

**PROSPECTIVA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA ¿UN PUNTO DE PARTIDA  
PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA NACIONAL SIMBIOTICO?**

**Ensayo académico para optar por el título de Especialista en Finanzas y  
Administración Pública**

**AUTOR:**

**FREDY ANDRES MONDRAGON MIRANDA**



**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS  
DIRECCIÓN DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y ADMINISTRACION PUBLICA  
COD 20500090  
2018**

**PROSPECTIVA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA ¿UN PUNTO DE PARTIDA PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA NACIONAL SIMBIOTICO?**

**AUTOR:**

**FREDY ANDRES MONDRAGON MIRANDA**

**DOCENTE:**

**ALEXANDRA ACOSTA SAHAMUEL**



**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS  
DIRECCIÓN DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y ADMINISTRACION PUBLICA  
COD 20500090  
2018**

Este trabajo presenta un análisis estructurado del funcionamiento del sistema de salud en Colombia, describiendo sus procesos financieros y administrativos, dejando a la vista una crisis actual, obteniendo como resultado el perjuicio sustancial del patrimonio público, saturación al sistema judicial por concepto de tutelas, vinculación de funcionarios en delitos contra la administración pública y principalmente transgresión al derecho fundamental de la población para el acceso a los servicios de salud. Estos síntomas apuntan a la entrada del neoliberalismo al país; que con su apertura económica y libre mercado depositaron en manos de particulares la administración de los recursos destinados para la salud. Este es un sistema complejo que lleva en funcionamiento más de 20 años; el cual, se desglosara en sus procesos más visibles para efectos del análisis del siguiente trabajo.

Es importante tener por conocimiento, que el sistema de salud en Colombia se encuentra en crisis desde hace varios años; es por eso, que para este caso abordaremos una serie de cuestionamientos acerca de las posibles causas, consecuencias y soluciones a un sistema que por más de 25 años parece no tener éxito.

Por otra parte, la razón de ser de la administración pública es trabajar por el cumplimiento de los fines del estado; por tanto, cada una de las decisiones debe estar planeada con rigurosidad, con fundamentos técnicos, con criterio, acorde a la constitución, y realizada por las personas idóneas cual sea el caso. En este sentido uno de los derechos fundamentales de la población de cualquier país o estado es la salud, y el estado colombiano no ajeno a esta premisa ha tomado decisiones al respecto; es por eso, que para el año 1993 dos años después de la gran reforma y la creación de la carta política, y luego de administrar los recursos y la prestación de los servicios de salud por décadas, el gobierno decide dar carta abierta al libre mercado y sancionar la Ley 100 para poner en manos de terceros los recursos públicos y ser administrados.

Se debe añadir que todo proceso de esta magnitud por más que busque el interés general y la prosperidad de la sociedad es proclive al riesgo; es decir, a fallar en su intento, por manos propias, por incapacidad o por control; Entonces, luego de varios años de aplicación se debe analizar la eficiencia de los recursos y talento humano que ha intervenido en el sistema, y también la eficacia y el impacto que este haya tenido en la prosperidad general como objetivo principal de la administración pública; para esto se debe analizar la prospectiva y las instancias a las que se debe incurrir, preguntando tal vez ¿si la solución al estado actual del sistema de salud está en liquidar entidades con el objeto social en prestación de servicios en salud y que el sistema

pase a manos privadas o que el estado finalmente decida hacerse cargo del sistema y cree una infraestructura propia simbiótica y sin intermediarios?

El objetivo principal es Sintetizar y describir los argumentos técnicos, económicos y sociales para determinar si el estado nuevamente debe apropiarse de la administración de la salud.

Con base en unos objetivos específicos como:

- Describir brevemente el SGSSS sistema de seguridad social
- Analizar las causas de la crisis actual y cuáles han sido sus consecuencias
- Describir y comparar las intervenciones del estado respecto a la crisis de la salud.

Podemos dar inicio, desde el contexto histórico del sistema de salud en Colombia; donde

La aparición del sistema de seguridad social en Colombia se remonta a 1945 y 1946, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), hoy Instituto de Seguros Sociales (ISS). Las bases conceptuales e ideológicas se apoyaron inicialmente en la ley del seguro obligatorio, emitida en Alemania por el Canciller Otto Von Bismarck en 1883. En Colombia, las prestaciones de los trabajadores, pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales, fueron reconocidas por la ley con anterioridad a la creación del ICSS y de la CAJANAL.

Para entonces eran llamadas prestaciones patronales. (IVAN, 1994, pág. 184)

Teniendo en cuenta que la salud se pagaba directa hacia el estado por parte los industriales en un 100%. esto conllevó a insostenibilidad financiera por parte de los empresarios teniendo en cuenta que los sindicatos tenían gran apoyo jurídico y las falencias en la seguridad industrial por falta de tecnologías y de procesos de prevención; por lo cual, al conjugarse se creaba en la deslealtad de algunos empresarios del país en declarar bancarrota bajo supuestos y falsificación de documentos. Esto incide en una emergencia social en dos sentidos; la primera, con fundamento en fuga de capitales, despidos y alto desempleo debido a la alta carga prestacional como se mencionó anteriormente. Y la segunda, tenía fundamento en la vulnerabilidad del sistema a la corrupción política, teniendo en cuenta que el sistema era administrado por el estado.

Luego de décadas y sobrecarga prestacional frente al seguro social y CAJANAL, se suma la baja cobertura de la población para acceso a la salud y las pensiones obligatoria, teniendo en cuenta que existía burocracia en ingreso al sistema y afiliación de familiares; nacen, los fondos de cesantías como garantía para los trabajadores que de una manera u otra quedaran sin empleo, nacen las cajas de compensación familiar como efecto secundario de los beneficios que requerían

para cada uno de los trabajadores del sistema, hasta ese entonces en auge de industrialización. Esta carga de seguridad social tenía lagunas y como se mencionó, susceptibilidad a la corrupción, lo cual de la mano con la falta de infraestructura por una economía en desarrollo como la colombiana nace la necesidad de replantear el sistema. Con la aprobación de la nueva Constitución Política en 1991, se definió un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. Con relación a la salud se estableció que *"la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado"*. (Sentencia T-596/06, 2006)

Entonces nace y se sanciona la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema general de seguridad social, el cual unifica salud, pensiones y riesgos profesionales y corrige la creación de subgrupos por capacidad de pago, el cual genera desigualdad y falta de oportunidad, crea el fondo de solidaridad para el apoyo de los menos favorecidos por parte de los que se llamarían cotizantes (población con empleo y contrato laboral), crea una nueva infraestructura para la generación de subsidios canalizando los ingresos fiscales con mayor control para el financiamiento del régimen subsidiado, genera expansión de los recursos ya que anteriormente se destinaban a los departamentos con mayor desarrollo socioeconómico, crea la promoción y prevención en salud, lo cual, es un proyecto a largo plazo para evitar los altos costos a futuro y el tratamiento a pacientes de enfermedades crónicas, se crea el control a la capacidad instalada para que esta sea la necesaria y no como activos fijos inoperantes. Una de las incursiones más relevantes fueron los regímenes en salud, como cita (Beltran, 2014):

La creación de dos regímenes, el primero de ellos es el régimen subsidiado (RS), mediante el cual la población de escasos recursos del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de los subsidios que ofrece el Estado, dentro del cual los entes territoriales se responsabilizan de la operación adecuada de sus procesos. Por otra parte, en el régimen contributivo se centran las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. (pág. 9 )

En el mismo proceso se crea el POS (plan obligatorio de salud) el cual es una base de datos que contiene todos los procedimientos, consulta y medicamentos a los cuales tiene el cubrimiento legítimo y primario cada uno de los usuarios al sistema, hay un POS para el subsidiado y otro para el contributivo y todos estos beneficios del POS son ofrecidos por las llamadas IPS

(instituciones prestadoras en salud) para el caso concreto hospitales y clínicas públicas o privadas.

Sin embargo, a pesar de crear una ley que tuviera como objetivo hacer reingeniería a un sistema precario durante muchos años. El estado sanciona que la entrada de la apertura económica del gobierno de Cesar Gaviria da vía, al libre mercado, con la creación de las EPS (Entidades Promotoras De Salud), para que estas, en manos de privados administren los recursos del estado destinados a salud; recursos que lo conformaban: contribuciones obligatorias de afiliados (empleados) en un 4%, contribuciones patronales (empleadores) en 12,5%, impuestos generales por aumento transitorio del IVA a la cerveza, el tabaco, los licores y los juegos de suerte y azar, fondos petroleros y SOAT. También tiene otras obligaciones:

Como asignar los recursos para las actividades de promoción y fomento de salud, trabajar en la prevención de enfermedades y respaldar económicamente las actividades médico quirúrgicas, las indemnizaciones por incapacidades permanentes y por muerte, los gastos funerarios y de transporte al centro asistencial, cuando se presentan accidentes.

Igualmente, sirve para entregar dineros a las víctimas de riesgos catastróficos, como terremotos o deslizamientos. (tiempo, 1995, p. 5)

Para dar comienzo al análisis técnico y administrativo contextualicémonos dando un vistazo a una de las hipótesis planteadas para el presente trabajo, como punto de partida ¿posiblemente fue la ley 100 de 1993 la solución a los problemas que planteaba el sector en esa época, o es la causa principal de la situación actual? (Otero, 2015) enuncia

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud está clasificado en régimen subsidiado, a través del cual los desempleados o la población más pobre, que no tiene capacidad de pago accede a los servicios de salud; y el régimen contributivo integrado por los trabajadores que hacen un aporte económico mensual para que su núcleo familiar tenga derecho a los servicios. Aclarado esto, debemos decir que el gran problema de la Ley 100 fue que se basó en unos supuestos económicos que no se cumplieron. (pág. 9)

En este orden de ideas, veamos el impacto que ha tenido el sistema en algunos temas puntuales.

El primero es la incompleta categorización del riesgo y el sistema de información; Todos los modelos de salud en el mundo necesitan una parametrización de medición de riesgo de la población que atiende (caracterización de la población), el modelo de salud en Colombia no

cuenta con esta implementación y hasta ahora, muy lentamente, se están dando los primeros avances. En pocas palabras no hay una definición epidemiológica confiable con una base de datos que indique cuales son las enfermedades a prevenir y/o atacar, que a futuro no generan altos costos en tratamientos derivados de estas enfermedades prevenibles. Un ejemplo es la investigación de la universidad del rosario que dicta *“las enfermedades cardiovasculares hacen parte del llamado grupo de enfermedades de alto costo, y su mayor incidencia representa un gran riesgo para el equilibrio financiero de las empresas de salud”* (Solarte, 2016, pág. 1)

En segundo lugar, los principios básicos de administración parecen no ser aplicados (Planeación, Organización, Dirección y Control), debido al desorden institucional, administrativo, bases de datos desactualizadas, y un control interno inadecuado que generan y fundamentan un costo médico y una facturación desbordada. Lo común es que las gerencias de estas entidades como muchos de los puestos de jerarquía de este país, vienen siendo cuota política; como lo menciona (Diazgranados, 2016)

Se acaba con la meritocracia, es decir los aspirantes a ser gerentes de hospitales no tendrán que hacer parte de un concurso de méritos. Con la Ley 1797 de 2016, deja estipulado en su artículo 20 que, en adelante, serán el presidente de la República, los gobernadores o los alcaldes los responsables de nombrar los gerentes. (pág. 2)

Por tanto, la administración es susceptible de quedar en manos de profesionales con poca o nula formación en gestión, en liderazgo, en proyectos, en economía, y todas estas ciencias que requieren de competencias en ciencias económicas para tomar cargo de las organizaciones y por otro lado la inherente intensión de lucrarse a corto plazo.

Por otra parte, los afiliados cumplen de manera obligatoria con el descuento para efectos de seguridad social y así mismo requieren que sus necesidades se cubran con celeridad, y el estado al encontrar esta injusticia actúa con paliativos hacia las EPS sin generar ningún efecto ni precedente.

También se puede mencionar la integración vertical, como (Bardey, 2016) define:

La integración vertical es el proceso mediante el cual dos eslabones de una cadena productiva se integran en una sola empresa. En el sector de la salud, este proceso se entiende como la integración entre el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, y aunque puede existir integración en muchos otros componentes de la cadena de

servicios de salud, esta es la que ha ocupado más la atención de los legisladores y reguladores. (pág. 2)

El caso más conocido es la liquidada EPS SALUDCOOP que tratando de integrar una cadena productiva tenía a su cargo casi 275 clínicas y hospitales; también, inversión en otras áreas como lavanderías, cadenas de suministros médicos, medicamentos (EPSIFARMA) entre otros.

Uno de los puntos de inflexión para el tema de análisis es la carencia de inspección, vigilancia y control del sistema, que le corresponde a la Superintendencia de Salud. A ella le compete autorizar la constitución y funcionamiento de las EPS, ARS, IPS.

Es así que el control interno y aún más control estatal del sistema de salud es deficiente, es así que el uso de la tutela va en aumento para lograr el derecho para autorizaciones y procedimientos por lo cual se estima que *“El sistema de salud es un problema estructural, de tal forma que la rama judicial coadministra el sistema, lo cual se evidencia por las cifras de presentación de tutela de 424.000 tutelas que se fallaron en el 2012; 114.000 fueron por temas de salud”* (Defensoria, 2015, pág. 1)

El problema se acrecienta puesto que, de no haber un sistema riguroso de control por parte del estado, las iniciativas de los ciudadanos serán atenuadas casi que superfluas para que surtan efecto.

Por otro lado, uno de los grandes delitos financieros; parte, de los precios inflados y recobros al FOSYGA; como describe la contraloría:

La Contraloría les imputó cargos de responsabilidad fiscal por 42.591 por sobrecostos NO POS que superan el 200 % a EPS como ALIANSALUD, CAFESALUD, COOMEVA, CRUZ BLANCA, FAMISANAR, NUEVA EPS, SANITAS, SALUDCOOP Y SURAMERICANA, y las señala de graves delitos cometidos entre 2007 y 2010 al elevar descaradamente el costo de nueve medicamentos que, al no ser cubiertos por el POS, “son recobrados al FOSYGA”. (CONTRALORIA, 2016)

Para entender este problema, se debe conocer que el POS es una base de datos que contiene todos los procesos, consultas y medicamentos a los que se accede de manera automática al estar afiliado en salud; en contraposición, existe el NO POS que es lo no incluido. Esto quiere decir que cuando un usuario es atendido y utiliza uno de estos servicios no cubiertos, las instituciones prestadoras pasan la facturación a la EPS correspondiente, esta gira el monto a quien presto el servicio; pero, luego la EPS genera un recobro al FOSYGA; ya que pago por servicios no

incluidos, porque los recursos con los que cuenta la EPS vienen de pago por usuario y capitación y solo están destinados a pagar servicios POS. Es ahí donde se encuentra una laguna, y es la inflación de precios; ya que, las EPS pueden generar convenios deshonestos con farmacéuticas, servicios de especialistas, o clínicas para generar facturación por fuera de los rangos permitidos y así cobrar al fondo de seguridad y garantías unas cuantas más onerosas, con el fin de reinvertir esto dineros bajo contabilidad manipulada.

Ahora veamos que los costos en los medicamentos son uno de los factores más críticos del sistema de salud actual, “*Colombia es uno de los países que cuenta con los medicamentos más costosos del mundo según textos periodísticos*” (TIEMPO, 1995). El gobierno ejerce un control sobre los laboratorios a través de la comisión nacional de precios de medicamentos que preside el ministro de salud para que cada medicamento se acople a precios del mercado.

Asimismo, ya sea por conductas injustificadas o presentación de informes maquillados el estado tiene la potestad de congelar los precios; sin embargo, al momento de ser más rigurosos e intervenir los procesos de recobro en 2009, la corte constitucional no lo permitió, **pues** impedía que los ciudadanos pudieran utilizar la tutela como recurso. Todo esto llevo a que la industria farmacéutica manipulara los precios puesto que los intentos de intervención habían sido truncados por la corte y de manera indirecta por la ciudadanía.

Sumado a esto, y previsto en el último párrafo del artículo 57 de la ley 1438 de 2011; injustificadamente, vía glosas se pretende disminuir el valor a pagar a las IPS. Para explicar de manera sencilla, la facturación generada en un periodo por una IPS se radica en la respectiva EPS al ser el ente que debe hacer el giro por el monto facturado; sin embargo, el problema es que esta entidad toma un factor dominante y aprovecha una figura llamada glosa, para objetar los pagos por ciertas inconsistencias de forma y de fondo, esto deriva que luego de un tiempo sin que se pueda llegar a una conciliación, se termina pagando una cantidad arbitraria por parte de las EPS; es decir, solo un porcentaje de la factura inicial. Esto deriva en la insostenibilidad financiera de las prestadoras. Según (Portafolio, 2017):

Alrededor del 30% de la facturación de la salud en Colombia se devuelve, desencadenando la falta de recursos del sector salud para atender con calidad a los pacientes. Esta brecha se produce no solo porque los colombianos están demandando más servicios, medicamentos y terapias de última tecnología, sino por la falta de una estandarización de la información, que sumado a procesos que no soportan la voluminosa

operación de armado, cobro y pago de cuentas médicas; ocasionan la pérdida de facturas, autorizaciones, registros de los pacientes y una falta de control y seguimiento en las operaciones. La crisis financiera le ha costado al sector hospitalario una suma superior a los \$5.8 billones de pesos, según el último estudio No 36° de cartera del 30 de junio de 2016, elaborado con una muestra de 140 Clínicas y Hospitales afiliados. (pág. 1)

Es aquí, donde se expresa otro de los planteamientos de la investigación ¿si la solución está en liquidar entidades con el objeto social en prestación de servicios en salud y que el sistema pase a manos privadas o que el estado finalmente decida hacerse cargo del sistema y cree una infraestructura propia simbiótica y sin intermediarios? ARBELAEZ (2012) afirma:

Luego de muchos años sin tomar medidas, el estado bajo presión de todos los implicados decide tomar algunas. Los principales objetivos planteados convergen en la necesidad de disminuir el desvío de los recursos, garantizar la sostenibilidad del sistema y reducir en sí las barreras del acceso a la salud, mejorando así, la oportunidad y la calidad de los servicios en salud, generando una mayor legitimidad y credibilidad a la población. Las estrategias planteadas establecen la creación de una entidad pública de naturaleza especial de nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos “SALUD MIA”, al igual que se propone la transformación de las EPS en administradoras de la atención básica y especializada en salud con un énfasis territorial y redes de prestadores claramente definidas, llamadas, “Gestoras De Servicios De Salud”, todo esto con el fin de crear las condiciones para la puesta en práctica de un nuevo modelo de prestación de servicios para zonas especiales y lograr un mayor cubrimiento y accesibilidad; finalmente, es importante destacar que el financiamiento se llevara a cabo a través de la dotación a la Superintendencia de salud con mayores y mejores instrumentos de control. Con el fin de resumir el modelo establecido por la nueva propuesta de reforma a la salud tomamos el esquema planteado por Arbeláez (ARBELAEZ, 2012 )

Para efectos de este ensayo, este es el punto de inflexión entre el caso de estudio y las posibles soluciones al mismo. Se debe tener en cuenta que las intenciones del estado en abordar estos problemas como se menciona, tienen un fundamento técnico, administrativo, fiscal y jurídico; sin embargo, se debe cuantificar y cualificar su impacto desde su sanción hasta la fecha; también, resaltar que tantos años de delitos, abusos y falta de principios lograron desangrar especialmente

desde lo financiero al estado colombiano, y que ahora se pretenda “tapar el sol con un dedo” no es del todo sensato ni coherente, ya que parece ser que se sacrificó la eficiencia del sistema por más de dos décadas.

Se concluye, que el sistema que plantea el estado no refleja los resultados esperados por falta de un principio constitucional muy importante; como es, la planeación. Seguramente no se crearía esta bulimia burocrática y normativa para estar reparando a medida que van saliendo cada una de las problemáticas. La planeación bien estructurada debe dejar las proyecciones necesarias para este tipo de eventos contraproducentes, debe también dejar claro, el rol profesional que debe desempeñar cada integrante del sistema o para este caso cada organización; es decir, el objeto social con el que se debe cumplir y no como se ha visto, donde las entidades han cambiado su objeto pasando a generar la llamada “integración vertical” que busca otro tipo de beneficios. La falta de planeación impide que uno de los fines del estado como es la salud, no se cumpla; a consecuencia que se enfatizó en la administración de los recursos y no en el cliente final que es la población.

Queda en evidencia que el otro principio constitucional que no se cumple es la buena fe; teniendo en cuenta que de una base cultural y propia de la idiosincrasia en Colombia se obra con mala intención direccionado todo proceder al fin lucrativo; sin generalizar, se pasa por encima de los procesos, de los conductos, de las jerarquías y sobre todo pasando por encima de la ley, lo cual trae consecuencias disciplinarias, fiscales y penales no para todos desafortunadamente; en vista de que, cuando se trata de vulnerar la estabilidad financiera, administrativa, política, legislativa y judicial no todos los culpables pagan. Para el caso del sistema de salud, la buena fe se vulnera por parte de los directivos y cargos gerenciales que permiten pasajes como la modificación del valor de los medicamentos, la burocratización de los procesos de glosa para disipar el pago a los prestadores y manipulando la contabilidad.

También, el principio de transparencia y economía tampoco se cumplen, esto genera inestabilidad económica para el estado por consecuencia de las diferentes modalidades de manipulación de la información y compra de activos para la integración vertical, el sistema tiene un déficit de más de 6 billones de pesos. Esto por la principal causa y es la administración de los recursos públicos a cargo de los particulares; los cuales encontraron a través de las últimas décadas lagunas en el sistema para poder infiltrar y cometer delitos como el caso de SALUDCOOP que llegó a ser una de las empresas más grandes de Colombia pero luego de

investigaciones se encontró el estado con un desfaldo de más de 1.5 billones de pesos, que como hemos mencionado salieron de las arcas del estado, tergiversado los informes de rendición de cuentas amañando las decisiones judiciales por medio de congresistas; obteniendo así que los afectados finales son los mismos afiliados a estas entidades. Como resultado perdiendo la calidad, la oportunidad y la confianza de los habitantes en este sistema general de seguridad social integral.

Uno de los tantos problemas por mencionar es que el déficit generado por el sistema de salud en Colombia, ha creado casi la necesidad de trabajar con flujos de caja para poder pagar todas las tecnologías y procedimientos NO POS que son las más costosas para la nación. Se han desviado los recursos captados de aportes a la salud por parte de los afiliados al régimen contributivo; el cual, se descuenta de forma automática de las nóminas en las empresas; y sin embargo, no llegan a su destino correspondiente; luego que el FOSYGA realiza el giro a las EPS. En consecuencia, el régimen subsidiado también queda estancado, ya que porcentaje de estos recursos son para financiar este régimen. Todos estos inconvenientes financieros hacen colapsar subsecuentemente el sistema judicial; pues, no hay otra alternativa de hacer valer el derecho a la salud que por medio de tutelas y demandas.

Sumado a lo anterior el estado no tiene más opción que tratar de enmendar la situación con reformas fiscales, aumento de tarifas, restricciones y como hace 10 años un estado de emergencia social.

Toda esta situación es un ciclo infinito que por ahora no tiene solución y es quizá, el problema más difícil de resolver desde todos los niveles estructurales del gobierno nacional.

considero que, se debe establecer un sistema de salud administrado por el gobierno nacional, en cabeza del ministerio de salud, que genere facturación única en plataforma digital, que tenga control en la trazabilidad de la factura y del cobro, que sea de cubrimiento universal y financiado por empleados activos y subvencionado por el gobierno, donde los fondos no escaseen, bajo un control absoluto del tesoro nacional en las cuentas. El gobierno financiaría un 75% del sistema y los aportes de la población con empleo el restante 25%. Aunque con los análisis financieros y estadísticos pertinentes (es posible que las proporciones cambien).

Realizar un programa de especialización del talento humano en las universidades y las entidades hospitalarias para que el sistema de salud nacional sea sostenible desde la calidad de la

atención. El sistema regularía las actividades de los profesionales para equilibrar las formulaciones de estos respecto a la enfermedad del paciente.

Crear un sistema nacional minucioso de prevención y promoción de la salud; esto crearía a largo plazo uno beneficios sin precedente, debido a los grandes costos de las enfermedades crónicas son demasiado altos y en países emergentes como Colombia nos e cuenta con apalancamiento financiero para sostener este sistema.

Implementar la facturación única digital visto que no existiría si no un solo contrato (salud nacional) operado por el ministerio de salud y controlado por la superintendencia de salud. Esto evitaría por un lado la manipulación de los costos NO POS y acabaría con la modalidad de glosas a cuentas medicas; puesto que la revisión de la facturación tendría un proceso sobre la marcha mientras el usuario es atendido u hospitalizado y antes del cierre de la cuenta. Todo se contabilizaría por las mismas entidades, generando informes periódicamente, luego de establecer unas metas de cumplimiento en cada nivel estructural de la entidad que tengan con fundamento principal la atención de calidad en salud, pero con el principio de economía vigente y constante.

Los privados, por ser un país capitalista también pueden operar dentro del sistema y contratar con el sistema los servicios especializados que se requieran al momento para la oportunidad en atención; pero con regulaciones directas del estado y con la facilidad de que se manejaría el único pagador o línea de pago. Esto quiere decir, que los precios de todos los procedimientos, consultas y medicamentos los controlaría el estado y no el mercado.

### Referencias

ARBELAEZ. (marzo de 2012 ). *revista facultada nacional de salud publica*. Obtenido de universidad de antioquia:

<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/14557/20779739>

Bardey, D. a. (segundo semestre de 2016). *scielo*. Obtenido de integracion vertical:

<http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n77/n77a07.pdf>

Beltran, A. F. (2014). ensayo de grado para titulacion en alta gerencia. En A. F. BELTRAN, *el sistema de salud en colombia quebranto de un gran ideal* (págs. 9 - 10). Bogota.

CONTRALORIA. (2016 de agosto de 2016). *PULZO*. Obtenido de pulzo:

<https://www.pulzo.com/nacion/estas-39-eps-le-sacaron-jugo-a-la-salud-inflando-precio-de-medicamento-PP102136>

Defensoria. (25 de junio de 2015). *el tiempo*. Obtenido de el tiempo:

<https://www.eltiempo.com/vida/salud/entrevista-de-yamid-amat-al-procurador-fernando-carrillo-sobre-problemas-del-sistema-de-salud-102466>

DERECHO A LA SALUD, sentencia T - 760 (CORTE CONSTITUCIONAL 2008).

Diazgranados. (21 de julio de 2016). *LAUD*. Obtenido de Nombramiento de gerentes de hospitales:

<http://laud.udistrital.edu.co/noticias/nombramiento-de-gerentes-de-hospitales-no-ser%C3%A1-dedo-ministerio-de-salud>

IVAN, J. P. (1994). el futuro de la salud en colombia. En j. p. ivan, *ley 100 de 1993 politica social, mercado y descentralizacion* (pág. 184 ). bogota: fundacion corona.

MANCHEGO. (12 de enero de 2011). *PORTAFOLIO*. Obtenido de impuestos para la salud:

<https://www.portafolio.co/economia/finanzas/impuestos-salud-son-fijos-127198>

Otero. (21 de DICIEMBRE de 2015). *el universal*. Obtenido de Orígenes de las deficiencias del sistema de salud colombiano: <http://www.eluniversal.com.co/salud/origenes-de-las-deficiencias-del-sistema-de-salud-colombiano-214184>

Portafolio. (23 de octubre de 2017). *flujo de caja el gran problema de la salud en colombia*. Obtenido de

<https://www.portafolio.co/innovacion/flujo-de-caja-el-gran-problema-del-sector-salud-en-colombia-510918>

Sentencia T-596/06, Sentencia T-596/06 (corte constitucional 2006).

Solarte, K. G. (enero de 2016). *revista ciencias de la salud*. Obtenido de universidad del rosario:

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4596>

TIEMPO, R. E. (09 de abril de 1995). *el tiempo*. Obtenido de financiación del sistema de salud:

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-310982>

tiempo, R. e. (09 de abril de 1995). *FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD*. Obtenido de el tiempo.com:

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-310982>