Ley 16.744. (1968). *Responsabilidad solidaria*. Santiago de Chile, Chile.
- Ley 1751. (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Ley 19.465. (1996). *Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas*. Santiago de Chile.
- Ley 1949. (2019). *Por la cual adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Ley 352. (1997). *Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*. Bogotá.
- Ley 39. (2001). Republica de Panama, asamblea legislativa legispan.
- Ley 19.465. (1996). *Sistema de Salud de las Armadas en Chile*. Santiago de Chile.
- Ley 201. (2002). *"Apruebase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)"*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley 19.948. (1990). *Ley Organica Constitucional de las Fuerzas Armadas*. Santiago de Chile.
- Ley 24.156. (1992). *Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley 39. (2001). *Ley constitutiva de las Fuerzas Armadas*. Tegucigalpa, Honduras.
- Ministerio de Salud. (2007). *Resolución 2680*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2011). *Ley 1438*. Bogotá, Colombia: Minsalud.gov.co.
- Ministerio de salud de Colombia. (2011). *Ley 1438*. Bogotá, Colombia.
- Resolución 1043. (2006). *Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el copetente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Resolución 2680. (2007). *Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Resolución 429. (2016). *Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá.
- Valbuena, J. A. (2010). *Justiciabilidad del derecho a la salud en el derecho comparado de Argentina y Colombia*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.