LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL PUEDEN CONSIDERARSE INSUFICIENTES O PRESENTAN UNA INADECUADA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Aura Cecilia Ricardo Torres (auraricardo87@gmail.com)[1]

RESÚMEN

El financiamiento del sistema de salud en Colombia es un asunto clave para asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios médicos de calidad y asequibles. La Ley 100 de 1993, en sus cinco libros, define las normas y procedimientos para el funcionamiento del sistema, clasificando a los afiliados en regímenes contributivo, subsidiado y especial. Sin embargo, para el régimen especial, esta ley solo establece principios generales como la sostenibilidad financiera, la autonomía administrativa y presupuestal, y la obligatoriedad de los aportes parafiscales. Es la Ley 352 de 1997 la que reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), permitiendo su operación paralela al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La sostenibilidad de este sistema ha sido cuestionada repetidamente por informes de la Contraloría General de la República, la Auditoría General de la República y auditorías internas del Ministerio de Defensa. Este estudio analiza, mediante una revisión documental, si las fuentes de financiamiento del SSMP son insuficientes o si el problema principal radica en una gestión administrativa deficiente. Los resultados indican que, aunque hay presiones financieras por el aumento de la demanda, los hallazgos de auditoría revelan problemas estructurales en la gestión, como debilidades en el control del gasto, contratación ineficiente y fallas en la planeación presupuestal. En conclusión, la sostenibilidad del sistema requiere tanto ajustes en el financiamiento como reformas para modernizar la administración y fortalecer el control fiscal.

Palabras claves: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), Régimen especiales o de excepción, Sostenibilidad financiera, fuentes de financiamiento.

[1]Médico de la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum Seccional de Cartagena, especialista en Auditoria médica y Gestión de la Calidad. Estudiante de especialidad en Derecho médico.

1. INTRODUCCIÓN

El financiamiento del sistema de salud en Colombia es un tema de gran importancia para el país, ya que de él depende la capacidad del sistema para garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad a toda la población. Desde la Ley 100 de 1993 y las subsiguientes reformas (principalmente la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011), el sistema de salud ha tenido importantes trasformaciones que se expresan en avances en la cobertura y en los indicadores de salud del sistema. No obstante, en los últimos años, el sector ha enfrentado diversos problemas financieros y administrativos que han aumentado la necesidad de recursos fiscales para su financiamiento. Todas las personas en nuestro país pueden acceder al sistema General de seguridad social mediante la figura de aseguramiento y con este aseguramiento en teoría garantizan la cobertura en materia de: Pensión, Riesgos Laborales, Salud y servicios sociales complementarios. Esto se estableció con el advenimiento de la ley 100 de 1993, ley que en sus cinco libros establece normas y procedimientos para el funcionamiento del sistema y clasifica la participación de los afiliados en regímenes de salud, conocidos como contributivo, subsidiado y régimen especial. Para los regímenes mal llamados comunes dentro de los que se encuentra el subsidiado y contributivo se surten una serie de actividades entre cotización y administración de recursos por parte de los llamados administradores, completamente diferentes a los prestadores quienes recaudan, giran, administran el dinero y por último autorizan la prestación, La ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) es la entidad clave que centraliza, administra y distribuye la casi totalidad de estos recursos, independientemente de su origen. Con marcadas diferencias y no completamente regulados dentro de la ley 100 de 1993 se operan los

regímenes especiales dentro de los cuales se encuentran Fuerzas militares, Policía Nacional, Magisterio, Ecopetrol y funcionarios de Universidades públicas. El régimen en salud de la Fuerza Pública, regulado principalmente por la Ley 352 de 1997, la cual reestructura el SSMP como un sistema exceptuado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con una organización logística y misión constitucional propia. Esta ley también establece la creación del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSFP) y define las bases de su funcionamiento y financiamiento, las cuales se fundamenta en la necesidad de asegurar atención integral y continua a militares, policías activos, retirados y sus beneficiarios, bajo el entendido de que ciertos sectores del Estado requieren garantías diferenciadas dada la naturaleza de sus funciones.

Estas diferencias en las características de los regímenes de salud me motivan a comparar el financiamiento y la administración entre ellos. Principalmente dentro de subsistema de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional en Colombia donde se debería garantizar una atención integral a sus miembros y aunque es su propósito fundamental, han surgido múltiples cuestionamientos en torno a su sostenibilidad y eficiencia.

La problemática central radica en determinar si la crisis del sistema de salud del régimen especial es consecuencia de una real insuficiencia presupuestal, dada la creciente demanda médica y los costos asociados, o si responde a una mala gestión de los recursos existentes, evidenciada en sobrecostos, contratos mal ejecutados y ausencia de mecanismos de control efectivo.

Esta ambigüedad genera una situación crítica que afecta la calidad de la atención médica y expone a los usuarios a riesgos, mientras limita la eficiencia del gasto público. De ahí la importancia de investigar con profundidad el verdadero origen de estas fallas.

El presente ensayo se construyó con *el análisis de documentos, leyes, resoluciones, decretos, acuerdos, informe de auditorías y rendición de cuentas con la intención de inicialmente realizar un comparativo entre el funcionamiento y financiamiento de ambos sistemas y posterior determinar si para el subsistema de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional los recursos son insuficientes o presentan una inadecuada administración.*

El documento está estructurado en cuatro partes: la primera consiste en la presente introducción; la segunda, expone el marco normativo que reglamenta la estructura, financiamiento y administración del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y en el mismo orden y sentido para el subsistema de Salud de las Fuerzas militares y la Policía Nacional; La tercera parte integra el marco conceptual comparativo entre el Sistema de Salud Común (SGSSS) y los Regímenes de Excepción de las Fuerzas Militares y Policía Nacional. Por último, la cuarta expone un análisis de la suficiencia o gestión de recursos para el subsistema de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, a partir de una revisión documental y de hallazgos de auditoría financiera y de desempeño.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo se fundamenta en los conceptos de sostenibilidad financiera, eficiencia del gasto público, y gestión administrativa dentro del sector salud. Se tendrá en cuenta la normatividad que regula el sistema de salud especial de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, el marco fiscal colombiano, y el papel de los órganos de control como la Contraloría General de la República. La literatura académica sobre sistemas de salud y auditoría pública también será revisada para sustentar el análisis.

El enfoque de la investigación es cualitativo de tipo descriptivo y documental. Se realizará una revisión de informes públicos, principalmente de la Contraloría General de la República, auditorías del Ministerio de Defensa, estudios académicos y normativas aplicables.

La técnica principal será el análisis documental, complementado con matrices de análisis que permitan establecer relaciones entre fuentes de financiamiento, gestión administrativa y desempeño financiero. La información será organizada de acuerdo con los objetivos específicos para facilitar su interpretación.

3. RESULTADOS

3.1 Marco normativo que reglamenta la estructura, financiamiento y administración del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y en el mismo orden para el subsistema de Salud de las Fuerzas militares y la Policía Nacional.

El Sistema general de seguridad social en salud fue establecido por la Ley 100 de 1993, como el conjunto de instituciones, normas y actores encargados de garantizar el derecho a la salud de la población mediante un esquema de aseguramiento. Su arquitectura combina componentes públicos y privados con responsabilidades diferenciadas. Estableciendo como principios la universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención, continuidad (republica, 1993).

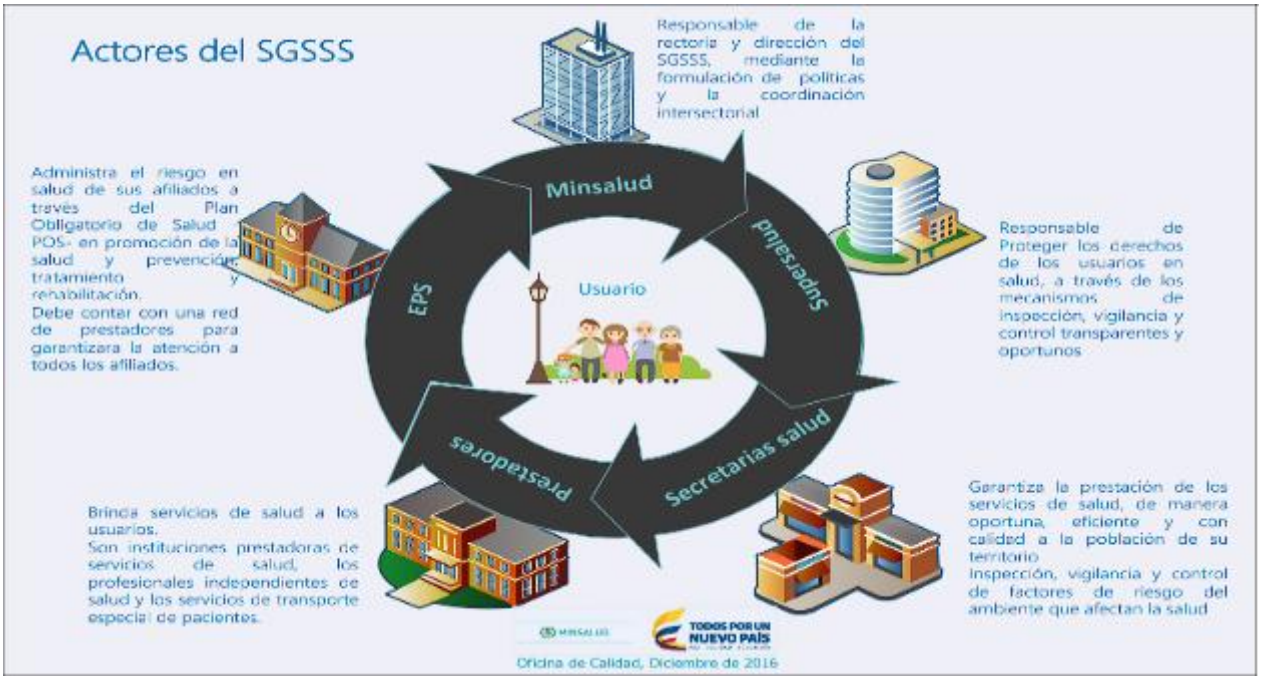
En Colombia el sistema general esta integrado por diferentes actores del sector los cuales se organizan y cumplen funciones para garantizar el principal objetivo del sistema, la cual es crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Dentro de los actores identificamos:

- Desde la dirección tenemos al Estado, como ministerio de salud quien es responsable de la rectoría y dirección del SGSS, mediante la formulación de políticas y la coordinación

intersectorial. Comisión de Regulación en Salud (CRES), quien es el órgano de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de adoptar medidas para guiar y orientar el sistema, además de ser un espacio de concertación entre los diferentes agentes el cual surge con la reforma realizada a la ley 100 de 1993 a través de la ley 1122 de 2007.

- Desde la vigilancia y control tenemos a la superintendencia Nacional en salud quien es el responsable de proteger los derechos de los usuarios a través de los mecanismos de inspección, vigilancia y control.
- Desde la administración y financiación tenemos a las entidades promotoras de Salud, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud y la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).
- Desde la prestación, tenemos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas.
- Y por último no menos importante los afiliados y beneficiarios: Toda la población colombiana, organizada en dos regímenes principales subsidiado y contributivo para los cuales se estructura un plan de beneficios en salud el cual es único para ambos regímenes a partir de la reforma planteada mediante la ley 1438 de 2011, este plan no es más que el conjunto de servicios y tecnologías de salud (consultas médicas y odontológicas, exámenes de diagnóstico, medicamentos, tratamientos, hospitalización, atención de urgencias, etc.) a los que tienen derecho los afiliados y beneficiarios de ambos regímenes. (Ley 1438 de 2011, 2011)

Figura 1. Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus funciones principales.



Nota. La figura ilustra la interacción entre el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Secretarías de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud alrededor del usuario. Fuente: Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

El SGSSS se enfoca en regular el acceso universal al servicio de salud, con un esquema de aseguramiento donde la totalidad de la población con capacidad de pago, es decir, empleados formales, trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo legal vigente, y pensionados pertenece al régimen llamado contributivo y un resto de la población pobre

y vulnerable sin capacidad de pago o vínculo laboral formal, como campesinos, indígenas, madres comunitarias, entre otros pertenecen al régimen llamado subsidiado.

El financiamiento en salud se refiere al conjunto de mecanismos mediante los cuales un sistema obtiene, gestiona y distribuye los recursos económicos necesarios para garantizar la prestación de servicios. (Organizacion Panamericana de la Salud, 2025)

En el mundo se conocen tres modelos básicos de financiamiento en salud:

Modelo Beveridge (financiamiento público): Recursos provienen del Estado y cuenta con atención universal.

Modelo Bismarck (aseguramiento social): Financiado por aportes de empleados y empleadores. predomina en sistemas contributivos.

Modelo de mercado o mixto: Recursos provenientes de seguros privados y pagos directos. El SGSSS combina elementos de Beveridge y Bismarck.

El financiamiento del sistema general de seguridad social funciona como un modelo mixto que combina la solidaridad social (a través de impuestos) con la capacidad de pago individual (a través de cotizaciones), convergiendo en un fondo único administrado por la ADRES. Sus principales fuentes de financiamiento obedecen a:

- Aportes obligatorios realizados por empleados y empleadores (o contratistas) con capacidad de pago. Un porcentaje del salario o ingreso se destina a salud.

- Aportes del gobierno central que representan una parte importante de la financiación total, especialmente para cubrir el régimen subsidiado y los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) que antes se cobraban vía recobro.
- Transferencias de recursos de la Nación a las entidades territoriales (departamentos, municipios) con destinación específica para salud, entre otros sectores.

Todo lo anterior se enmarca en los aportes de cotizaciones del régimen contributivo, recursos fiscales dentro de los que se incluyen el Presupuesto General de la Nación, Sistema General de participaciones y otros recursos fiscales. Existen otras fuentes de financiamiento que aportan en menor proporción sin embargo no dejan de ser importantes como son rendimientos Financieros, generados por la administración de los recursos del sistema y aportes de Cajas de Compensación Familiar contribuciones menores que también nutren el sistema.

Ahora bien, para describir la estructura y el financiamiento del régimen de especial o de excepción “Subsistema de Salud De Fuerzas Militares y Policía Nacional” es importante citar que la Ley 100 de 1993, en su artículo 279, establece de manera expresa la exclusión de los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que ella crea. (republica, 1993)

Según un concepto del Ministerio de Salud y Protección Social, la Ley 100 no aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, ni al personal civil y no uniformado regido por el Decreto Ley 1214 de 1990. Esta exclusión reconoce la existencia de sus propios regímenes

especiales de seguridad social. Los regímenes de excepción son sistemas de seguridad social diseñados para poblaciones que, por la naturaleza de sus funciones, requieren un modelo independiente. En Colombia existen cuatro regímenes especiales: Fuerzas Militares, Policía Nacional, magisterio, Ecopetrol y universidades públicas; Para este estudio, el foco está en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), caracterizado por: autonomía administrativa y financiera; financiamiento mixto (cotizaciones + presupuesto del Ministerio de Defensa); red propia de prestación de servicios. La Ley 352 de 1997 es la norma fundacional que reestructura el SSMP como un sistema exceptuado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), (Ley 352 de 1997, 1997) con una organización logística y misión constitucional propia.

El Decreto Ley 1795 de 2000 modifica la estructura y el régimen del SSMP, definiendo aspectos clave como los afiliados, beneficiarios, y la organización de la red de prestación de servicios.

Posterior a redefinición del sistema con el decreto ley se establecen con mayor precisión dentro de su constitución y como principales actores:

- Dentro del nivel de dirección y control encontramos al Ministerio de Defensa Nacional quien es el encargado de preparar los proyectos de ley y de decreto relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional; cumple también con las funciones de adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SSMP.

- El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSFP) quien es el organismo rector y coordinador del SSMP y las direcciones de sanidad militar y policial.
- Dentro del nivel operativo dos subsistemas de Salud separados como Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y para cada uno de ellos establecimientos de sanidad con diferentes niveles de complejidad y redes contratadas para complementar los servicios.
- Por último, afiliados y beneficiarios para cada uno de los Sistema.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Dentro de esta ley y para el SSMP se establen como principios ética, equidad, universalidad y eficiencia, Racionalidad, Obligatoriedad, Equidad, Protección integral, Autonomía, Descentralización y desconcentración, Unidad, Integración funcional, Independencia de los recursos, tención equitativa y preferencial. Para su funcionamiento en subsistema define dos tipos de afiliados:

- Personal uniformado activo quien cuenta con afiliación obligatoria.
- Personal en uso de buen retiro y pensionados

- Beneficiarios: Cónyuge, Compañero(a) permanente, hijos (edad, dependencia, discapacidad)
- Vinculados especiales: soldados regulares, soldados profesionales en entrenamiento, Cadetes y alumnos.

Todos los afiliados y beneficiarios al SSMP, tendrán derecho a un Plan de Servicios de Sanidad, en los términos y condiciones que establezca el CSSMP y las direcciones de Sanidad que actúan como asegurador y prestador simultáneamente.

En cuanto al financiamiento dentro de la ley 352 de 1997 se establecen fuentes para el SSMP sin embargo el decreto ley 1795 del 2000 desarrolla, detalla y reglamenta los fundamentos financieros que la ley 352 había dejado definidos solo en forma general. Con este Decreto, el financiamiento del subsistema pasa de una definición conceptual a un modelo operativo, con reglas claras de recaudo, manejo, administración, ejecución y control, definiendo dentro de sus principales fuentes:

- Aporte del estado, el cual se establece en el presupuesto Nacional asignados al Ministerio de Defensa, recursos de funcionamiento, recursos de inversión, financiación de infraestructura hospitalaria militar y policial, recursos para dotación, equipos biomédicos y mantenimiento de la red.
- Aporte del personal se establece un porcentaje obligatorio de cotización de acuerdo con la categoría del afiliado: activos, pensionados, beneficiarios, Jóvenes en formación, soldados profesionales y regulares.

- Otros recursos para el financiamiento denominados recursos institucionales y propios, recursos extraordinarios.

En términos muy generales la ley 352 de 1997 configura un subsistema de salud especial, autónomo y diferenciado del SGSSS, diseñado para garantizar la salud del personal militar y policial, orientado al fortalecimiento de la capacidad operativa del sector defensa. Tiene una estructura jerárquica bajo el Ministerio de Defensa, con dos direcciones de sanidad que actúan como aseguradores y prestadores, una red propia de servicios, principios especiales centrados en la misión y un esquema de financiamiento mixto donde el Estado es la fuente principal.

3.2 Marco conceptual comparativo entre el Sistema de Salud Común (SGSSS) y los Regímenes de Excepción de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.

Teniendo todo el marco normativo que reglamenta la estructura, financiamiento y administración del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), así como las disposiciones que organizan el subsistema de Salud de las Fuerzas militares y la Policía Nacional en esta parte del articulo desarrollaremos un análisis comparativo entre SGSSS y SSMP. Este análisis enfatizara en puntos claves de estructura, funcionamiento y financiamiento que permitan identificar similitudes, diferencias, fortalezas y debilidades, particularmente en lo relacionado con las fuentes y mecanismos de financiamiento del SSMP en contraste con el SGSSS.

Tabla 1. Marco comparativo

CARACTERÍSTICA	SGSSS (LEY 100 DE 1993)	SSMP (LEY 352 DE 1997)
Modelo de Aseguramiento	Dentro del SGSS se evidencia una separación de funciones entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) actúan como Aseguradores entidades responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Estado. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del PBS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) actúan como prestadores.	Integración Vertical: Las Direcciones de Sanidad Militar y Policial actúan como Asegurador y Prestador simultáneamente. Cuentan con una red propia de prestación de servicios denomina establecimientos de sanidad.
Administración Central	ADRES (Administradora de los Recursos): Centraliza, administra y distribuye la casi totalidad de los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado.	Direcciones de Sanidad: La administración de recursos y la ejecución presupuestal es descentralizada, a cargo de las Direcciones de Sanidad bajo la rectoría del Ministerio de Defensa
Plan de Beneficios	Plan de Beneficios en Salud (PBS): Único para los regímenes subsidiado y contributivo.	Plan de Servicios de Sanidad (PSSMP): Definido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSFP) a través de acuerdos.

Población Objeto	Universalidad. Población civil organizada en régimen contributivo (con capacidad de pago) y subsidiado (sin capacidad de pago).	Personal activo, en uso de buen retiro, pensionados de la Fuerza Pública y sus beneficiarios. Afiliación obligatoria.
Principios diferenciadores	Libre escogencia los afiliados al sistema cuentan con libre escogencia de asegurador y prestador. Descentralización administrativa, solidaridad entre regímenes.	Racionalidad de los recursos, Obligatoriedad de afiliación para el personal activo, Independencia de los recursos.
Modelo de financiamiento en salud.	El financiamiento del sistema general de seguridad social funciona como un modelo mixto que combina la solidaridad social (a través de impuestos) con la capacidad de pago individual (a través de cotizaciones), convergiendo en un fondo único administrado por la ADRES.	El modelo de financiamiento para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) se caracteriza por ser un modelo Mixto e Independiente (o Descentralizado). Opera con autonomía administrativa y financiera, con sus propios mecanismos de recaudo y ejecución presupuestal.

3.3 Análisis de la suficiencia o gestión de recursos para el subsistema de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), diseñado para proporcionar atención integral a sus afiliados, enfrenta una dicotomía crítica en su sostenibilidad financiera: discernir si el déficit observado deriva de una insuficiencia presupuestaria estructural o de ineficiencias en la administración de recursos. El presente análisis, basado en documentación y auditorías, indica que la viabilidad del sistema requiere intervenciones tanto en el modelo de financiamiento como en la optimización administrativa y el refuerzo de mecanismos de control fiscal.

Para hacer referencia a la insuficiencia Presupuestaria, tenemos presiones estructurales en el financiamiento. El marco normativo del SSMP, establecido por la Ley 352 de 1997 y reglamentado por el Decreto Ley 1795 de 2000, adopta un esquema de financiamiento mixto con preponderancia en asignaciones del Presupuesto General de la Nación (PGN).

Como ya hemos analizado el financiamiento del SSMP proviene en su gran mayoría PGN y cotizaciones que realizan los afiliados en condición de activos o pensionados.

Esta dependencia genera tensiones financieras inherentes y persistentes. Los fondos estatales, canalizados a través del Ministerio de Defensa Nacional, cubren gastos operativos, de inversión, infraestructura hospitalaria y equipamiento. No obstante, esta estructura expone el sistema a limitaciones fiscales anuales, excluyéndolo de los mecanismos de solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Aunque los afiliados uniformados contribuyen mediante cotizaciones obligatorias, estos ingresos resultan inadecuados para contrarrestar el

incremento en la demanda de servicios médicos y el avance tecnológico asociado. La ley 352 establece claramente el modelo de aportes del personal afiliado al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) y el decreto ley 1795 lo desarrolla. Estableciendo una base legal y un porcentaje de aportes que indistintamente si es activo o pensionado corresponde al 4% sobre el salario básico mensual o pensión. Es importante distinguir que el aporte del 4% cubre tanto al afiliado cotizante como a su núcleo familiar beneficiario (cónyuge o compañero permanente, hijos menores de 18 años o mayores con invalidez, y padres que dependan económicamente, según los términos del Decreto Ley 1795/00).

Esta contribución realmente es baja, teniendo en cuenta que se financian atenciones con riesgo tan alto de la población activa, como también una población grandemente enferma de pensionados y beneficiarios.

A diferencia del SGSSS, el SSMP no maneja un sistema de Unidades de Pago por Capitación (UPC) por cada beneficiario, sino que el aporte único del 4% financia la cobertura de todo el grupo familiar. Otro punto importante de quiebre del SSMP en comparación con el SGSSS es la ausencia de un mecanismo de compensación o recobro frente a los costos catastróficos. La existencia de enfermedades de alto costo en la población afiliada como cáncer, VIH, hemofilia, enfermedad renal represente un alto y largo costo a cualquier sistema. Dentro del SGSSS se cuenta con un modelo de mitigación de riesgos que no es mas que un modelo de riesgo compartido con centralización de los recursos. Históricamente, y con ajustes constantes en la normativa (especialmente tras la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015), el SGSSS opera bajo un fondo común centralizado. Anteriormente, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) utilizaban el

mecanismo de recobro para reclamar al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA, hoy ADRES – Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) los recursos girados para servicios y tecnologías que, si bien estaban cubiertos, generaban un costo extraordinario o no estaban incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con esto el sistema garantiza que el costo de las enfermedades más caras se distribuye entre todos los cotizantes del país, actuando el ADRES como un gran fondo solidario que compensa los altos costos de atención. Esto protege la capacidad financiera de los aseguradores frente a eventos de gran impacto económico.

Para el SSMP no opera de esta forma al ser un régimen de excepción con autonomía financiera, no participa ni se financia a través de la ADRES. Cuando una de las Direcciones de Sanidad debe financiar un tratamiento de alto costo, no existe un fondo nacional de salud del cual pueda "recobrar" o compensar el gasto. El costo total del tratamiento es asumido directamente por el presupuesto asignado a esa Dirección, afectando directamente su balance financiero. La falta de un mecanismo de compensación significa que la ocurrencia de un número limitado de casos catastróficos (por ejemplo, pacientes con enfermedades raras o tratamientos oncológicos complejos) puede desequilibrar rápidamente el presupuesto anual de funcionamiento de la respectiva Dirección de Sanidad. El riesgo no se comparte con el resto del sistema de salud del país, sino que recae exclusivamente en el pool de recursos de la Fuerza Pública.

Este desequilibrio entre las apropiaciones presupuestarias y las necesidades operativas genera un déficit crónico, interpretado como una insuficiencia fiscal estructural.

Ahora bien, se evidencian insuficiencias presupuestarias, pero no dejan de existir ineficiencias en la Gestión lo cual representa un factor amplificador del déficit. A pesar de las presiones financieras derivadas del aumento en la demanda, algunos informes de auditoría revelan que las ineficiencias administrativas constituyen el principal agravante de la crisis. La sostenibilidad del SSMP ha sido cuestionada por observaciones recurrentes de la Contraloría General de la República (CGR), la Auditoría General de la República y evaluaciones internas del Ministerio de Defensa Nacional.

Los documentos analizados identifican deficiencias estructurales en la gestión que comprometen la eficiencia del gasto:

- Ineficiencias en la Contratación y Ejecución Presupuestales: Las auditorías destacan sobrecostos en la adquisición de insumos, medicamentos y servicios especializados, lo que conlleva un detrimento patrimonial. Esta suboptimización reduce el rendimiento de los recursos asignados, exacerbando la percepción de necesidad de financiamiento adicional.
- Debilidades en la Planeación y Control Interno: Se documentan falencias en la elaboración presupuestaria y la formulación de proyectos, resultando en una ejecución ineficaz. La persistencia de hallazgos por parte de la CGR y otros entes fiscalizadores evidencia limitaciones en los mecanismos de control del gasto y en los sistemas de control interno de las Direcciones de Sanidad.
- Integración Vertical y Optimización de Capacidad Instalada: El SSMP opera bajo un modelo de integración vertical (como asegurador y prestador simultáneo), orientado a

garantizar la continuidad de la atención. Sin embargo, los informes señalan subutilización de la red propia, lo que induce remisiones innecesarias y onerosas a proveedores externos.

En síntesis, las ineficiencias administrativas, manifestadas en contrataciones subóptimas y controles deficientes, actúan como multiplicador del déficit. La autonomía administrativa y financiera del régimen no ha sido acompañada de la eficiencia requerida, lo que expone a los beneficiarios a riesgos operativos y compromete la calidad de los servicios prestados.

CONCLUSIONES

El examen documental y el análisis de hallazgos de auditoría confirman que la problemática de sostenibilidad financiera del SSMP resulta de la interacción entre factores estructurales y operativos, donde las ineficiencias administrativas amplifican el impacto de la insuficiencia presupuestaria.

- Dilema de Sostenibilidad: La viabilidad del SSMP se ve afectada por su alta dependencia del PGN para cubrir servicios de alta complejidad y el crecimiento de la demanda. No obstante, los obstáculos principales residen en deficiencias estructurales de gestión, incluyendo controles de gasto inadecuados, contrataciones ineficientes y falencias en la planeación presupuestaria.
- Gestión como Amplificador del Déficit: Los hallazgos recurrentes de los órganos de control indican que una proporción significativa de los recursos se emplea de manera subóptima,

generando sobrecostos y detrimento patrimonial. Esta ineficiencia agota los fondos disponibles, creando una ilusión de insuficiencia de recursos superior al déficit técnico subyacente.

- Autonomía versus Eficiencia: Aunque el régimen especial cuenta con autonomía administrativa y financiera, esta no ha generado la eficiencia anticipada. El modelo integrado de aseguramiento y prestación, alineado con la misión constitucional de las Fuerzas Públicas, carece de mecanismos de control interno y rendición de cuentas suficientemente robustos para mitigar las deficiencias identificadas en las auditorías.
- Diferencias Estructurales: A diferencia del SGSSS, que administra recursos centralizados a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) bajo principios de solidaridad, el SSMP gestiona sus fondos de forma descentralizada. Esta autonomía, combinada con la ausencia de solidaridad inter-régimen, implica que cualquier ineficiencia impacta directamente la liquidez sin amortiguadores externos.

RECOMENDACIONES

Lo principal son ajustes, el subsistema debe realizar un estudio actuarial técnico e independiente para determinar el costo real del Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policía Nacional, estableciéndolo como base obligatoria para las asignaciones del PGN y reduciendo la discrecionalidad fiscal.

El subsistema debe evaluar la adecuación de las cotizaciones del personal afiliado, asegurando que los aportes contributivos sean proporcionales al riesgo cubierto y al incremento en los costos operativos.

Se debe garantizar el fortalecimiento del control Interno y la gestión administrativa, implementando reformas de modernización en las Direcciones de Sanidad y el Hospital Militar Central, priorizando la mejora en la planeación presupuestaria y la optimización de la capacidad instalada que les permita fortalecer y garantizar un mejor acceso a servicios en los establecimientos de sanidad con calidad.

Deben reforzar el sistema de control interno (conforme a la Ley 87 de 1993) en las entidades del SSMP, garantizando que los planes de mejoramiento establezcan acciones aborden efectivamente los hallazgos recurrentes de la CGR y las auditorías internas del Ministerio de Defensa Nacional e impacten en la no recurrencia de los mismos hallazgos.

Mejorar la ejecución contractual, establecer mecanismos de control fiscal preventivo y monitoreo en tiempo real para los procesos de adquisición de bienes y servicios de salud, con el objetivo de eliminar sobrecostos y optimizar la contratación.

Se deben fortalecer las capacidades del talento humano de las Direcciones de Sanidad militar y policía Nacional que son responsables de la planeación, gestión, administración de los recursos de ambos subsistemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993: *Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial N. 41148.

Congreso de la República de Colombia. (1997). Ley 352 de 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 la Policía Nacional*. Diario Oficial N. 43015.

Colombia. Presidente de la República. (2000). Decreto Ley 1795 de 2000. *Por el cual se reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*. Diario Oficial N. 44149.

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial N. 47957.

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 46.506.

Contraloría General de la República. (2024). *Auditoría de Cumplimiento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional: Sobrecostos en adquisición de medicamentos – Vigencia 2022*.

[https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/contraloria-encontro-presuntos-sobrecostos-en-compra-de-medicamentos-en-la-policia-854487].

Policía Nacional de Colombia. Oficina de Control Interno. (2024). *Informe final de Auditoría Interna Específica a los Recursos Financieros – Vigencia 2023*. [https://www.policia.gov.co/direccion-general-de-la-policia-nacional-decolombia/ocint/informes-auditoria-interna].

Policía Nacional de Colombia. Oficina de Control Interno. (2024). *Informe final de Auditoría Interna Específica a los Procesos de Adquirir Bienes y Servicios – Vigencia 2023*. [https://www.policia.gov.co/direccion-general-de-la-policia-nacional-decolombia/ocint/informes-auditoria-interna].

Policía Nacional de Colombia. Dirección de Sanidad. (2025). *Informe de Rendición de Cuentas de la Dirección de Sanidad – Vigencia 2024*. [https://www.policia.gov.co/direccion-sanidad/rendicion-cuentas].