



**DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR**

Plan de Acción

Ejecución I Trimestre

2025

Tabla de contenido

1	Mejoramiento en la rectoría y gobernabilidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para el fortalecimiento de la gestión, su gerenciamiento y administración.....	8
1.1	Grupo de Talento Humano (GRUTH).....	8
1.1.1	Actividad: Establecer y desarrollar estrategias en el ciclo de vida de los servidores públicos (ingreso, permanencia y retiro) en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	8
2	Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud, incluyendo los centros de salud y red hospitalaria que prestan servicio al Sector, como en las urgencias y servicios ambulatorios de batallones, estaciones, áreas de operaciones y demás áreas donde se encuentre la Fuerza Pública a nivel nacional.	10
2.1	Grupo Gestión del riesgo (GRERI)	10
2.1.1	Actividad: Realizar seguimiento y control a la ejecución de las diferentes actividades inmersas dentro de la Rutas de Obligatorio Cumplimiento.	10
2.1.2	Actividad: Realizar seguimiento de los lineamientos para la gestión del Riesgo en Salud de forma progresiva en el componente Salud Ambiental.	15
2.1.3	Actividad: Monitorear la implementación de los lineamientos emitidos en cumplimiento a la política de discapacidad SSMP.	16
2.2	Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)	20
2.2.1	Actividad: Evaluar el proceso de referencia al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares relacionada con la cobertura de servicios en la red propia y su resolutividad en el enfoque de RISS.....	20
2.2.2	Actividad: Evaluar la demanda insatisfecha de los servicios de salud priorizados, para disponer la toma de decisiones en las acciones de mejora correspondientes.	22
2.2.3	Actividad: Analizar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM.....	23
2.3	Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS).....	27
2.3.1	Actividad: Desarrollar e implementar estrategias de seguimiento para las PQRS que permita registrar, analizar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas.	27
2.3.2	Actividad: Monitorear el cumplimiento de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud por Fuerza.....	28
2.3.3	Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Seguridad del Paciente por Fuerza.	30
2.3.4	Actividad: Efectuar el análisis del riesgo operacional dentro y fuera de combate	32

2.4	Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS).....	33
2.4.1	Actividad: Hacer seguimiento al comportamiento de las causalidades de PQRS relacionadas con la prestación de los servicios de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (Red propia y red externa)	33
2.4.2	Actividad: Sensibilizar a los usuarios del SSFM en sus deberes y derechos.	36
2.4.3	Actividad: implementar la encuesta de satisfacción del usuario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, dirigida a quienes hayan recibido atención en la prestación de servicios de salud en los Establecimientos de Sanidad Militar.	37
3	Fortalecimiento y modernización de la capacidad tecnológica y científica de la red propia de la Sanidad Militar, Sanidad de la Policía Nacional y del Hospital Militar Central.	39
3.1	Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)	39
3.1.1	Actividad: Monitorear la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2025.	39
3.2	Grupo de Aseguramiento en salud (GRUAS).....	41
3.2.1	Actividad: Fortalecer la capacidad tecnológica y científica de la red propia del SSFM.....	41
4	Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.	46
4.1	Área de Costos y Estadística (ARCYE)	46
4.1.1	Actividad: Determinar el costo real CUPS.....	46
5	Acrónimos.....	48
6	Definiciones	49

Contenido de Tablas

Tabla 1. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.	11
Tabla 2. % de gestantes captadas antes de la semana 10 - Ruta Materno Perinatal.....	13
Tabla 3. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica	14
Tabla 4. Cobertura acciones de salud ambiental	15
Tabla 5. Caracterización de usuarios con discapacidad por Fuerza de adscripción e identidad de género año 2024.	16
Tabla 6. Caracterización de usuarios por categoría de discapacidad y momento curso de vida acumulado 2024.....	17
Tabla 7. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.	18
Tabla 8. Oportunidad referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.	20
Tabla 9. Porcentaje demanda insatisfecha	22
Tabla 10. Porcentaje de comités gestionados para el SSFM.	29
Tabla 11. Proporción vigilancia acciones inseguras en la prestación servicios de salud.	31
Tabla 12. Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM	32
Tabla 13. Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM.....	33
Tabla 14. Tipologías más representativas.....	34
Tabla 15. Tasa de PQRS.	35
Tabla 16. Variables del Indicador de Tasa.	35
Tabla 17. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.....	36
Tabla 18. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.....	36
Tabla 19. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.	37
Tabla 20. Variables Indicador Porcentaje usuarios que conocen deberes y derechos	37
Tabla 21. Tasa de satisfacción global del SSFM.....	38
Tabla 22. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar	38
Tabla 23. Variables del indicador Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar	38
Tabla 24. Proyecto de Inversión Establecimientos de Sanidad Militar.....	39
Tabla 25. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.....	40
Tabla 26. Ejecución de los recursos de inversión	41
Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento de todos los estándares de la CTC por Fuerza....	44
Tabla 28. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS	47

Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al I Trimestre 2025	7
Ilustración 2. Cobertura de la Ruta de promoción y Mantenimiento - 2024	12
Ilustración 3. Cantidad de solicitudes de medicamentos presentados ante el Equipo.	24
Ilustración 4. Cantidad de medicamentos validados por EIPSA.	24
Ilustración 5. CTC Según Concepto IV Trimestre 2024.....	25
Ilustración 6. Gasto CTC IV Trimestre 2024.....	26
Ilustración 7. CTC de Odontología Según Concepto IV Trimestre 2024.....	26
Ilustración 8. Costo Aproximado de CTC Odontología - IV Trimestre 2024.....	27
Ilustración 9. Acciones Inseguras del SSFM - IV Trimestre.....	30
Ilustración 10. Consolidado de cumplimiento de CTC – SSFM 2024	42
Ilustración 11. Consolidado de cumplimiento de CTC DISAN EJC - 2024.....	42
Ilustración 12. Consolidado de cumplimiento de CTC DISAN NAVAL - 2024.....	43
Ilustración 13. Consolidado de cumplimiento de CTC JEFSA - 2024	43



Introducción

El presente documento reporta el avance de ejecución del Plan de Acción 2025 del SSFM del primer trimestre 2025, en alineación de las iniciativas estratégicas del Acuerdo N° 092 del 28 de enero de 2025 *“Por el cual se define el Plan de Acción para la vigencia 2025 del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y del Subsistema de Salud de la Policía Nacional”*.

El documento las iniciativas estratégicas con el avance porcentual de cada una de ellas en el desarrollo de sus actividades y tareas, así como sus logros obtenidos, impacto estratégico durante la gestión y el cumplimiento de sus objetivos.

Este análisis se realiza mediante la retroalimentación del monitoreo, control y seguimiento de la herramienta Suite Visión empresarial, en búsqueda de la mejora continua y el cumplimiento de los del Plan Estratégico Institucional SSMP 2023-2026 aprobado por el CSSMP.

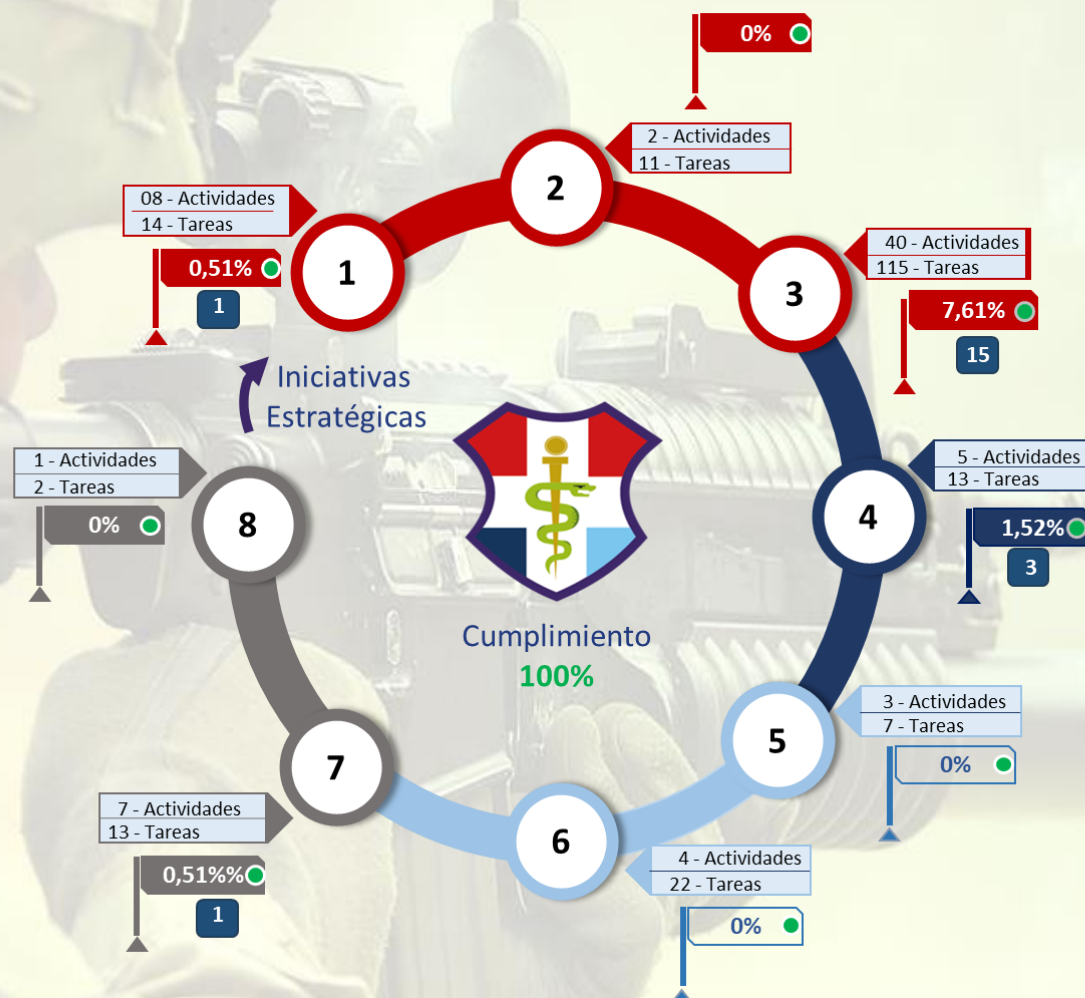
A continuación, se expone los resultados de las iniciativas estratégicas del Plan Estratégico Institucional y el comportamiento de sus indicadores según periodicidad y cumplimiento de metas, según lo proyectado para el primer trimestre 2025.

Lo anterior con fines de gestión y de transparencia de la información.

Plan de Acción 2025 - DIGSA

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al I Trimestre 2025

AVANCE EJECUCIÓN I TRIMESTRE 2025
INICIATIVAS 01 DE ENERO – 31 DE MARZO DE 2025
PLAN DE ACCIÓN DIGSA



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Iniciativa 1.

- 1 **Mejoramiento en la rectoría y gobernabilidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para el fortalecimiento de la gestión, su gerenciamiento y administración.**

0.51%

Esta iniciativa presentó un avance del **0.51%** al primer trimestre del 2025, con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de tarea planificada, a continuación, los resultados estratégicos.



1.1 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

- 1.1.1 **Actividad:** Establecer y desarrollar estrategias en el ciclo de vida de los servidores públicos (ingreso, permanencia y retiro) en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- 1.1.1.1 **Tarea:** Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Anual

Análisis de la tarea

En cumplimiento con la normatividad nacional vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Dirección General de Sanidad Militar desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo DIGSA emitió mediante oficio remisorio de fecha 03 de enero de 2025, a las Dirección de Sanidad y Jefatura de Salud el Plan de Trabajo Anual del SG-SST vigencia 2025, aprobado en sesión de Comité de Gestión y Desempeño Institucional, del que hacen parte el Director General de Sanidad Militar, los Subdirectores de Salud, Técnico y de Gestión, y Administrativo y Financiero y los Coordinadores del Grupo de Planeación

Estratégica, Asuntos Legales y Seguimiento y Evaluación de la DIGSA, documentado mediante Acta N° 0124014834002, de fecha 27 de diciembre de 2024.

Conforme a lo expuesto, se solicitó a las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud que los lineamientos, acompañados de sus respectivos componentes, emitidos por la Dirección General, sean objeto de socialización con los Establecimientos de Sanidad a nivel nacional para su ejecución durante el periodo de vigencia correspondiente al año 2025.

En consecuencia, las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud socializaron con los Establecimientos de Sanidad Militar a nivel nacional el Plan de Trabajo del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con sus respectivos componentes y las instrucciones administrativas particulares.

Logros de la gestión.

En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y a la Resolución N° 0312 de 2019, artículo 26 que establece que, “Desde enero del 2020 en adelante, en el mes de diciembre las empresas deberán: 1. Aplicar la autoevaluación conforma a la Tabla de Valores y Calificación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de SST...”, la Dirección General de Sanidad Militar realizó la evaluación de Estándares Mínimos del Ministerio del Trabajo y Protección Social, correspondiente a la vigencia 2024 y se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 98%, sin embargo, el Sistema cumple con componentes adicionales a los establecido por el organismo de control.



Iniciativa 3.

- 2 Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud, incluyendo los centros de salud y red hospitalaria que prestan servicio al Sector, como en las urgencias y servicios ambulatorios de batallones, estaciones, áreas de operaciones y demás áreas donde se encuentre la Fuerza Pública a nivel nacional.

7.61%

Esta iniciativa presentó un avance del **7.61%**, con una proyección en el trimestre de 15 tareas y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:



2.1 Grupo Gestión del riesgo (GRERI)

2.1.1 Actividad: Realizar seguimiento y control a la ejecución de las diferentes actividades inmersas dentro de la Rutas de Obligatorio Cumplimiento.

2.1.1.1 Tarea: Seguimiento a la ejecución de las actividades de las Rutas Integrales de atención. IV Trimestre 2024

Análisis de la tarea

Se alcanzó un cumplimiento del 42% en el ingreso de la población objeto a la Ruta, superando la meta institucional del 40%. Este desempeño evidencia una gestión efectiva y sostenida, incluso en el contexto de cierre de vigencia.

Logros de la gestión.

- ✓ Desde la Dirección General de Sanidad Militar se han definido lineamientos estratégicos para fortalecer la implementación de las Rutas Integrales de Atención, incluyendo el establecimiento de metas y acciones específicas, formalizadas a través de la circular del Plan Operativo de la Subdirección de Salud.
- ✓ Como parte del proceso de apoyo técnico, se han entregado a las Direcciones de Sanidad y a la Jefatura de Salud diversas planillas de datos orientadas a facilitar la identificación, segmentación y priorización de la población adscrita, con el fin de optimizar la planeación y ejecución de las intervenciones.
- ✓ Para la población restante en las distintas etapas del curso de vida, se han formulado estrategias y planes específicos que permitirán avanzar de manera progresiva hacia una cobertura efectiva, en concordancia con las frecuencias de atención definidas en la Resolución 3280 de 2018 y en el marco del plan operativo proyectado para el próximo cuatrienio.

Medición del Indicador

Tabla 1. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.



Indicador: Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Número de personas que ingresan a la ruta de promoción y mantenimiento con valoración integral por primera vez	Eficacia	40%	42% ●
V2	Total, de población objeto según la frecuencia de las intervenciones SSFM			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

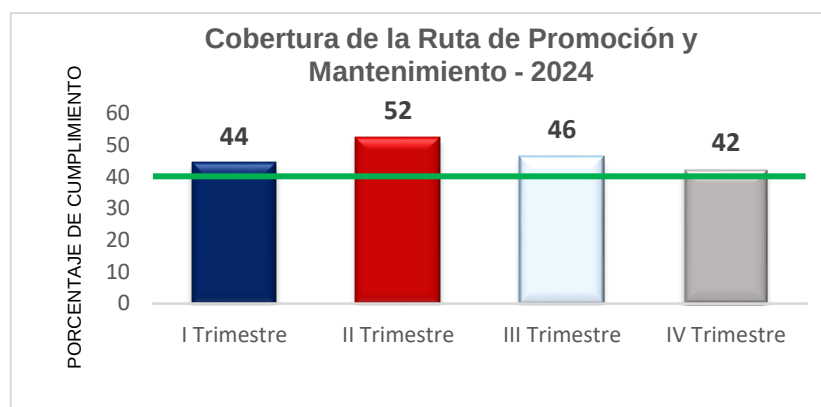
Se superó la meta trimestral del 40% en los cuatro trimestres del año, lo que refleja consistencia en la estrategia operativa.

El mejor desempeño ocurrió en el II trimestre (52%), lo que podría estar asociado a:

- ✓ Mayor disponibilidad de personal.
- ✓ Campañas intensificadas.
- ✓ Mejor acceso geográfico o logístico.

Aunque hay una leve disminución hacia el IV trimestre, el porcentaje se mantuvo por encima de la meta y se logró un promedio global del 46%.

Ilustración 2. Cobertura de la Ruta de promoción y Mantenimiento - 2024



Fuente: RIPS 2024

2.1.1.2 Tarea: Seguimiento a la ejecución de las actividades de la Ruta Materno Perinatal. IV Trimestre 2024.

Análisis de la tarea

Con la implementación de la Ruta Materno Perinatal se ha logrado la captación oportuna antes de la décima semana de gestación, reduciendo el riesgo de presentar complicaciones obstétricas y fortaleciendo la corresponsabilidad de la materna y su núcleo familiar, y así mismo, el monitoreo de indicadores de las Rutas Materno Perinatal.

Logros de la gestión.

- ✓ Asesoría, consentimiento informado para la interrupción voluntaria del embarazo mediante medicamento.
- ✓ Monitoreo de indicadores de las Rutas Materno Perinatal, Promoción y Mantenimiento de la Salud, en cumplimiento de la normatividad vigente emitida por la DIGSA para el periodo reportado.
- ✓ Creación de instrumento de evaluación a la adherencia de la interrupción voluntaria del embarazo en ESM en el año 2024.
- ✓ Creación de lista de verificación evaluación de adherencia a lineamientos atención cuidado prenatal y ruta materno perinatal en el año 2024.
- ✓ Creación de Instrumento de evaluación a la implementación de la RIA materno perinatal en el año 2024.
- ✓ Lista de verificación morbilidad materna extrema SSFM.
- ✓ Creación de herramienta ofimática llamada T_Control para la captación de información individual.
- ✓ Reporte de forma semanal la cohorte y gestión realizada en este periodo de tiempo a los entes de control.

- ✓ Asistencias técnicas programadas a cada ESM para la evaluación de la implementación de la RMPN y así mismo la adherencia a las guías prácticas clínicas a partir de la implementación de instrumentos en cada visita, durante el año 2024.

Medición del Indicador

Tabla 2. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal



Indicador: Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal.				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Numero de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal	Eficacia	90%	83.2% ●
V2	Total, de gestantes de la vigencia 2024 del SSFM			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El porcentaje alcanzado de captación oportuna para la vigencia del 2024 es del 83.23%, comparado con el año 2023 se presenta un aumento del 10%, lo que indica que los ESM, están realizando búsqueda activa de las gonadotropinas en cada consulta y tomadas en laboratorio de manera semanal. Por lo que ha generado un impacto positivo en la captación oportuna para la Ruta Materno Perinatal, evaluado los posibles riesgos a esta población de manera oportuna.

Sumado a esto, se crea una herramienta ofimática unificada, con el fin de ser un tablero control basado desde el nominal reportado por cada Fuerza, visualizando la traza de las actividades ordenadas por la normatividad vigente, generando alertas para la gestión del riesgo individual, así mismo, se observa un mejor registro en calidad del dato, suministrada por los líderes de la RMPN y ESM.

2.1.1.3 Tarea: Estado y progreso a la ejecución de las actividades de la Ruta de Riesgo Cardio Cerebro Vascular y Metabólica. IV Trimestre 2024.

Análisis de la tarea:

El resultado de la demanda inducida por parte de la Ruta de Riesgo Cardio Cerebro Vascular y Metabólica (RCCVM), que ha concientizado a los usuarios sobre la importancia del control periódico de patologías, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y metabólico; es importante destacar que en cada trimestre se captan nuevos usuarios con diagnóstico confirmado de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, lo que hace que la población sea dinámica debido a la incorporación constante de nuevos casos.

Logros de la gestión.

Se evidenció un avance importante en el cumplimiento de los lineamientos técnicos, destacándose una mayor adherencia a los protocolos para el manejo de patologías crónicas, con enfoque en la atención integral y el seguimiento oportuno por parte de los equipos de salud. También se fortaleció la demanda inducida mediante estrategias de sensibilización y acompañamiento, logrando captar activamente usuarios con diagnóstico confirmado y facilitar su inclusión en la ruta. Además, la actualización permanente de cohortes y la articulación con los ESM contribuyeron a optimizar el seguimiento, favoreciendo intervenciones más oportunas.

Medición del Indicador

Tabla 3. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica



Indicador: Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	(Número de usuarios con patología diagnosticada (Diabetes e hipertensión) cubiertos por la ruta de riesgo cardiovascular y Metabólica.	Eficacia	80%	34.15 ●
V2	Total, de usuarios con patologías (Diabetes e Hipertensión) del SSFM).			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

- ✓ Se logró un avance significativo en la cobertura de la ruta de riesgo cardiovascular y metabólico (RCCVM), alcanzando un 34,15% de usuarios cubiertos, frente a una meta trimestral del 20% y un acumulado anual esperado del 80%, evidenciando un cumplimiento del 100% de lo proyectado.
- ✓ Este resultado refleja un cumplimiento positivo y evidencia el impacto de las acciones implementadas desde el componente de demanda inducida, orientadas a fortalecer el control periódico de patologías como la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ El cumplimiento de este indicador también muestra una apropiada identificación y seguimiento de los usuarios con diagnóstico confirmado, lo cual ha permitido avanzar en la gestión integral de estas enfermedades crónicas.

2.1.2 Actividad: Realizar seguimiento de los lineamientos para la gestión del Riesgo en Salud de forma progresiva en el componente Salud Ambiental.

2.1.2.1 Tarea: Análisis de los resultados generados en la ejecución de los lineamientos para la gestión del Riesgo en Salud en el componente Salud Ambiental. IV Trimestre 2024

Análisis de la tarea

La ejecución de los lineamientos para la gestión del riesgo en salud dentro del componente de salud ambiental permitió evidenciar avances importantes en la prevención y control de factores ambientales que afectan la salud pública. A través de la implementación de acciones enfocadas en la vigilancia de la calidad del agua, control de vectores, actividades de zoonosis, alimentos y educación ambiental. Sin embargo, también se presentaron desafíos asociados a la limitada capacidad operativa en algunos municipios, así como dificultades en la articulación interinstitucional.

Logros de la gestión.

Entre los logros más relevantes, se destaca la intensificación de actividades de vigilancia en la calidad del agua para consumo humano, lo cual permitió detectar a tiempo focos de contaminación y activar respuestas oportunas. Asimismo, se fortalecieron las acciones de control vectorial en zonas con alta incidencia de enfermedades transmitidas por vectores. A nivel interinstitucional, se logró una articulación entre las secretarías de salud, lo que facilitó la realización de jornadas de vacunación antirrábica para perros y gatos presentes en Unidades Militares. Estas acciones contribuyeron a mejorar la percepción del riesgo en y a fomentar entornos más saludables.

Medición del Indicador

Tabla 4. Cobertura acciones de salud ambiental



Indicador: Cobertura acciones de salud ambiental				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Total, de acciones ejecutadas en salud ambiental.	Eficacia	35.90%	29.4 ●
V2	Total, acciones programadas en salud ambiental			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El resultado obtenido para el indicador fue de 29.4, frente a una meta establecida de 35.90, lo cual representa un cumplimiento del 81.9% aproximadamente. Si bien no se alcanzó la

meta prevista, el valor reportado evidencia un avance importante en la ejecución de las acciones del componente de salud ambiental.

Este comportamiento se atribuye a un bajo reporte por parte de EJC, respecto a las actividades de calidad del agua y zoonosis específicamente a la actividad de Jornadas de vacunación para perros y gatos, la cual se hace en articulación con las secretarías de salud locales. No obstante, el resultado también refleja que, a pesar de los desafíos, se logró mantener una cobertura significativa en las actividades programadas. Es necesario fortalecer el seguimiento continuo, mejorar los mecanismos de articulación intersectorial y optimizar el uso de los recursos disponibles para lograr alcanzar y superar la meta en los próximos trimestres.

2.1.3 Actividad: Monitorear la implementación de los lineamientos emitidos en cumplimiento a la política de discapacidad SSMP.

2.1.3.1 Tarea: Avance en la cobertura de la política para la atención en salud de las personas con discapacidad afiliados y beneficiarios. IV Trimestre 2024.

Análisis de la tarea

El programa de Rehabilitación y Discapacidad se está implementado en 65 Establecimientos de Sanidad del SSFM. De estos, el 74% (48 ESM) corresponden a DISAN EJC, el 9% (6 ESM) DISAN ARC y el 17% (11 ESM).

A través de la Matriz de identificación y caracterización de personas con discapacidad del SSFM, los ESM han reportado 11.611 usuarios, correspondiendo el 74.3% (8.618) son hombres y el 25.7% (2.993) mujeres. Según su Fuerza de adscripción el 81.5% (9.462) pertenece a DISAN EJC, el 14.4% (1.672) DISAN ARC y 4.1% (477) JEFSa. Ver tabla x

Tabla 5. Caracterización de usuarios con discapacidad por Fuerza de adscripción e identidad de género año 2024.

Fuerza de adscripción	Femenino	Masculino	Total
EJC	2.266	7.196	9.462
ARC	565	1.107	1.672
FAC	162	315	477
Total	2.993	8.618	11.611

Fuente: Matriz de caracterización de usuarios con discapacidad SSFM 2024 – DISAN EJC- ARC y JEFSa

La distribución según momento curso de vida muestra que el 43.2% (5.017) son adultos, el 20.5% (2.382) se encuentran en vejez, el 12.2% (1.430) en adolescencia y 12% (1.393) en infancia. Por categoría de discapacidad, el 42.9% (4.986) presentan discapacidad física, el 23.6% (2.738) múltiple, el 18.8% (2.186) intelectual (cognitiva). Ver tabla siguiente:

Tabla 6. Caracterización de usuarios por categoría de discapacidad y momento curso de vida acumulado 2024

Categoría discapacidad 2024	Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	Total
Auditiva	22	95	41	28	193	300	679
Física	56	132	170	248	3351	1029	4986
Intelectual (cognitiva)	219	636	597	277	244	213	2186
Múltiple	112	415	505	327	681	698	2738
Psicosocial (mental)	53	102	79	46	432	92	804
Visual	5	13	20	13	111	50	212
Sin discapacidad RLCPD*	0	0	1	0	5	0	6
Total, general	467	1393	1413	939	5017	2382	11611

Fuente: Matriz de caracterización de usuarios con discapacidad acumulado al 2024 – DISAN EJC- ARC y JEFSa

Por lugar de residencia, 2976 usuarios (25.6%) se encuentran ubicados en Bogotá, 1.039 (8.9%) en Antioquia, 884 (7.6%) en el Valle del Cauca, 863 (7.43%) en Bolívar y 610 (5.2%) en Santander El resto de los usuarios se distribuye en otros territorios

Logros de la gestión.

- ✓ El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) ha logrado avances en la identificación y caracterización de personas con discapacidad, optimizando significativamente el control y seguimiento de esta población dentro de los programas institucionales. Este progreso se traduce en una atención más precisa y adaptada a las necesidades específicas de cada usuario según su categoría de discapacidad.
- ✓ Se han implementado talleres de sensibilización y capacitación dirigidos tanto al personal de salud como a los usuarios. Estos talleres han sido fundamentales para mejorar las competencias del personal y sensibilizar a los beneficiarios sobre sus derechos, profundizando la comprensión de las oportunidades que ofrece la certificación de discapacidad y facilitando el acceso a programas sociales que promueven la integración laboral y social.
- ✓ Asimismo, el SSFM ha superado la meta establecida, logrando un aumento del 18% en la cobertura de usuarios certificados con discapacidad. Este éxito es el resultado de las iniciativas y acciones coordinadas e implementadas por las Direcciones de Sanidad y la Jefatura Salud, demostrando un compromiso sólido con la optimización de la atención
- ✓ Además, se han fortalecido estratégicamente las alianzas con la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI), apoyando activamente los procesos de inclusión familiar, social y laboral de las personas con discapacidad.

- ✓ La implementación de la estrategia "Cuidando a Cuidadores" es un ejemplo de esta colaboración, proporcionando herramientas valiosas a los cuidadores. De igual manera, los Establecimientos de Sanidad Militar han llevado a cabo actividades de sensibilización y educación sobre el abordaje de la discapacidad, y han establecido alianzas inter y transectoriales para promover la inclusión social en los territorios.
- ✓ En coherencia con su compromiso con la inclusión, el SSFM está liderando la atención a través de un enfoque diferencial, adaptando los servicios a las necesidades y características individuales de los usuarios, y reconociendo sus derechos fundamentales. Este enfoque, que adapta los servicios a las necesidades y características individuales de los usuarios, y reconoce sus derechos fundamentales, busca no solo mejorar la calidad de la atención y aumentar la satisfacción del usuario, sino también consolidar la reputación del SSFM como una institución líder en inclusión

Medición del Indicador

Tabla 7. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.



Indicador: Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Número de personas con certificado de discapacidad	Eficacia	18%	18% ●
V2	Total, de personas con discapacidad del SSFM			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Los equipos de valoración multidisciplinarios del SSFM certificaron a 1.690 usuarios en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del MSPS. Este avance representa un cumplimiento del 103% de la meta establecida para este año, gracias a diversas iniciativas y acciones implementadas por las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud, que buscan mejorar la identificación de los usuarios con discapacidad.

Entre las estrategias implementadas, destaca la puesta en marcha de nuevos Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) en la plataforma SISPRO-RLCPD, la inclusión de profesionales en el Directorio de Certificadores de Discapacidad del MSPS y la realización de talleres de sensibilización y capacitación dirigidos tanto al personal de salud como a los usuarios.

Estas acciones han permitido no solo cumplir con una parte significativa de la meta, sino también mejorar de manera sustancial la identificación de las personas con discapacidad dentro del SSFM, asegurando que sus necesidades sean atendidas con mayor eficiencia y eficacia.



2.2 Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)

2.2.1 **Actividad:** Evaluar el proceso de referencia al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares relacionada con la cobertura de servicios en la red propia y su resolutivez en el enfoque de RISS.

2.2.1.1 Tarea: Proceso de referencia y autorizaciones para la red interna y externa con el seguimiento a las mismas en relación con la malla de pertinencia nivel nacional de conformidad con la normatividad vigente. IV Trimestre 2024

Análisis de la tarea de Oportunidad de Referencia

La oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad fue en promedio 95% de efectividad en la referencia evidenciando cumplimiento al tiempo estipulado en la normatividad vigente, logrando garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Logros de la gestión.

- ✓ Se logro el seguimiento de los traslados dentro del tiempo establecido en la normatividad vigente.
- ✓ Se logro garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios en el nivel de complejidad que requería de acuerdo con su estado de salud.

Medición del Indicador

Tabla 8. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.

Indicador: Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre 2024	
V1	Número de referencias realizadas dentro del tiempo establecido	Eficacia	90%	93%	●
V2	Número Total de Referencias realizadas				

Fuente: Matriz traslados reportada por las Direcciones de Sanidad EJC-ARC y Jefatura de Salud FAC.

Análisis del Indicador:

Se realizó el análisis mediante informes de retroalimentación a cada Fuerza, donde se verifica el cumplimiento de la meta y el objetivo de la referencia de los usuarios en el tiempo estipulado por la normatividad vigente a un nivel de mayor complejidad, la cual se evidencia un resultado para el cuarto trimestre 2024 del 96.46% en el indicador, evidenciando una

mejora como resultado a la resolutiveidad en las referencias realizadas a los usuarios del SSFM.

Análisis de la tarea de Oportunidad de Autorizaciones

Se evidencio una mejora en el cumplimiento de la oportunidad en la generación de las autorizaciones dentro de los siguientes cinco días a la solicitud de la autorización de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para la red interna y la red externa contratada.

Logros de la gestión.

- ✓ Se logró disminuir los tiempos de respuesta para las autorizaciones dando cumplimiento a la normatividad vigente.
- ✓ Se realizo el seguimiento a las autorizaciones generadas durante el año 2024 verificando la pertinencia y correcto direccionamiento por georreferenciación mediante mesas de trabajo con las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud para el mejoramiento continuo del proceso.

Impacto Estratégico.

Cumplimiento de la meta y el objetivo de realizar las autorizaciones dentro el tiempo estipulado por la normatividad vigente, asegurando la prestación de los servicios de salud integral de nuestros usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Tabla Oportunidad de la autorización de Servicios hacia la red externa.

Indicador: Oportunidad de las Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad.				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Número de autorizaciones generadas dentro del tiempo establecido	Eficacia	40%	96.43% ●
V2	Número Total de autorizaciones generadas			

Fuente: Reporte Modulo SALUD.SIS Autorizaciones IV trimestre 2024

Análisis del Indicador:

Los tiempos de respuesta se disminuyeron, generando las autorizaciones dentro de los tiempos establecidos por la normatividad legal vigente, con una oportunidad del 96.43%.

2.2.2 **Actividad:** Evaluar la demanda insatisfecha de los servicios de salud priorizados, para disponer la toma de decisiones en las acciones de mejora correspondientes.

2.2.2.1 Tarea: Demanda insatisfecha en relación con el acceso a citas médicas en la red propia del SSFM solicitando acciones de mejora a los prestadores. IV Trimestre 2024

Análisis de la tarea

Se elaboro el análisis de la demanda insatisfecha a cada una de las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Jefatura de Salud en donde se informan los resultados del trimestre y en el mismo se solicita las acciones que permitan mejorar los resultados obtenidos, además con la participación activa en la elaboración por parte de cada una de las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud en conjunto con los Establecimientos de Sanidad Militar como prestadores de servicios de salud, se diseñaron los planes de contingencia necesarios según cada caso, con el fin de dar cumplimiento a la meta establecida en los indicadores de demanda insatisfecha y garantizar el acceso de manera oportuna a los servicios de salud ofertados.

Logros de la gestión.

- ✓ Es importante resaltar que para el periodo evaluado en relación con los indicadores de demanda insatisfecha se cumplió con la meta establecida en Medicina General, Odontología General y Ginecobstetra (embarazo).
- ✓ Elaboración de planes de contingencia necesarios según cada caso, con el fin de dar cumplimiento a la meta establecida en los indicadores de demanda insatisfecha y garantizar el acceso de manera oportuna a los servicios de salud ofertados.
- ✓ En promedio durante la vigencia 2024 se mantuvieron dentro de la meta establecida Medicina General 2.70%, Odontología General 4,28%, Pediatría, Ginecobstetricia (embarazo) 2.20% y Cirugía General.

Medición del Indicador

Tabla 9. Porcentaje demanda insatisfecha



Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	Especialidad	IV Trimestre 2024
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Medicina general	1.5% ●
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Odontología	3,6% ●
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Medicina interna	34,8% ●
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Ginecobstetricia	11.3% ●

Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	Especialidad	IV Trimestre 2024
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Ginecobstetricia (embarazo)	0.8% ●
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Cirugía general	11,3% ●
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Pediatría	12,1% ●

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

En los resultados se evidencia un aumento la demanda insatisfecha entre el tercer y cuarto trimestre periodo dentro del cual se disminuye la oferta de servicio por termino de contratos de personal de salud a nivel nacional.

Es importante resaltar que para el periodo evaluado se cumplió con la meta establecida en Medicina General, Odontología General y Ginecobstetra (embarazo).

En las especialidades de Medicina Interna. Ginecobstetricia Cirugía General y Pediatría no se alcanzó la meta establecida, sin embargo, se realizaron acciones de mejora lo cual permitió una mejora en el II y III trimestre sin embargo en el IV trimestre se aumentó nuevamente el indicador por terminación de contratación lo que no permitió continuar con las agendas abiertas durante la finalización de la vigencia.

2.2.3 Actividad: Analizar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM.

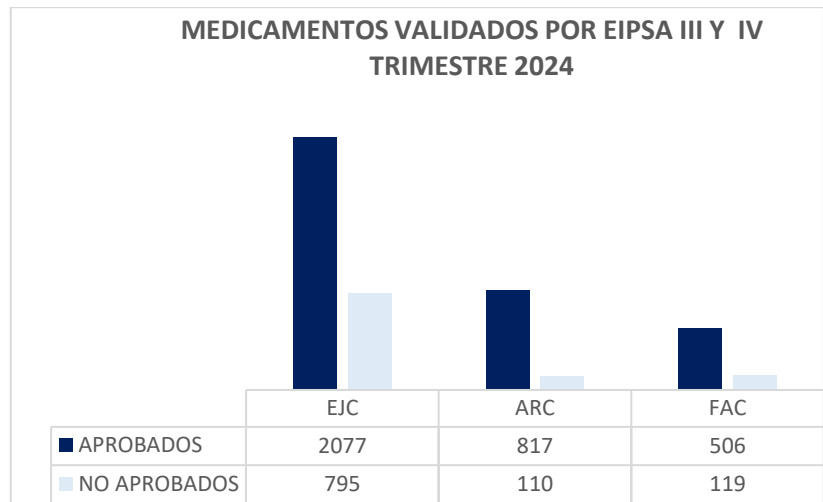
2.2.3.1 Tarea: Informe del análisis multivariado del Equipo Interdisciplinario del Profesionales de Salud (EIPSA) y del Comité Técnico Científico. IV Trimestre 2024.

A. EIPSA

Análisis de la tarea

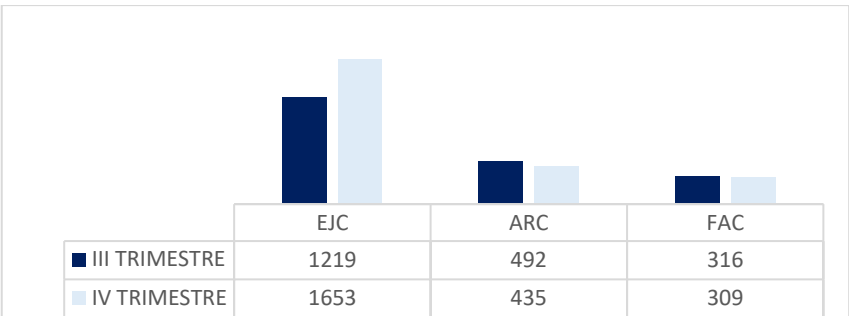
El Equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (EIPSA), son quienes realizan el análisis, verificación y control de las tecnologías en medicamentos prescritos de forma autónoma y racional por los profesionales de la salud tratantes, bajo criterios médicos de seguridad del paciente y de pertinencia, para aquellas prescripciones de tecnologías de medicamentos fuera del Manual único de Medicamentos y Terapéutica (MUMT) y para aquellos que requieren gestión especial del riesgo técnico farmacéutico como medicamentos Vitales No disponibles, Soporte Nutricional ambulatorio y medicamentos en usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS). Teniendo en cuenta lo anterior durante el cuarto trimestre del 2024 se cuenta con la siguiente información:

Ilustración 3. Cantidad de solicitudes de medicamentos presentados ante el Equipo.



Fuente: Bases de datos EIPSA- SUBSA-GROSD – III Y IV Trimestre del 2024

Ilustración 4. Cantidad de medicamentos validados por EIPSA.



Fuente: Bases de datos EIPSA- SUBSA-GROSD – III Y IV Trimestre del 2024

Durante el IV trimestre del 2024 se evidencia un aumento del 15,4% en la cantidad de solicitudes de medicamentos ante el Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud, comparado con el III trimestre del mismo año, lo anterior asociado al aumento de usuarios ingresados a la ruta cardiovascular.

Logros de la gestión.

Mejorar la accesibilidad a las tecnologías de medicamentos, suplementos dietarios conforme con la prescripción profesionales realizada, validando requisitos para su suministro.

Optimizar los recursos del subsistema, al evaluar la pertinencia de las solicitudes por parte de los especialistas integrantes del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la salud de la DISAN EJC, DISAN ARC, Y Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea.

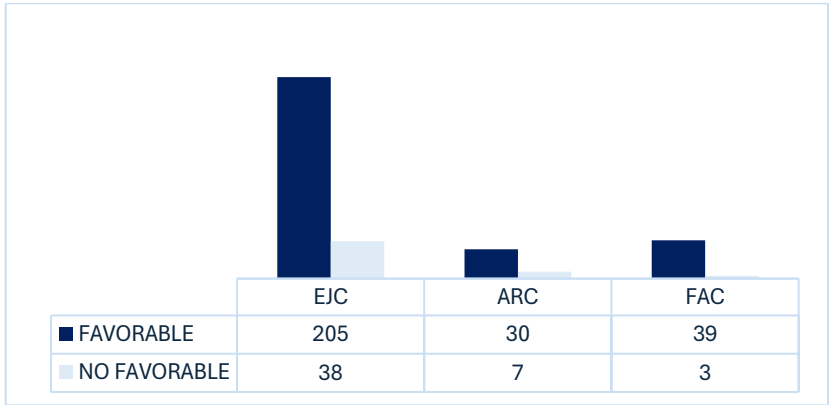
B. Comité Técnico Científico

Análisis de la tarea procedimientos e insumos

Durante el IV Trimestre del 2024 se realizaron 342 solicitudes que fueron generadas desde la prestación de servicios de salud en los diferentes Establecimientos de Sanidad Militar y referencias generadas por la red complementaria, de las cuales 20 solicitudes no cumplieron con los criterios técnico-científicos, por lo cual se realizó devolución a las DISAN y JEFSa con el fin de subsanar y presentar nuevamente.

Del total de solicitudes presentadas por las Fuerzas durante el trimestre, fueron evaluadas por el comité 322 con cumplimiento de criterios administrativos, de las cuales 274 solicitudes se clasificaron con concepto favorable y 48 no favorable, debido a no cumplimiento de criterios.

Ilustración 5. CTC Según Concepto IV Trimestre 2024

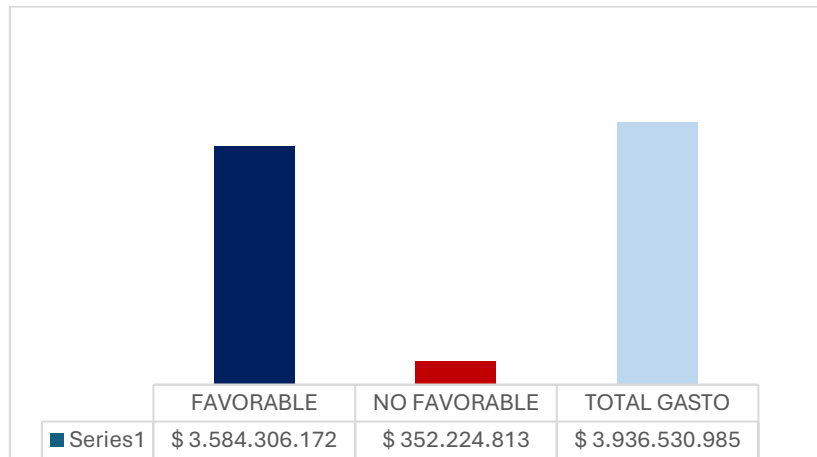


Fuente: Base de datos CTC IV Trimestre 2024 DIGSA

Logros de la gestión procedimientos e insumos

Durante el trimestre analizado, se evaluaron 322 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de \$3.936.530.985 De estas, 48 solicitudes fueron NO FAVORABLES por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro del 8,95% de los recursos (\$ 352.224.813), lo que demuestra que la gestión del CTC se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

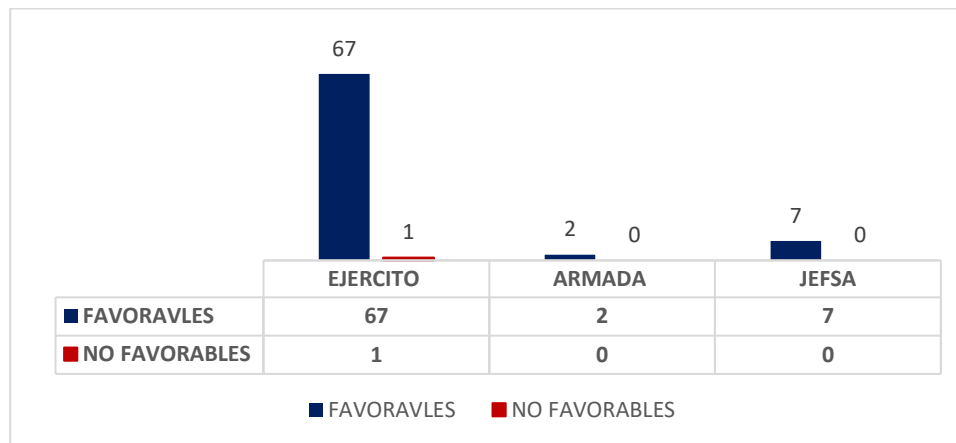
Ilustración 6. Gasto CTC IV Trimestre 2024



Fuente: Base de datos CTC IV Trimestre 2024 DIGSA

Análisis de la tarea Odontología

Ilustración 7. CTC de Odontología Según Concepto IV Trimestre 2024

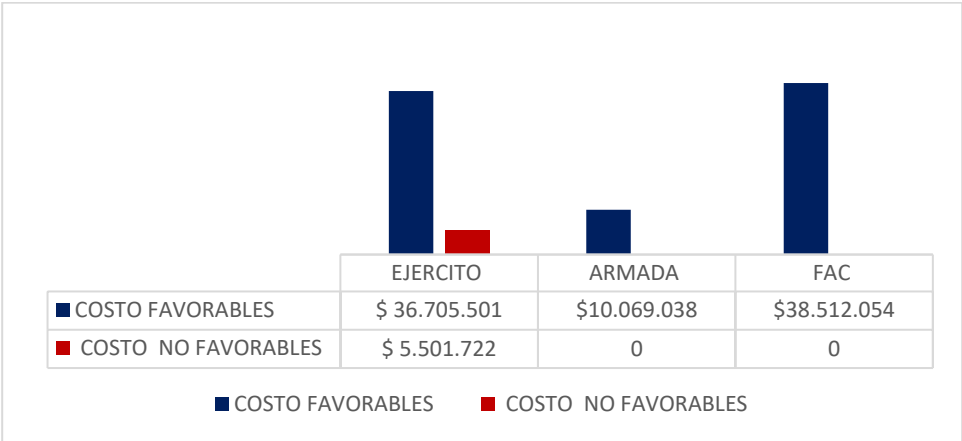


Fuente: Base de datos CTC Odontología IV Trimestre 2024 DIGSA

Las solicitudes recibidas en el IV trimestre del 2024 fueron 77 de las 3 fuerzas militares. El 88% pertenecen a la DISAN EJÉRCITO, seguido por la DISAN ARMADA con el 9% y 2 % pertenecen a solicitudes de la JEFSA. De estas solicitudes el 98 % con 76 comités sesionados y conceptuados favorables que cumplieron con los criterios requeridos para su aprobación y el 2% no favorable corresponde a un comité que no cumple con los soportes necesarios para el concepto de favorabilidad. Como se observa en la gráfica el número de solicitudes van disminuyendo mes a mes ya que se está cumpliendo a cabalidad el acuerdo 002 de 2001 en cuanto a tratamientos de rehabilitación y ortodoncia.

Logros de la gestión Odontología

Ilustración 8. Costo Aproximado de CTC Odontología - IV Trimestre 2024



Fuente: Base de datos CTC IV Trimestre 2024 DIGSA

En el área de odontología los costos de los tratamientos conceptuados favorables corresponden a valores aproximados, dado que la mayoría de estos procedimientos se realizan en los establecimientos cada una de las fuerzas y no tienen el valor asignado específico por procedimiento. Para su estimación se utiliza como referencia el manual tarifario del HOSMIL con tarifas institucionales. Se está trabajando en la capacitación del personal profesional para que los tratamientos solicitados tengan la pertinencia acatando los procedimientos autorizados en el Acuerdo 002 de 2001 “Plan de servicios de Salud de Sanidad Militar y Policía”.

2.3 Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS)

2.3.1 Actividad: Desarrollar e implementar estrategias de seguimiento para las PQRS que permita registrar, analizar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas.

2.3.1.1 Tarea: Recomendaciones a las causalidades de las PQRS. IV Trimestre 2024

Análisis de la tarea

De acuerdo con los resultados de las PQRSR y acciones, se realizaron las siguientes recomendaciones:

- ✓ Se debe hacer un buen uso de los aplicativos o módulos con los que cuenta el SSFM, con el propósito de mejorar la precisión y disponibilidad del dato que permita la toma de decisiones.

- ✓ Reforzar programas de capacitación y sensibilización para promover el buen trato entre todos los actores del SSFM mejorando la experiencia del usuario.
- ✓ Se deben seguir y reforzar los lineamientos emitidos por la Dirección General de Sanidad Militar en materia de prestación de servicios y contratación, desarrollando estrategias que alineen la oferta con la demanda y mejoren el cumplimiento del MATIS.
- ✓ Maximizar el uso del recurso humano disponible en cada DISAN o Jefatura de salud, con el propósito de cubrir las necesidades asistenciales y reducir los tiempos de espera en los servicios de salud.
- ✓ Asegurar una respuesta rápida y de calidad a los requerimientos recibidos a través de los diversos canales del SSFM, mejorando la satisfacción del usuario, fortaleciendo la confianza y reduciendo la necesidad de recurrir a los entes de control para resolver sus inquietudes o necesidades.
- ✓ Para mitigar estos impactos, es crucial implementar medidas que optimicen la gestión de citas y autorizaciones, mejorar la coordinación entre diferentes áreas de salud y fortalecer los canales de comunicación con los usuarios. Además, es importante realizar un seguimiento continuo de la oferta y demanda de servicios para ajustar los recursos y capacidades según las necesidades de los usuarios.

Logros de la gestión.

Se genera retroalimentación de las principales causales de PQRSR a las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud con el fin de mejorar la prestación de los servicios salud y contribución con el MATIS, identificando la falta de seguimiento a los contratos, reforzando temas de humanización como eje articulador en la prestación de los servicios, seguimiento a la respuesta de requerimientos, la optimización en la utilización del talento humano y la articulación de las dependencias.

2.3.2 Actividad: Monitorear el cumplimiento de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud por Fuerza.

2.3.2.1 Tarea: Seguimiento a la Implementación de la Directiva Permanente de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud del SSFM. IV Trimestre 2024.

Análisis de la tarea

En cumplimiento a la normatividad vigente, la Directiva Permanente N°012 de 2017 “Directrices para la implementación de los Comités de obligatorio cumplimiento del Sistema de Calidad en Salud propio del SSFM”, se realiza el seguimiento trimestral del desarrollo

de los comités en salud, por medio de la recolección de información enviada por cada una de las DISANES (EJC – ARC) y JEFSA FAC, teniendo en cuenta el reporte de todos los ESM que conforman el SSFM, donde realizan los comités de acuerdo con el alcance propio del ESM y su nivel de prestación de servicios. Es así, como los Comités de Calidad en Salud, Historias Clínicas, Ética Hospitalaria Farmacia y Terapéutica, Técnico – Científico, de Urgencias, de Vigilancia Epidemiológica, Infección y Profilaxis Antibiótica y Comité de Transfusión Sanguínea, y este último de cumplimiento por parte del HONAC de Cartagena, se evidencio que los ESM reportaron el desarrollo de los comités de obligatorio cumplimiento, con un incremento en el número de establecimientos que los implementaron y dieron cumplimiento con actividades que contribuyeron al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud al interior del SSFM.

Se analizan los datos reportados para determinar el porcentaje de cumplimiento en la sesión de estos, realizando seguimiento de las acciones de mejora formuladas, con el fin de fortalecer los procesos al interior de cada ESM, aportando al cumplimiento de la meta del presente indicador, el cual ya se encuentra cerrado para la vigencia 2024.

Logros de la gestión.

- ✓ Identificar fortalezas y debilidades en la sesión y desarrollo de los comités en salud en cada una de las Fuerzas, con el objetivo de realizar retroalimentación para el mejoramiento continuo del componente.
- ✓ Retroalimentar a las DISANES (EJC – ARC) y JEFSA FAC en la estandarización de los comités en salud teniendo en cuenta la tipificación de cada ESM según la prestación de los servicios que ofertan.
- ✓ Incremento en el número de ESM que sesionan los comités en salud del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 10. Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares



Indicador: Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Número de comités ejecutados	Eficacia	80%	83% ●
V2	Número de comités proyectados			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Este indicador permite verificar el cumplimiento de lo establecido por medio de la sesión de cada comité, teniendo en cuenta la tipificación de cada ESM y los gestionado desde las DISANES (EJC – ARC) y JEFSA, sin embargo, desde la Dirección General de Sanidad Militar se busca el desarrollo de estos en el 100% del SSFM.

2.3.3 Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Seguridad del Paciente por Fuerza.

2.3.3.1 **Tarea:** Consolidación, análisis y retroalimentación a DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente. IV Trimestre 2024.

Análisis de la tarea

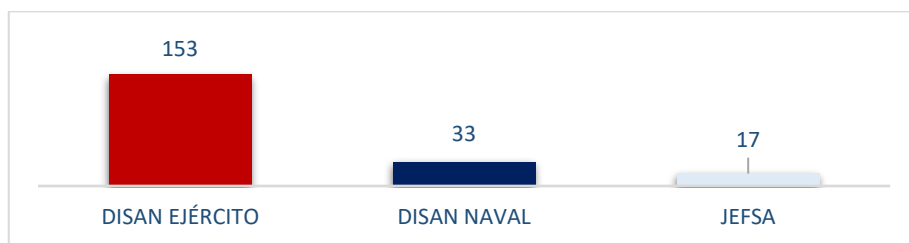
Mediante los informes de retroalimentación, se realizó el análisis de las acciones inseguras identificadas, reportadas y gestionadas durante el IV Trimestre de la vigencia 2024 por los ESM de Ejército, Naval y la Fuerza Aeroespacial, se observa la adherencia al Programa de Seguridad del Paciente y se evidencia la búsqueda activa de los riesgos en salud a los cuales podrían estar expuestos los usuarios del SSFM durante la prestación de servicios de salud y como resultado se implementan barreras efectivas para evitar la materialización de los riesgos.

En los siguientes informes, se evidencian el seguimiento realizado sobre los avances de las actividades gestionadas en el Programa de Seguridad del Paciente por parte de los ESM a la DISAN (EJC – NAVAL) y JEFSa:

- ✓ Radicado N° 0125003120502 / MDN-COGFM -JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS (DISAN EJERCITO)
- ✓ Radicado No. 0125002295402 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS (DISAN NAVAL)
- ✓ Radicado No. 0125002076802 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS (JEFSa)

Como acción articulada en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, se debe incentivar la cultura de reporte y estimular los servicios de salud que realicen esta búsqueda y los reportes correspondientes, lo cual contribuye al mejoramiento de los procesos en salud. En el IV trimestre 2024 se realizaron un total de 203 reportes de acciones inseguras en el SSFM y la Red externa contratada, diferenciados por fuerzas así:

Ilustración 9. Acciones Inseguras del SSFM - IV Trimestre



Fuente: Anexo # 3 Formato de consolidación de acciones inseguras en salud SSFM IV Trimestre.

Logros de la gestión.

- ✓ Búsqueda activa de acciones inseguras, en los Establecimientos de Sanidad Militar, cultura del reporte, planteamiento de acciones de mejora y correctivas que eviten la reincidencia y generen atenciones más seguras para los usuarios.
- ✓ Se evidencia la participación de DISAN EJC, DISAN NAVAL y JEFSa en la consolidación verificación y seguimiento de las acciones inseguras durante el IV Trimestre de la vigencia 2024.
- ✓ Se observa la implementación de barreras de seguridad efectivas en los servicios por medio de la disminución de las acciones inseguras y la reincidencia de estas.

Medición del Indicador

Tabla 11. Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.



Indicador: Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Número total de acciones inseguras gestionadas	Eficiencia	80%	92.6%
V2	Número total de acciones inseguras detectadas			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se evidencia una mejora significativa en la gestión de las acciones inseguras que se reportaron y consolidaron durante el IV trimestre de la vigencia 2024, adicionalmente es debido mencionar que la ejecución de las tareas pendientes y el cierre de las acciones inseguras se reportó por medio de un oficio en cumplimiento a la Directiva Permanente de Seguridad del Paciente del SSFM, con Radicado N° 0122010958302 del 10 de noviembre de 2022, durante el mes de febrero de 2025, donde se registra el seguimiento por parte de DISAN EJÉRCITO, DISAN NAVAL Y JEFSa.

A la fecha el análisis de información del Programa de Seguridad del Paciente del primer trimestre de la vigencia 2025, está proyectada para el 25 de abril de 2025.

2.3.4 Actividad: Efectuar el análisis del riesgo operacional dentro y fuera de combate

2.3.4.1 Tarea: Análisis heridos y muertos dentro y fuera de combate del personal militar del SSFM. (ACUERDO 051 DEL 2009- PEI FF.MM). II Semestre 2024.

Análisis de la tarea

- ✓ En la tasa de heridos dentro y fuera de combate, la tendencia es a subir; ya que para el primer semestre del 2024 esta fue de 49,8, mientras que en el segundo semestre del 2024 fue de 58,8. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 50 heridos en las FF.MM, mientras que en el segundo semestre se presentaron 59 heridos.
- ✓ En la tasa de muertos dentro y fuera de combate, la tendencia se mantiene; ya que para el primer semestre del 2024 esta fue de 7,2, y en el segundo semestre del 2024 fue de 7,2. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 7 muertos en las FF.MM, en cada semestre.

Así mismo, el análisis de la tarea permite concluir que se recomienda no establecer una meta; se debe realizar análisis comparativos partiendo de la línea base, la cual se toma de la tasa anual del periodo anterior de la vigencia estudiada.

Logros de la gestión.

La Salud Operacional ha contribuido al fortalecimiento de las acciones conjuntas del SSFM y las FF.MM, para el mantenimiento de la aptitud psicofísica del personal militar comprometido en operaciones militares, como parte esencial en la conservación del pie de fuerza en las fuerzas militares y como parte de excepción en él SSFM. Este enfoque integral y colaborativa en la Fuerza y el SSFM, demuestran un compromiso sólido con la salud y el bienestar de los militares, para el desempeño efectivo de las operaciones militares.

Medición del Indicador

Tabla 12. Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM



Indicador: Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	II Semestre 2024
V1	Número de heridos dentro y fuera de combate	Eficacia	Tasa Variable	58,8 ●
V2	Numero promedio de militares periodo			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se presentó un total de 1282 casos de heridos, lo que corresponde a una tasa de 58,8 (por cada 10.000 militares se presentaron 58 heridos).

Con relación a los heridos en combate y fuera de combate, se concluye que por cada 10.000 militares se presentaron, 8 heridos en combate (HC) y 50 heridos fuera de combate (HFC).

Medición del Indicador

Tabla 13. Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM



Indicador: Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	II Semestre 2024	
V1	Número de Muertos dentro y fuera de combate	Eficacia	Tasa Variable	7,2 ●	
V2	Numero promedio de militares periodo				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se presentó un total de 158 casos de mortalidad, lo que corresponde a una tasa de 7,2 (por cada 10.000 militares se presentaron 7 mortalidades).

Con relación a los muertos en combate y fuera de combate, se concluye que por cada 10.000 militares se presentaron, 2 muertos en combate (MC) y 5 muertos fuera de combate (MFC).

2.4 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS)

2.4.1 Actividad: Hacer seguimiento al comportamiento de las causalidades de PQRS relacionadas con la prestación de los servicios de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (Red propia y red externa)

2.4.1.1 Tarea: Análisis del comportamiento de las PQRS Grupo Atención al Usuario y Participación Social. I Trimestre 2025

Análisis de la tarea

Se recepcionaron un total de 11.019 PQRSR a través de los diferentes canales de atención establecidos, siendo los reclamos y las peticiones las tipologías más representativas con 6.761 (61,36%) y 4.026 (36,54%) requerimientos respectivamente.

En la siguiente tabla se evidencia que la tipología con menor representatividad fue “Petición entre autoridades” con 1 requerimiento; asimismo, se evidencia que 20,78 % de las *peticiones* corresponde a la subcategoría de “orientación e información”.

Tabla 14. Tipologías más representativas

Tipología		I Trimestre 2025	%
Reclamo		6.761	61,36%
Queja		114	1,03%
Felicitación		92	0,83%
Sugerencia		15	0,14%
Denuncia por posibles actos de corrupción		8	0,07%
Solicitud de periodista ejercicio de profesión		2	0,02%
Petición entre autoridades		1	0,01%
Peticiónes 4.026	Orientación e Información	2.290	20,78%
	Aseguramiento	1.094	9,93%
	Junta médica laboral	642	5,83%
TOTAL		11.019	100%

Fuente: Reporte Módulo PQRSR página web DIGSA.

Logros de la gestión.

- ✓ Teniendo en cuenta el mejoramiento continuo en la gestión de las PQRSR, se envía de manera semanal el reporte de los requerimientos a la Subdirección de Salud de la DIGSA, para que puedan tener mayor claridad de los procesos a mejorar en la prestación de los servicios de salud en los ESM.
- ✓ Desde la vigencia anterior se solicitaron ajustes al módulo de PQRSR teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la calidad de la información para los reportes y los correspondientes informes, así:
- ✓ Se realizaron modificaciones en la tipología que está conformada por la petición, queja, reclamo, sugerencia, denuncias por posibles actos de corrupción, reconocimientos y multicausalidad, eliminando esta última opción por no dar claridad a lo que requería el usuario.
- ✓ En los asuntos y sub - asuntos para el reporte que se descarga del módulo, se ajustaron de acuerdo con el anexo técnico de la Supersalud.
- ✓ Desde la vigencia 2024, se inició el cargue de los requerimientos registrados en el formato de buzón de sugerencias y los recibidos mediante el chat institucional.
- ✓ Se gestionan PQRSR enviadas por el MDN y el COGFM a través de sus correos electrónicos o aplicativos, cargándolas al módulo de PQRSR de la DIGSA.



Medición del Indicador

Tabla 15. Tasa de PQRS.

Indicador: Tasa de PQRS.					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre 2025	
V1	Número de PQRS de prestación de servicios de salud a nivel Nacional	Eficacia	17	17	
V2	Total, de usuarios adscritos a nivel Nacional				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 16. Variables del Indicador de Tasa.

Vigencia 2025			
Periodo	Número de PQRS de prestación de servicios de salud a nivel Nacional	Total, de usuarios adscritos a nivel Nacional x 1.000	Tasa
I Trimestre	10.901	32.306	17

Fuente: Grupo Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA.

Análisis del Indicador:

Teniendo en cuenta el análisis de resultados del primer trimestre de la vigencia 2025, diecisiete (17) afiliados interpusieron una Petición, Queja o Reclamo por cada mil usuarios del total de la población de afiliados al SSFM, frente a los catorce (14) del primer trimestre de la vigencia 2024.

Medición del Indicador

Tabla 17. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días



Indicador: Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre 2025
V1	Requerimientos (Petitionen, quejas y reclamos) resueltos antes de 15 días	Eficacia	92%	86%
V2	Requerimientos (Petitionen, quejas y reclamos) recibidos en el trimestre			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 18. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días

Petitionen, quejas y reclamos vigencia 2025 DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa			
Periodo	Requerimientos (petitiones, quejas y reclamos) resueltos antes de 15 días	Requerimientos (petitiones, quejas y reclamos) recibidos en el trimestre	Porcentaje
I Trimestre	5.805	6.786	86%

Fuente: Grupo Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA.

Análisis del Indicador:

Los resultados del primer trimestre de la vigencia 2025, evidencian que de un total de 6.786 Petitionen, Quejas y Reclamos (PQR), se cerraron en términos de ley 5.805 para un porcentaje de gestión del 86%, quedando 6 puntos porcentuales por debajo de la meta.

2.4.2 Actividad: Sensibilizar a los usuarios del SSFM en sus deberes y derechos.

2.4.2.1 Tarea: Actividades de orientación e información en derechos y deberes a los usuarios de las oficinas de ATEUS a nivel nacional. I Trimestre 2025.

Análisis de la tarea:

Se socializan los derechos y deberes de los usuarios de manera periódica, conforme a las piezas digitales que se envían desde la línea de orientación e información del Grupo de Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA a la Dirección de Sanidad Ejército, Dirección de Sanidad Naval y Jefatura Salud Fuerza Aeroespacial, para ser publicadas en las carteleras físicas y digitales ubicadas en los Establecimientos de Sanidad Militar.

Con el objetivo de evaluar si los afiliados que recibieron atención en el SSFM conocen sus deberes y derechos, se planteó la pregunta No. 14 en la encuesta de satisfacción de los usuarios, que expresamente visualizaron como: ¿Conoce usted sus deberes y derechos como usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares?

Por lo anterior, la socialización de los derechos y deberes de los usuarios ha tenido un impacto positivo, el cual se ha evidenciado en los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios, como se relaciona a continuación.

Logros de la gestión.

Desde las anteriores vigencias, se ha mantenido un promedio superior al 90% en cuanto al conocimiento de los deberes y derechos por parte de los afiliados, evidenciado en los resultados de la encuesta de satisfacción y gracias a la divulgación de estos, a través de capacitaciones en sala, medios visuales en las salas de espera como los televisores, formatos del buzón de sugerencias, publicación en la página web o carteleras informativas.

Medición del Indicador

Tabla 19. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.



Indicador: Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre 2025
V1	Usuarios que conocen sus deberes y derechos	Efectividad	90%	95,80%
V2	Total, de usuarios encuestados			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 20. Variables del Indicador Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos

Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos			
Periodo	Usuarios que conocen sus deberes y derechos	Total, de usuarios encuestados	Porcentaje
I Trimestre (%)	4.246	4.432	95,80%

Fuente: Grupo Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA.

Análisis del Indicador:

El primer trimestre de la vigencia 2025 se cerró con un porcentaje 95,80%, que comparado con el primer trimestre de la vigencia anterior bajo un punto porcentual ya que el porcentaje fue de 96,18%.

2.4.3 Actividad: implementar la encuesta de satisfacción del usuario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, dirigida a quienes hayan recibido atención en la prestación de servicios de salud en los Establecimientos de Sanidad Militar.

2.4.3.1 Tarea: Resultados encuesta de satisfacción. I Trimestre 2025.

Análisis de la tarea:

La tasa de satisfacción global del SSFM se ubicó en 95%; el Indicador de Experiencia 96%, el de Trámites 96% y el de Oportunidad 92%. Es importante mencionar que la Dirección de Sanidad Ejército presentó una tasa superior a la del SSFM. Realizando la comparación con el primer trimestre de la vigencia 2024, se presenta lo siguiente:

Tabla 21. Tasa de satisfacción global del SSFM

Indicadores	I Trim 2024	I Trim 2025
Promedio Tasa global	94%	95%
Ind_Experiencia	95%	96%
Ind_Trámites	95%	96%
Ind_Oportunidad	92%	92%

Fuente: Área Costos y Estadística de la DIGSA.

Logros de la gestión.

Teniendo en cuenta las acciones realizadas por las áreas de salud del SSFM frente a las oportunidades de mejora; se ha impactado positivamente en aspectos puntuales que han permitido mejorar la percepción de la prestación del servicio de salud.

Medición del Indicador

Tabla 22. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar



Indicador: Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre 2025
V1	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos.	Efectividad	88%	95% ●
V2	Número total de encuestados.			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se mantiene un porcentaje alto en la satisfacción global de los usuarios encuestados en el Subsistema de Salud de las FFMM, se evidencia un aumento de un punto porcentual respecto al primer trimestre de 2024, pasando de un 94% a un 95%. De igual manera, es importante mencionar que se aumentó la muestra para el primer trimestre de la vigencia 2025 y el total de afiliados que participaron en la encuesta duplicó el del primer trimestre del 2024.

Tabla 23. Variables del indicador Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar

Periodo	N° de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos	Número total de encuestados	%
I Trim 2025	4.221	4.432	95%
I Trim 2024	2.139	2.275	94%

Fuente: Área Costos y Estadística de la DIGSA y Grupo Atención al Usuario DIGSA.

Iniciativa 4.

3 Fortalecimiento y modernización de la capacidad tecnológica y científica de la red propia de la Sanidad Militar, Sanidad de la Policía Nacional y del Hospital Militar Central.

1.52%

Esta iniciativa presentó un avance del **1.52%**, con una proyección en el trimestre de 15 tareas y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

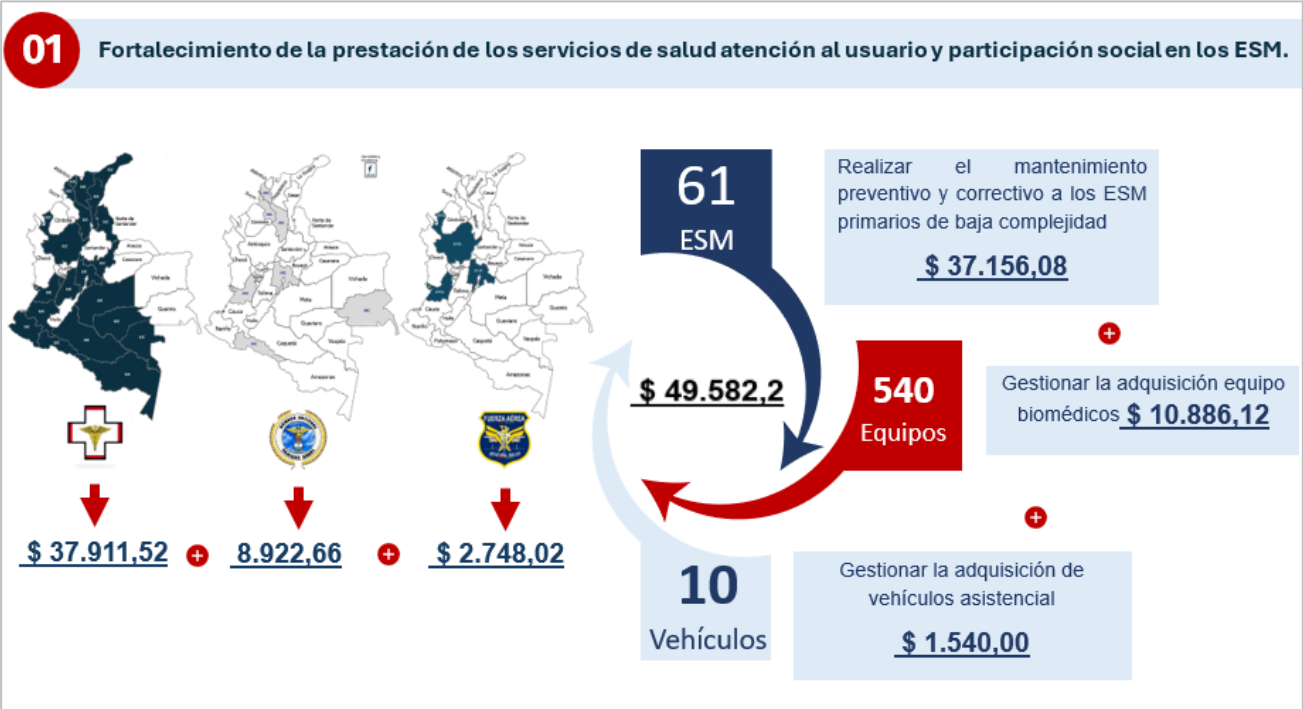
3.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

3.1.1 Actividad: Monitorear la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2025.

3.1.1.1 Tarea: Informe de ejecución presupuestal de los proyectos de inversión. IV Trimestre 2024.

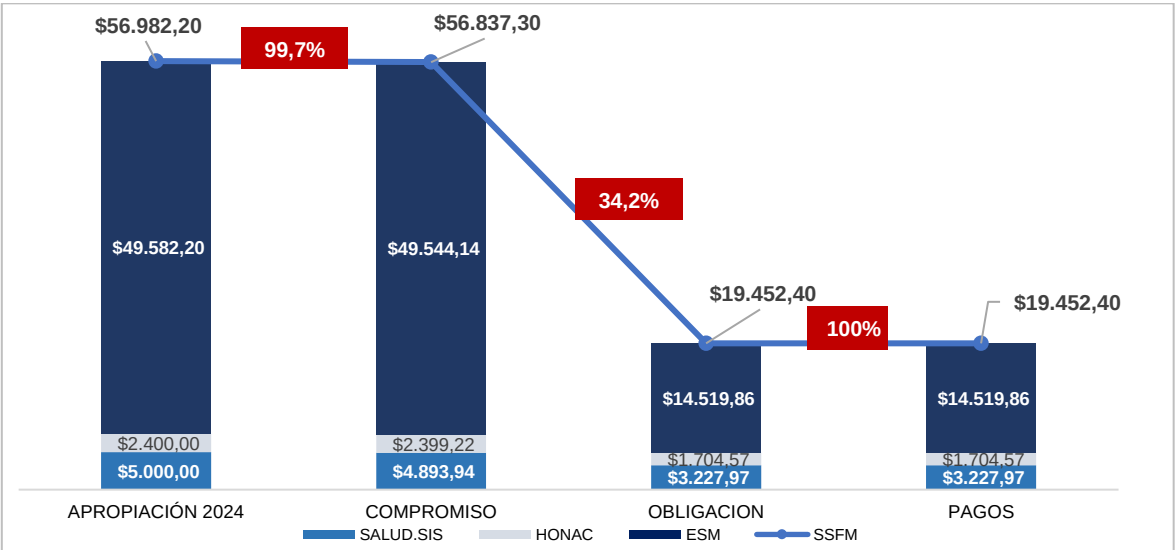
Análisis de la tarea:

Tabla 24. Proyecto de Inversión Establecimientos de Sanidad Militar.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 25. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Logros de la gestión.

✓ **Fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud y atención al usuario en los ESM del SSFM.**

Al cierre de la vigencia 2024 las fuerzas lograron una ejecución del 99,9% del total de los recursos asignados en compromisos, unas obligaciones del 29,3% y unos pagos del 100%. A nivel Nacional se fortaleció la prestación de los servicios de salud mediante el mantenimiento a la infraestructura de 53 Establecimientos de Sanidad Militar, adquisición de 540 equipos biomédicos y 10 vehículos (6 ambulancias – 4 Vehículos de servicio asistencial).

✓ **Fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud del HONAC**

Al cierre de la vigencia del 2024 el Hospital Naval de Cartagena presenta una ejecución del 100% en compromisos, obligaciones del 71% y pagos del 100%.

✓ **Formulación diseño e implementación del Sistema de Información para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.**

Al cierre de la vigencia 2024, fueron impactados de manera positiva el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica provista para dicha plataforma tecnológica, lo anterior a través de la ejecución de los contratos establecidos para tal fin.

Medición del Indicador

Tabla 26. Ejecución de los recursos de inversión



Indicador: Ejecución de los recursos de inversión				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	IV Trimestre 2024
V1	Recursos ejecutados por proyecto	Efectividad	100%	99.9% ●
V2	Recursos asignados por proyecto			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Al cierre de la vigencia 2024 las fuerzas lograron una ejecución del 99,9% del total de los recursos asignados en compromisos, unas obligaciones del 29,3% y unos pagos del 100%.

3.2 Grupo de Aseguramiento en salud (GRUAS)

3.2.1 Actividad: Fortalecer la capacidad tecnológica y científica de la red propia del SSFM.

3.2.1.1 **Tarea:** Resultado de autoevaluación de capacidad tecnológica y científica 2024 de los ESM priorizados por Fuerza. Anual

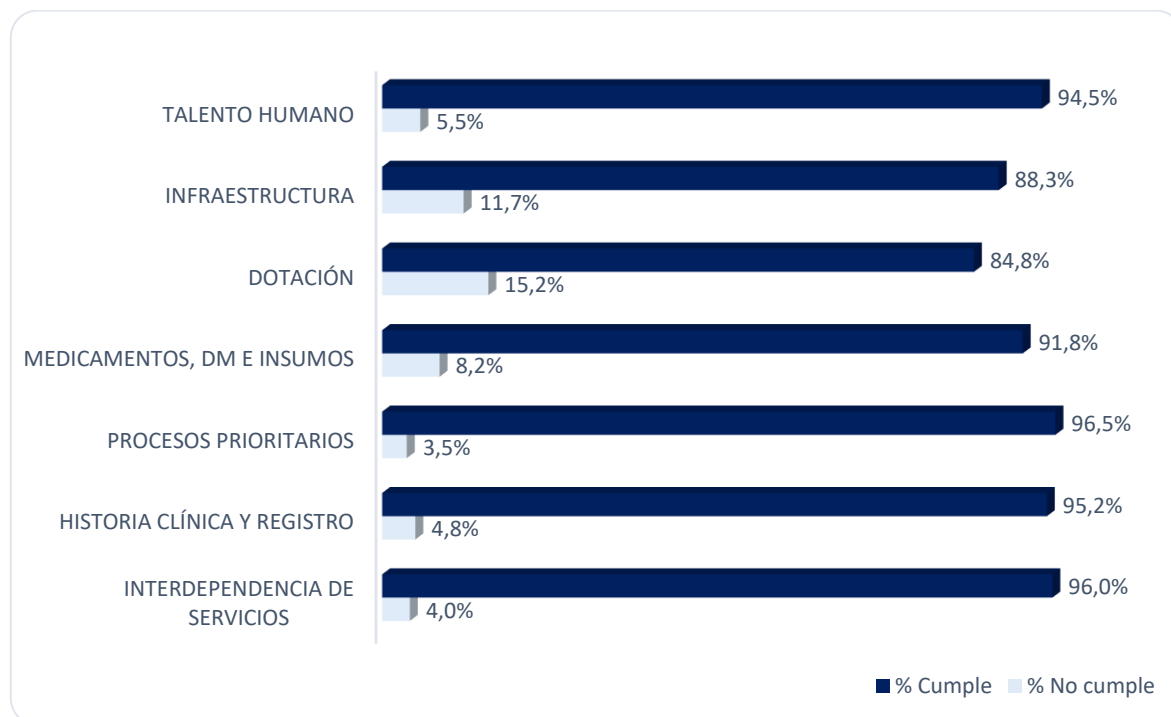
Análisis de la tarea

En cumplimiento a la Directiva Permanente "Actualización Directrices Componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares". Radicado 0124006440602/ MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS 23.1 26 junio del 2024, el Área de Calidad en Salud del Grupo Aseguramiento en Salud, diseñó y actualizó el Formato de autoevaluación de criterios de capacidad tecnológica y científica del SSFM-DIGSA, incluyendo criterios mínimos para las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Materno Perinatal y Salud Operacional.

Se autoevaluaron (179) ESM y UASOS, de lo cual se realiza el análisis y consolidación de los resultados de la Capacidad Tecnológica Científica alcanzando un cumplimiento de estándares de calidad en un promedio del 92,44% para el SSFM, consiguiendo cumplir con la meta del 90% establecida.

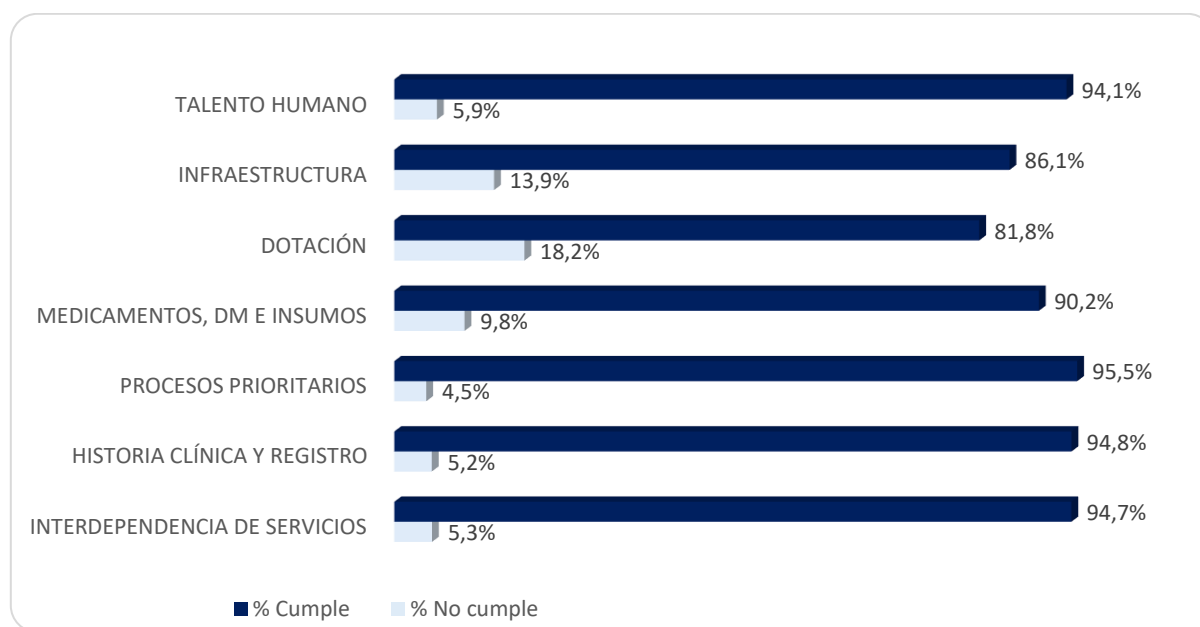
Del mismo modo se obtiene los datos de cumplimiento y no cumplimiento de los estándares de Talento Humano; Infraestructura; Dotación; Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos; Historia Clínica y Registros; Interdependencia de Servicios y Procesos Prioritarios, para el SSFM.

Ilustración 10. Consolidado de cumplimiento de CTC – SSFM 2024



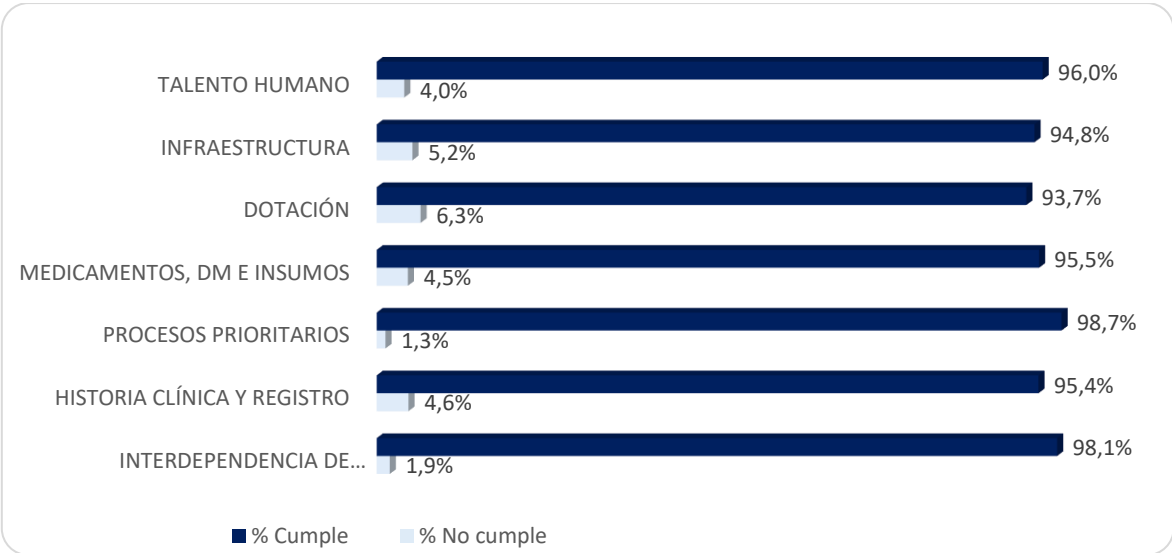
Fuente: Formatos de Autoevaluación de Capacidad Tecnológica Científica 2024 de los ESM DISAN EJC, ARC y JEFSa

Ilustración 11. Consolidado de cumplimiento de CTC DISAN EJC - 2024



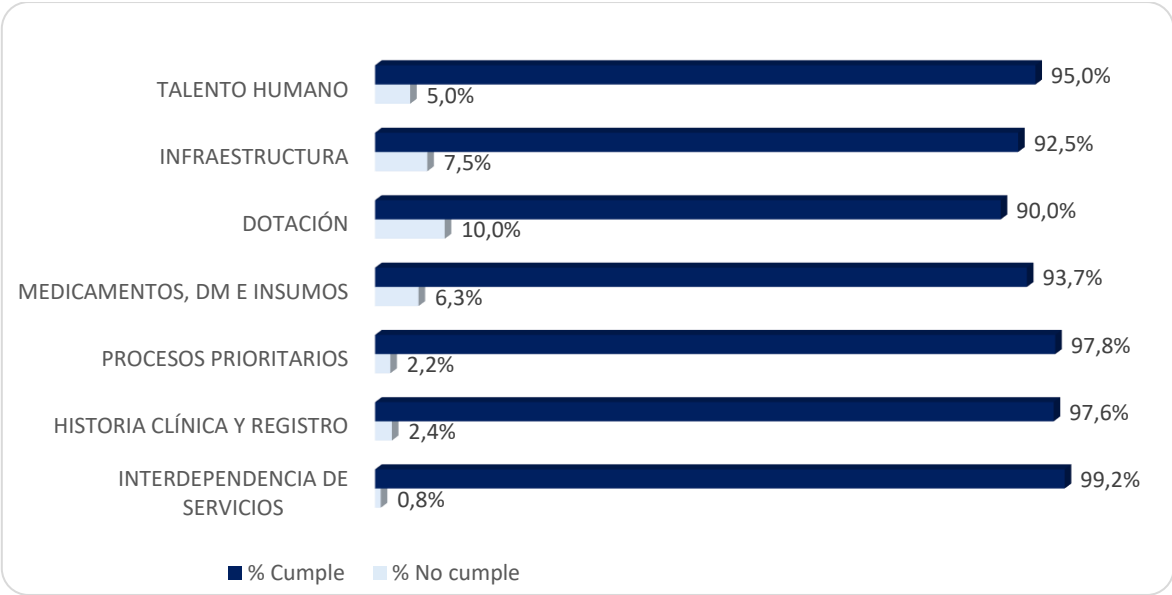
Fuente: Formatos de Autoevaluación de Capacidad Tecnológica Científica 2024 de los ESM DISAN EJC.

Ilustración 12. Consolidado de cumplimiento de CTC DISAN NAVAL - 2024



Fuente: Formatos de Autoevaluación de Capacidad Tecnológica Científica 2024 de los ESM DISAN NAVAL.

Ilustración 13. Consolidado de cumplimiento de CTC JEFSA - 2024



Fuente: Formatos de Autoevaluación de Capacidad Tecnológica Científica 2024 de los ESM JEFSA.

De acuerdo con los resultados presentados anteriormente, cada Fuerza formuló los Planes de Mejoramiento Institucionales, que desde la Dirección General de Sanidad se aprobaron y se realizará el seguimiento trimestral al cumplimiento de estos, hasta su cierre.

Logros de la gestión.

- ✓ Se recopila información completa de los 179 ESM y UASO del SSFM, identificando las necesidades específicas de cada estándar en cada ESM. De este modo, se formulan acciones correctivas que buscan mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud y minimizar los riesgos en la atención.
- ✓ Se logra la concientización de todos los actores del SSFM, sobre la responsabilidad del cumplimiento de criterios de calidad en la prestación de servicios lo que contribuye a una atención en salud más efectiva y eficiente.
- ✓ En cumplimiento a la Política de Seguridad del Paciente del SSFM, se logra evidenciar incremento de la cultura de seguridad del paciente al interior de los ESM, fomentando un entorno seguro donde los profesionales de la salud identifican y mitigar los riesgos antes de que causen daño a los usuarios.
- ✓ Se consigue evidenciar el fortalecimiento del autocontrol y la cultura organizacional, facilitando la articulación de procesos en la toma de decisiones a todos los niveles del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento de todos los estándares de la Capacidad tecnológica y científica por Fuerza



Indicador: Porcentaje de cumplimiento de todos los estándares de la Capacidad tecnológica y científica por Fuerza				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	2024
V1	Promedio de la sumatoria del porcentaje de cumplimiento de todos los estándares de Capacidad tecnológica y científica de los ESM por fuerza- Ejército	Eficacia	90%	89.8% ●
	Promedio de la sumatoria del porcentaje de cumplimiento de todos los estándares de Capacidad tecnológica y científica de los ESM por fuerza- Armada	Eficacia	90%	95.5% ●
	Promedio de la sumatoria del porcentaje de cumplimiento de todos los estándares de Capacidad tecnológica y científica de los ESM por fuerza- JEFSA	Eficacia	90%	94.7% ●

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Dirección de Sanidad Ejército

De acuerdo con los datos emitidos en la Autoevaluación de Capacidad Tecnológica y Científica por los ESM y la Dirección de Sanidad Ejército, se concluye lo siguiente:

La Autoevaluación fue realizada por un total de (137) UASO y ESM, se evidencia un porcentaje de cumplimiento de criterios para los ESM de DISAN Ejército, del 89.8% y de No cumplimiento del 10.2%, siendo el estándar de Dotación el mayor porcentaje de No Cumplimiento con 18.2%, seguido del estándar de Infraestructura del 13.9%, y como tercer estándar se encuentra Medicamentos con un porcentaje de no cumplimiento del 9.8%, dado lo anterior, se genera Plan de Mejoramiento Institucional con el objetivo de minimizar el incumplimiento de criterios y optimizar la prestación de los servicios de salud.

Dirección de Sanidad naval

La Autoevaluación fue realizada por un total de (26) UASO y ESM, que demuestran un cumplimiento de estándares de calidad del 95,5% y de no cumplimiento del 4,1%. El estándar con mayor número de criterios por cumplir es Dotación con el 6,3%, seguido de Infraestructura con 5,2%, de lo cual, se generó Plan de Mejoramiento Institucional y así continuar con el cumplimiento y mantenimiento de los criterios de calidad.

De acuerdo con estos resultados se destaca que los ESM de DISAN Naval se encuentran en estado óptimo para la prestación de servicios con calidad.

Jefatura de Salud Fuerza Aeroespacial

La Autoevaluación fue realizada por un total de (16) UASO y ESM, se evidencia un porcentaje de cumplimiento de criterios para los ESM de JEFSA, con el 94,7 % y de No cumplimiento del 5,3%, siendo el estándar de Dotación el mayor porcentaje de No Cumplimiento con 10,0%, seguido del estándar de Infraestructura con el 7,5%, y como tercer estándar se encuentra Medicamentos con un porcentaje de no cumplimiento del 6,3%, por tanto, se genera el Plan de Mejoramiento Institucional que contribuirá con minimizar los riesgos de la atención y contar con usuarios más satisfechos.



Iniciativa 7.

4 Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.

0.51%

Esta iniciativa presentó un avance del **0.51%** al primer trimestre del 2025, con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de tarea planificada, a continuación, los resultados estratégicos.

4.1 Área de Costos y Estadística (ARCYE)

4.1.1 Actividad: Determinar el costo real CUPS

4.1.1.1 Tarea: Acta socialización de la presentación informe de costos por parte de la DISANES, JEFSa y matriz base actualizada y clasificada por elemento del costo con criterios de distribución hacia CUPS. Anual 2024

Análisis de la tarea

El área de Costos y Estadística del Grupo Planeación Estratégica pone a disposición el entregable del Plan de Acción denominado Matriz Base actualizada y clasificada por elemento del costo con criterios de distribución hacia CUPS. Anual 2024, construida con base en el reporte S_ALR_87013613 Área clases de costo y S_ALR_87013618 Área valores estadísticos para las 29 Sociedades financieras que realizaron registros transaccionales en el ERP SAP a través de los cuales soportan la ejecución de recursos del Presupuesto del SSFM.

Este reporte permite consultar información detallada de 6.285 centros de costos que reportaron saldos en clases de costo primarias (cuentas de resultado) y secundarias (estadísticas), así como registros de PACATE (Pacientes atendidos) y CITINC (Citas incumplidas), mediante los cuales es posible evaluar el resultado de la gestión en términos de recursos consumidos por los procesos para transformar insumos (inputs) en salidas (outputs).

Como avance en la implementación del modelo de costos se destacan dos aspectos relevantes: el traspaso de los gastos centralizados en DIGSA (Operador logístico de medicamentos, Nómina y seguridad social, y Convenio DIGSA-HOMIL) y la definición del factor de puntos UVT del Manual Tarifario SOAT para la vigencia, como criterio de distribución de centros de costo asociados con el Portafolio de Servicios, hacia prestaciones médicas CUPS realizadas en la red propia del SSFM.

Logros de la gestión.

- ✓ Se definió el criterio de distribución de costos de acuerdo con los parámetros que establece el Modelo de Costos por Actividades para el SSFM.
- ✓ Establecer el método apoyado en un criterio válido para determinar el costo real de las prestaciones médicas CUPS.
- ✓ Se realizó la distribución con datos reales que arroja la contabilidad de costos y el registro individual de prestación de servicios RIPS del SSFM.
- ✓ Avance en la determinación del costo real CUPS de la red propia que servirá como insumo para la Nota técnica del gasto en salud.

Medición del Indicador

Tabla 28. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS



Indicador: Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	Vigencia 2025
V1	Número de centros de costo con criterio de distribución	Eficiencia	100%	100% ●
V2	Total, centros de costo			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se define para el 100% de los centros de costo misionales en la jerarquía estándar de SAP, que corresponden a 99 especialidades (Servicios), el criterio de distribución hacia prestaciones médicas CUPS “**Factor de puntos UVT del Manual Tarifario SOAT de la vigencia**”. En el caso de no encontrar código SOAT homologable, (el CUPS se factura a tarifa institucional), el factor de puntos UVT se establecerá con base en el promedio de la tarifa pactada con la Red externa, hasta que se obtenga el costo estándar de referencia para el SSFM.



5 Acrónimos

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AMEC	Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud
ARC	Armada Nacional
ARCAS	Área de Calidad en Salud
ATEUS	Atención al Usuario
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CACOM	Comando Aéreo de Combate
CEC	Costos y Estados de Cuenta
CSSMP	Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional
CTC	Capacidad Tecnológica y Científica
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
DIGSA	Dirección General de Sanidad Militar.
DISAN	Dirección de Sanidad
EIPSA	Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud
EJC	Ejército Nacional.
ESM	Establecimiento de Sanidad Militar
GETH	Gestión Estratégica de Talento Humano
GRAPS	Grupo Atención al Usuario y Participación Social
HOMIL	Hospital Militar Central
JEFSA	Jefatura Sanidad Fuerza Aérea
MATIS	Modelo de Atención Integral en Salud.
MDN	Ministerio de Defensa Nacional.
MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
PETI	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información
PGD	Programa de Gestión Documental
PQRS	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias
RCCVM	Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica
RIAS	Rutas Integrales de Atención
SGA	Sistema de Gestión Ambiental
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SG-SST	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
SIRECI	Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SOGCS	Sistema Obligatorio garantía de la Calidad en Salud
SSFM	Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares
SSMP	Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional
UASO	Unidades de Apoyo a la Salud Operacional
UPC	Unidad de pago por capitación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

6 Definiciones

ítem	Descripción
Comité Técnico Científico	Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos que están por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.
Dotación Biomédica	Son todas las actividades realizadas para asegurar el buen funcionamiento del equipo biomédico, involucrando aquellas consideradas como de mantenimiento preventivo, correctivo y verificación de la calibración, entre otras.
Estrategias	conjunto de acciones determinadas para alcanzar un objetivo específico.
Farmacovigilancia	es la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de las reacciones adversas o cualquier otro problema de salud relacionado con medicamentos o vacunas.
Malla de Pertinencia	Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
Modelo Integrado De Planeación Y Gestión	Herramienta que armoniza y articula las diferentes estrategias, políticas y planes orientados al cumplimiento de la misión y prioridades del gobierno, proporcionando lineamientos para su implementación e inclusión en el ejercicio de la planeación sectorial e institucional tanto cuatrienal como anual.
Objetivo	Meta o fin último hacia el cual se dirigen las acciones o las operaciones de algún proyecto específico.
Perfil Demográfico	Medida demográfica para expresar la relación de la población, en términos de edad, entre las personas potencialmente activas y las personas potencialmente dependientes.
Perfil Epidemiológico	Expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.
Plan de Acción	Refleja el encadenamiento de los productos, resultados, metas e indicadores, a los objetivos específicos y al objetivo general de cada política, puntualizando los acuerdos y compromisos de las entidades responsables y corresponsables de las intervenciones y las formas de articulación intersectorial.
Plan Estratégico	Es un instrumento que debe reflejar la misión, visión, objetivos, indicadores, estrategias y orientaciones generales del sector y de la institución para dar respuesta a la política económica, social y ambiental que fueron adoptadas por el Gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo.

ítem	Descripción
Plan Nacional De Desarrollo	Es la base de las políticas gubernamentales formuladas por el presidente de la República, a través de su equipo de Gobierno y plasma los temas y propuestas expuestas a los colombianos durante su campaña electoral
Política	Directriz o lineamiento general que sirve fundamentalmente para orientar la acción institucional y facilitar el proceso de toma de decisiones.
Programa	Plan o proyecto organizado de las distintas actividades que se irá a realizar.
Tablero De Control	Herramienta gerencial que tiene por objetivo principal presentar el estado actual de uno o varios elementos de la medición (indicadores, planes, estrategias, iniciativas) de la gestión.