

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

TITULO DEL PROYECTO:

LA GOBERNANZA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

AUTORES

Blanca Myriam Chavez, profesora titular Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, enfermera, Magíster en Salud Pública, especialista en Salud Internacional y Doctora en Salud Pública. Correo: blanca.chavez@udea.edu.co

Yuly Andrea Ospina, Profesora ocasional de tiempo completo de la Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Médica, Magister en Salud Pública. Correo yulymarin@gmail.com

Paola Andrea Alvarez, Profesional Gobernación de Antioquia, politóloga, especialista en Gestión de programas y proyectos. Correo: paoalvarez8a@gmail.com

Juan José Moncada. Profesional independiente, Antropólogo, candidato a magister en Ciencia Política. juanjosemoncada@gmail.com

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de este estudio es comprender e interpretar la gobernanza del sistema de salud de Colombia, mediante el análisis de las interrelaciones de los actores del gobierno y la sociedad civil, a nivel nacional, departamental y municipal, que ostentan el poder, dentro de un marco jurídico y de valores estructurales de la sociedad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la gobernanza en salud.

Problema: se identifica en las diversas situaciones sociales, económicas, políticas y de legitimidad del Estado colombiano que han impactado de manera negativa y aguda la salud de la población en las últimas décadas. El sistema de salud tiene fallas estructurales en la rectoría, aseguramiento, financiación y prestación de los servicios de salud, poniendo barreras a la atención, desincentivando el uso de los servicios y reduciendo las estrategias de salud pública, pese a la alta tasa de cobertura de aseguramiento en el país, que no siempre se traduce en acceso efectivo y oportuno a los servicios. Si bien, la gobernanza se enfoca en la interacción cierta y objetiva entre los representantes oficiales para la toma de decisiones y la sociedad civil, otra es la realidad nacional, por una vía avanza los intereses de los estos actores oficiales y por otro muy distinto en de la sociedad. Por tanto, se necesita realizar investigaciones que apliquen métodos analíticos de la gobernanza para estudiar de manera amplia el polémico y cuestionado sistema de salud actual.

Metodología: Es un estudio de tipo cualitativo, para el cual se utiliza el método de la Teoría Fundamentada y el Método Analítico de Gobernanza propuesto por Hufty. El estudio se realizará en cuatro etapas bien definidas en 30 meses de duración, la información se obtendrá mediante entrevistas semiestructuradas a actores claves: públicos, privados y de la sociedad civil, que influyen a nivel nacional, departamental y municipal, en el sistema de salud. Se analizará la información de acuerdo a la Teoría Fundamentada: se hará transcripción de las entrevistas, codificación abierta por el investigador que realizó la entrevista, para garantizar la calidad y confiabilidad. Una vez se avance con la codificación abierta se realizará la

codificación axial, mediante el contraste continuo entre los códigos para generar las categorías y subcategorías, y por último se realizará la codificación selectiva en donde se integran las categorías. Se utilizarán los Software: Microsoft Word, Excel, N y AtlasTi. **Resultados:** se espera conocer la situación de gobernanza en el sistema de salud, se escribirán dos artículos en revistas indexadas y se publicará un libro con los resultados de la investigación, se formará un estudiante de maestría y se darán los reconocimientos a las instituciones que hagan posible el desarrollo del proyecto y se contribuirá a mejorar la gobernanza en salud en Colombia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversas situaciones sociales, económicas, políticas y de legitimidad del Estado colombiano han impactado de manera negativa la salud de la población en las últimas décadas (1) La reforma de 1993 al sistema nacional de salud, en un contexto de economía neoliberal, terminó por configurarse en un “seguro de enfermedad”, denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que involucró la participación de actores privados en la administración de los recursos públicos, quienes al tener un control bastante precario por parte del Gobierno, se convirtieron en actores estratégicos en el direccionamiento de las políticas públicas en salud. (2) (3)

No obstante, lo estipulado por la Corte Constitucional, en el año 2011 por segunda vez, se reforma el SGSSS, introduciendo en la ley 1438 de 2011 (4) la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como modelo de atención, el compromiso de implementar la política nacional de participación social en salud y talento humano, el plan decenal de salud pública y las redes integradas de servicios de salud, de los cuales, hasta el momento sólo se ha formulado el Plan Nacional de Salud Pública. A pesar de las reformas y notificaciones de la Corte Constitucional no se ha garantizado la salud como un derecho fundamental, asumiendo que en un Estado Social de Derecho la salud se reconoce como fundamental en la medida que es un derecho social. Por ello en los últimos años, ha sido reiterada la intención de reformar o cambiar el Sistema por otro que cumpla las expectativas de la población, sin que se haya avanzado porque priman los intereses económicos de algunas

instituciones privadas sobre el bienestar y las transformaciones estructurales que se requieren para garantizar este derecho.

El sistema presenta fallas estructurales en diferentes aspectos como en la rectoría, aseguramiento, financiación y prestación de los servicios de salud, poniendo barreras a la atención, desincentivando el uso de los servicios y reduciendo las estrategias de salud pública, con lo cual se dio el deterioro de los indicadores de salud, pese a la alta tasa de cobertura de aseguramiento en el país, que no siempre se traduce en acceso efectivo y oportuno a los servicios. (5)

Por otra parte, se ha encarecido la atención por el desbordado crecimiento de la tecnología, los precios de los medicamentos y el enriquecimiento de los agentes privados, así como la corrupción de los entes de salud, afectando directamente a la comunidad y al sistema como tal, que debe ser equitativo, universal y con calidad toda vez que se trata de un derecho fundamental. En consecuencia, Colombia tiene un sistema de salud con pocos valores éticos, que desconoce la salud como un derecho humano y por ello mantiene la insatisfacción de la población, generando poca legitimidad en el modelo y en el gobierno en general. (6)

Además, las tradicionales disfuncionalidades políticas, económicas y administrativas del sistema producen resultados negativos para la salud de la comunidad, obligando a las personas a utilizar la Acción de Tutela como un mecanismo de protección de sus derechos ante el abuso de los actores involucrados en el aseguramiento, en la administración del sistema y en la prestación de los servicios. Igualmente, el distanciamiento del gobierno central respecto a diversas regiones de la nación creó brechas en las condiciones de salud entre departamentos y municipios, permitiendo un desarrollo desigual del seguro de salud en el país, existiendo zonas con más oportunidades y otras con menos posibilidades de ser incluidas en el sistema de salud. (7)

Tanto el distanciamiento que desdibuja la rectoría del sistema de salud por parte del gobierno central, como las normas que son descontextualizadas para algunas regiones del país y la falta de garantía para materializar políticas pertinentes en

salud tienen su fundamento en la poca gobernanza de los actores estratégicos del sistema que priorizan los beneficios particulares sobre los generales.

Algunos gobernantes locales, regionales y nacionales apoyan ciertas propuestas de reforma a la salud, siempre y cuando se ajusten a sus intereses económicos o políticos. Lo que muestra que la salud no es considerada, en efecto, como una prioridad en las agendas públicas de los gobernantes. En este orden de ideas, en el actual contexto electoral para la presidencia del país, Lerma Carreño (8) argumenta que “un aspecto común de los candidatos presidenciales es la baja importancia que le han prestado al tema de la salud y no es que lo olviden dentro de sus propuestas, cada uno tiene sus líneas dedicadas al tema, solo que estas ideas parecen no dialogar con la realidad nacional del sistema de salud, salvo lo propuesto por el Polo Democrático”. Por tanto, el sistema de salud presenta unas tensiones particulares que son efecto del andamiaje institucional creado a partir de la ley 100 de 1993 (9), que implica desafíos en la gobernanza, siendo relevante comprender las relaciones entre gobernante y gobernados, puesto que tanto el Estado como el mercado se constituyen en actores centrales en el funcionamiento del sistema de salud y se diluye el derecho a la salud constitucionalmente establecido, lo cual no permite un relacionamiento y consenso adecuados entre el gobierno y la sociedad civil para legitimizar la política pública de salud, y en consecuencia, dificulta la aplicación del derecho humano fundamental a la salud, desdibujando los principios del Estado Social de Derecho. Este estudio pretende contribuir de manera efectiva al conocimiento de la gobernanza actual para que se adopten medidas especiales en el futuro y así evitar consecuencias negativas para la salud del pueblo.

Preguntas general

¿Cómo es la gobernanza del sistema de salud en Colombia a partir de 1993, cuando se imponen nuevas formas de relación entre Estado-ciudadano que repercuten a nivel nacional, departamental y municipal, dificultando el cumplimiento de derecho humano fundamental a la salud?

Preguntas específicas

¿Quiénes son los actores estratégicos del gobierno y de la sociedad civil que ejercen la gobernanza en el sistema de salud en los diferentes niveles del Estado?

¿El comportamiento de los actores del gobierno y de la sociedad civil se basa en un marco jurídico y en criterios y valores estructurales de la sociedad?

¿En qué escenarios actúan los actores del gobierno y de la sociedad civil que detentan el poder para producir cambios?

¿Cuáles son las instituciones donde se materializa la política de salud y cómo sus acciones afectan la salud en el territorio?.

2. JUSTIFICACION

La selección de este tema de investigación se justifica por la magnitud y trascendencia de los problemas de gobernanza del SGSSS, que durante 20 años de funcionamiento ha afectado a la población con consecuencias graves por el incumplimiento del derecho humano fundamental de la salud, de ahí que se justifique el esfuerzo para realizar este estudio. Si no se realiza este estudio las relaciones Estado-ciudadano en salud continuarán deteriorándose hasta crear situaciones limitantes para el cumplimiento del derecho humano fundamental de la salud.

La salud en Colombia es un derecho humano fundamental, un bien de interés público y una necesidad básica de la población. En este sentido, es deber del Estado la promoción, garantía y protección de la salud mediante diferentes acciones que conduzcan a políticas públicas acordes a las necesidades de salud en el país, trascender los intereses particulares y emerger como fruto de una acción colectiva que dinamice la interacción entre los actores con una gobernanza transparente que muestre la capacidad de gobernar con justicia el sistema de salud. En este escenario la gobernanza demuestra la verdadera capacidad de gobernar con justicia en un determinado sistema.

El ejercicio de la gobernanza se puede producir en diversos contextos que van desde lo local, regional y nacional; con un amplio campo de posibilidades de

interacciones y consensos con los cuales la sociedad civil puede incidir de modo veraz y efectivo en la planificación y sostenibilidad de las políticas públicas del gobierno y del Estado en general (10). Además, se puede asegurar que hay una necesidad de realizar más estudios sobre gobernanza para abrir este campo en salud en Colombia.

En este sentido, es relevante, el planteamiento dado por Bazzani quien señala la necesidad de realizar las investigaciones en gobernanza en salud y para esto se inscribe en un ámbito latinoamericano; así, hace referencia a que desde las décadas finales del siglo XX se ha resaltado el poco desarrollo en salud pública en Latinoamérica y llama la atención respecto al notorio predominio de las investigaciones biomédicas y clínicas en comparación con las investigaciones en ese tipo de salud, por ello destaca la necesidad de fortalecer las capacidades regionales de investigación en sistemas de salud (11). Aunque las investigaciones biomédicas y clínicas conforman un cuerpo de conocimientos complementemente pertinente, no menos importante es afianzar y cualificarlo con investigaciones con enfoque social y humano que le otorguen a la salud una configuración más holística y diversa.

Con relación a lo aludido, está la necesidad de develar las razones por las cuales Colombia alberga una diferencia entre los requerimientos de salud de la población, y la estructura y funcionamiento del sistema que no responde a dichas necesidades de la sociedad. Por tanto, la gobernanza en salud reviste mayor relevancia cuando brinda la posibilidad de la participación social de todos los actores, por cuanto encarna la esencia misma de la democracia, en la cual las decisiones de carácter colectivo deben ser adoptadas a través de los diversos mecanismos de participación que le brindan herramientas de acción a la sociedad en general.

Si bien, la gobernanza se enfoca en la interacción cierta y objetiva entre los representantes oficiales para la toma de decisiones y la sociedad civil, otra es la realidad nacional, por una vía avanza los intereses de los estos actores oficiales y

por otro muy distinto en de la sociedad. Por tanto, se necesita realizar investigaciones que apliquen métodos analíticos de la gobernanza para estudiar de manera amplia el polémico y cuestionado sistema de salud actual.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Sistema de salud en Colombia

En el marco de la Constitución de 1991 se expidió la ley 100 de 1993 (9), que creó el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI), incluyendo los componentes de salud, pensiones y riesgos laborales. De ahí se desprende el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que tiene como principios la universalidad, solidaridad, eficiencia, unidad, descentralización y participación social, entre otros.

A partir de ese momento, la salud en Colombia es concebida como un servicio público prestado por entidades privadas y públicas bajo la dirección y control del Estado. El SGSSS se fundamenta en la competencia regulada entre Empresas Promotoras de Salud (EPS), que tienen el carácter de aseguradoras y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que ofrecen la asistencia en servicios, principalmente individual, bajo el criterio de costo-efectividad. Pero a pesar de la regulación estatal de este modelo, el SGSSS presenta conflictos en su implementación como la fragmentación que es ocasionada por el interés económico en la contratación de las aseguradoras, la descentralización administrativa que divide competencias, responsabilidades y recursos entre municipios y departamentos, la baja coordinación entre los actores del sistema y entre niveles de atención, la mínima cogestión del riesgo entre aseguradores, prestadores, entes territoriales y sector privado, y la distancia entre las necesidades de la población y la prestación de los servicios.

A raíz de las falencias en su operación (12,13), el SGSSS fue modificado por la ley 1122 en 2007 (14,15), en la cual se plantearon reformas en la dirección del sistema,

universalización, financiación, racionalización, equilibrio entre actores y fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control; sin embargo, ésta ley tampoco fue efectiva y se incrementaron por parte de los usuarios las tutelas como un mecanismo de protección y garantía de la salud. Razones por las cuales la Corte Constitucional encontró necesario promulgar la salud como un derecho humano fundamental.

3.2 Salud

Históricamente la salud en el país se ha interpretado como un derecho individual, exclusivo al acceso a los servicios de atención médica (16), ligado al mercado e inequitativo por antonomasia, gracias a la distribución desigual de los recursos, a la rectoría que se transfiere al sector privado y a las transacciones que utilizan la salud como una mercancía, limitando el acceso y la garantía de éste como un derecho fundamental.

La salud, de acuerdo con Echeverri es un estado de bienestar que requiere una asistencia sanitaria de tipo universal e incluyente (16), y ante todo es un derecho fundamental de carácter público y colectivo, lo que significa la vinculación de los sectores públicos, privados y de la sociedad civil para lograr el goce efectivo de este derecho y para mejorar las condiciones en la prestación de los servicios, por ello la incidencia de estos actores configura la gobernanza en salud y ésta juega un papel protagónico para la garantía y el análisis de las causas y los efectos de las relaciones de poder y de las decisiones como factores influyentes en la salud.

Además de los tres actores ya identificados, es necesario que en las decisiones de salud se involucren los sectores sociales, como educación, vivienda, alimentación, trabajo y seguridad, entre otros, para transversalizar los objetivos de la salud en las políticas públicas intersectoriales y que se comprometan varios sectores en la gobernanza de la salud a razón de la indivisibilidad e interdependencia (16) de los derechos y del impacto que los determinantes de la salud tiene en la calidad de vida y en la garantía de este derecho.

La gobernanza en salud, bajo el direccionamiento de las autoridades públicas, debe enfocarse en la gestión de la “salud en todas las políticas” (9), según Costa Alcaraz y otros, con la participación de varios actores y varios sectores para lograr un sistema sanitario eficiente y justo (18).

3.3 Gobernanza

La investigación en gobernanza llevada a cabo para analizar las condiciones de rectoría del sistema, el proceso de políticas públicas, las relaciones de poder y la priorización de las necesidades de salud en la agenda pública en los sistemas de salud a nivel internacional. La gobernanza incluye varias dimensiones que se desarrollan en el contexto público, entre ellas la participación y las relaciones de poder, como lo definió la OMS (19) “la participación de los actores a los cuales les concierne la definición e implementación de las políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles”, así mismo el PNUD (20) se refería a este concepto como el proceso de toma de decisiones donde las relaciones de poder juegan un papel importante.

Existen autores que estudian la gobernanza como un instrumento de análisis, los cuales proponen algunas variables para comprender la gobernanza, entre ellos Flores para el que es necesario identificar los espacios donde se toman las decisiones (puntos modales), los actores relevantes, las reglas de juego, las organizaciones que aplican las reglas de juego, la forma en que se expresan las relaciones de poder, los procesos en la toma de decisiones, los procedimientos formales e informales y los recursos de poder de los actores y la influencia de la gobernanza (21) de manera directa e indirecta en los sistemas de salud (22). Del mismo modo el marco analítico de gobernanza -MGA- adoptado por Marc Hufty, analiza el proceso de interacción entre actores involucrados y en la construcción de políticas públicas a partir de cinco elementos: el problema, los actores, las normas, los procesos y los puntos nodales (23).

Hufty define estos cinco elementos, el problema como el meollo entre la situación actual y la deseada, éste aunque es subjetivo debe ser un asunto considerado problemático por la sociedad, ya que la definición de un problema es en sí mismo una construcción social. Los actores se pueden definir como los individuos o los grupos que inciden en la toma de decisiones y la formulación de *normas* o reglas de juego, las cuales orientan el comportamiento tanto de los actores del sistema como de la sociedad, los actores están dotados de creencias, valores y de características formales o informales, pueden ser visibles o invisibles, tener una categoría de acuerdo al lugar de acción, sea local, nacional, gubernamental o no gubernamental y tener una posición política frente al programa, ser opositores o facilitadores. Las normas, por su parte, se refieren a las reglas de juego que se reproducen de manera formal y que son aceptadas por los actores involucrados, como consecuencia de los procesos de gobernanza, estas se pueden dividir en meta-normas: aquellas que orientan el comportamiento de manera amplia, definiendo criterios y valores estructurales de la sociedad; las normas constitutivas: que orientan el objetivo sectorial de aquello que se está analizando. Y las normas regulativas: que validan las reglas de conducta o comportamiento de una sociedad. Los procesos son, en palabras del autor “sucesiones de estados por los cuales pasa un sistema” que permiten reconocer la evolución del sistema e identificar los factores estructurales y los susceptibles de mejora. El análisis de los procesos “busca identificar los patrones de evolución de los puntos nodales, la trama de interacciones entre actores y su relación con los cambios de las reglas de juego” (23). Finalmente, Hufty define los puntos nodales como los “espacios físicos o virtuales en donde convergen varios procesos, actores y normas, que producen efectos, aisladamente o en interacción con otros, sobre la variable dependiente estudiada” (23), es decir, el problema identificado.

Por lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que la gobernanza tiene una estrecha relación con los procesos de construcción de políticas públicas (24) y con la política en general, por ello es una herramienta para comprender los comportamientos colectivos y las acciones de los actores que inciden en la política,

así mismo, como lo expresan Plumptre y Graham, para analizar las reglas de juego que tiene una sociedad para tomar decisiones (25), y según Prats, para estudiar los procesos políticos e institucionales y la efectividad de las acciones en los sistemas de salud (25).

En la actuación política hay varias maneras de mantener la gobernanza y controlar la capacidad institucional y el poder, las cuales, de acuerdo con Báscolo, están vinculadas a los mecanismos de regulación que buscan mediar las relaciones de los actores participantes en la gobernanza (26) y en ocasiones, condicionar un contexto político para sostener los intereses particulares. Esta regulación, según Ouchi (26) se puede obtener a través de varios mecanismos, entre ellos, la generación de reglas formales de burocracia y en la formalización de nuevas autoridades, a través de los incentivos y la asignación de pagos a los actores por priorizar intereses particulares en un sistema o a través de la coordinación de los actores y los intereses privados y los organizacionales.

Las formas de regulación operan en todos los niveles de toma de decisiones y de gobernanza y por ello se pueden interpretar en el escenario del SGSSS colombiano para identificar las variables estructurales y los agentes externos que inciden en el sostenimiento de un sistema que desde 1993 no ha generado soluciones efectivas a las necesidades de salud, no ha contribuido de manera contundente a mejorar la calidad de vida de la población y ha fortalecido la incertidumbre e insatisfacción por la gobernanza en salud del Estado colombiano.

Sin embargo, se debe asumir los sistemas de salud como el resultado de un proceso social en el que intervienen actores públicos, privados y de la sociedad civil para dar respuesta a las demandas de la sociedad, así lo concibe Kooimas (27) y trascender el Estado homologando la capacidad de intervención de estos tres actores (28), en sí mismo un proceso de gobernanza, que contiene formas, según Whittingham (29) la de regulación, distribución de recursos y valores sociales para legitimar el proceso. En este contexto Closa (30) refiere que la participación social tiene un rol estratégico en las decisiones, pero en ocasiones juega un papel relativo y marginado puesto que en el marco de la gobernanza pueden ocurrir conflictos entre

el control del poder y la capacidad de regulación, con la incidencia social en el proceso de tomar decisiones, negociar prioridades, utilizar los recursos de poder y legitimar los valores del proceso (29). En un escenario de baja legitimación, poco empoderamiento de la población para incidir y disuasión de la participación de estos tres actores articulados, seguirán surgiendo políticas públicas y sistemas de salud incoherentes con las necesidades de la población.

El análisis de la gobernanza contribuye al sistema de salud por varios resultados que se pueden esperar al estudiar los 5 elementos que refiere Hufty. Por su parte Flores (21) argumenta como un resultado del análisis de gobernanza “identificar actores y sus recursos de poder, las reglas de juego y las asimetrías de poder en la toma de decisiones alrededor de las políticas públicas”, además permite explicar la interacción conflictiva o de cooperación entre los actores, los procesos y las reglas según Báscolo y Hufty (31). Evidenciar la importancia de la participación social junto con la responsabilidad intersectorial en la salud y consecuentemente brinda elementos para ajustar los sistemas y garantizar los derechos inherentes al ser humano, comprender las conductas y las decisiones, de acuerdo con los mismos autores (31). Finalmente, la ONU afirma que este análisis permite promover a mediano plazo “la equidad, la participación, el pluralismo, la transparencia, la responsabilidad y el estado de derecho, de modo que este sea efectivo, eficiente y duradero” (32). A pesar del desarrollo conceptual planteado por Báscolo y Hufty, y los valiosos aportes para analizar la gobernanza, existen pocas investigaciones sobre gobernanza en sistemas de salud.

4. ESTADO DEL ARTE

La importancia del estudio de la gobernanza en los sistemas de salud ha sido descrita en diferentes contextos e investigaciones que denotan su contribución para la comprensión de los conflictos que se presentan entre los diferentes actores del sistema de salud y la forma en que estos conflictos influyen en las políticas públicas que se implementan; este conocimiento lleva a identificar los puntos

estratégicos en donde se puede incidir para la transformación de los sistemas de salud hacia sistemas más equitativos y justos (33).

Klomp y De Haan analizan la gobernanza en los sistemas de salud de 101 países encontrando que indirectamente la gobernanza tiene un impacto positivo en los ingresos y la calidad de la atención sanitaria, diferenciándose este impacto en los países con poblaciones saludables en los cuales el efecto positivo de la gobernanza se da a través de la calidad de los servicios sanitarios, mientras que en los países con pobre nivel de salud el impacto positivo de la gobernanza es generado por los ingresos (34).

La OMS en su informe sobre la gobernanza para la salud en el siglo XXI, plantea que los nuevos retos en salud como la transición demográfica, los cambios climáticos, los desastres naturales, entre otros, sumados a nuevas formas de ejercicio de la ciudadanía, con una población conocedora y posicionada para la defensa de sus derechos; demandan nuevas formas de gobernanza que incluyen la acción intersectorial, una sociedad con mayor presencia y actividad, un Estado que reformula su rol y diversifica sus tareas, partiendo de considerar la salud como: un derecho fundamental, un bien público, un componente del bienestar y un elemento de justicia social. Dejando entre otras recomendaciones la formación y participación ciudadana y la innovación en las alianzas desde la sociedad como vías para mejorar la gobernanza y los resultados en salud en el siglo XXI (35)

El Centro para el Estudio de equidad y la Gobernanza en los Sistemas de Salud (CEGSS), es una asociación civil de Guatemala, propone que en las investigaciones sobre gobernanza, se incluye la categoría poder como un elemento central, dado que la forma en que se ejerce el poder y se distribuye determina las decisiones que se tomen y el resultado de las políticas públicas, pudiéndose reproducir formas tradicionales de ejercicio de poder como se mostrará adelante en el caso de Guatemala o por el contrario en el caso de Brasil, cómo la ciudadanía llega a ser un actor estratégico en los consejos municipales. Por otro lado, el CEGSS pone de relieve la creciente desigualdad - que se da al interior de

los países y de manera global -, como uno de los desafíos que se deben enfrentar y que en el terreno sanitario demanda un ejercicio de la gobernanza que posibilite la inclusión social y la equidad (33).

El estudio de la gobernanza en América Latina se ha realizado desde varios abordajes metodológicos, que a pesar de los diferentes enfoques comparten algunos elementos, como el reconocimiento del poder como dimensión inherente a la gobernanza y el énfasis en la importancia de la equidad como valor central en América Latina (36)

Huftly propone aplicar un método analítico que puede ser desarrollado en diferentes contextos y problemas, lo que facilitaría un análisis comparativo de la gobernanza. Este autor hace énfasis en que la gobernanza más allá de ser un concepto normativo, es un hecho social real, es decir apunta más hacia el estudio de la agencia del concepto. Siguiendo una línea similar Labonté propone un abordaje ligado al tema de la equidad, que hace énfasis en la transparencia y la participación social.

Walter Flores abarca en sus estudios de gobernanza tanto aspectos de la agencia como de la estructura del concepto, haciendo hincapié en la importancia para la construcción de valores como la equidad y la justicia social.

Báscolo por su parte ha estudiado los aspectos estructurales de la gobernanza y ha propuesto un marco conceptual para su estudio en la elaboración e implementación de políticas en el primer nivel de atención. Por último Bursztyn y colaboradores estudian la gobernanza en sistemas de salud segmentados y fragmentados donde la atención primaria en salud se propone como posible estrategia integradora.(37)

Estas diferentes aproximaciones al tema enriquecen la comprensión tanto desde el punto de vista metodológico como temático.

El análisis de la gobernanza en los Consejos Municipales de Guatemala, como espacio de debate de diferentes actores frente a las necesidades de la población y la priorización de los recursos, reveló que a pesar de que los consejos son espacios pensados para una amplia participación comunitaria, el grueso de los participantes es institucional y el logro de consensos se dificulta por la divergencia de los intereses de los actores, por otro lado se identificaron barreras para los actores comunitarios dadas por el bajo nivel de escolaridad, el desempleo y los costos económicos que implican la participación en los consejos municipales, barreras que no tienen los actores institucionales y que dificultan la participación simétrica de todos los involucrados, por último se evidenció desigualdad en la información que poseen los actores comunitarios para cualificar su participación en los debates (21). En palabras de Flores, en el caso de Guatemala se identifica “la mayor influencia que ejercen algunos actores que anteponen intereses particulares al bien común, las asimetrías en las habilidades de participación entre actores que convergen en un mismo espacio de decisión y las percepciones sobre que todas las decisiones y posibilidades de afectar las políticas públicas de salud pasan únicamente por el nivel central”. (14).

En Argentina se encuentran dos estudios que analizan la gobernanza en territorios y contextos diferentes. El primero evaluó el proceso de implementación del Seguro Público de Salud (SPS) en la Provincia de Buenos Aires y permitió reconocer la introducción de nuevos actores y su participación en la articulación del SPS con la estrategia de atención primaria en salud, un nivel regional debilitado por los conflictos de intereses de diferentes actores y un fortalecimiento del nivel provincial dado por el cuerpo normativo que soporta el programa de SPS. (31). El segundo estudio se realizó en la ciudad de Rosario con el propósito de describir los procesos de implementación de la APS y los cambios en la organización y la estructura de los servicios de salud, pasando de la APS selectiva a la APS como estrategia organizadora del sistema. Este cambio, se dio en etapas, develando diferentes formas de gobernanza, dentro de estas formas está el tipo clan, definida como “ la regulación de la acción colectiva mediante la existencia de una visión y

valores compartidos entre los individuos y la organización” (38), fue determinante para la implementación de la APS, sin embargo la fragmentación del movimiento de APS asociada a diversos problemas socioeconómicos, requirió la coexistencia de dos formas de gobernanza, tipo clan y burocrática, para estabilizar de nuevo el sistema (38). Lo interesante del estudio es que evidencia cómo las diversas formas de gobernanza facilitan o entorpecen la transformación de los servicios y sistemas de salud.

En Chile se abordó el tema de la gobernanza en el contexto de la reforma del sistema de salud con enfoque de derechos, encontrándose que la aceptación de los modelos de gestión y organización de los sistemas de salud generados por la ola reformista de los años 80 se contradice con la gobernanza necesaria para la implementación de políticas públicas basadas en derechos, toda vez que propician los beneficios privados sobre valores como la cooperación. (39)

La gobernanza en el sistema de salud colombiano no ha sido un tema ampliamente estudiado; aspectos relevantes al tema se ha abordado en investigaciones sobre la rectoría del sistema de salud, la participación social en salud y las contribuciones de Molina y colaboradores que ha dado luces sobre interacciones de los diferentes actores del SGSSS, develando aspectos esenciales para la comprensión del fenómeno.

En relación con la rectoría del sistema de salud los estudios muestran que existe debilidad en la función rectora del SGSSS, a nivel nacional, departamental y municipal, dada por diferentes razones como: el poco desarrollo de la capacidad institucional, un marco normativo complejo, la falencia en los sistema de información en salud, la primacía de intereses particulares sobre los colectivos, las prácticas clientelistas y la inoperancia de los mecanismos de vigilancia y control (40) , todo lo cual limita la capacidad del Estado para armonizar el sistema e intervenir en situaciones en las cuales diferentes actores desvían los recursos en un contexto en donde la rentabilidad financiera se ha convertido en el principio orientador de la dinámica del sistema (41,42)

Colombia al igual que otros países ha incorporado en la reforma del sistema de salud un marco normativo que regula la participación social en salud en el SGSSS, sin embargo se han encontrado barreras que limitan la participación social y como resultado de esto el desarrollo de una buena gobernanza. Estas barreras están dadas desde las mismas políticas de participación social, como son la exclusión de los ciudadanos que no están en el SGSSS, la institucionalización en los procesos de planeación en salud, que limitan a su vez la vigilancia y control sobre los mismos. Otras barreras para la participación social son generadas por las instituciones, como la asimetría en la información sobre los derechos en salud, la instrumentalización de la participación social para la validación de las decisiones, la institucionalización de la participación social que desconoce otras formas de participación comunitaria, privilegiando un sistema de representación que no necesariamente traduce las necesidades de salud de la población. Por último, las barreras desde la sociedad civil dadas por bajos niveles de desarrollo de las organizaciones sociales generadas por la informalidad, la fragmentación, insuficiencia de recursos financieros y logísticos, la desinformación, la captación de líderes por intereses partidistas, todo esto en un contexto de pobre voluntad política para ceder el poder. (43, 44, 45)

Las aproximaciones sobre la gobernanza en el sistema de salud colombiano han mostrado: 1. asimetría de poderes de los actores, en los cuales las aseguradoras han alcanzado un poder económico determinante en la toma de decisiones y legislación en salud, en donde prevalecen los intereses privados, 2. Un marco normativo complejo y extenso que no da respuesta a las necesidades locales, 3. Desarticulación y falta de cooperación entre los actores del sistema de salud. (46). En conclusión “La capacidad del Estado para articular los diferentes actores del sistema de salud para el desarrollo de políticas públicas y programas en materia de Salud Pública resulta débil... existe una limitada capacidad de rectoría en Salud Pública por parte del Ministerio de Salud y de las secretarías de salud, relacionada con una mala gobernanza”. (47).

El enfoque analítico de gobernanza propuesto por Hufty fue aplicado en la ciudad de Medellín, en el marco de una investigación que abordaba el tema del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes, con miras al desarrollo de una política pública. (48) Este trabajo develó por un lado que el enfoque de Hufty resulta útil para comprender de manera amplia la gobernanza, y por otro lado permitió ver cuál de los puntos nodales tiene mayores posibilidades de generar transformaciones en las políticas públicas. En cuanto a los actores se evidenció el poder que detentan actores estratégicos como las aseguradoras, los empleadores, las Cajas de Compensación Familiar y agrupaciones políticas, quienes además de respaldar las políticas gubernamentales con relación al SGSSS, argumentan las limitaciones financieras para solucionar la problemática en cuestión. En actores con menos poder como los trabajadores cesantes se evidenció poca capacidad organizativa y confianza para protagonizar una propuesta de política pública que transformaría su realidad. Lo que mostró una asimetría de poder que invisibiliza ciertos puntos de vista. Sin embargo se logró posicionar el tema del aseguramiento de los trabajadores cesantes en la agenda política y se generó mayor empoderamiento de los trabajadores cesantes con respecto al tema. (48)

No se encuentran investigaciones que apliquen métodos analíticos de la gobernanza para su estudio de manera amplia en el sistema de salud colombiano.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender e interpretar la gobernanza del sistema de salud de Colombia, mediante el análisis de las interrelaciones de los actores del gobierno y la sociedad civil, a nivel nacional, departamental y municipal, que ostentan el poder, dentro de un marco jurídico y de valores estructurales de la sociedad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la gobernanza en salud

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar las interrelaciones entre los actores del gobierno y de la sociedad civil en el nivel nacional, departamental y municipal donde se expresa la capacidad de ejercer la gobernanza.

Indagar por el marco jurídico y los criterios y valores estructurales de la sociedad para ejercer la gobernanza del sistema, en los niveles del Estado.

Analizar los recursos de poder que poseen los actores sociales que participan en la gobernanza y la capacidad para influir en los procesos de cambio en el sistema de salud en los diferentes niveles del Estado

Identificar las instituciones donde se materializa la política de salud que afecta la salud, en los distintos niveles del Estado.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio de tipo cualitativo, haciendo uso del método propuesto por la Teoría Fundamentada (TF) (49, 50, 51, 52) y del método analítico para el estudio de la gobernanza propuesto por Hufty (53).

La teoría fundamentada es un método que posibilita la construcción de hipótesis basada en los datos recolectados y el análisis sistemático de éstos. Como método circular permite cambiar el foco de interés a medida que se recolecta la información e introducir nuevas categorías antes no consideradas, mediante una comparación constante entre los datos y la teoría emergente. (51)

El método analítico propuesto por Hufty es “un conjunto coherente de modelos (representaciones esquemáticas de una situación) asociado a una metodología que permita el pasaje entre el marco conceptual y la observación empírica”. (53) Se proponen cinco categorías analíticas: los problemas, los actores, las normas, los procesos y los puntos nodales. A partir de estas categorías se busca comprender

como se da la gobernanza en el contexto del sistema de salud colombiano e identificar los puntos estratégicos favorables o desfavorables para el cambio.

6.2 Población

La investigación se concentra en entrevistar actores clave: públicos, privados y de la sociedad civil. Los criterios de selección de los actores son: primero que conozcan el sistema de salud. Segundo que estén afiliados a las instituciones mencionadas en la tabla 1. Para los actores de la sociedad civil que estén agrupados en ligas, comités, asociaciones, juntas de acción comunal y otros, que tengan relación con el sistema de salud. A continuación se presenta una lista de las instituciones y actores que se contactarán para analizar la gobernanza en salud.

Tabla 1. Listado de instituciones y actores

Nacional	Departamental (3)	Municipal (9)
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud y Protección Social (2) • Superintendencia Nacional de Salud (1) • Congresistas (3) • ACEMI (1) • Asociación Hospitales (1) • Académicos (2) • Usuarios (1) • Organizaciones civiles (1) • Ministerio Público(2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de salud (2) • Diputados (2) • Organizaciones de la Sociedad civil (OSC) (2) • Asociación de usuarios (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud (2) • E.S.E (1) • IPS (1) • EPS (1) • Personería (1) • Academia (2) • OSC (1) <ul style="list-style-type: none"> • Asociación de usuarios • Liga de pacientes • COPACO • Veeduría • JAC

6.3 Departamentos y municipios

La investigación se realizará en tres departamentos: Antioquia, Cundinamarca y Sucre, con sus respectivas capitales y dos municipios más de cada departamento. Se escogieron estos entes territoriales por la clasificación según el desarrollo socioeconómico, realizado por el DNP, para conocer la gobernanza en territorios con diferentes niveles de desarrollo, y así realizar un análisis comparativo para identificar la influencia del gobierno central en cada uno de ellos.

Se proyecta un total de 13 entrevistas por municipio, sin embargo el número de entrevistados totales en la investigación obedecerá al concepto de muestreo y saturación teórica, considerando los criterios de propósito teórico y relevancia (49).

Tabla.2 Departamentos y municipios

Departamento	Antioquia	Cundinamarca	Sucre
Municipios	Medellín (Especial)	Bogotá (especial)	Sincelejo (Segunda)
	Barbosa (tercera)	Zipaquirá (tercera)	Corozal (sexta)
	La Ceja (quinta)	Sibaté (cuarta)	Ovejas (Sexta)

Tomado de: Categorías de los municipios y departamento, vigencia 2013. (54)

6.4 Fuentes y técnicas de recolección de la Información

Se tendrán en cuenta fuentes de información primaria y secundaria, principalmente las normas vigentes en salud en Colombia. Como fuentes primarias se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas a los actores del sistema de salud identificados en la tabla 1 y los grupos focales en los municipios con las organizaciones de la comunidad. Para las entrevistas se contará con una guía con preguntas que responde a la coherencia de los objetivos del proyecto de investigación.

A los actores se contactarán formalmente por vía telefónica o por contacto directo para conseguir las citas para la aplicación de las entrevistas semiestructuradas, en las ciudades de Bogotá, Medellín y Sincelejo y en los demás municipios seleccionados. Se explicará el propósito del proyecto, la participación como actores, el consentimiento informado y se aplicarán las entrevistas semiestructuradas a quienes voluntariamente accedan a participar en la investigación.

Como fuentes de información secundaria se hará revisión de leyes, estudios, e informes técnicos relacionados con el tema. A continuación se relaciona los

objetivos específicos, las categorías del método analítico para el estudio de la gobernanza y las preguntas de la guía de entrevista:

Tabla 3. Relación entre Objetivos, categorías y preguntas

Objetivos específicos de investigación	Categoría analítica Hufty	Preguntas orientadoras ¹	Preguntas para la guía de entrevista
<p>Analizar las interrelaciones entre los actores del gobierno y de la sociedad civil en el nivel nacional, departamental y municipal donde se expresa la capacidad de ejercer la gobernanza.</p>	<p>Actores</p>	<p>¿Cuáles son los actores del gobierno y de la sociedad civil que ejercen la gobernanza del sistema de salud?</p> <p>¿Cuáles son los actores influyentes aunque no estén reconocidos en el marco legal?</p> <p>¿Con qué recursos de poder cuentan estos actores para influir en los procesos de toma de decisiones?</p> <p>¿Quiénes son los actores que aparecen con ventajas para influir en la toma de decisiones y qué intereses representan?</p> <p>¿Quiénes son los actores en situación de desventaja?</p>	<p>¿Cuáles son los actores del gobierno en el nivel nacional, departamental y municipal que influyen en el sistema de salud?</p> <p>¿Cuáles son los actores de la sociedad civil a nivel nacional, departamental y municipal que influyen en el sistema de salud?</p> <p>¿Qué interrelaciones existen en estos dos estamentos que favorecen o no el desempeño del sistema de salud?</p> <p>¿Cuáles de los actores mencionados están en situación de desventaja?</p> <p>¿Cuáles son los intereses que motivan a los actores del gobierno y de la sociedad civil en el desarrollo del sistema de salud?</p> <p>¿Qué estrategias se utilizan los actores para influir en la gobernanza en salud?</p> <p>¿De dónde procede el poder de los actores influyentes en el sistema de salud?</p>
<p>Indagar por el marco jurídico, los criterios y valores estructurales de la sociedad para ejercer la gobernanza del sistema, en los niveles del Estado.</p>	<p>Normas formales e informales</p>	<p>¿Cuál es el marco jurídico que cobija el sistema de salud en Colombia?</p> <p>En dicho marco ¿están explícitos los valores estructurales de la sociedad?</p> <p>¿Cómo se aplican esas reglas en la práctica?</p> <p>¿Cuáles son los procedimientos y reglas formales que intervienen en el desarrollo del sistema?</p> <p>¿Qué mecanismos existen para la rendición de cuentas?</p> <p>¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de dichos mecanismos?</p> <p>¿Qué mecanismos existen para la transparencia?</p>	<p>¿Conoce el marco jurídico que sustenta el sistema de salud en Colombia?</p> <p>¿Se tienen en cuenta los valores de la sociedad en el marco jurídico del sistema de salud?</p> <p>Fuera del marco jurídico ¿qué otros valores de la sociedad se tienen en cuenta?</p> <p>¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de las normas?</p> <p>¿Existen mecanismos de rendición de cuentas en la nación, departamento y municipio?</p> <p>¿Los mecanismos de rendición de cuentas del sistema de salud son adecuados?</p> <p>¿La rendición de cuentas muestra transparencia en el sistema de salud?</p>

¹ Estudio de Guatemala

		¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de dichos mecanismos?	
Analizar los recursos de poder que poseen los actores sociales que participan en la gobernanza que tienen capacidad para influir en los cambios en el sistema de salud en los diferentes niveles del Estado	Puntos nodales o espacios convergentes Y procesos	¿En cuáles espacios convergen actores institucionales y sociales/comunitarios para debatir problemas del sistema de salud y para construir y plantear normas/consensos/acuerdos que resuelvan esas problemáticas? ¿Cuáles son los resultados de los procesos de reforma del sistema de salud en los diferentes niveles del Estado?	¿Cuáles son los espacios estratégicos donde convergen diferentes actores del sistema para orientar la política pública de salud en el nivel nacional, departamental y municipal ¿En esos espacios como participa la sociedad civil? ¿En cuáles de esos espacios participan Ud.? ¿Qué temas se tratan en esos espacios de convergencia? ¿Son espacios reconocidos por la sociedad civil? Mencione algunos de estos espacios que hayan sido determinantes para el sistema de salud ¿Quién o qué enviste de poder a los actores del gobierno y de la sociedad civil para influir en el sistema? ¿Qué resultados puede mencionar de las diferentes reformas en salud? ¿Qué elementos le permite reconocer los cambios en salud? ¿En esas reformas ha sido escuchada la voz de la sociedad civil? ¿Qué aspectos cambiaría del sistema de salud actual?
Identificar las instituciones donde se materializa la política de salud, en los distintos niveles del Estado.	Instituciones	¿Cuáles son las condiciones institucionales para ejecutar la política de salud? ¿Puede identificar alguna transformación positiva o negativa del sistema de salud actual?	¿Qué instituciones de salud son representativas en su territorio? Las instituciones de salud son públicas o privadas ¿Prestan servicios a toda la población sin discriminación? ¿Es suficiente la infraestructura sanitaria para atender a toda la población?

6.5 Plan de análisis

Se analizará la información de acuerdo a lo propuesto por la Teoría Fundamentada (45). El proceso de recolección y análisis de la investigación se hará en 4 etapas, así:

Etapa 1. Recolección y análisis de la información entre los meses 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11. En esta etapa se hará la recolección y la transcripción, codificación abierta por el investigador que realizó la entrevista con el propósito de garantizar la calidad y confiabilidad y categorización axial mediante el contraste continuo entre los códigos para generar las categorías y subcategorías. Se ajustará la guía de entrevista

Etapa 2. Recolección de información para saturación de categorías y subcategorías entre los meses 13, 14 y 15 y ajuste de la guía de entrevista.

Etapa 3. Validación de la información con los actores entrevistados entre los meses 17, 18 y 19. Con el apoyo de los co-investigadores y expertos temáticos se avanzará en el análisis de la categorización y con el apoyo de diagramas y mapas conceptuales se hará el desarrollo del cuerpo teórico.

Etapa 4. Entrega de los resultados a los participantes en reuniones en cada municipio en el mes 30 de la investigación. Se utilizarán los Software: Microsoft Word, Excel y AtlasTi.

7. ASPECTOS DE TIPO ETICO

Las consideraciones éticas para el este tipo de investigación están fundamentadas en la revisión de las normas internacionales, nacionales e institucionales y en la aplicación por ejemplo del consentimiento voluntario e informado según el código de Núremberg de 1947. También la declaración de HELSINKI-1964 y el informe de Belmont, que hacen relación a la autodeterminación, respeto a las personas, beneficencia y no maleficencia, incluyendo la información sobre el financiamiento de la investigación, los patrocinadores, afiliaciones institucionales, señalando estos aspectos en el documento del consentimiento informado y en la charla de sensibilización sobre el tipo de información que se requiere y escogencia de los actores clave. El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)-2002, indica que hay que formular el consentimiento informado y la obtención voluntaria del mismo.

En las normas nacionales se revisó la Resolución 8430 de 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, igualmente establece el nivel de riesgo de acuerdo a las intervenciones realizadas, que para esta investigación se considera riesgo mínimo porque solo se entrevistarán a las personas sin someterlas a estrés y sin confrontar sus opiniones, no se harán intervenciones biomédicas. En cuanto a los aspectos de confidencialidad y custodia, a las entrevistas se asignará códigos, guardando la confidencialidad de las personas, a quienes se les entregará el consentimiento informado y se obtendrá de manera voluntaria el mismo tanto para obtener la información como para la grabación de la entrevista y se validará la información. Una vez finalizada la investigación, se realizarán reuniones en las diferentes ciudades para entregar los resultados a los actores participantes de la investigación.

En relación con las normas institucionales de la Universidad de Antioquia, se revisó el acuerdo superior 204/01 que reglamenta la investigación en la universidad y la resolución Rectoral 17163 de marzo 27 de 2003, por la cual se reestructura el Comité de Bioética y el Acuerdo 182 de 2012 Consejo de Facultad Nacional de salud Pública, actualizando las funciones y conformación del Comité de Ética de la Investigación. Este proyecto se somete a la revisión del comité de ética de esta facultad y se tendrá en cuenta sus observaciones al respecto.

8. TRAYECTORIA DEL GRUPO INVESTIGADOR

Blanca Myriam Chávez, coordinadora del proyecto. Es enfermera, magíster en salud pública, doctora en salud pública. Especialista en salud internacional. Tienen 22 años de experiencia en la academia en la Universidad de Antioquia y ha realizado diferentes investigaciones sobre el sistema de salud de Colombia.

Yuly Marín, es médica, Co-investigadora, Magister en salud pública. Tiene 10 años de experiencia y ha realizado varios proyectos relacionados con el sistema de salud

de Colombia, se desempeña como profesora ocasional de tiempo completo en la Universidad de Antioquia

Con respecto al equipo de trabajo, se cuenta con dos co-investigadores que tienen experiencia y conocimientos en el tema. Paola Álvarez Ochoa es profesional en ciencia política con especialización en gestión de programas y proyectos de cooperación internacional. Cuenta con 7 años de experiencia en administración pública, en los que ha participado de la formulación e implementación de políticas de Estado y de gobierno, 3 años de experiencia en investigación cualitativa, adicionalmente cuenta con la publicación de 3 capítulos en 2 libros de investigación en decisiones de políticas públicas en salud pública y análisis del impacto de proyectos sociales, así mismo fue co-investigadora en un estudio sobre políticas públicas, política y salud publica en Colombia.

El otro co-investigador, Juan José Moncada, antropólogo y candidato a magister en Ciencia Política con competencias personales y profesionales aplicadas en diversas organizaciones sociales e instituciones públicas, principalmente en la investigación sobre temas relacionados con la toma de decisiones en las políticas en salud pública, en la dimensión política de las decisiones en salud, y en la indagando por la influencia de los intereses clientelistas y privados.

9. IMPACTO AMBIENTAL DEL PROYECTO

Este proyecto influye positivamente en la toma de decisiones y en el relacionamiento de los actores del sistema de salud, quienes pueden implementar a corto o largo plazo las recomendaciones sobre el tipo de gobernanza a ejercer en el sistema de salud de Colombia para que sea equitativo y sostenible. No habrá efectos negativos a corto, mediano o largo plazo para el medio natural porque no se utilizarán plantas, animales, sustancias toxicas o pruebas de laboratorio en el desarrollo de la investigación.

10.RESULTADOS:

- Fortalecimiento Comunidad Científica: capacitar a un estudiante de Maestría en Salud Pública.
- Apropiación Social del Conocimiento:
 - Escribir dos artículos en revistas indexadas para beneficio de la comunidad científica
 - Escribir un libro con los resultados de la investigación
 - Presentar el resultado de la investigación en eventos científicos
 - Devolver la información a los participantes de la investigación.

11. BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Duque, Marta. La Globalización Y Las Reformas Económicas Y Sociales De Los Noventas: Su Impacto En Las Condiciones De Salud En Colombia: Un Estudio De Caso Sobre Bogotá. Páginas 14-15. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.2001.
2. Ojeda Diana. "Plata hay, la falla del Sistema de Salud en Colombia es estructural", Entrevista a la Procuradora delegada para Asuntos de Trabajo y Seguridad Social. Consultada en mayo 3 de 2014. Disponible en:
http://www.achc.org.co/documentos/hospitalaria/La_entrevista_82.pdf. pag 1-2
3. Patiño, José. La medicina administrada en Colombia: el SGSSS en Colombia <http://www.amesp.org/archivos/pdfs/1er%20Congreso%20de%20Medicina%20y%20Salud.pdf#page=265>, página 269
4. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2011
5. Villar Luis. la ley 100: fracaso estatal en salud pública. Consultada Abril 26 de 2014. Disponible en
http://www.deslinde.org.co/IMG/pdf/La_Ley_100_el_fracaso_estatal_en_la_salud_publica.pdf
página 2-3
6. Guzmán, Hernando. El sistema de salud no tiene legitimidad. Debate. Consultado el 22 de abril de 2014. ISSN 0124-4388. año 10. Número 112, 2009. Disponible en:
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0801ene/debate/debate-09.htm>.
7. Defensoría del pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Programa de salud 2011. Página 87
8. Carreño, Lerma. "La salud en las campañas presidenciales de 2014". En: Semanario virtual Caja de Herramientas. [Internet] [Consultado 16 de abril de 2014] Disponible en:
<http://viva.org.co/cajavirtual/svc0396/articulo08.html> Consultado el 3 de mayo de 2014.
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones Bogotá; El Congreso; 1993.
10. Enríquez Alberto, Gallicchio Enrique. Desarrollo local y gobernanza. Enfoques transdisciplinarios. Consultado mayo 5 de 2014. Página 23. Disponible en:

http://www.academia.edu/748991/Desarrollo_Local_y_Gobernanza_Investigacion_y_politicas_para_el_desarrollo_en_America_Latina

11. Bazzani R. Gobernanza y salud: aportes para la innovación en sistemas de salud. Rev. Salud pública. 2010 abril; 12 (Suplemento 01): 1-7.
12. Molano, Carlos y Gorbanev Louri. El sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de la literatura. Consultado Abril 30 de 2014. Disponible en: http://rev GERENC POLIT salud.javeriana.edu.co/vol12_n_24/espacio_abierto_1.pdf, páginas 74-86.
13. Molina, Gloria, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. Consultado abril 25 de 2014. Disponible en: http://rev GERENC POLIT salud.javeriana.edu.co/vol_9_n_18_supl/ponencia_panel_2.pdf, páginas 105-107
14. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. El Congreso; 2007.
15. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Derecho a la salud. La Corte. Bogotá; 2008.
16. Echeverri E. Derecho a la salud, Estado y globalización. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006 mar; 24 (número especial): 80-95.
17. Howard, R y Gunther, S. Health in all policies: an EU literature review 2006-2011 and interview with key stakeholders. [Internet] [Consultado 2014 May 5]. Disponible en: <http://www.equitychannel.net/uploads/HiAP%20%20Final%20Report%20May%202012.pdf>
18. Costa-Alcaraz Ana, Calvo-Rigual Fernando, Siurana-Aparisi Juan. La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria Rev. Esp. Salud Pública. mar.-abr. 2013; 87-88.
19. Pato, Ignacio. La Gobernanza para la Salud en el Siglo XXI. Estudio Conducido por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Revistaesalud.com 2011; 7 (8): 2.
20. PNUD (1997). Reconceptualizing Governance. Discussion paper 2. Capítulo 1: concepts of governance and sustainable human development. Management development and governance división, Bureau for policy and programme support. United Nations Development Programme. [Internet] [Consultado 2014 may 11]. Disponible en: http://centrodesarrollohumano.org/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1872
21. Flores W. Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud. Cuaderno de Desarrollo Humano. Guatemala: Eva Sazo de Méndez, Ineditasa; 2010.
22. Flores, W. Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. Rev. Salud Pública. 2010 abril; 12-13.

23. Hufty, M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Rev. salud pública. 2010. 12 sup (1): 39-61.
24. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. Capítulo 2: Concepto de Gobernanza. [Internet]. [Consultado 2014 Abr 2]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2818/5.pdf>
25. Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. Revista INSTITUCIONES Y DESARROLLO. 2001; 10: 103-148.
26. Báscolo, E. Gobernanza, Equidad y Atención Primaria de la salud: un nuevo abordaje para viejas problemáticas. 1ª Edición, Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte, 2006. ISBN 10:987-22838-0-X, pág. 11-12
27. Kooimas, J. Governing as Governances, Londres, SAGE publications, 2005, pag 3.
28. UNDP, Reconceptualising governance, discussion paper, management development and governance division, Bureau for policy and programme support, UNDP, New York, 1997, pag 9.
29. Whittingham, Victoria. Aportes de la teoría y la praxis para la nueva gobernanza. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, Octubre de 2002
30. Closa Montero, Carlos, El libro blanco sobre la gobernanza, Revista de estudios políticos, Cit., pag 488.
31. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. 2006. Cad. Saúde Pública, 22 (Sup35-45): 535-545.
32. United Nations. Governance. [Internet]. [Consultado 2014 Mar 10]. Disponible en: <https://www.un.org/es/globalissues/governance/>
33. GEGSS. Centro de estudios para la equidad y la gobernanza en los sistemas de salud. ¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia? [internet]. [Consultado 15 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.cegss.org.gt/documentos/evidencia_para_politicas_publicas.pdf
34. Klomp J, Haan J. Effects of Governance on Health: A Cross-National Analysis of 101 Countries. 2008. KYKLOS, Vol. 61 (4): 599–614.
35. OMS. Regional Office for Europe. Governance for health in the 21st century. [Internet]. [Consultado 16 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf
36. Charo Rodríguez Ch, Lamothe L, Barten F, Haggerty J. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. 2010; Rev. Salud pública, 12 (1): 151-159.
37. Hufty, M y Báscolo, Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad. Saude Publica Vol 22 Suppl.0, 2006, 4-5.
38. Báscolo E, Yavich N. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. 2010; Rev. salud pública. 12 (1): 89-104.
39. Cunill N, Fernández M, Vergara M. Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud. Un análisis a partir del caso chileno. Salud colectiva. 2011 ene. /abr; 7 (1): 21-33.

40. Molina G, Roth A, Peters K, Oquendo T. Rectoría y gobernanza en salud pública: su debilidad e incertidumbre. En: Molina G, Ramírez G, Ruiz A. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano. Medellín: Pulso & Letra Editores; 2013. p. 163-178.
41. López YL, et al. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. *Biomédica*. 2009; 29:567-81.
42. Molina G, Cáceres F. Aspectos de la Rectoría, dirección, organización y gestión del sistema general de seguridad social en salud. En: Dilemas en las decisiones de atención en salud. Molina G. Muñoz I, Ramírez A. Bogotá. Instituto de Estudios del Ministerio Público; 2009.p 145-164.
43. Gonzales H, Caro I, Bedoya I. Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. 2011 nov. ISSN 0122-972. p. 79-91. [internet]. [Consultado 17 de abril de 2014]. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/viewFile/434/357>
44. Bula V, Molina G, Muñoz I. Participación comunitaria en salud. En: Molina G, Ramírez G, Ruiz A. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano. Medellín: Pulso & Letra Editores; 2013. p. 321-337.
45. Berrio A, Arden F, Quiroz M, Carvajal J. Fundamento y misión de la vigilancia y control para la eficacia del derecho a la salud. En: Dilemas en las decisiones de atención en salud. Molina G. Muñoz I, Ramírez A. Bogotá. Instituto de Estudios del Ministerio Público; 2009. p.165-180.
46. Pereira M. La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza. Instituto sobre la investigación y debate de la gobernanza. [internet]. [Consultado 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html>
47. Roth A, Molina G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2013; *Rev. salud pública*. 15 (1): 44-55.
48. Cardona A, Nieto E, Mejía L. Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. 2010; *Rev. salud pública*. 12 (1): 123-137
49. Jones D, Manzelli H, Pecheny M. Grounded Theory: Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta de Moebio*, Issue 019 [internet]. [Consultado 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/101/10101904.pdf>.
50. Hernández C, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4 ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2006
51. Strauss A, Corbin J, Base de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2 ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2012.
52. De la Torre G, Di Carlo E, Santana, Opazo H, Ramírez C, Rodríguez P. et al. Teoría Fundamentada o Grounded Theory. [Internet] [Consultado: 23 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.uacj.mx/DINNOVA/Documents/SABERES_Verano2011/curso_ti/Teoria-Fundamentada_\(trabajo\).pdf](http://www.uacj.mx/DINNOVA/Documents/SABERES_Verano2011/curso_ti/Teoria-Fundamentada_(trabajo).pdf).
53. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004.

54. Categorías de los municipios y departamento, vigencia 2013. [Internet [Consultado 2014 May 6] Disponible en:
http://www.contaduria.gov.co/wps/portal/internetes/!ut/p/b1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOINzPyDTEPdQoM9zX2MDTyDAoJdAkPNjY3CTIAKikEKcABHA7z6g-D6cShwMyLSfuwKnL3NKdIPciAB_X4e-bmp-gW5oaGhEeWKAACWLNsl/dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2XzMwNDAwOEJSNkw1TDgwSVJHRks2M1ZIOEEz