

**“POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA Y SUS  
EFECTOS SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD. UNA PROPUESTA  
METODOLÓGICA DE SÍNTESIS INTERPRETATIVA A PARTIR DE UNA REVISIÓN  
SISTEMÁTICA DE LITERATURA”**

**CARLOS FRANCISCO FERNÁNDEZ RINCÓN**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA BOGOTÁ  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS  
BOGOTÁ, D.C.  
2013**

**“POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA Y SUS  
EFECTOS SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD. UNA PROPUESTA  
METODOLÓGICA DE SÍNTESIS INTERPRETATIVA A PARTIR DE UNA REVISIÓN  
SISTEMÁTICA DE LITERATURA”**

**CARLOS FRANCISCO FERNÁNDEZ RINCÓN**

**Tesis para optar por el título de Magíster en Estudios Políticos**

**Fabián Alejandro Acuña Villarraga  
Director de Tesis**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA BOGOTÁ  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS  
BOGOTÁ, D.C.  
2013**

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Bogotá, D.C., 21 de junio del 2013

A ti, que siempre creíste en mí

## **AGRADECIMIENTOS**

A los docentes del programa de la Maestría de Estudios Políticos de la Universidad Javeriana, por abrirme un horizonte que desconocía. A Julio César Castellanos, director del Hospital Universitario San Ignacio, por su permanente apoyo y estímulo. Al profesor Fabián Acuña, mi director de tesis, por su tolerante y decisiva orientación, a Carlos Humberto Arango por sus valiosos y desinteresados aportes y, sobre todo, a los míos, por tolerar mi abandono disfrazado de academia.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
RESUMEN .....	13
INTRODUCCIÓN .....	14
1. LOS EFECTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD, COMO PROBLEMA DE ESTUDIO .....	16
2. ENFOQUE INTERPRETATIVO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA APLICADA A ESTUDIOS EN CIENCIA POLÍTICA. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO PROPUESTO APLICADO .....	22
3. IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VALORACIÓN DE LA EVIDENCIA .....	29
3.1. PASO 1. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	29
3.2. PASO 2. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA .....	29
3.2.1. Definición de criterios de entrada de inclusión y exclusión.....	29
3.2.2. Definición de criterios delimitadores de la búsqueda .....	29
3.2.3. Palabras clave y frases de búsqueda .....	30
3.2.4. Conectores booleanos.....	30
3.2.5. Algoritmos de búsqueda.....	31
3.3. PASO 3. DESARROLLO DE LA BÚSQUEDA .....	31

3.3.1.	Búsqueda de artículos en bases de datos.....	31
3.3.2.	Búsqueda en sitios web.....	32
3.4.	PASO 4. SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	32
3.5.	PASO 5. EVALUACIÓN CRÍTICA DE LOS ESTUDIOS .....	34
4.	“SÍNTESIS ARGUMENTAL” A PARTIR DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA RESULTADOS DEL PROCESO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA .....	36
4.1.	ARGUMENTOS ACERCA DEL CONCEPTO DE POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN APLICADO EN LAS REFORMAS.....	36
4.2.	¿QUÉ JUSTIFICÓ LA POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD? .....	38
4.3.	EL PROCESO DESCENTRALIZADOR EN COLOMBIA .....	41
4.3.1.	Contexto previo a la aparición de la política de descentralización .....	43
4.3.2.	La ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993 .....	45
4.3.3.	La descentralización y la Ley 100 de 1993.....	48
4.3.4.	Efectos que se hicieron evidentes derivados del proceso descentralizador ..	52
5.	“SÍNTESIS INTERPRETATIVA” A PARTIR DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA PROCESO DESCENTRALIZADOR DEL ESTADO EN SALUD, EL DISEÑO DEL SGSSS Y LA SITUACIÓN DE CRISIS VIGENTE. ....	57
5.1.	LA POLÍTICA PÚBLICA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD COMO BASE DEL NUEVO ARREGLO INSTITUCIONAL: DISEÑO DEL SGSSS .....	57
5.2.	EL ROL DE LOS NUEVOS AGENTES, QUE RECIBEN LAS COMPETENCIAS DESCENTRALIZADAS DEL ESTADO EN LA OPERACIÓN DEL SGSSS.....	59

5.3. DESCENTRALIZACIÓN DEL ESTADO DESDE SU NIVEL NACIONAL AL TERRITORIAL, DE LA RECTORÍA Y LA SALUD PÚBLICA .....	62
5.4. LA SITUACIÓN ACTUAL DE CRISIS DEL SGSSS Y LOS VÍNCULOS EVIDENTES CON EL DISEÑO BASADO EN LA POLÍTICA DESCENTRALIZADORA.	66
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES .....	72
BIBLIOGRAFÍA .....	74
ANEXOS .....	78



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 Descriptores de la búsqueda .....	30
Tabla 2 Conectores booleanos y su significado .....	30
Tabla 3. Bases de datos consultadas.....	32
Tabla 4. Sitos web con contenidos académicos consultados.....	32

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

	<b>Pág.</b>
Ilustración 1 Diagrama de flujo de búsqueda y selección de estudios .....	33
Ilustración 2 Diagrama de flujo de estudios excluidos.....	34

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Revisión sistemática. Documentos seleccionados y Abstracts de la selección final.....	78
Anexo 2. Revisión sistemática. Modelo para evaluación crítica de la evidencia recopilada.....	96
Anexo 3. Lista de los recursos bibliográficos identificados en la revisión de entrada.....	97

## LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

Ministerio de Salud y Protección Social	MSPS
Empresas Sociales del Estado	ESE
Ingresos Corrientes de la Nación	ICN
Instituto de Seguros Sociales	ISS
Sistema General de Seguridad Social en Salud	SGSSS
Sistema General de Participaciones	SGP
Entidad Promotora de Salud	EPS
Aseguradora del Régimen Subsidiado	ARS
Superintendencia Nacional de Salud	SNS
Unidad de Pago por Capitación	UPC
Plan Obligatorio de Salud	POS
Comisión de Regulación en Salud	CRES
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud	IETS

## RESUMEN

Mediante la aplicación de una metodología mixta se analizó la relación entre el proceso de descentralización en salud y los actuales desenlaces (crisis) del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSS) a través de su aplicación en el país.

El abordaje metodológico planteado se basó en la aplicación de los modelos de “revisión sistemática de la literatura”, patrimonio de la gestión del conocimiento de las ciencias médicas, a los estudios disponibles en el campo de la descentralización en salud en Colombia. El objetivo era probar a través de la solución de una pregunta de investigación, si el método propuesto es aplicable a la información disponible de las ciencias políticas y sociales.

Con este fin se diseñó un modelo a partir de la definición de criterios de búsqueda y validación a través de un algoritmo específico que se aplicó a los artículos de diferentes fuentes con información relevante en el tema de descentralización en salud y sus efectos. De un gran universo se seleccionaron 74 artículos de los cuales se encontró evidencia válida en 35, sobre los cuales se hizo un análisis cualitativo argumental fundado en la pregunta planteada.

El proceso permitió la obtención de dos conclusiones centrales: la validez y utilidad del método propuesto para validar literatura de corte social y la certeza de que la forma como se ha surtido el proceso de descentralización en salud está fuertemente ligado a la situación de crisis sectorial actual, al punto de tener que considerarse como un elemento fundamental en los procesos de reforma, so pena de que obviarlos deja al sector en las mismas condiciones en las que se encuentra.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como propósito no solo encontrar respuesta a una pregunta central de una investigación temática en el campo de la ciencia política, sino también buscar una solución a una pregunta metodológica específica, a través de la cual sería posible resolver la pregunta temática inicial. Así, el interrogante temático obedece a la necesidad de saber acerca de la existencia de relaciones entre la situación disfuncional y de crisis por la que atraviesa la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el proceso de descentralización en salud llevado a cabo en Colombia, mientras, adicionalmente, la pregunta metodológica obedece a la necesidad de probar si la utilización de los métodos de búsqueda de evidencia que se usan con rigor en las ciencias médicas para gestionar el conocimiento disponible, permiten obtener de manera estructurada la información crítica requerida para alimentar la elaboración de una síntesis discursiva (interpretativa), por medio de la cual se proponga una respuesta a la pregunta temática.

Aquí se planteó entonces la posibilidad de integrar una aproximación metodológica utilizada de rutina en las ciencias médicas-positivas (interés explicativo y/o de predicción) para gestionar evidencia científica, como instrumento riguroso que permite gestionar información clave sobre un problema de estudio y ponerlo a disposición como insumo de un proceso interpretativo de una realidad (interés de comprensión), utilizado con frecuencia en las ciencias sociales. El estudio se abordó, entonces, a través de un diseño cualitativo de investigación, de tipo interpretativo, que se alimentó de los hallazgos que se encontraron en las fuentes formales (repositorios de literatura científica) y de la llamada “literatura gris”, sobre los que se hizo posible elaborar una disertación (véase capítulo 5) que permitió proponer una respuesta al interrogante temático central.

Los resultados obtenidos del estudio fueron, de un lado, del orden fáctico, ligados a la aplicación de un método estructurado de colección de evidencia proveniente del conocimiento generado por las ciencias sociales sobre el tema de estudio, en tanto que se identificaron, organizaron y revisaron los resultados de los estudios que constituyen el

estado del arte acerca del proceso de descentralización y reforma a la salud en Colombia. También resultaron ser, de otro lado, de orden intelectual y conceptual, en tanto que se hizo una reflexión argumental, basada en una síntesis interpretativa, que dio cuenta sobre los potenciales, reales o inexistentes, vínculos entre la descentralización llevada a cabo en el país y la situación del sistema de salud colombiano, hoy.

La propuesta metodológica aplicada permitió entonces, luego de conocer el estado del arte del proceso de descentralización en el país y realizar el análisis de la validez y consistencia de los estudios seleccionados finales, realizar la síntesis interpretativa argumentada al tenor de la evidencia, que derivó en el hallazgo de la relación irrefutable de que el proceso de descentralización en salud es pilar fundamental del diseño y operación del sistema de salud colombiano y que su proceso de implementación y desarrollo tiene vínculos directos con el desempeño y los resultados logrados por el sistema. La propuesta metodológica permitió evidenciar la simultaneidad e hibridación del proceso descentralizador con el de privatización, los cuales están fuertemente relacionados con factores determinantes de la disfunción del sistema sanitario colombiano y consecuentemente con el incumplimiento de los objetivos de equidad y acceso en condiciones de calidad y eficiencia, prescritas en el diseño original del mismo. Integrar entonces recursos metodológicos, de ciencias médicas y de ciencias sociales, permitiendo una aproximación mixta para resolver un problema de ciencia política, es pertinente y útil.

El presente estudio se ordena en cinco capítulos: el primero aborda la aproximación hecha al problema de investigación; el segundo presenta el enfoque metodológico propuesto utilizado; el tercero presenta los resultados de la revisión sistemática llevada a cabo, desarrollada desde los primeros cinco pasos de la metodología; el cuarto capítulo presenta la “síntesis argumental” realizada (paso 6), a partir de los resultados de la revisión sistemática, y en el quinto capítulo se presenta la “síntesis interpretativa” (paso 7), en la que se estructura una respuesta a la pregunta de investigación.

## **1. LOS EFECTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD, COMO PROBLEMA DE ESTUDIO**

Las políticas de descentralización aparecieron como protagonistas de primera línea en los procesos de reforma de los modelos de salud en los países de América Latina y el Caribe durante la década de los 80 y alcanzaron su plenitud en los 90. Este proceso produjo cambios de un fuerte impacto tanto en la formulación de políticas públicas, como en la percepción del papel del Estado por la sociedad civil. Estas transformaciones no fueron espontáneas, sino el resultado de una corriente descentralizadora que se remonta a los años 60, época en la que se presentó un proceso de urbanización e industrialización con influencia directa en la ampliación de la infraestructura en los servicios de salud<sup>1</sup>.

En la mayoría de los países de la región, existía un modelo de organización en los sistemas de salud, basado en sistemas de perfil estatal, con estructura político administrativa centralista y segmentados por tipos de población: los empleados formales pertenecían a sistemas de cajas o institutos del seguro social estatal de financiamiento parafiscal de lógica previsional (“bismarkiana”); otra parte de la población (la mayoría) era acogida por los llamados sistemas nacionales de salud con financiamiento fiscal al amparo de la beneficencia estatal, y un tercer grupo (el menor de todos) estaba conformado por los usuarios de medicina privada, que incluía población amparada por alguno de los dos grupos anteriores<sup>2</sup>.

La etapa de descentralización fue conocida como “el periodo de reformas o de ajustes estructurales de los Estados en América Latina”, periodo que puso en marcha la transformación de las políticas económicas a través de cambios en los procesos de asignación y uso eficiente de los recursos; derivado de esto, se establecieron mayores

---

<sup>1</sup> VÁZQUEZ M.L., SIQUEIRA, E., KRUIZE, I., DA SILVA, A. & LEITE, I.C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Revista Gaceta Sanitaria, 30-38.

<sup>2</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). Descentralización y reforma en los servicios de salud: El caso colombiano. Human Development Department. The World Bank. Latin America and the Caribbean Regional Office.



limitaciones al sector público, se crearon nuevos incentivos para el sector privado y se establecieron nuevas formas de relaciones entre lo público y lo privado<sup>3</sup>.

La situación macroeconómica de la época hizo evidente las ineficiencias y el mal desempeño de los Estados en la región, lo que se constituyó en la principal excusa y en razón suficiente para retirarle la responsabilidad de toda provisión de servicios y concentrarlo en un papel eminentemente rector, definidor de políticas y regulador del comportamiento de las instituciones y de los agentes sociales. Esta decisión también implicó la transferencia de funciones, recursos y responsabilidades del gobierno central a los niveles periféricos<sup>4</sup>.

Con la definición de políticas económicas se determinaron políticas sociales, que quedaron condicionadas a la dinámica macroeconómica de los países, al punto que el crecimiento y desarrollo del sector salud era subsidiario del desempeño fiscal de cada Nación y en función de sus equilibrios macro<sup>5</sup>. La eficiencia del gasto público social se convirtió en el eje central de toda política y, consecuentemente, en uno de los objetivos centrales del diseño de las reformas. Esto condicionó que en sectores como el de la salud, el Estado se concentrara en las funciones de rectoría y regulación con un rol de autoridad sanitaria y se trasladó la provisión de los servicios a los niveles subnacionales con el claro objetivo de hacer más eficiente el gasto en la prestación de servicios a los ciudadanos, creando un sistema de salud capaz de responder con agilidad, eficacia y mayor eficiencia a las necesidades sanitarias de la población<sup>6</sup>. Bajo este panorama se determinó el nacimiento de instituciones autónomas, con capacidad de gestionar riesgos corporativos, para cumplir con esta tarea. A su vez el sector privado encontró aquí un nicho de potenciales negocios rentables.

---

<sup>3</sup> RIUTORT, M., & CABARCAS, F. (2006). Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana.

<sup>4</sup> *Ibíd.*

<sup>5</sup> DI GROPELLO, E., & COMINETTI, R. (1998). La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. (C. C. Caribe, Ed.)

<sup>6</sup> MONTECINOS, E. (2005). Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática. *Revista Eure* (Vol. XXXI, N° 93) , 77-88.

Los lineamientos para los procesos de descentralización fueron explícitos en una publicación del Banco Mundial conocida como ‘World Development Report 1993: Investing in health’<sup>7</sup>, documento que fue utilizado por muchos países para sus respectivas reformas; este planteamiento reflejaba un cambio ideológico hacia las tendencias neoliberales o nuevas derechas reinantes<sup>8</sup>. Sus indicaciones fueron aplicadas al pie de la letra en las reformas sectoriales de Colombia y Chile, donde la descentralización se erigió como uno de los ejes fundamentales de los cambios propuestos<sup>9</sup>.

La separación y entrega de los servicios gubernamentales a escenarios plurales de competencia fue una consecuencia directa del proceso, al igual que la transformación institucional de los hospitales públicos, que en el caso colombiano adoptaron la figura de Empresas Sociales del Estado. “*Fomentar una mayor diversidad y competencia en la prestación de servicios de salud mediante la descentralización de los servicios gubernamentales, la promoción de prácticas de adquisición competitivos, fomentar una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y otras privadas, y la regulación de los mercados de seguros*”<sup>10</sup>.

En ese contexto, la descentralización transfiere competencias centrales del Estado a sus instancias territoriales, dentro del mismo Estado, y a su vez las transfiere a instancias por fuera del mismo, lo que permite la génesis de diferentes formas de autonomización de entidades públicas, su transformación en figuras privadas de operación y la relación directa o indirecta con agentes externos o paraestatales.

En Colombia la decisión de iniciar un proceso de descentralización estuvo influenciada por factores económicos y políticos, que buscaban resolver la problemática del país en materia fiscal y administrativa; las decisiones tomadas con respecto a las disposiciones

---

<sup>7</sup> WORLD BANK. (1993). World Development Report; Investing in Health. World Bank. Oxford University Press, Oxford.

<sup>8</sup> RIUTORT, M., & CABARCAS, F. (2006). Op. Cit.

<sup>9</sup> JARAMILLO, I. (2001). Evaluación de la descentralización en salud en Colombia. Proyecto de profundización de la descentralización en Colombia COL/99/022/DNP/PNUD, Bogotá.

<sup>10</sup> Ibíd.

económicas, se establecieron con el fin de hacer el gasto público social más eficiente y equitativo<sup>11</sup>.

En Colombia la descentralización inició con la expedición de las leyes 10, 60 y 100 a principios de los 90. Las dos primeras leyes sentaron las bases para la transferencia de competencias desde el nivel nacional al nivel territorial, preservando el gobierno y la financiación estatal; la Ley 100 creó el sistema general de seguridad social, un sistema desmonopolizado y de “competencia” entre aseguradores y prestadores denominando mercado regulado<sup>12</sup>, convirtiéndose esta ley en el punto de quiebre del análisis sectorial de la salud en el país.

La Ley 100 marcó desde 1993 un proceso de autonomización que profundizó la descentralización, en un escenario de operación del sistema de salud, conformado por agentes autónomos que dependían de sí mismos, tanto en su gobierno como en su financiamiento. Esto ocurrió con los hospitales públicos y privados en la provisión de servicios de salud de todos los grados de complejidad, y con las nuevas agencias encargadas de la función de aseguramiento: las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Paralelamente los niveles de gobierno nacional y territorial asumieron las funciones de rectoría, inspección, vigilancia y control sobre la prestación de los servicios y de aseguramiento en los niveles departamentales y municipales, concomitantemente con la responsabilidad sobre la prestación de servicios de salud pública o atenciones colectivas en sus jurisdicciones.

En el caso colombiano, el modelo descentralizador dejó en manos de agentes autónomos la prestación de servicios de salud en las llamadas instituciones prestadoras de salud (IPS), a través de la atención individual de enfermos con la provisión de servicios delimitados en un paquete de beneficios, denominado plan obligatorio de salud (POS). El diseño propone

---

<sup>11</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). Op. Cit.

<sup>12</sup> YEPES, F., & SÁNCHEZ, L. H. (1999). La Descentralización de la Salud en Colombia. Estudio de casos y controles. (f. p.-0. Este trabajo fue apoyado por el proyecto “Social Policy Decentralization: A Regional”, Ed.)

en este asunto “hospitalizar el hospital”, para que se especialice en la atención de enfermos y en procesos de producción de bienes y servicios, propios de la atención para recuperar la salud y para procurar el control de riesgos individuales de enfermar.

Dentro de este modelo, con la generación de la Ley 100 a la salud pública no se le definieron unos lineamientos claros<sup>13</sup> y sus atenciones no tienen atributos para ser clasificadas como transacciones de compra venta, estas deben ser provistas y asumidas por los departamentos y municipios y su financiamiento depende del Estado con recursos fiscales.

La dinámica descentralizadora ha tenido una finalidad concreta: “Mejorar la eficiencia de los programas sociales de la región” y en esencia del gasto público social en salud. Al respecto, la CEPAL dijo en su momento (1998): *“La descentralización de los servicios sociales es un instrumento de política usualmente empleado para alcanzar objetivos económicos y políticos, y se caracteriza por ser un proceso extremadamente complejo, que involucra transformaciones profundas en los ámbitos institucional, financiero y de gestión microeconómica, a la vez que modifica la distribución de poderes de los múltiples actores que intervienen en el proceso de provisión de los servicios sociales”*<sup>14</sup>. Y con relación a la reforma colombiana indicó: *“El principal móvil de la descentralización colombiana ha sido construir la integración nacional y la legitimidad del Estado, para facilitar la convivencia y el cese de los conflictos armados. A esta motivación básica se ha sumado la búsqueda de un nuevo papel del Estado en la economía y un ordenamiento más claro de las relaciones fiscales intergubernamentales. Por esta razón, la descentralización colombiana es esencialmente un fenómeno político, acompañado de transformaciones administrativas y fiscales”*<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> ESTEBAN, A., AMARO, J., & BASALLO, A. (2004). La privatización de la Salud en Colombia (Una reflexión para todos). Revista de la SEMG (64), 311-315.

<sup>14</sup> DI GROPELLO, E., & COMINETTI, R. (1998). Op. Cit.

<sup>15</sup> *Ibíd.*

Lo anterior permite desarrollar un correlato argumental sobre los vínculos del modelo descentralizador en salud aplicado en Colombia con la situación actual de resultados cuestionados del sistema de seguridad social en salud y del pobre desempeño institucional de sus organizaciones. No es vano plantear el interrogante sobre el impacto que en la génesis de esas deficiencias tienen el Estado Nacional y los gobiernos regionales en sus papeles de rectores y autoridades sanitarias. De igual forma, es válido analizar el rol que en el mismo sentido han tenido los demás agentes autónomos descentralizados: EPS, IPS Y ESE, entre otros.

Es claro que la disfuncional actual del sector tiene bases que van más allá de las meras fallas de mercado, de la carencia de regulación, del pobre desempeño funcional y del desequilibrio financiero. Buscar soportes en todas las aristas del proceso de descentralización para entender la crisis actual es el reto académico relevante que se afronta en este estudio.

## 2. ENFOQUE INTERPRETATIVO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA APLICADA A ESTUDIOS EN CIENCIA POLÍTICA. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO PROPUESTO APLICADO

El problema de investigación se abordó desde la perspectiva de un estudio de tipo interpretativo, epistemológicamente enmarcado en un “interés histórico-hermenéutico” que permita la comprensión sobre un fenómeno de política pública, en este caso el de la descentralización en salud, como eje del diseño del sistema de salud y consecuentemente como determinante de su desempeño y resultados.

Es claro que el estudio incluye un contexto histórico, porque se trata de una sucesión de hechos que en el tiempo permitieron la génesis de una política pública que se puso en marcha en contextos políticos, económicos y sociales específicos insertos en la evolución del país y del mundo en las dos últimas décadas. También incluye un abordaje hermenéutico, dada la necesidad de buscar “interpretar” un conjunto de hechos sociales, derivados, en este caso, de dicha política pública

Este énfasis en el carácter “histórico y hermenéutico” es propuesto en la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt y puede aplicarse con fines prácticos a las ciencias sociales y, por lo tanto, a los estudios propios de la ciencia política. Esta intencionalidad “práctica” se refiere al fenómeno de que en el ejercicio de interpretación hermenéutica se pretende comprender los hechos sociales para orientar el quehacer social.

A propósito de este interés interpretativo y de comprensión, el profesor Vasco (1985)<sup>16</sup> indica: *“Sin embargo, Habermas sostiene que, dentro de esta lucha en el interior del trabajo científico, ese es sólo uno de los posibles intereses que legítimamente deben llamarse científicos, y que hay un interés que no busca ya la predicción y el control sino que busca ubicar la práctica personal y social dentro del contexto histórico que se vive. Hay pues un*

---

<sup>16</sup> VASCO, C. E. (1985). *Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales*. (U. N. Colombia, Ed.) Santafé de Bogotá.

*interés legítimamente científico, serio y disciplinado, que busca comprender más profundamente las situaciones para orientar la práctica social, la práctica personal, la práctica de grupo o de la clase dentro del proceso histórico. Nótese los verbos "ubicar" y "orientar". Los señalo como más importantes que la palabra que utiliza Habermas, porque esa palabra puede ser desorientadora en cuanto a sus connotaciones. Debemos afirmar que sí hay un interés de hacer ciencia que, más que la predicción y el control, busca la ubicación y la orientación de la praxis. Ese tipo de interés también produce reflexión científica seria y disciplinada. A este interés lo llama la Escuela de Frankfurt 'Interés Práctico' ”.*

Al abordar el problema de investigación desde una propuesta interpretativa vale la pena referenciar a Guba y Lincoln<sup>17</sup>, quienes recomiendan secuencialmente *“comprender como propósito significa reconocer la influencia de la realidad sobre el investigador y su interacción con el fenómeno de estudio, eliminar toda pretensión generalizadora, fundamentar los hallazgos en interacciones de influencias mutuas, eliminando el análisis de fallas y de causas y efectos, todo sin desconocer que es imposible aislar las valoraciones propias del investigador”*.

Para el desarrollo de la investigación se recurrió a la búsqueda de información relevante basada en un método positivo de revisión sistemática de literatura, que como instrumento estructurado y riguroso permitió dar cuenta sobre el desarrollo del proceso de formulación, implementación y evaluación de la política de descentralización en salud y su relación con la reforma del sistema de salud. Dado que para llegar a proponer una respuesta sobre esta cuestión, a partir de una síntesis interpretativa, era necesario, e imperativo, conocer el estado del arte y la validez del conocimiento disponible a utilizar, la formulación de un método positivo como el aplicado permitió identificar y coleccionar toda la evidencia existente y gestionar dicho conocimiento siguiendo unas pautas objetivas y rigurosas de

---

<sup>17</sup> GONZALEZ, J. (2008). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa nuevas respuestas para viejos interrogantes. Sevilla.

selección y validación de la información y sobre la cual se desarrolló el ejercicio interpretativo.

Se utilizó entonces como recurso metodológico, como se ha dicho, una estrategia propia de los abordajes positivos a problemas científicos en las ciencias naturales basado en la “evaluación sistemática de literatura”, considerando que es una técnica que, en el caso de las ciencias de la salud y en particular en la medicina, permite resolver problemas de conocimiento. Una síntesis acerca de la importancia de las revisiones sistemáticas utilizadas en ciencias de la salud, es presentada por la Universidad de York (2008)<sup>18</sup>, de la siguiente manera: *“Las decisiones de atención de salud para los pacientes individuales y para las políticas públicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible. Se alienta a los profesionales y responsables de hacer uso de las últimas investigaciones y la información sobre las mejores prácticas, y para garantizar que se demuestre el origen de las decisiones en este conocimiento. Sin embargo, esto puede ser difícil debido a la gran cantidad de información generada por estudios individuales que pueden estar sesgados, metodológicamente imperfectos, dependientes del tiempo y del contexto, y pueden ser mal interpretados y mal representados. Por otra parte, estudios individuales pueden llegar a conclusiones contradictorias. Esta disparidad puede deberse a sesgos o diferencias en la forma en que los estudios fueron diseñados y realizados, o simplemente debido a la intervención del azar. En tales situaciones, no siempre está claro qué resultados son los más fiables o qué se debe utilizar como base para la práctica y decisiones de política.”*

*Acerca del objeto y de la importancia de las revisiones sistemáticas, los mismos autores agregan finalmente<sup>19</sup>: “Las revisiones sistemáticas tienen por objeto identificar, evaluar y resumir los hallazgos de los estudios individuales relevantes, con lo que la evidencia disponible se hace más accesible para los tomadores de decisiones. Cuando sea apropiado, la combinación de los resultados de varios estudios, da una estimación más*

---

<sup>18</sup> UNIVERSITY OF YORK. (2008). *Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Centre for Reviews and Dissemination. York: CRD, University of York.

<sup>19</sup> *Ibíd.*



*fiable y precisa de la eficacia de una intervención de un estudio aislado. Las revisiones sistemáticas se adhieren a un estricto diseño científico sobre la base de métodos explícitos, preespecificado y reproducible. Debido a esto, cuando se llevan a cabo revisiones bien hechas, proporcionan estimaciones confiables acerca de los efectos de las intervenciones, por lo que las conclusiones son defendibles. Además de establecer lo que sabemos acerca de una intervención en particular, las revisiones sistemáticas también pueden demostrar que se carece de conocimiento. Esto puede, entonces, ser usado para guiar la investigación futura”.*

Se considera que las revisiones sistemáticas son especialmente valiosas *“como medio para examinar todas las pruebas sobre una cuestión particular, si existe cierta incertidumbre acerca de la respuesta”*.<sup>20</sup>

Son precisamente autores como Pretticrew y Roberts quienes proponen un conjunto de siete pasos para guiar una revisión sistemática en ciencias sociales: 1. Definir con claridad la pregunta de estudio propuesta o la hipótesis que la revisión pondrá a prueba. 2. Determinar los tipos de estudios que deben ubicarse a fin de responder a la pregunta. 3. Llevar a cabo una búsqueda exhaustiva de la literatura para localizar los estudios. 4. Tamizar los resultados de la búsqueda (es decir, filtrar a través de los estudios recuperados y decidir cuáles aparecen como si cumplieran con todos los criterios de inclusión, y por lo tanto requieren un examen más detallado, y seleccionar los que no lo hacen). 5. Evaluar críticamente los estudios incluidos. 6. Sintetizar los estudios y evaluar la heterogeneidad entre los resultados del estudio. 7. Difundir los resultados de la revisión.

El desafío metodológico en este estudio es integrar dos lógicas que por tradición se han considerado contrarias: una de abordaje positivista, empírico y analítico, y otra de corte interpretativo, argumentativo y discursivo, para la obtención de una respuesta a la pregunta de estudio y de cómo alinearlas en un mismo propósito.

---

<sup>20</sup> PETTICREW, M., & ROBERTS, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences : a practical guide*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Esto exigió formular y probar un método de trabajo que permita encontrar un punto común entre ambos enfoques. Este punto se presumió a partir de una finalidad básica de la gestión de conocimiento: la búsqueda de inferencias a partir de la mejor evidencia posible, independientemente de que sea capturada a través de instrumentos cuantitativos o cualitativos y en donde lo que es realmente importante es que el conocimiento pueda ser verificable. Estas inferencias se pueden producir a partir tanto de asociaciones estadísticas de causalidad buscando correlaciones matemáticas exactas, como de análisis interpretativo y de comprensión de hechos sociales a partir de inferencias de relaciones argumentadas, que pudiesen verificarse. Al respecto, Gary King y colaboradores (1994)<sup>21</sup> abordan esta cuestión y tratan de conciliar la tensión entre quienes abogan por los beneficios de la escuela conductista y positivista que privilegian los mecanismos explicativos basados en investigaciones predominantemente cuantitativas, y la otra tendencia que, en crítica a la anterior, privilegia las investigaciones cualitativas para la explicación de los fenómenos sociales; por esta razón, King y colaboradores, más allá de las aparentes diferencias de naturaleza entre los estudios cuantitativos y los cualitativos, encuentran beneficios de una y otra, y priorizan que el conocimiento sea verificable.

De otro lado, para Landman<sup>22</sup> la relación entre las ciencias naturales y las ciencias políticas parte de la base de que la ciencia es una acumulación gradual de conocimiento sobre el mundo empírico basado en prácticas sistemáticas de investigación (recolección y organización de evidencia, búsqueda de patrones, generación y comprobación de hipótesis y generación de teorías generales). Las ciencias naturales comparten con la ciencia política los mismos objetivos enunciados, no obstante que las ciencias políticas se diferencian de las naturales, entre otros, en dos aspectos: el rol de la experimentación y la generación de leyes científicas. En el caso de las ciencias políticas, la experimentación solo puede ser simulada.

---

<sup>21</sup> KING, G., KEOHANE, R., & VERBA, S. (1994). *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

<sup>22</sup> LANDMAN, T. (2000). *Issues and Methods in Comparative Politics*. An introduction.

La ciencias políticas no buscan leyes científicas en sí, lo que no es un impedimento para interpretar y comprender los fenómenos políticos con alguna certeza, que habría de basarse, en todo caso, en la demostración de utilización de fuentes argumentales ciertas que también pudiesen ser verificadas. Para ello se presentan dos métodos. El cuantitativo, que pretende mostrar las diferencias numéricas entre ciertos objetos de análisis, y el cualitativo, que se usa para mostrar las diferencias de clase. Los dos tienen como objetivo hacer inferencias con base en la evidencia disponible.<sup>23</sup>

En este sentido, ambas formas de investigación responden a la misma lógica inferencial, lo que les otorga características científicas y sistemáticas, diferenciadas por técnicas y estilos por un lado cuantitativos (números y métodos estadísticos), de lo concreto a lo general, y, por otro, cualitativos (entrevistas, materiales históricos, documentales, entre otros) que abarcan una amplia gama de enfoques, pero ninguno de carácter numérico centrándose en uno o pocos casos, todo sobre un método discursivo que estudia de forma global una unidad.

De otro lado, hay que advertir que si bien el segmento del método mixto aplicado elabora una primera parte de la revisión sistemática mediante un ejercicio analítico y deductivo, el componente interpretativo es de tipo SINTÉTICO e inductivo, partiendo de revisar hechos particulares y singulares desde los que se construyen las relaciones argumentales más generales.

Para el presente estudio, la información sobre la cual se elaboraron los argumentos discursivos fue gestionada a través de una adaptación del método descrito, proponiendo ocho pasos, agrupados en dos partes:

- Revisión sistemática - Parte 1 – Estado del arte: identificación, selección y valoración de la evidencia encontrada.
  - Paso 1. Formulación de la pregunta de investigación.

---

<sup>23</sup> Ibíd.

- Paso 2. Diseño de la estrategia de búsqueda.
- Paso 3. Desarrollo de la búsqueda.
- Paso 4. Selección y priorización de los estudios.
- Paso 5. Evaluación crítica de los estudios.
- Revisión sistemática Parte 2 - Interpretación: síntesis argumental e interpretativa de la información priorizada.
  - Paso 6. Realizar la “síntesis argumental” a partir de los estudios priorizados.
  - Paso 7. Discusión y “síntesis interpretativa” de la evidencia.
  - Paso 8. Divulgación de los resultados de la revisión.

Para el desarrollo de la segunda parte, en el paso número 7, se identificaron categorías argumentales como resultado del paso 6 y sobre las que se elaboró la discusión final de “síntesis interpretativa” consecuente Ver resultados detallados en el anexo 1 y 3. Ver modelo de ficha de análisis de validez empleada en el paso 5, en el anexo 2.

### **3. IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VALORACIÓN DE LA EVIDENCIA**

A continuación se presenta la descripción del proceso que se llevó a cabo en la revisión sistemática de la literatura, siguiendo los pasos propuestos en la metodología del estudio.

#### **3.1. PASO 1. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existen vínculos entre la política pública de descentralización en salud en Colombia y el diseño de la reforma del sistema de salud (arreglo institucional) y su situación actual?

El objetivo del estudio y de la revisión sistemática se concentra entonces en: (i) establecer la existencia de vínculos entre el proceso descentralizador en salud llevado a cabo en Colombia y el diseño del SGSSS, vigente en el país. (ii) Definir la relación del diseño del SGSSS, que se puso en marcha y la disfunción /crisis del SGSSS.

#### **3.2. PASO 2. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

##### **3.2.1. Definición de criterios de entrada de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión: Se incluyen documentos que sean el resultado de (i) investigaciones científicas y (ii) estudios técnicos, cuyo tema sea la (iii) descentralización de salud en (iv) América Latina con énfasis en Colombia; como también estudios similares en donde se presente (v) la situación actual de la reforma de la salud en Colombia.

Criterios de exclusión: artículos periodísticos, editoriales, reseñas de libros, conferencias en eventos.

##### **3.2.2. Definición de criterios delimitadores de la búsqueda**

Idiomas: español e inglés.

Literatura: académica y/o científica, incluida “literatura gris”.

Años de publicación: se incluyeron artículos desde 1980 hasta junio del 2013.

Asequibilidad: texto completo, gratuito o disponible a través de acceso institucional.

### 3.2.3. Palabras clave y frases de búsqueda

A partir de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), se identificaron los siguientes descriptores o palabras claves, tanto en español como en inglés (tabla 1).

**Tabla 1 Descriptores de la búsqueda**

Idioma	Palabras claves				
	Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH)			Frases de búsqueda	
	#1	#2	#3	#4	#5
Español	Descentralización	Salud	Colombia	“Reforma en los servicios de salud”	América Latina
Inglés	Decentralization	Health	Colombia	“Reform services in health”	Latin America

### 3.2.4. Conectores booleanos

Se utilizaron conectores del álgebra booleana para construir asociaciones y disyunciones entre los Descriptores de Ciencia de la Salud (DeCS) y las frases de búsqueda, los significados de los conectores se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2 Conectores booleanos y su significado**

Conector	Significado
Y - AND	Si se relacionan dos palabras con este conector, la base de datos muestra los documentos en los que aparecen únicamente ambas palabras a la vez.
O – OR	Si se relacionan dos palabras con este conector, la base de datos muestra los documentos en los que aparecen ambas palabras, o bien una de las dos.

NO - NOT	Este conector poco habitual no relaciona dos palabras, pero puede preceder a una en concreto, permitiendo que la base de datos no devuelva documentos que contengan esa palabra.
----------	--

### 3.2.5. Algoritmos de búsqueda

Para iniciar la exploración documental se diseñó un algoritmo de búsqueda que debería ser replicable en diferentes bases de datos.

#### Español

(#1 *Descentralización* AND #2 *salud*) OR (#3 *Colombia* OR #4 *“reforma en los servicios de salud”* OR #5 *“América Latina”*)

#### Inglés

(#1 *Decentralization* AND #2 *health*) OR (#3 *Colombia* OR #4 *“Reform in health services”* OR #5 *“Latin America”*)

## 3.3. PASO 3. DESARROLLO DE LA BÚSQUEDA

De acuerdo con el objetivo y la pregunta de investigación, así como también con cada uno de los criterios establecidos para la selección y/o exclusión de la información, se procedió a hacer la búsqueda de la literatura de manera sistemática en las distintas bases de datos y en los sitios web con contenidos académicos.

### 3.3.1. Búsqueda de artículos en bases de datos

La búsqueda se hizo en bases de datos (de texto completo, como referenciales y mixtas) institucional y de acceso público. Las bases de datos consultadas se muestran en la tabla 3.

**Tabla 3. Bases de datos consultadas**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>
Academic Search Premier (a través de EBSCO)	Texto completo – acceso institucional
Scopus	Mixta – Acceso institucional
Medline	Mixta – Acceso público gratuito

### **3.3.2. Búsqueda en sitios web**

Se consultaron los sitios web y portales especializados en contenidos académicos en su mayoría con documentos en texto completo y gratuito. Los sitios web y portales consultados se muestran en la tabla 4.

**Tabla 4. Sitos web con contenidos académicos consultados**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>
Google académico	Motor de búsqueda
Redalyc	Repositorio de revistas
Dialnet	Repositorio de revistas
Scielo	Repositorio de revistas

### **3.4. PASO 4. SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS**

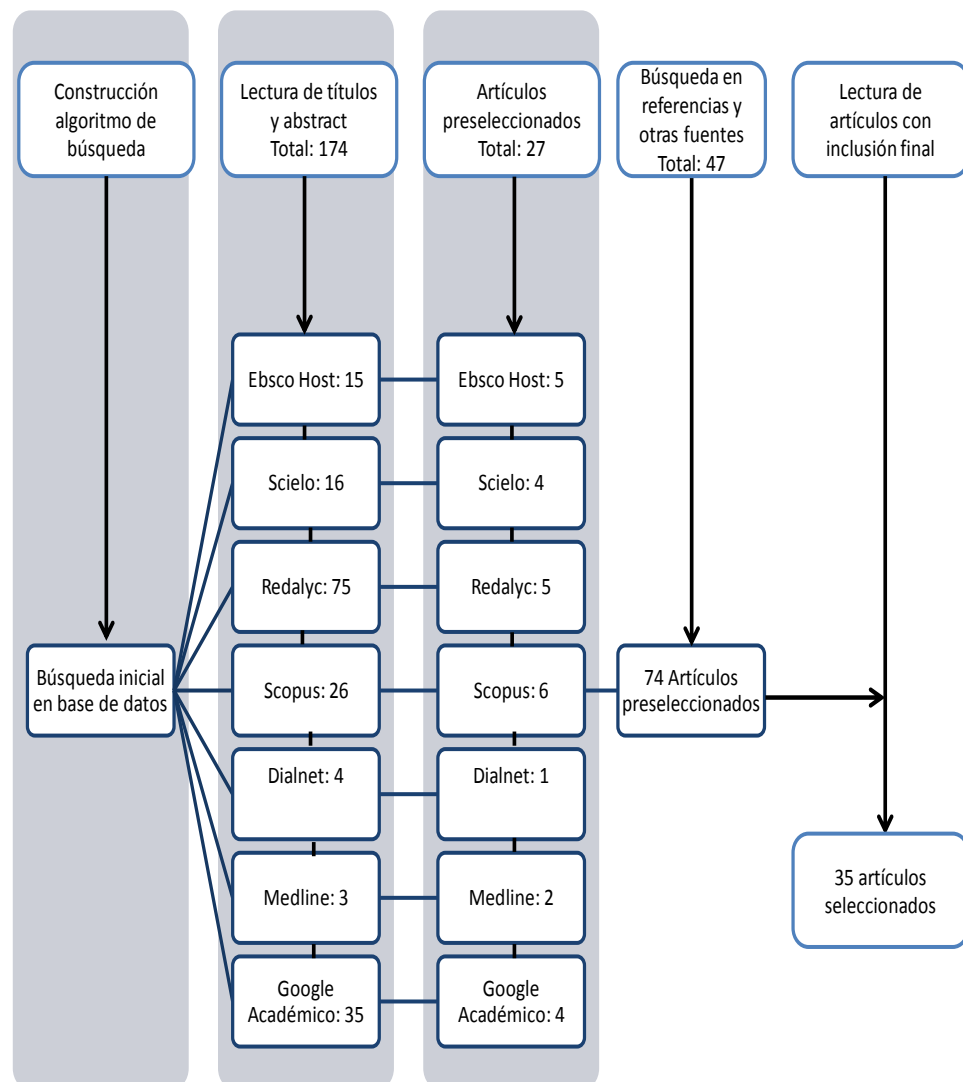
Para acceder a los documentos identificados en las bases de datos y sitios web, primero se hizo un *screening* o “revisión en pantalla”, con una lectura de entrada, sin requerir una lectura completa del escrito. En esta instancia se revisó cada documento por título, *abstract* y palabras claves, para identificar si el documento cumplía con los criterios de inclusión previamente establecidos. Cuando el título del documento no bastaba o generaba dudas para decidir su inclusión o exclusión, se recurrió a la lectura del *abstract* o del contenido para tomar la decisión.

Una vez identificado el documento, se procedió a tener acceso a los mismos, obteniendo los textos completos.

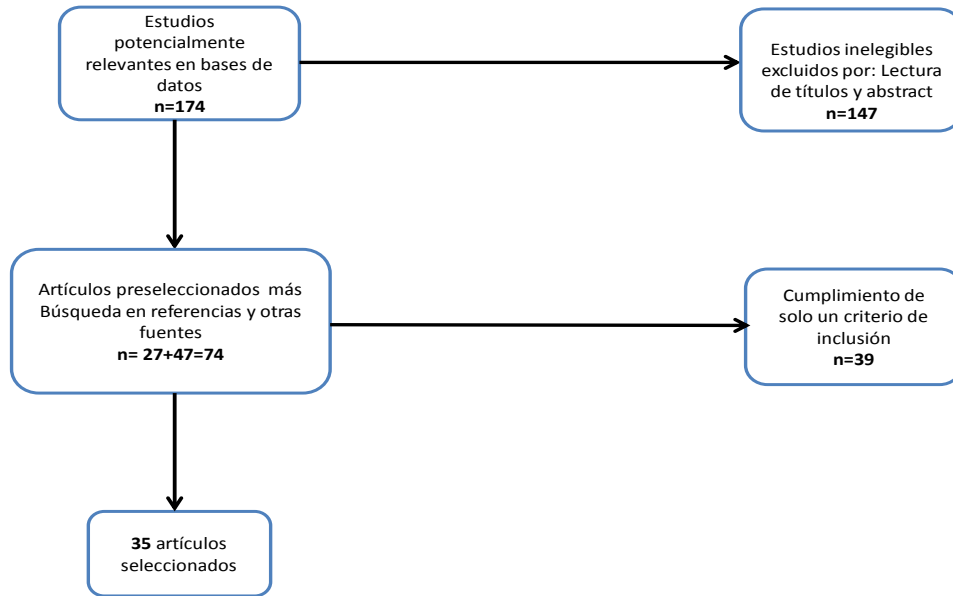


**Priorización de la información.** De los resultados obtenidos en la búsqueda inicial se prioriza la literatura que cumple con por lo menos dos de los criterios establecidos. De manera gráfica se presenta la descripción del proceso de búsqueda y selección de estudios. En cada paso se reporta el número de estudios encontrados o seleccionados. En las ilustraciones 1 y 2 se presenta el proceso de revisión sistemática.

**Ilustración 1 Diagrama de flujo de búsqueda y selección de estudios**



## Ilustración 2 Diagrama de flujo de estudios excluidos



### 3.5. PASO 5. EVALUACIÓN CRÍTICA DE LOS ESTUDIOS

De la literatura revisada se seleccionaron 35 documentos, que se priorizaron. Después de aplicar los criterios establecidos se encontró que 28 de ellos tratan de manera directa con la descentralización, en sus diferentes aspectos. Los siete adicionales se centraban de manera general en la reforma de los sistemas de salud, con algunos apartes dedicados a la descentralización.

Excepto cuatro estudios de los años 1995, 1998 y 1999, los demás son posteriores al 2000. Se identifica que las metodologías utilizadas, en general, corresponden a estudios de tipo mixto, con análisis cuantitativo y cualitativo y con patrones básicos de desarrollo de

estudios científicos y de documentos técnicos. La mayoría corresponden a estudios científicos publicados en revistas indexadas, desarrollados por centros universitarios.

También hay informes técnicos de organismos multilaterales (OPS/OMS, PNUD, USAID, BID) y organismos nacionales (SNS). El desarrollo de la revisión sistemática, parte 2 “síntesis argumental e interpretativa de la información priorizada”, se desarrolla en los dos capítulos siguientes, y corresponde a los pasos No. 6 de realización de una síntesis argumental a partir de los estudios priorizados, y No. 7 de discusión y síntesis interpretativa de la evidencia.

## **4. “SÍNTESIS ARGUMENTAL” A PARTIR DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA RESULTADOS DEL PROCESO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA**

### **4.1. ARGUMENTOS ACERCA DEL CONCEPTO DE POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN APLICADO EN LAS REFORMAS**

Con base en los hallazgos la descentralización puede definirse como la transferencia de poder y competencias del gobierno central a los niveles periféricos del gobierno –cambiar el lugar donde se toman las decisiones y ponerlas bajo el control de la comunidad–.<sup>24</sup> Para consolidar este proceso deben involucrarse diferentes niveles geográficos del país, que incluyen no solo a las autoridades departamentales o municipales, sino también, a veces, instituciones o áreas descentralizadas<sup>25</sup>.

Adicionalmente, la transferencia puede involucrar diversas funciones que incluyen autonomía en decisiones, planeación, diseño o ejecución de recursos y la posibilidad de recolectar fondos en el nivel local<sup>26</sup>. Generalmente, se puede caracterizar el proceso de descentralización [...] en varias categorías, de acuerdo con el grado de transferencia de poder al nivel local<sup>27</sup>.

Por razones geográficas o relacionadas con los niveles de complejidad, en el sector salud se han creado entidades administrativas, por ejemplo distritos sanitarios o regiones de salud; en estos casos la descentralización significa una forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a unidades gestoras de menor tamaño<sup>28</sup>.

---

<sup>24</sup> GUIMARAES, L. (2001). Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. Washington, DC.

<sup>25</sup> HOMEDES, N., & UGALDE, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 54-62.

<sup>26</sup> *Ibíd.*

<sup>27</sup> RUITORD, M y CABARCAS, F. Op.Cit.

<sup>28</sup> HOMEDES, N., & UGALDE, A. Op. Cit.

Por descentralización también se entiende la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios. En los últimos años ha ido cobrando vigencia la autonomía hospitalaria y, en algunos casos, de los centros de salud<sup>29</sup>. Una modalidad de descentralización que se ha utilizado mucho en América Latina es la de los institutos y empresas públicas descentralizadas o paraestatales a las que se les otorga la capacidad de tomar decisiones sin tener que consultar con los poderes legislativo y ejecutivo<sup>30 31</sup>.

La descentralización se ha desarrollado en dos modalidades: la sectorial, que ocurre cuando un servicio público o social entra a ser prestado, en forma total o parcial, por una entidad “descentralizada” con respecto al nivel central de la administración pública, y la territorial, que ocurre cuando las competencias y los recursos son transferidos por el nivel nacional hacia los departamentos, distritos y municipios, e incluso cuando estos últimos delegan en las localidades, comunas o corregimientos, el ejercicio de competencia y la ejecución de parte de los recursos<sup>32</sup>.

La descentralización se ha desarrollado, también, a través de componentes políticos, financieros y administrativos. La descentralización administrativa existe cuando el ente que recibe la competencia adquiere autonomía para seleccionar, contratar y asignar los recursos a entidades y programas, aunque la autonomía esté limitada en la selección de objetivos o en la designación de autoridades. La descentralización financiera ocurre cuando el ente central transfiere recursos financieros para que el ente descentralizado los asigne y ejecute con cierto grado de autonomía<sup>33</sup>.

La generación de fondos puede descentralizarse total o parcialmente, y la generación de fondos a nivel descentralizado puede estar o no estar reglamentada a nivel central<sup>34</sup>. En

---

<sup>29</sup> *Ibíd.*

<sup>30</sup> BOSSERT, T. (1996). *Health policy and systems development. An agenda for research*. OMS Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

<sup>31</sup> HOMMES, R. (1995). *Conflicts and dilemmas of decentralization*. Washington.

<sup>32</sup> YEPES, F., & SÁNCHEZ, L. H. *Op. Cit.*

<sup>33</sup> *Ibíd.*

<sup>34</sup> HOMEDES, N., & UGALDE, A. *Op. Cit.*

Colombia tales transferencias estaban constituidas por rentas cedidas, situado fiscal y participaciones municipales para la inversión social<sup>35</sup>. En el 2001, el situado fiscal y los ingresos corrientes de la Nación se transformaron en recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

De otro lado, la descentralización política les otorga a los departamentos divisiones, unidades y/o gobiernos subnacionales autonomía para la gestión de sus servicios, lo que al mismo tiempo permite aumentar su eficiencia<sup>36</sup>, y autonomía en el diseño de sus políticas públicas y sociales con amplia discrecionalidad en la selección de sus objetivos y prioridades<sup>37</sup>. La autonomía política también incluye la selección de las autoridades públicas como ocurre con la elección popular de alcaldes y gobernadores o, en el caso de los hospitales, cuando las juntas directivas tienen poder para designar directores y gerentes<sup>38</sup>.

El proceso descentralizador colombiano combina la descentralización política, administrativa y financiera. Las especificaciones por cada uno de los componentes se detallan más adelante.

#### **4.2. ¿QUÉ JUSTIFICÓ LA POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD?**

En algunos países de América Latina, la descentralización ha sido una política clave para reformar el sector salud y modernizar al Estado. Esta reforma promueve la descentralización institucional y territorial como un medio para que haya competencia entre el sector público, para que haya conciencia sobre el control de costos y, así, desarrollar un nuevo papel del Estado<sup>39</sup>.

---

<sup>35</sup> YEPES, F., & SÁNCHEZ, L. H. Op. Cit.

<sup>36</sup> MONTECINOS, E. Op. Cit.

<sup>37</sup> YEPES, F., & SÁNCHEZ, L. H. Op. Cit.

<sup>38</sup> YEPES, F., & SÁNCHEZ, L. H. Op. Cit.

<sup>39</sup> BOSSERT, T., CHAWLA, D., BOWSER, D., BEAUVAIS, J., GIEDION, U., ARBELAEZ, J., ET AL. (2000). *Applied Research on Decentralisation of Health Systems in Latin America: Colombia Case Study*, Health Sector Reform Initiative 32, AC.HSR.

Los promotores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional de América Latina <sup>40 41</sup> al cual atribuyen, ineficiencias administrativas y falta de adecuación de los servicios, para suplir las necesidades sentidas de la población<sup>42</sup>.

De acuerdo con los impulsores, la descentralización se justifica por razones políticas, administrativas y económicas para conseguir diversos objetivos<sup>43 44 45 46 47 48 49</sup> dentro de los cuales los más comunes han sido:

(i) Favorecer la participación comunitaria y la democratización. De acuerdo con la declaración de Alma Ata (1978), la participación comunitaria es una estrategia que permite ajustar los servicios a las necesidades locales. Desde esta perspectiva, la descentralización y la participación comunitaria se complementan<sup>50</sup>, aunque la declaración de Alma Ata no sugiere cómo se resuelven los conflictos que se generan cuando los deseos de la comunidad van en contra de los principios técnicos<sup>51</sup>.

(ii) Mejorar la eficiencia y la calidad. Los servicios de salud presentan un gran número de deficiencias administrativas, entre las cuales se puede mencionar falta de insumos básicos, mantenimiento inadecuado de equipo e instalaciones, injerencias políticas en el

---

<sup>40</sup> PERRY, G., DILINGER, W., & BURKI, S. (1999). *Beyond the center. Decentralizing the state*. Washington: World Bank.

<sup>41</sup> VELDHUYZEN VAN ZANTES, T., & SEMIDEI, C. (1996). *Assessment of health sector decentralization in Paraguay*. Technical report núm. 1, University Research Corporation, Washington.

<sup>42</sup> HOMEDES, N., & UGALDE, A. (2002) Op. Cit.

<sup>43</sup> BOSSERT, T. Op. Cit.

<sup>44</sup> HOMMES, R. (1995). Op. Cit.

<sup>45</sup> COLLINS, C. (1994). *Management and organization of developing health systems*

<sup>46</sup> MILLS, A., WAUGHAN, J., SMITH, D., & TABIBZADEH, I. (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Ginebra

<sup>47</sup> CHEEMA, G., & RONDINELLI, D. (1983). *Decentralization and development*. Beverly Hills.

<sup>48</sup> SCARPACI, J. (1992). Primary-care decentralization in the southern cone: shantytown health care as urban social movement. 229-274. (S. JL, Ed., & S. P. Series, Compiler)

<sup>49</sup> COLLINS, C. (1996). Health policy and systems development. An agenda for research. 161-168. (J. K, Ed.) Ginebra.

<sup>50</sup> ACEVEDO MERCADANTE, O., YUNES, J., & CHORNY, A. (1994). *Descentralización y municipalización de los servicios de salud en Sao Paulo, Brasil*. 381-396. (B. O. Salud, Compiler)

<sup>51</sup> HOMEDES, N., & UGALDE, A. (2002) Op. Cit.

nombramiento de personal, uso inapropiado y robo de recursos, absentismo laboral, control excesivo de las decisiones por la profesión médica, carencia de personal técnico de niveles medios y falta de cumplimiento de horarios<sup>52</sup>. Estos problemas contribuyen en gran parte a la ineficiencia y baja calidad de los servicios. La descentralización se genera para ayudar a reducir algunos de estos problemas, facilitar un control más cercano por parte de la comunidad y del personal sobre el uso de los recursos, y conocer más de cerca las diferencias administrativas<sup>53</sup>.

(iii) Reducir el gasto del nivel central. Para los gobiernos que están llevando a cabo el ajuste estructural es importante reducir el gasto público central en servicios sociales y así liberar fondos para pagar la deuda externa<sup>54</sup>. Esta política es parte de las ideas neoliberales propulsadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Con la descentralización, en nombre de la modernización administrativa, los gobiernos centrales transfieren a los provinciales, y éstos a su vez a los municipales, la responsabilidad de la prestación de servicios de salud, pero sólo transfieren una parte de los fondos, con lo cual consiguen liberar los restantes<sup>55</sup>.

(iv) Facilitar la privatización. Algunos autores han señalado que la privatización es una forma de descentralización<sup>56</sup>, pero esta visión no es completamente compartida. De hecho, una de las estrategias de descentralización es la autonomía hospitalaria. En algunos países los planes de descentralización incluyen la privatización de los servicios<sup>57</sup>.

---

<sup>52</sup> UGALDE, A., & HOMEDES, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* .

<sup>53</sup> *Ibíd.*

<sup>54</sup> COLLINS, C. (1989). *Op. Cit.*

<sup>55</sup> UGALDE, A., & HOMEDES, N. (2002). *Op. Cit.*

<sup>56</sup> RONDINELLI, D. (1983). Implementing decentralization programmes in Asia: a comparative analysis. 181-207.

<sup>57</sup> COLLINS, C. (1989). *Op. Cit.*



### 4.3. EL PROCESO DESCENTRALIZADOR EN COLOMBIA

En Colombia, la antinomia centralismo-descentralización está en la base de varios lustros de guerras civiles. Después de un siglo de intentos centralistas, el país ha emprendido la transición hacia una profunda descentralización en un marco democrático<sup>58</sup>. Colombia, como tantos otros países de América Latina y el Caribe, a lo largo de su vida republicana osciló entre el centralismo y el federalismo. Desde la Constitución de 1886 el Estado funcionó dentro de un esquema centralista, con un papel moderado de los entes departamentales y un rol apenas nominal de los entes territoriales municipales. Desde 1945 se habían dado intentos descentralizadores, pero sólo en la década de los ochenta se inició la descentralización política, administrativa y fiscal<sup>59</sup>.

A mediados de la década de los años ochenta, Colombia decidió reformar el Estado en su conjunto por la vía de la descentralización política, fiscal y administrativa<sup>60</sup>. Esta decisión de iniciar un proceso de descentralización obedeció, principalmente, a consideraciones económicas y políticas, que buscaban resolver crecientes problemas del país en materia fiscal y administrativa; consideraciones de orden económico, encaminadas a hacer el gasto público social más eficiente y equitativo, y a estimular el esfuerzo fiscal territorial. También a consideraciones de orden político, que pretendían con la descentralización democratizar y mejorar la gobernabilidad, crecientemente afectada en distintas regiones<sup>61</sup>, todo esto en el escenario de la nueva Constitución Política del país de 1991<sup>62</sup>.

Los hitos más visibles del proceso general de descentralización en Colombia fueron: (i) la descentralización política: la elección popular de alcaldes y de gobernadores (instauradas en 1986 y 1989, respectivamente, y puestas en práctica en 1987 y 1992), que otorgó autonomía política y administrativa considerable a los entes territoriales subnacionales,

---

<sup>58</sup> CEPAL. (1994). *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington: Serie Documentos Reproducidos. Panamerican Health Organization.

<sup>59</sup> YEPES, F., & SÁNCHEZ, L. H. (1999).

<sup>60</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). Op. Cit.

<sup>61</sup> *Ibíd.*

<sup>62</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1991). Constitución Política de Colombia. Artículo 48 y 49

estimulando la participación y control ciudadanos a través de distintos mecanismos; (ii) la descentralización administrativa: la transferencia de competencias y responsabilidades en diversos sectores (incluyendo salud), desde el nivel nacional hacia los niveles subnacionales, y (iii) la descentralización fiscal: el mandato constitucional (de 1991) de transferir automáticamente y de manera gradual hasta cerca del 50 por ciento de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) a los entes territoriales para efectos del cumplimiento de las competencias y responsabilidades transferidas<sup>63</sup>.

Durante los años 70 y 80, los líderes políticos, usuarios y prestadores sabían que los sistemas de servicios de salud en América Latina habían acumulado tal grado de ineficiencia e inequidad, que se tenía que hacer algo para revertir la creciente insatisfacción de los usuarios y el empeoramiento de la calidad del servicio, y mejorar la equidad y eficiencia de los sistemas<sup>64</sup>. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial se aprovecharon de la crisis de los años 80 para obligar a los gobiernos latinoamericanos a introducir reformas en salud, como una condición para los préstamos<sup>65</sup>.

Casi todos los países latinoamericanos han adoptado un proceso de descentralización del Estado o de algunos servicios públicos, como salud y educación. Por ejemplo, Colombia, Argentina, Bolivia, Brasil, Venezuela, Chile y Ecuador han creado un marco constitucional que redistribuye los recursos y las responsabilidades entre los diferentes ámbitos de gobierno<sup>66</sup>. La reforma del sector salud ha presentado gran influencia durante las dos últimas décadas en la región de América Latina y el Caribe, presentando un sinnúmero de elementos comunes<sup>67</sup>.

---

<sup>63</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). Op. Cit.

<sup>64</sup> HOMEDES, N., & UGALDE, A. (2005). "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America". *Health Policy*, 83-96

<sup>65</sup> CEPAL. (1994). Op. Cit.

<sup>66</sup> ROJAS, F. (1999). "The Political Context of Decentralisation in Latin America". *World Bank Latin American and Caribbean Studies, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, Decentralisation and Accountability of the Public Sector*, 9-31.

<sup>67</sup> WORLD BANK. (1993).

Estos elementos incluyen mayores limitaciones al papel del sector público, conjuntamente con nuevos incentivos para el sector privado y nuevas formas de relaciones entre lo público y lo privado, semiautonomía hospitalaria, mayor diversidad en la financiación de servicios de salud, nuevos procesos para establecer prioridades y distribución de recursos, nuevos incentivos para los trabajadores de la salud y orientación a los consumidores sobre suministro de servicios y participación comunitaria<sup>68</sup>. El modelo de descentralización colombiano se apoya mucho en la experiencia europea, especialmente de España y Francia, y la desmonopolización en la prestación de servicios públicos y sociales se inspira en gran medida en las ideas estadounidenses y chilenas<sup>69</sup>.

La descentralización del sector salud, como parte de una reforma más amplia del Estado y dentro del contexto de un modelo económico neoliberal, ha sido un proceso difícil, que ha implicado un cambio en la cultura administrativa y política del gobierno municipal y de todo el país<sup>70</sup>.

#### **4.3.1. Contexto previo a la aparición de la política de descentralización**

Para finales de los ochenta Colombia contaba con un Sistema Nacional de Salud centralista, el cual se creó legalmente en 1973 y fue reglamentado en 1975 mediante los decretos 065 y 350; este sistema estaba compuesto por varios subsectores pobremente complementarios y para nada articulados: por una parte, una red hospitalaria pública financiada por presupuestos históricos desde el Ministerio Nacional de Salud, que brindaba servicios insuficientes a la población más pobre<sup>71</sup>.

De igual forma, un reducido subsistema de seguridad social para la población trabajadora, sin cobertura familiar, a cargo principalmente del Instituto Colombiano de Seguros Sociales

---

<sup>68</sup> GREEN, A., & COLLINS, C. (2003). *Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change*. Int.Health Plann Manage.

<sup>69</sup> JARAMILLO, I. (2001). *Evaluación de la descentralización en salud en Colombia*. Proyecto de profundización de la descentralización en Colombia COL/99/022/DNP/PNUD, Bogotá

<sup>70</sup> MOLINA, G., & SPURGEON, P. (2001). La descentralización del sector salud en Colombia Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y Política Pública*, 171-202

<sup>71</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). Op. Cit.

(ISS) y de algunas otras entidades del sector oficial, y, por último, por un diverso y limitado subsector privado, que incluía empresas de seguros voluntarios de salud y de medicina prepagada<sup>72</sup>.

La salud era un asunto técnico que concernía sólo a sus trabajadores, los cuales pertenecían a una organización vertical desde el Estado central y sin relación alguna con las administraciones municipales o departamentales. El sector contaba con una estructura que se desagregaba en forma funcional por “niveles de atención”, según grados de complejidad y con distribución regional<sup>73</sup>.

Su coordinación técnica estaba a cargo de estructuras paralelas a las ya existentes en las autoridades territoriales. Se dirigían, planificaban, financiaban y ejecutaban políticas, programas y proyectos desde el Ministerio de Salud, mediante los servicios seccionales de salud. Cada departamento contaba con su propio servicio seccional, cuyo jefe era nombrado por el propio Ministro de Salud<sup>74</sup>.

Al proceso de descentralización territorial se sumó el proceso de descentralización institucional. Este proceso buscaba que las instituciones de la red hospitalaria pública alcanzaran una mayor autonomía y, de paso, resolver algunos problemas específicos con importantes hospitales privados sin ánimo de lucro que habían pasado a depender del Estado durante las décadas de los setenta y ochenta<sup>75</sup>.

En Colombia, desde finales de los ochenta, existía de manera expresa la preocupación por la debilidad gerencial de los hospitales públicos, asociada a permanentes crisis hospitalarias financieras y laborales, a bajo desempeño y pobre calidad<sup>76</sup>.

---

<sup>72</sup> Ibíd.

<sup>73</sup> Ibíd.

<sup>74</sup> Ibíd.

<sup>75</sup> Ibíd.

<sup>76</sup> Ibíd.

Bajo este panorama, en Colombia se presentaron dos procesos que modificaron sustancialmente la estructura de la salud en Colombia. Se inició con el proceso de descentralización política y administrativa del país, la cual tuvo un impacto directo sobre el sector salud y continuó con la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, iniciada en diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100<sup>77</sup>. Ambos procesos, descentralización y reforma, fueron enmarcados y exigidos por la Reforma Constitucional de 1991, que consagró el carácter de Colombia como país descentralizado, con los servicios de salud definidos como “servicios públicos”<sup>78</sup>.

La descentralización de la salud en Colombia se inició con el Decreto 77 de 1987, que estableció el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios; a estos se les delegó la competencia para la construcción, dotación básica y mantenimiento integral de centros, puestos de salud y hospitales locales. Luego, con la Ley 10 de 1990, en su artículo 6°, se estableció la responsabilidad de los municipios en la dirección y prestación de servicios de salud sobre el primer nivel de atención, comprendiendo los hospitales locales, los centros y puestos de salud; a los departamentos se les asignó la dirección y prestación de los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención, comprendiendo los hospitales regionales, universitarios y especializados<sup>79</sup>.

#### **4.3.2. La ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993**

La búsqueda de una mayor autonomía en las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país se concretó con la Ley 10 de 1990. Esta norma exigió para el hospital público colombiano: 1) Mayor autonomía gerencial en su manejo, 2) Adquisición de personería jurídica y de patrimonio propio, 3) Modificaciones en la designación de los directores o gerentes, en procura de mayor estabilidad y de mejor nivel profesional, 4) La

---

<sup>77</sup> *Ibíd.*

<sup>78</sup> JARAMILLO, I. (2001). *Op. Cit.*

<sup>79</sup> JARAMILLO, I. (2001). *La Superintendencia Nacional de Salud, la descentralización y la reforma de la seguridad social en salud en Colombia.*

necesidad de contar con juntas directivas, de conformación tripartita (representantes del Estado, de los usuarios y de los profesionales de la salud<sup>80</sup>).

Posteriormente, en 1991, se proclamó la nueva Constitución Política, la cual avaló la perspectiva descentralista y entregó recursos de transferencia desde el presupuesto nacional para los municipios y departamentos (artículos 356, 357 y 358), se ordenó a la Nación transferir automáticamente un monto creciente de sus ingresos corrientes (ICN) a departamentos, distritos y municipios, para garantizar la prestación de los servicios de educación y de salud, entre otros.

De esa forma, se buscaba garantizar mayor crecimiento, eficiencia y equidad en el gasto público y una relación más estrecha entre el Estado y el ciudadano<sup>81</sup>. Además autorizó la desmonopolización de los servicios públicos y sociales, la introducción de la competencia público-privada y, en particular, eliminó el concepto clásico de “asistencia pública” para los ciudadanos más pobres basado en subsidios a la oferta. Como consecuencia de estos requisitos, se exigió la creación de un sistema de aseguramiento social “universal, eficiente y solidario”<sup>82</sup>.

En este sentido, en 1993 se expidió la Ley 60, que desarrolló los elementos en materia de competencias y recursos descentralizados y en particular del sector salud. Esta ley buscó: 1) Incrementar, de los ICN, las transferencias para salud a departamentos y municipios, hasta llegar aproximadamente al 6 por ciento y 5,5 por ciento, respectivamente, 2) Distribuir más equitativamente los recursos nacionales de salud entre las localidades y regiones, con criterios objetivos y mecanismos automáticos, de tal forma que se beneficiara la población más pobre y estimulando el desarrollo municipal. El 60 por ciento de los recursos se asignó por compensación a la pobreza y el 40 por ciento como premio a logros en el desarrollo y, 3) Ejecutar los recursos de transferencia en forma de gasto público directo o mediante

---

<sup>80</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1990). *Ley 10*

<sup>81</sup> DNP. (2005). *Metodología para la medición del desempeño municipal*. (D. N. PLANEACIÓN, Ed.) Bogotá

<sup>82</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1991). Op. Cit.

subsidios a la demanda, mediante entidades públicas o privadas<sup>83</sup>; en ese marco la Ley 60 de 1993 definió criterios de equidad y de gasto para la asignación e inversión de recursos públicos, criterios que incorporaron el espíritu constitucional del “gasto social prioritario” aumentando considerablemente los recursos para el sector salud<sup>84</sup>.

Tanto la Ley 10 como la Ley 60 establecieron responsabilidades por niveles de gobierno y mecanismos de articulación entre niveles territoriales, buscando equilibrar funciones y recursos y aprovechar las ventajas comparativas. Se formularon entonces los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia y la prestación de servicios de mayor complejidad (segundo y tercer niveles de atención), a cargo de los departamentos<sup>85</sup>.

La Ley 10 de 1990, considerando que los municipios no estaban preparados para el manejo de la salud, les exigió un conjunto de requisitos administrativos y técnicos antes de autorizarles el giro directo de los recursos del situado fiscal<sup>86</sup>. Posteriormente, la Ley 60 de 1993 siguió la misma metodología y estableció la certificación como un conjunto de requisitos para garantizar una estructura básica de gestión local en salud y de manejo de los recursos cedidos. Bajo esta figura se dio un reconocimiento formal de autonomía, al desarrollo de las capacidades locales y un cambio en el papel de los departamentos y de la Nación<sup>87</sup>.

Los municipios inicialmente eran “certificados” por la Nación y posteriormente por el departamento. Durante los años noventa se han ido transfiriendo las competencias sobre las distintas actividades de la salud, en un principio desde la Nación hacia los departamentos y luego desde estos hacia los municipios<sup>88</sup>. La “certificación” y la descentralización misma no es solo un proceso técnico-legal sino también es político y en él

---

<sup>83</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). Op. Cit.

<sup>84</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). *Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública , 19-40.

<sup>85</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). Op. Cit..

<sup>86</sup> JARAMILLO, I. (2001). Op. Cit.

<sup>87</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). Op. Cit..

<sup>88</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). Op. Cit.

se expresan los conflictos territoriales por el poder administrativo sobre la salud. La certificación, eje de la descentralización en salud, es hoy una estrategia polémica como instrumento útil para resolver los problemas centrales de la conducción de la salud en las localidades<sup>89</sup>. Las estructuras municipales sobre las cuales se sustentan la certificación y la capacidad de gestión, son aún incipientes en el país o no están articuladas a un desarrollo institucional sostenible. Los municipios más pobres y pequeños, aunque reciben recursos, no han asumido la gestión en salud o, en el mejor de los casos, lo han hecho de manera “empírica”. Se evidencia que en general hay vacíos y debilidades en los procesos de pre y poscertificación<sup>90</sup>.

#### **4.3.3. La descentralización y la Ley 100 de 1993**

Con la intención de responder a los problemas de inequidad, ineficiencia y a la pobreza calidad de los servicios de salud, y en particular para desarrollar el mandato constitucional de 1991 (Jaramillo I., 2001), un grupo legislativo preparó una reforma a la seguridad social, la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), materializada en la Ley 100 de 1993, con el aseguramiento como eje fundamental y con un modelo de competencia regulada<sup>91</sup>.

La Ley 100 estableció que la salud, como servicio público esencial de seguridad social, se prestaría con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Para cumplir con el principio de eficiencia la ley generó un sistema de libre competencia entre aseguradores (EPS) y prestadores (IPS). Las EPS serían las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Su función básica sería la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio

---

<sup>89</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). *Op. Cit.*.

<sup>90</sup> *Ibíd.*

<sup>91</sup> *Ibíd.*



a los afiliados<sup>92</sup> y las instituciones prestadoras de salud serían entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas<sup>93</sup>.

El principio de universalidad se cumpliría a través de la creación de un Plan Obligatorio de Salud, el cual permitiría la protección integral de las familias en la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que apliquen<sup>94</sup>.

La Ley 100 definió dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el contributivo, que corresponde a la vinculación individual y/o familiar, que se hace a través del pago de una cotización financiada directamente por el afiliado o en trabajadores dependientes entre éste y su empleador, y el régimen subsidiado, que corresponde a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares, que no tienen capacidad de cotizar<sup>95</sup>. Para clasificar a la población entre los regímenes contributivo y subsidiado, el Estado estableció la encuesta SISBÉN (Sistema de Identificación de Beneficiarios), la cual clasifica a la población en seis niveles económicos. Solo los usuarios clasificados en los niveles 1 y 2 entran en el régimen subsidiado y los niveles del 3 al 6 van al sistema contributivo.

Para cumplir con el principio de solidaridad, de los aportes hechos por los usuarios del régimen contributivo se destina un porcentaje para financiar el sistema de salud de las personas del régimen subsidiado, y el otro porcentaje es aportado por el Estado, los departamentos, los municipios y otras fuentes de financiación.

---

<sup>92</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1993). Ley 100

<sup>93</sup> *Ibíd.*

<sup>94</sup> *Ibíd.*

<sup>95</sup> *Ibíd.*

De manera similar, así como se crearon EPS para el aseguramiento de la población contributiva, se crearon las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) para el aseguramiento de la población perteneciente a este régimen. Al establecer dos clases de aseguradores (EPS y ARS) se definieron también dos clases de Planes Obligatorios de Salud para cada uno de los regímenes (POS y POS-S), generando diferencias en el acceso a procedimientos de salud y creando inequidad en la atención de salud la población colombiana.

La Ley 100 mantuvo la diferenciación entre las funciones de dirección y prestación de servicios, separándolas de las de aseguramiento, y en esa perspectiva definió nuevas competencias para el Ministerio de Salud y las entidades territoriales. Asignó al Estado un papel regulador, creó los consejos de Seguridad Social: Nacional (organismo decisorio y máximo rector del Sistema) y Territoriales (departamentales y municipales) con carácter asesor; junto con estas transformaciones se generaron también nuevos mecanismos de participación en salud<sup>96</sup>. Con la generación de esta ley se complementó el proceso de descentralización al pretender: 1) Gestionar la creación, contratación y ampliación del Régimen Subsidiado de la Seguridad Social en Salud a través de los departamentos y municipios, 2) Sustituir progresivamente los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, con una directa participación de los entes sub-nacionales en este proceso y 3) Ordenar la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESEs), empresas con figura jurídica autónoma y con facultades especiales para su gestión<sup>97</sup>.

La generación de todo este marco normativo se orientó fundamentalmente a definir competencias y recursos a los municipios, para asumir la gestión y prestación de servicios de salud, con un papel más secundario de los departamentos, centrado en los servicios de mayor complejidad y en la asesoría técnica y acompañamiento del proceso<sup>98</sup>. Con esta

---

<sup>96</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). *Op. Cit.*

<sup>97</sup> LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). *Op. Cit.*

<sup>98</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). *Op. Cit.*

lógica se entregó y responsabilizó a los alcaldes y gobernadores la salud integral de los ciudadanos en sus territorios, asumiendo que ellos entienden los condicionantes de la salud social e individual para hacer una asignación e inversión de recursos regida por las prioridades de sus comunidades<sup>99</sup>. Bajo esta percepción se fraccionó la salud, se hizo una separación del concepto asistencial de lo preventivo y se delegó por completo a los departamentos y municipios la gestión de la salud pública.

En esta línea, el gobierno nacional continuó con la competencia sobre la formulación de las políticas y funciones más importantes y sobre la orientación general del Sistema de Seguridad Social en Salud<sup>100</sup>. La última reforma hecha al proceso de descentralización en Colombia se dio con la aprobación de la Ley 715 de 2001, en la que se reglamentó el Sistema General de Participaciones de los entes territoriales (SGP). El SGP son recursos que la Nación transfiere a las entidades territoriales por mandato constitucional, para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación y otros<sup>101</sup>.

La Ley 715 establece, en lo que corresponde al sector salud, que la Nación formula políticas y programas de interés para el sector, ejecuta las políticas cuando sean de su competencia y evalúa el desempeño del sector<sup>102</sup>. Los departamentos deben dirigir, coordinar y vigilar el sector y los recursos del SGP de los municipios no certificados de su jurisdicción y, a su vez, deben apoyar la prestación de los servicios de salud a la población de escasos recursos mediante subsidios a la demanda, como también, coordinar y controlar las acciones de salud pública que se hagan en su jurisdicción<sup>103</sup>.

Por su parte, los municipios deben dirigir y coordinar el sector y administrar los recursos del SGP en su jurisdicción a través de la formulación, ejecución y evaluación de planes,

---

<sup>99</sup> CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. (2001). Descentralizar, ajustar o recentralizar: he ahí el dilema. Vía Salud.

<sup>100</sup> LÓPEZ, M.E. (2000). *Op. Cit.*

<sup>101</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (2001). Ley 715

<sup>102</sup> SÁNCHEZ, F. (2006). Descentralización y progreso en el acceso a los servicios sociales de educación, salud y agua y alcantarillado. Bogotá.

<sup>103</sup> *Ibid.*

programas y proyectos de salud en consonancia con las políticas departamentales y nacionales, gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación para salud de los municipios y administrar el Fondo Local de Salud; financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de los ciudadanos más pobres y ejecutar de manera eficiente los recursos destinados para este objetivo, y promover la afiliación al Régimen Contributivo del SGP en su localidad<sup>104</sup>.

#### **4.3.4. Efectos que se hicieron evidentes derivados del proceso descentralizador**

Enfrentar el reto de consolidar, o en muchos casos de generar, una capacidad de gestión local y desarrollo institucional sostenibles y con legitimidad, ha sido un proceso con desiguales resultados en el que las ciudades y municipios más grandes llevan las mayores ventajas; otros han empezado a transformar su estructura o gestión, y los más pequeños<sup>105</sup> aún no logran asumir competencias, principalmente en salud, educación y saneamiento ambiental. Los mayores avances en la capacidad de gestión en salud se han concentrado en las grandes ciudades y en los polos de desarrollo. En general, la gestión no ha sido asumida como desarrollo institucional, técnico y humano sostenible<sup>106</sup>.

En el campo específico de la salud, los principales retos que enfrenta la planeación son la cobertura de aseguramiento de la población más pobre, la sostenibilidad de la red pública y la recuperación e inclusión de la perspectiva territorial y sanitaria en la gestión local de salud y el desarrollo de la capacidad de gestión<sup>107</sup>.

El actual esquema de gestión descentralizada del sector salud presenta problemas que comprometen el cumplimiento de las metas definidas para la población en el SGSSS. En el documento 'Exposición de motivos al proyecto de ley 715 de 2001 de Nivel Nacional', se

---

<sup>104</sup> SÁNCHEZ, F. (2006). *Op. Cit.*

<sup>105</sup> VELÁSQUEZ, C. (1997). Una década de descentralización en Colombia Balance preliminar. (L. J. En: Bernal J, Compiler)

<sup>106</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). *Op. Cit.*

<sup>107</sup> *Ibid.*

presentaron los aspectos más relevantes que están afectando la descentralización y el uso eficiente de los recursos públicos, entre esos motivos se destacan los siguientes<sup>108</sup>:

(i) Duplicidad de competencias entre entidades territoriales: “Las entidades territoriales hacen las veces de financiadores del aseguramiento de la población pobre, prestan los servicios de salud a través de los hospitales públicos, son partícipes de la regulación y la vigilancia de los mercados y, en algunos casos, incluso ofrecen seguros de salud a través de entidades promotoras de salud (EPS) y administradoras del régimen subsidiado (ARS) de su propiedad”.

(ii) Inequidad e ineficiencia en la asignación y distribución de recursos: “La actual asignación de recursos es compleja, aunque toma en cuenta la población atendida en salud en cada departamento, asigna recursos primero en forma territorial y luego en forma sectorial y lo hace de acuerdo con un porcentaje definido, es decir, en forma independiente del gasto, de la eficiencia sectorial y de la población atendida territorialmente”.

(iii) Ineficiencia en la gestión de la oferta pública hospitalaria: “Con la descentralización de la oferta pública por niveles a cargo de departamentos, distritos y municipios, se ha dado un proceso desordenado de expansión con notables sobrecostos, fundamentado en un manejo inadecuado de la autonomía territorial e institucional. Los hospitales públicos no han logrado convertirse en entidades autosostenibles y más bien lo que se observa es un proceso incompleto, lento y desarticulado, habiendo generando gastos aún más inflexibles producto del crecimiento de sus plantas y de sus costos laborales”.

(iv) Deficiencias en la gestión descentralizada en salud pública: “Ligado en parte a los problemas anteriormente señalados, se empiezan a evidenciar dificultades en los resultados de la gestión en salud pública, que se financia de manera importante con recursos que manejan las entidades territoriales. Se destacan los descensos en las

---

<sup>108</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. GOBIERNO NACIONAL. (2000). Exposición de motivos al proyecto de ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la constitución política y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Gobierno, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. Bogotá DC: Gaceta del Congreso No 294.

coberturas de vacunación y otros programas de prevención, que exigen un replanteamiento en las competencias de los entes territoriales para garantizar el logro de metas en salud pública y las responsabilidades específicas de cada ente territorial”.

Y es que enfermedades controladas hace años están volviendo a resurgir con fuerza en Colombia<sup>109</sup>. Los programas de tuberculosis, malaria y dengue, entre otros, que antes eran abordadas desde programas estatales de salud pública, pasaron a depender de los departamentos y municipios, la mayoría de los cuales no estaban capacitados ni para controlar los vectores, ni para implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, ni estaban coordinados con otros municipios o departamentos<sup>110</sup>.

Dentro de todo el proceso de transformación que sucede en Colombia se evidencian otros aspectos importantes de resaltar entre los cuales están: un nuevo modelo de desarrollo que privilegia el mercado sobre los objetivos sociales de universalidad y equidad, en el cual los municipios no tienen capacidad de incidir<sup>111</sup>. La pérdida de importancia de la función de dotación, construcción y mejoramiento de la oferta pública para dar paso al aseguramiento, y el hecho de que la certificación no resolvió en la práctica las funciones de un organismo de dirección y control eficaces del sistema, ni la adopción de un proceso de planeación sectorial sistemático e integral<sup>112</sup>.

Como resultado de esta transformación se evidencia que la salud está cada vez más privatizada, los afiliados al régimen contributivo pueden acceder a servicios de cualquier IPS pública o privada, mientras que las personas pertenecientes al régimen subsidiado sólo pueden acudir a los antiguos hospitales públicos, ahora denominados ESE<sup>113</sup>. En este contexto las empresas privadas, bien sean nacionales o extranjeras, están entrando con

---

<sup>109</sup> ESTEBAN, A., AMARO, J., & BASALLO, A. (2004) Op. Cit.

<sup>110</sup> *Ibíd.*

<sup>111</sup> LÓPEZ, M. E. (2000). *Op. Cit.*

<sup>112</sup> *Ibíd.*

<sup>113</sup> ESTEBAN, A., AMARO, J., & BASALLO, A. (2004) Op. Cit.

fuerza en el sector salud, ofertando servicios exclusivos, para aquellos sectores de la población, que tienen un nivel económico suficiente para pagar por ellos<sup>114</sup>.

Sobre el objetivo inicial de la "reforma para mejorar los servicios y aumentar los ingresos", lo que está haciendo realmente es privatizar el sistema cobrando a los usuarios del mismo y, por tanto, rompiendo los conceptos de equidad y accesibilidad a la salud por parte de los sectores más vulnerables<sup>115</sup>. Estos problemas han generado una crisis en el sector y los esfuerzos legislativos que se han generado, han ofrecido soluciones parciales, pero no han corregido de manera estructural el problema de la fragmentación de salud en Colombia, como ocurrió en el año 2007 con la expedición de la Ley 1122 y en el año 2011 con la Ley 1438.

El sistema de salud colombiano hoy enfrenta problemas que atentan contra el acceso y la calidad de la atención y contra la sostenibilidad financiera del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Frente a todo este panorama de desigualdades e inequidades en el sector salud, se plantea la reforma proyecto de ley No. 210 del 2013 "por medio de la cual se desea redefinir el SGSSS y establecer los principios del Sistema, regular los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial y algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, al régimen de las Empresas Sociales del Estado (ESE)".

El proyecto de reforma identifica de manera puntual la diferente problemática que presenta el SGSSS en cuanto a barreras de tipo geográfico, financiero y administrativo. (i) En el marco de la problemática identificada, se encuentran las barreras de tipo geográfico que hacen referencia a las inequidades regionales que se presentan por la dispersión poblacional, las largas distancia a los centros poblados, la precariedad en las vías de comunicación, los altos costos de transporte y la falta de oferta articulada de los servicios

---

<sup>114</sup> Ibid.

<sup>115</sup> Ibid.

de salud, en las zonas más pobres, adicionando que estas zonas tienen mayor presencia del conflicto armado y múltiples dificultades para el acceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). (ii) En cuanto a las barreras de carácter financiero se identifican las condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS, la generación de monopolios bilaterales, demoras en los pagos a los prestadores, existencia de incentivos perversos para fomentar el uso de las unidades de servicio con mayor rentabilidad y/o tecnología, tales como cuidado intensivo, imagenología o hemodinámica, las cuales tienen un costo elevado en sus servicios y dudosos resultados en la resolutiveidad del estado de salud del usuario final (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) y (iii) en cuanto a las barreras de carácter administrativo incluyen los excesivos trámites para la autorización de la prestación de los servicios, la instauración de acciones de tutela para acceder a servicios no incluidos en el plan de beneficios, llamados ‘no POS’, la poca autonomía médica y el gran retraso que presenta el POS en comparación con el avance de las nuevas tecnologías médicas<sup>116</sup>.

Frente a toda esta problemática, el reto que se plantea el Gobierno Nacional al presentar esta nueva propuesta de reforma es el “planteamiento de estrategias efectivas para construir y consolidar un sistema de salud con altos niveles de calidad, centrado en el usuario, financieramente sostenible con un flujo y uso adecuado de los recursos, fuerte institucionalmente y que oriente sus acciones con base en obtener los mejores resultados en salud de la población y no en la contención del costo”<sup>117</sup>.

---

<sup>116</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2013). Proyecto de Ley N° 210 Senado. *Exposición de Motivos. Proyecto de Ley 210 Senado. Exposición de Motivos.*

<sup>117</sup> *Ibid.*



## **5. “SÍNTESIS INTERPRETATIVA” A PARTIR DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA PROCESO DESCENTRALIZADOR DEL ESTADO EN SALUD, EL DISEÑO DEL SGSSS Y LA SITUACIÓN DE CRISIS VIGENTE.**

### **5.1. LA POLÍTICA PÚBLICA DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD COMO BASE DEL NUEVO ARREGLO INSTITUCIONAL: DISEÑO DEL SGSSS**

Se comprende que el SGSSS colombiano, hoy vigente, tiene la política de descentralización a la base de su diseño y en su estructura de funcionamiento actual.

Esta aparece directamente derivada de la política social adoptada por el país de manera consistente durante las últimas décadas, originada de una política económica macro que se ha planificado y desarrollado de forma unívoca y simultánea, manteniendo homogénea la aplicación de sus postulados y fungiendo como política de Estado, más allá de los gobiernos.

Se resalta que existe una fuerte claridad acerca de la intención descentralizadora, alrededor de la necesidad principal del Estado y de sus políticas macrosectoriales, en lograr incrementar la eficiencia en el gasto público social en el sector salud, lo que condiciona la totalidad de las estrategias puestas en marcha, derivadas directamente de esta finalidad, apuntándole complementariamente a logros en equidad.

Por ello, la finalidad de la política centrada en “la eficiencia” provoca entonces la idea de la necesidad de transformar el Estado, haciéndolo responsable directo solo de su papel regulador, rector y garante, desligado de competencias que pueden ser asumidas por otro tipo de actores y agentes por fuera del Estado mismo, bajo la expectativa cumplir mejor con sus responsabilidades además de garantizar eficiencia en todos los niveles de gobierno.

Adicionalmente, la distribución de las nuevas cargas habrían de potenciarse, corresponsabilizando a los niveles locales, con sus autoridades y su población a la cabeza.

En ese contexto, la eficiencia en el uso de los recursos destinados al gasto público social en salud se convierte en el principal determinante del diseño del sistema de salud vigente, lo que en última instancia termina compitiendo con las finalidades de acceso y calidad, dado que, mal controladas, podrían desbordar dicho gasto.

Consecuencia de ello, es entonces el diseño de instituciones e incentivos en el marco de la descentralización estatal, proclives a la búsqueda de la eficiencia a partir de la distribución de cargas y responsabilidades entre dependencias del mismo Estado y hacia nuevos actores autónomos (paraestatales o privados), a quienes incluso se les encarga de funciones públicas, como ocurre con el nuevo arreglo institucional del sector salud.

Todo este marco de intencionalidades obliga entonces a ajustar por completo la estructura del Estado y a ingresar en una perspectiva “modernizadora” basada en los conceptos de *new public management* conocidos desde la década de los 90, que centra sus postulados en que el Estado podría mejorar (ser más eficiente, de nuevo) si se concentra en aquello que debería hacer muy bien y si incorpora las técnicas modernas de gerencia generalmente aplicadas en las corporaciones privadas del mundo con mucho éxito.

Esta situación, en la que la política descentralizadora está incorporada en los fundamentos del diseño del sistema de salud, se advierte de entrada, desde tres perspectivas básicas: (i) en la forma como gradualmente se fue transfiriendo el poder de las competencias “centrales” del Estado en salud, desde el Gobierno Nacional hacia los territorios en cabeza de sus gobiernos subnacionales, entregando responsabilidades y recursos del sector, pero dentro del ámbito del Estado mismo; (ii) en la forma como algunas de estas competencias se transfirieron más allá del Estado, por fuera de sus límites, hacia una operación donde las responsabilidades en la toma de decisiones y el financiamiento directo, quedaban por fuera de este.

Esto exige la creación de agencias autónomas autogobernadas y autofinanciadas, en manos de quienes queda la operación de prestación de servicios, en este caso de atenciones en salud, como ocurrió con los hospitales públicos convertidos a una nueva

figura de Empresas Sociales del Estado, al igual que las nuevas funciones de prestar servicios de aseguramiento en salud, y (iii) en la forma como el Estado habilitó competencias en las comunidades para participar como ciudadanía con derechos civiles en la gestión del gobierno de dichas nuevas entidades públicas autónomas y a las que se transfirió poder para actuar como veedores y controladores sociales de la actuación de las agencias del Estado; esto, además de inquirir por la asunción de los deberes ciudadanos en el cuidado de su propia salud.

## **5.2. EL ROL DE LOS NUEVOS AGENTES, QUE RECIBEN LAS COMPETENCIAS DESCENTRALIZADAS DEL ESTADO EN LA OPERACIÓN DEL SGSSS**

La participación de nuevos agentes “fuera” del Estado se introdujo entonces en el diseño del SGSSS, para incentivar la aparición de entidades no solo paraestatales, sino de agencias privadas con emprendedores y propietarios de capital, dispuestos a invertir en el sector, lo que requirió que en el sistema se debieran crear condiciones propicias para un desempeño rentístico exitoso.

El Estado se encargó de mantener el equilibrio financiero del sistema y su sostenibilidad, en nombre de la eficiencia, a la restricción presupuestaria dada por la UPC y al papel de los nuevos agentes aseguradores, en el control del gasto médico y de los consumos de atenciones, regulando la prescripción y el uso-consumo de servicios. Esta es claramente una apuesta por la eficiencia, como parte de la política descentralizadora del Estado regulando el gasto público social y una apuesta a que estos nuevos operadores autónomos incentivados por la renta, cumplieran un papel significativo en el control de dicho gasto, permitiendo distribuir la responsabilidad entre el Estado y los particulares en la sostenibilidad fiscal.

Para ello, de un lado, era necesario que las nuevas agencias prestadoras de servicios de aseguramiento (las EPS, como nuevos agentes autónomos descentralizados del Estado), pudieran tener las competencias para gestionar y controlar sus riesgos corporativos, tanto

de salud, como operacionales y financieros, al actuar en los nuevos negocios. Solo con este poder de control de riesgo era posible hacer apuestas de capital, que permitieran generar la renta esperada de dicha inversión (utilidad financiera), de ahí, las demandas por desarrollar la estrategia de integración vertical, dado que su mayor riesgo se encuentra en no poder controlar el consumo de servicios y el gasto médico, dentro de las restricciones presupuestarias que le determina la UPC y el POS.

Cuando estas agencias, luego de implementar una multiplicidad de estrategias (*managed care*), usualmente en contravía de los logros en acceso y calidad, no lograban controlar el comportamiento de los prestadores frente al gasto médico, incluidos los incentivos para que controlaran los consumos de los usuarios (restricciones a los servicios para la gente), entonces estas compañías desarrollaron nuevos mecanismos de *management*, como ha ocurrido con (i) la nueva captura de renta, complementaria al negocio del aseguramiento, a partir de hacer viables nuevos negocios en la prestación de servicios (IPS), mediante su integración vertical, que potencialmente generan mayor renta que la del aseguramiento por sí solo, lo mismo que ocurre con (ii) hacer viables nuevos negocios propios, derivados o conexos a las IPS (medicamentos, alimentación, transporte, diagnósticos y terapéuticos de apoyo, entre otros), (iii) de organizar y controlar la oferta de servicios a través de la “gestión de redes de servicios”, incorporando su propias IPS y haciendo una vinculación selectiva de otros proveedores no propios, (iv) la construcción de clínicas para atención de alto costo integradas verticalmente para controlar el segmento de costos de mayor riesgo, (v) la creación de una red de prestadores de primer nivel para controlar los consumos desde la puerta de entrada, (vi) la implementación de otros negocios para captar ingresos de los mismos usuarios, como ocurre con la oferta simultánea de medicina prepagada, (vii) o la presión por el consumo de servicios por fuera del POS (lo “no POS”), para su posterior cobro en un escenario que se tornó ideal, dada la desregulación estatal de precios y la ausencia del Estado por años, en la inspección, vigilancia y control de los mercados de atenciones en salud.

De otro lado, también era necesario que las agencias proveedoras de atenciones en salud (IPS), en la que se encuentran los hospitales públicos transformados en empresas

autónomas descentralizadas del Estado, le apostaran a su operación autogestionada. En este sentido la descentralización trajo consigo un número importante de nuevos proveedores de tipo privado, dado que se incrementó de manera notoria la capacidad de oferta instalada de servicios en estos últimos 20 años, basados en inversión de capital para nuevas clínicas, por parte de empresarios por un lado (médicos en la mayoría de los casos) y en el uso de excedentes de la misma UPC para construir nuevas infraestructuras, en otros casos.

Aquí, los inversionistas privados le apostaron su capital a la oferta médica supraespecializada para aprovechar los buenos vientos de negocios en las llamadas patologías de alto costo, dado que se convirtió en el negocio más próspero del sistema, en función del potencial de renta que genera y cuyo crecimiento ha sido sostenido de manera constante.

Esta situación ha llegado al punto que el gasto en servicios complejos representa el 70 por ciento del total de gasto médico, frente a un 30 por ciento del gasto en atenciones primarias, como se advierte en las notas técnicas de las EPS vigentes, situación que representa cómo el gasto se ha dedicado a atender la enfermedad y no a fomentar salud, y con resultados contrarios a la búsqueda de la eficiencia como finalidad del sistema.

En consecuencia hoy la atención de las políticas del sector, se ha concentrado en contener la presión de gasto creciente, que observado con detalle corresponde al uso incontrolado de las tecnologías medicas, en la manera de regular la prescripción médica, y hacia lo que la tecnocracia institucional ha centrado su atención bajo el concepto de técnicas de “priorización en salud”.

Tampoco se puede obviar la incorporación de espacios de participación social y de estudios de costo-efectividad de dichas tecnologías, que era la función central de la recién eliminada Comisión de Regulación en Salud (CRES) y que ahora se apropia en el Ministerio de Salud y en el nuevo Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

En este sentido, se procura eliminar cualquier posibilidad de mantener el consumo de servicios por fuera del Plan de Beneficios POS, lo que hasta hoy ha sido imposible, dado que los nuevos agentes, incentivados por poder captar las rentas esperadas de su inversión, han terminado estimulando los consumos de los negocios rentables de atención de enfermedades de alta complejidad y de alto costo a través de su propia red de prestadores (IPS) y proveedores (distribuidores de medicamentos, equipos, insumos y otras empresas de bienes y servicios para la salud), usualmente en cabeza de terceros o de manera directa mediante empresas integradas verticalmente.

Así, el interés final de los nuevos agentes articuladores resulta en una combinación perversa: restringir acceso y consumos en la atención básica primaria y los servicios de promoción y prevención, incluso a través de su red primaria de prestadores propia y contratada, de un lado, y estimular, por el otro, el consumo de atención de enfermedades en su ámbito de alta complejidad, derivado hacia sus propias entidades por donde se puede captar mayor renta en última instancia.

El aseguramiento en sí mismo no resulta entonces rentable bajo la restricción presupuestaria de la UPC, lo es a partir del control de la red de servicios, en donde sea posible limitar o estimular consumos a conveniencia. Este es el efecto, en última instancia, del proceso descentralizador del Estado llevado a profundidad hacia un escenario de mercado en busca de la eficiencia en el gasto.

### **5.3. DESCENTRALIZACIÓN DEL ESTADO DESDE SU NIVEL NACIONAL AL TERRITORIAL, DE LA RECTORÍA Y LA SALUD PÚBLICA**

Si en algo hay coincidencia, en la mayor parte de la información obtenida de la revisión sistemática, es que el proceso descentralizador desde el Estado “central” nacional hacia los territorios es que este fue un proceso que se implementó en grados fuertemente heterogéneos de desarrollo de capacidades entre las regiones subnacionales, entre municipios de menor y mayor desarrollo, entre los grandes y medianos centros urbanos y

las pequeñas municipalidades (el 90 por ciento de los municipios del país están para el 2012 en categoría 6), entre el país rural y el país urbanizado.

De hecho, en los últimos 20 años la tendencia ha sido que unos pocos municipios y los distritos han aumentado su categoría, en contraste con el resto de un número creciente de municipios que han sido reclasificados en la menor categoría posible.

En primera instancia se dio inicio a la entrega de competencias en salud hacia los municipios (Ley 10/90), a la que muy pocos se apuntaron. En un segundo momento (Ley 60/93) se hicieron expeditas las fuentes de financiamiento y se precisaron responsabilidades; despegó el proceso de certificación de competencias, lo que permitió avanzar hasta un 50 por ciento de los territorios con certificación, e inició las labores de gestión autónoma de recursos y responsabilidades, dando un enorme incremento del gasto público en salud. En un tercer momento (Ley 715/01) se hizo un alto en el camino, se reconfiguraron las fuentes de recursos y los mecanismos para transferirlos y se incorporaron diversos controles adicionales al gasto social inapropiado que estaban haciendo los territorios, poniendo límites al crecimiento del gasto en prestación de servicios, mediante el control a través de redes de servicios y la aparición de planes bienales de inversión, regulados por el Ministerio de Salud.

En este punto el Gobierno hizo explícita su preocupación por que los resultados del proceso iban en contravía de la búsqueda de la eficiencia en el gasto público sectorial, observada en una confusa asunción de roles en los territorios, en los inadecuados resultados de la inversión en los programas de salud pública entregados y en el mal desempeño en el gasto de los hospitales públicos convertidos en ESE.

A los gobiernos territoriales fueron transferidas las competencias de dirección de los sistemas departamentales, distritales y municipales de salud, a través de las nuevas figuras institucionales de direcciones territoriales, que hoy son secretarías de salud. Esta dirección ha requerido adaptar políticas nacionales al territorio, hacer planificación en salud en su jurisdicción y realizar tímidas labores de control. Adicionalmente, y dado que no fue posible

desarrollar cobertura universal para el 2001, como se previó en la Ley 100 del 93, entonces a estas direcciones se les asignó la función “transitoria” de contratación de servicios con IPS para la población vinculada, lo que ha ocurrido hasta años recientes, con la orden de la Corte Constitucional (sentencia T-760) para dar cobertura plena de aseguramiento. Estas direcciones territoriales de salud obraron simultáneamente como compradoras de servicios, en especial con su propia red de hospitales públicos. A la postre, las competencias asignadas a los territorios en materia de dirección (rectoría) y de salud pública quedaron en un segundo plano, frente a la función de intención transitoria de comportarse como agentes compradores de servicios frente a su propia red pública hospitalaria.

La descentralización del Estado “nacional” fue, en efecto, tímida con relación a la entrega de competencias para el control de los actores en su territorio respectivo. Con excepción de la entrega de competencias para habilitar a los prestadores de servicios de salud en su respectiva jurisdicción, entregada a los departamentos y distritos, y la potestad de permitir o negar la operación de prestadores, no existe en las normas del proceso de descentralización ninguna otra función efectiva de inspección, vigilancia y control, dejando entonces esta última en cabeza de un único ente de carácter nacional: la Superintendencia Nacional de Salud. En efecto, esta no fue una competencia considerada dentro del plan descentralizador.

Adicionalmente, la descentralización del Estado Nacional frente a las competencias en materia de salud pública se hizo sobre los territorios, entregándolas con especial énfasis en los municipios y distritos. La búsqueda de la eficiencia en este ámbito determinó dejar en manos de los territorios solo aquellas atenciones denominadas “colectivas”, es decir aquellas cuyos atributos no les permiten ser sujetos de compraventa y de negociación de precios, por ser, según se dice en la teoría económica, atenciones de consumo general, mas allá del individuo, y beneficiar simultáneamente a muchas personas como consecuencia de su prestación (vacunación, control epidemias, entre otros), lo que los hace no excluyentes, y en una situación por fuera del POS, por lo que deberían ser financiadas y prestadas por el Estado.



De allí que la descentralización del Estado Nacional deja en manos del mismo Estado, en sus niveles territoriales, las actividades de atención colectiva que por estar ligadas a la atención de poblaciones, se denominan de salud pública. Estas acciones incluyen todas las actividades de saneamiento básico y de salud ambiental, incluidas las actividades de control de enfermedades transmitidas por vectores.

En este punto, la descentralización rompe entonces la integración de acciones individuales y colectivas, que es necesario proveer de manera articulada y ligadas a los territorios y las familias, para ser eficaces en la obtención de resultados en salud, integrando promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia básica y acciones intersectoriales y de participación social. Las atenciones básicas de enfermos individuales se separaron de las de salud pública y se integraron al POS.

Los hospitales públicos y privados que proveen servicios en los escenarios locales habrían de dedicarse desde entonces a la atención de enfermos y abandonar las acciones que los vinculaban al trabajo multisectorial dirigido a impactar los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. En el nivel básico, la descentralización del Estado provocó una ruptura en la atención integral en salud. Por ello, estrategias como las de atención primaria, que resultaban incompatibles con el nuevo modelo, fueron eliminadas durante los últimos 20 años de la escena de operación del sistema.

Se endilga precisamente a la política de descentralización en salud la causa del estancamiento en la mejora de varios indicadores de salud pública y la reemergencia de patologías consideradas ya superadas, indicando que esta política provocó la pérdida de las capacidades de intervención de los programas verticales de salud pública liderados y ejecutados por décadas, desde el nivel nacional en el Ministerio de Salud.

Lo que en efecto ocurrió fue una pérdida de la capacidad del Estado para atender programas específicos de salud, en la mayor parte de municipios en los que no se logró desarrollar competencias idóneas y suficientes para gestionar la salud pública. Muchos municipios ampliaron la oferta de servicios de salud para la atención individual, pero fue

escasa su capacidad para el desarrollo de acciones de salud pública, que en la mayor parte de los casos eran subcontratadas con agentes privados que, de manera transitoria, se organizaban para la ejecución de estas actividades. Solo un número restringido de municipios lograron desarrollar y mantener capacidades suficientes.

#### **5.4. LA SITUACIÓN ACTUAL DE CRISIS DEL SGSSS Y LOS VÍNCULOS EVIDENTES CON EL DISEÑO BASADO EN LA POLÍTICA DESCENTRALIZADORA**

Haber implementado en el país una estrategia de aseguramiento social permitió que en el país fuera posible poner en marcha un sistema de protección financiera de los ciudadanos y las familias, contra “el riesgo de la mala salud”. El diseño del sistema da lugar a una simbiosis de fondos fiscales y parafiscales, con perfil de progresividad: cotizan quienes tienen vínculo laboral formal e independiente, razón por la cual no tienen subsidios del sistema; quienes cotizan lo hacen de manera proporcional al nivel de ingresos y ven complementado su aporte por los empleadores. Al final todos reciben el mismo plan de beneficios, con el mismo valor para todos, excepto en su valor diferencial ajustado por riesgo (edad, sexo, entre otros).

Es progresivo en la medida en que el servicio es igual para todos y no depende de la capacidad de pago de cada cual; además, la suma de riesgos permite que, de forma solidaria, se compense la carga de costos entre sanos y enfermos, entre segmentos del ciclo vital (niños, adultos, viejos), entre personas con mejores ingresos y los de menores ingresos y entre ciudadanos que tienen y no tienen capacidad productiva.

Se debe reconocer, en este sentido, que hay una concepción apropiada del diseño del sistema en términos de equidad en el financiamiento. Haber logrado, en los años recientes, la universalización del aseguramiento y la igualación de los planes de beneficios, así se haya dado por presión de la Corte Constitucional, es una ganancia social muy importante para los colombianos.

No obstante, estos logros no son suficientes. Los evidentes desequilibrios financieros del sistema, la disfuncionalidad operacional en las interacciones cotidianas entre aseguradores, prestadores y usuarios, y los pobres resultados en salud en relación con los grandes recursos que financian el sistema, hacen que aparezcan manifestaciones por doquier, de inconformidad permanente.

Quizás el peor problema es tener un sistema diseñado para incentivar la extracción de beneficios por parte de los agentes autónomos descentralizados, que fomenta negocios alrededor de la atención de la enfermedad (con mayor razón en el alto costo) y estimula acciones en detrimento del fomento de la salud, con una resultante final totalmente contraria a la finalidad originaria: la eficiencia del gasto público social en salud se encuentra más cuestionada que nunca. La situación de ineficiencia es tal que se ha puesto en riesgo la sostenibilidad misma del sistema.

Por ello, el mismo Gobierno Nacional, en la exposición de motivos del proyecto de ley 210 del Senado de febrero de 2013, presenta una síntesis de la situación de crisis del SGSSS, en la que, con suficiente claridad, expone la problemática central: “El desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demérito de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia se generaron tres situaciones problemáticas: (i) primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutivez en la alta complejidad, con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad; (ii) segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y (iii) tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutivez de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Adicionalmente, el mismo Gobierno dice: “Los diferentes desarreglos microeconómicos en la relación entre los agentes del sistema desembocaron en (i) severos problemas en los flujos financieros, (ii) altos costos de transacción y (iii) ruptura de la mancomunación de riesgos a través de los cobros al sistema a través de los servicios no incluidos en el plan de beneficios (no POS). El resultado en el contexto institucional, y de muchos usuarios, es la limitada legitimidad del sistema”<sup>118</sup>.

En efecto, el patrón de resultados ineficientes es hecho evidente por el propio MSPS, cuando reconoce el fallo presente en el modelo de atención vigente<sup>119</sup> y que habría de considerarse para su reformulación estructural en la nueva reforma que se encuentra en discusión en este momento en el país, en particular cuando se advierten el alinderamiento del sistema y los intereses de los actores hacia la atención de la enfermedad, y el abandono de los principios de las políticas ligadas a la acción para el fomento de la salud.

La ineficiencia del sistema de salud es reconocida por el Gobierno Nacional en el siguiente texto: “...pero también existe evidencia de serias ineficiencias. Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja resolutivez en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad. Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región, 8 por ciento según la Encuesta de Calidad de Vida 2010 o 9 por ciento año, de acuerdo con la ENS 2007. (Ruiz & Uprimny, 2012) A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5 por ciento año. Esto afecta directamente al sistema a través de la descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto a través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (no POS).”<sup>120</sup>.

---

<sup>118</sup> Ibid.

<sup>119</sup> Ibid.

<sup>120</sup> Ibid.

La descentralización en busca de eficiencia terminó siendo un instrumento para disminuir la capacidad de control del Estado y desregular el comportamiento de los agentes paraestatales y de mercado; también para incrementar los costos, incluidos los enormes montos de transacción, de ineficiencia y captura irregular de rentas, para abandonar el modelo de atención basado en la atención primaria, y para convertir la participación social en una acción de defensa de derechos de consumidores de servicios.

## CONCLUSIONES

El método mixto propuesto y utilizado permitió coleccionar evidencia apropiada para poder generar una síntesis interpretativa del fenómeno de estudio, de tal suerte que su aplicación aparece como válida en el contexto del alcance del estudio.

Los vínculos que se advierten entre la situación del fallo operacional y financiero del sistema y el proceso de descentralización, registrado en la evidencia resultante de la revisión sistemática, se pueden asociar con las siguientes categorías: 1. Fallos ligados a la política de descentralización en salud entre agencias del Estado: desde lo nacional hacia lo territorial. 2. Fallos ligados a la política de descentralización en salud desde el Estado hacia los agentes del mercado. 3. Fallos en provocar la participación social y ciudadana en salud.

De acuerdo con la discusión del ítem “síntesis interpretativa”, queda claro, en relación con la pregunta de estudio, que la evidencia obtenida a partir de la revisión sistemática permite inferir que la política social de descentralización del Estado está fuertemente ligada al diseño de los fundamentos del SGSSS vigente y directamente asociada a los resultados y situación actual del sistema.

La finalidad central de la política de descentralización ligada a la eficiencia del gasto público social no solo no se logró, sino que está poniendo en riesgo la viabilidad del sistema en su conjunto, a pesar de las ganancias en equidad financiera que trajo la reforma. Un nuevo proceso de reforma debe revisar a profundidad si el alcance de la política descentralizadora habría de revisarse a la luz de la necesidad de un cambio estructural, que bien vendría de la mano de la reforma estatutaria de la salud.

Los hallazgos dejan concluir que en Colombia el proceso descentralizador de “competencias del Estado” en salud fue deficiente. Planteado en su inicio para buscar eficiencia en el gasto, a partir de la distribución de las competencias estatales entre los diferentes niveles del mismo (desde el nivel central nacional hasta los niveles territoriales subnacionales), terminó transfiriendo dichas responsabilidades hacia agentes que habrían

de operar en escenarios de mercado (privados, públicos o mixtos) y en condiciones de competencia por la captura de rentas a partir de los recursos del sistema.

Esta deficiencia se advierte en que los procesos derivados de la política de descentralización (i) no lograron provocar que se desarrollaran, de manera homogénea en el país, las capacidades apropiadas (no sólo en el Estado sino también en el mercado), (ii) propiciaron un escenario de desregulación y ausencia de control que desenlaza en un fallo regulatorio general y (iii) estimularon la aparición de incentivos proclives a inducir comportamientos inapropiados en todos los diversos tipos de actores del sistema, expresados en las conductas egoístas y en función de su propio beneficio desarrolladas por cada cual.

Emergieron negocios de atención de la enfermedad (y en especial la de alto costo), alejados de la gestión del riesgo en salud, bienestar y calidad de vida (el deber ser) de la población. La consecuencia es la restricción de la potencialidad del sistema de alcanzar los objetivos de *equidad, acceso y calidad*, y el distanciamiento de los mismos en términos de *eficiencia*, definida ésta como el eje central de esta política pública.

Estos elementos sustentan la necesidad de una inaplazable reforma que debe involucrar el ajuste en la política de descentralización, en las propuestas que se debaten.

## RECOMENDACIONES

1. Es posible continuar con un proceso de investigación que permita hacia el futuro fortalecer los mecanismos de calificación de validez de la evidencia encontrada en textos que tratan asuntos de las ciencias sociales. Se abre y visualiza una interesante línea de investigación en este campo metodológico.
2. Es inaplazable considerar dentro del proceso legislativo que se debate en el Congreso de la República, para la reforma de la Ley 100/93, una reforma a la Ley de transferencias 715/01, en los roles que cada actor del Estado, en sus diferentes niveles de Gobierno, debe adoptar, orientados todos a fortalecer sus capacidades de rectoría del sistema en el ámbito territorial de cada cual y en el ejercicio real de autoridad sanitaria territorial. Esto significa la adopción de las funciones esenciales de salud pública y las competencias de rectoría, definidas por la OMS/OPS, en cabeza del Ministerio de Salud y de las Direcciones Territoriales de Salud. Esto también incluye la entrega de competencias efectivas de inspección, vigilancia y control en los entes territoriales, en corresponsabilidad con la Superintendencia Nacional de Salud y bajo su control preferente.
3. Es inaplazable considerar la puesta en marcha de los principios estatutarios definidos en el marco de la recién aprobada Ley Estatutaria, frente a la garantía real de defensa del derecho a la salud. Estos principios van en contravía del escenario de descentralización de competencias en salud, hacia los mercados, lo que significa la necesidad de eliminar o regular con contundencia los ejercicios de negociación y de compraventa en salud, en cualquiera de sus mercados. De manera particular, hay que considerar que se debe reformar el ineficaz modelo de operación descentralizado de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, completamente desarticulado hoy de la operación del sistema y de la atención asistencial, y el ineficaz, ineficiente e injusto modelo de atención básica, en ausencia de la atención primaria, y basado en la presencia de agentes autónomos



de mercado, como ocurre con las IPS de atención básica que operan en Colombia, públicas y privadas.

## BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO MERCADANTE, O., YUNES, J., & CHORNY, A. (1994). *Descentralización y municipalización de los servicios de salud en Sao Paulo, Brasil*. 381-396. (B. O. Salud, Compiler)

BOSSERT, T. (1996). *Health policy and systems development. An agenda for research*. OMS Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

BOSSERT, T., CHAWLA, D., BOWSER, D., BEAUVAIS, J., GIEDION, U., ARBELAEZ, J., ET AL. (2000). *Applied Research on Decentralisation of Health Systems in Latin America: Colombia Case Study*, Health Sector Reform Initiative 32, AC.HSR.

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. (2001). *Descentralizar, ajustar o recentralizar: he ahí el dilema*. *Vía Salud*.

CEPAL. (1994). *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington: Serie Documentos Reproducidos. Panamerican Health Organization.

CGH. (2001). *Descentralizar, ajustar o recentralizar: he ahí el dilema*. *Vía Salud*.

CHEEMA, G., & RONDINELLI, D. (1983). *Decentralization and development*. Beverly Hills.

COLLINS, C. (1989). *Decentralization and the need for political and critical analysis*. Health Policy and Planning. 168-171.

COLLINS, C. (1994). *Management and organization of developing health systems*.

COLLINS, C. (1996). *Health policy and systems development. An agenda for research*. 161-168. (J. K, Ed.) Ginebra.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Artículo 48 y 49.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1993). *Ley 100*.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1993). *Ley 60*.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (1990). *Ley 10*.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (2001). *Ley 715*.

DI GROPELLO, E., & COMINETTI, R. (1998). *la descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. (C. C. Caribe, Ed.)

- DNP. (2005). *Metodología para la medición del desempeño municipal*. (D. N. PLANEACIÓN, Ed.) Bogotá.
- ESTEBAN, A., AMARO, J., & BASALLO, A. (2004). *La privatización de la Salud en Colombia (Una reflexión para todos)*. *Revista de la SEMG* (64), 311-315.
- GONZALEZ, J. (2008). *El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa nuevas respuestas para viejos interrogantes*. Sevilla.
- GREEN, A., & COLLINS, C. (2003). *Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change*. *Int. Health Plann Manage.*
- GUIMARAES, L. (2001). *Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo*. Washington, DC.
- HOMEDES, N., & UGALDE, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 54-62.
- HOMEDES, N., & UGALDE, A. (2005). "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America". *Health Policy*, 83-96.
- HOMMES, R. (1995). *Conflicts and dilemmas of decentralization*. Washington.
- JARAMILLO, I. (2001). *Evaluación de la descentralización en salud en Colombia*. Proyecto de profundización de la descentralización en Colombia COL/99/022/DNP/PNUD, Bogotá.
- JARAMILLO, I. (2001). *La Superintendencia Nacional de Salud, la descentralización y la reforma de la seguridad social en salud en Colombia*.
- KING, G., KEOHANE, R., & VERBA, S. (1994). *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- LANDMAN, T. (2000). *Issues and Methods in Comparative Politics An introduction*.
- LONDOÑO, B., JARAMILLO, I., & URIBE, J. (2001). *Descentralización y reforma en los servicios de salud: El caso colombiano*. Human Development Department. The World Bank. Latin America and the Caribbean Regional Office.
- LÓPEZ, M. E. (2000). *Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19-40.
- MILLS, A., WAUGHAN, J., SMITH, D., & TABIBZADEH, I. (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Ginebra.

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2013). Proyecto de Ley N° 210 Senado. *Exposición de Motivos. Proyecto de Ley 210 Senado. Exposición de Motivos.*
- MOLINA, G., & SPURGEON, P. (2001). La descentralización del sector salud en Colombia Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y Política Pública* , 171-202.
- MONTECINOS, E. (2005). Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática. *Revista Eure (Vol. XXXI, N° 93)* , 77-88.
- PERRY, G., DILINGER, W., & BURKI, S. (1999). *Beyond the center. Decentralizing the state.* Washington: World Bank.
- PETTICREW, M., & ROBERTS, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences : a practical guide.* Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. GOBIERNO NACIONAL. (2000). *Exposición de motivos al proyecto de ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la constitución política y se dictan otras disposiciones.* Ministerio de Gobierno, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. Bogotá DC: Gaceta del Congreso No 294.
- RIUTORT, M., & CABARCAS, F. (2006). Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana.
- ROJAS, F. (1999). "The Political Context of Decentralisation in Latin America". *World Bank Latin American and Caribbean Studies, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, Decentralisation and Accountability of the Public Sector* , 9-31.
- RONDINELLI, D. (1983). Implementing decentralization programmes in Asia: a comparative analysis. 181-207.
- RUIZ, F., & UPRIMNY, M. (2012). *Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio.* Universidad Javeriana, Asocajas. Bogotá DC: Ecoe Ediciones.
- SÁNCHEZ, F. (2006). *Descentralización y progreso en el acceso a los servicios sociales de educación, salud y agua y alcantarillado.* Bogotá.
- SCARPACI, J. (1992). Primary-care decentralization in the southern cone: shantytown helath care as urban social movement. 229-274. (S. JL, Ed., & S. P. Series, Compiler)
- UGALDE, A., & HOMEDES, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* .

- UNIVERSITY OF YORK. (2008). *Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Centre for Reviews and Dissemination. York: CRD, University of York.
- VASCO, C. E. (1985). *Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales*. (U. N. Colombia, Ed.) Santafé de Bogotá.
- VÁZQUEZ M.L., SIQUEIRA, E., KRUIZE, I., DA SILVA, A. & LEITE, I.C. (2002). *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. Revista Gaceta Sanitaria, 30-38.
- VELÁSQUEZ, C. (1997). Una década de descentralización en Colombia Balance preliminar. (L. J. En: Bernal J, Compiler)
- VELDHUYZEN VAN ZANTES, T., & SEMIDEI, C. (1996). *Assessment of health sector decentralization in Paraguay*. Technical report núm. 1, University Research Corporation, Washington.
- WORLD BANK. (1993). *World Development Report; Investing in health*. World Bank. Oxford University Press, Oxford.
- YEPES, F., & SÁNCHEZ, L. H. (1999). *La Descentralización de la Salud en Colombia. Estudio de casos y controles*. (f. p.-0. Este trabajo fue apoyado por el proyecto "Social Policy Decentralization: A Regional", Ed.)
- YUNES, J., CHORNY, A., & ACEVEDO, O. (1994). Descentralización y municipalización de los servicios de salud en Sao Paulo, Brasil. 381-396. (B. O. Salud, Compiler)

## ANEXOS

### **Anexo 1. Revisión sistemática. Documentos seleccionados y Abstracts de la selección final.**

- 1) Agudelo, C.A., Cardona, J., Ortega, J. & Robledo, R. (2011). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), pp. 2817-2828.

#### **Abstract**

Se presenta un balance de algunos procesos claves y resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada en revistas indexadas con valoración de la calidad de la evidencia, y literatura no publicada en revistas. Los recursos financieros del sistema de salud se han incrementado de manera sostenida, mientras el gasto en salud se ha situado alrededor del 8 por ciento del PIB. La cobertura, medida por la afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado, se encuentra alrededor del 92 por ciento de la población total. El Plan Obligatorio de Salud, que define las prestaciones a las cuales se tiene acceso, se ha mantenido con un carácter amplio y ha sido rebasado por mecanismos de reclamo jurídico (tutelas), generándose déficits financieros. El sistema de salud ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población. El avance del SGSSS es positivo, pero no ha logrado alcanzar la universalidad y se ha estancado en acceso a los servicios y equidad.

- 2) Arévalo, D.A. (2004). *Participación comunitaria y control social en el sistema de salud*. *Revista de Salud Pública* v.6 n.2.

#### **Abstract**

En Colombia la Constitución de 1991 estableció la obligatoriedad de promover la participación social. No obstante, la discusión en torno al significado y el alcance de la participación social no fue agotada con la promulgación de la carta constitucional, ya que la participación social contiene un alto componente político, es decir, se trata de la transferencia de una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen en la toma de decisiones estatales. En la medida en que el Estado ha concebido la estrategia de mercado como la mejor forma de asignar los recursos y los receptores de la política social son considerados como consumidores, el reto es establecer un balance de oferta y demanda para garantizar eficiencia y eficacia en la aplicación de los recursos y

transparencia en la gestión pública. De allí que la comunidad de usuarios tiene la misión de velar porque se lleve a cabo una correcta asignación de los recursos provistos por el Estado. Una manera de apreciar esta tendencia es la configuración de las formas de participación. Al evaluar algunos de los resultados de la aplicación de esta estrategia de participación social en salud, se pueden destacar tres características: hay importantes avances en la promoción de la participación, pero no en control social; existe dispersión y atomización del control social, y se manifiesta una debilidad de la participación como política institucional. Respecto al primer tema se puede concluir que ha existido una respuesta favorable por parte los municipios a la obligación de promover las formas organizativas de la comunidad en lo que a salud se refiere. Al tomar en cuenta las acciones desarrolladas en control social el panorama cambia. La convocatoria de las instituciones del sistema a las organizaciones comunitarias es considerablemente baja, al igual que lo es la discusión de los informes presentados por tales organizaciones. De otra parte, se hizo evidente la falta de comunicación entre las diferentes instancias comprometidas en la promoción de la participación y en el control social, situación que se refleja en la presencia de relaciones de naturaleza bilateral, es decir sólo se conoce al interlocutor más directo.

- 3) Bossert, Thomas J., Osvaldo Larrañaga, Ursula Giedion, José Jesus Arbelaez, & Diana M. Bowser (2003). *Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile*. Bulletin of the World Health Organization 2003; 81.

**Abstract**

Findings evidence from Colombia and Chile suggests that decentralization, under certain conditions and with some specific policy mechanisms, can improve equity of resource allocation. In these countries, equitable levels of per capita financial allocations at the municipal level were achieved through different forms of decentralization — the use of allocation formulae, adequate local funding choices and horizontal equity funds. Findings on equity of utilization of services were less consistent, but they did show that increased levels of funding were associated with increased utilization. This suggests that improved equity of funding over time might reduce inequities of service utilization.

- 4) Bossert Thomas (1998). *Analyzing the decentralization of health Systems in developing countries: decision Space, innovation and performance*. Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 10, pp. 1513 – 1527.

**Abstract**

Decentralization has long been advocated as a desirable process for improving health systems. Nevertheless, we still lack a sufficient analytical framework for systematically studying how decentralization can achieve this objective. We do not have adequate means of analyzing the three key elements of decentralization: (1) the amount of choice that is transferred from central institutions to institutions at the periphery of health systems, (2) what choices local officials make with their increased discretion and (3) what effect these choices have on the performance of the health system. This article proposes a framework of

analysis that can be used to design and evaluate the decentralization of health systems. It starts from the assumption that decentralization is not an end in itself but rather should be designed and evaluated for its ability to achieve broader objectives of health reform: equity, efficiency, quality and financial soundness. Using a "principal agent" approach as the basic framework, but incorporating insights from public administration, local public choice and social capital approaches, the article presents a decision space approach which defines decentralization in terms of the set of functions and degrees of choice that formally are transferred to local officials. The approach also evaluates the incentives that central government can offer to local decision-makers to encourage them to achieve health objectives. It evaluates the local government characteristics that also influence decision-making and implementation at the local level. Then it determines whether local officials innovate by making choices that are different from those directed by central authorities. Finally, it evaluates whether the local choices have improved the performance of the local health system in achieving the broader health objectives. Examples from Colombia are used to illustrate the approach. The framework will be used to analyze the experience of decentralization in a series of empirical studies in Latin America. The results of these studies should suggest policy recommendations for adjusting decision space and incentives so that localities make decisions that achieve the objectives of health reform.

- 5) Bossert, Thomas. (2000). *La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia*. Informe hecho en colaboración con la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Acuerdo de Cooperación No. HRN-5974-C-00-5024-00.

### **Tomado de la introducción del documento**

Este estudio comparativo evalúa la implementación de la descentralización de los sistemas de salud en tres países latinoamericanos: Chile, Bolivia y Colombia. Utilizando un innovador método para el análisis de la descentralización (llamado "espacio de decisión") los estudios en los tres países primero analizaron el rango (desde limitado hasta amplio) de alternativas que las municipalidades poseían respecto de diferentes funciones en financiamiento, prestación de servicios, recursos humanos, focalización y administración. Los estudios encontraron que el espacio de decisión permitido a las municipalidades variaba considerablemente, y cambiaba en el tiempo. La tendencia inicial de los países era otorgar un rango más amplio, pero a reducir el espacio de decisión en el tiempo. En general, sin embargo, el rango de alternativas permitido sobre la contratación de servicios privados y decisiones administrativas era amplio; el espacio para asignaciones financieras tendió a ser moderado y sólo un limitado rango era permitido en los casos de los recursos humanos, la provisión de servicios y la determinación de programas con prioridad –todos los cuales permanecían centralizados. Aunque esto permitía un amplio rango de decisiones, también limitaba el control local sobre aquellas funciones con mayor efecto sobre la eficiencia de los servicios de salud.



- 6) Chavez, Blanca (2011). *Comparación de la reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 29 N° 1.

**Abstract**

Analizar la dimensión política de la reforma de los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica en el período de 1990-2009. Metodología: se realizó una investigación utilizando la metodología de comparación entre países (Cross National). Se hizo un manejo sistemático de datos comparados de Colombia y Costa Rica, buscando semejanzas y diferencias entre los dos países. Resultados: se evidenció la similitud que existe en la conformación político administrativa de los dos países objeto de análisis; igualmente, se pudo observar que, en gran medida, la dirección y la implementación que toman las reformas de los sistemas de salud están altamente condicionadas por la participación de la sociedad civil en el proceso de reforma, así como por las directrices impartidas por organismos financieros internacionales. Conclusiones: Colombia tiene un sistema de aseguramiento mixto regulado, vinculado al mercado y al sector privado. Costa Rica, en cambio, tiene un Sistema Público Integrado, ligado a los fines del Estado, de corte eminentemente universalista, apoyado por los actores civiles como pilar fundamental, quienes avalan o rechazan las decisiones sobre las reformas del sector salud, con escasa participación del sector privado. La rectoría la asume el Estado a través del Ministerio de Salud, el cual protege y vela por el cumplimiento de los derechos y genera políticas para elevar el nivel de salud de la población, de modo que redunde en mejores niveles de vida.

- 7) Echeverry, María Esperanza (2000). *Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 18, núm. 2, pp. 19-40.

**Abstract**

Este ensayo analiza diversos trabajos realizados en el país sobre la descentralización y la participación en salud, y los complementa con entrevistas a expertos. Muestra que el proceso en el país se inició tardíamente, que los municipios han privilegiado el desarrollo formal de estructuras administrativas, con frecuencia desligadas de la capacidad de gestión, que los planes de salud no están conectados con los de desarrollo y que el aseguramiento y la focalización sustituyen la perspectiva territorial de la gestión pública en salud y han desplazado las acciones y programas de salud pública. Por el lado de la participación, la multiplicidad y superposición de mecanismos y formas organizativas y la escasa capacidad decisoria contenidas en las normas junto a la baja tradición democrática del sector, han fragmentado las ya de por sí precarias iniciativas ciudadanas y sociales en salud.

- 8) Esteves, Roberto JF (2012). *The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia*. International Journal for Equity in Health, pp. 11-6

**Abstract**

Introduction: Brazil and Colombia have pursued extensive reforms of their health care systems in the last couple of decades. The purported goals of such reforms were to improve access, increase efficiency and reduce health inequities. Notwithstanding their common goals, each country sought a very different pathway to achieve them. While Brazil attempted to reestablish a greater level of State control through a public national health system, Colombia embraced market competition under an employer-based social insurance scheme. This work thus aims to shed some light onto why they pursued divergent strategies and what that has meant in terms of health outcomes.

- 9) Estupiñán Achury Liliana (2011). *Veinte años de debates territoriales. Pervivencia de la tendencia centralista en Colombia*. Pap. Polít. Bogotá (Colombia), Vol. 16, No. 2, pp. 463-483.

**Abstract**

El presente artículo presenta las tendencias, las ideas y los enfoques existentes en materia de modelo territorial para Colombia. Un estudio elaborado a partir del análisis de la literatura jurídica dedicada al tema territorial y de algunos autores, de otras disciplinas, que han influido el mundo del derecho en asuntos de forma de Estado; además del acercamiento llevado a cabo a políticos, académicos y autoridades territoriales, cuyos imaginarios e ideas permitieron construir las tres grandes tendencias que perviven en Colombia alrededor de la relación territorio y poder: la primera referida a la defensa del Estado autonómico o regional para Colombia; la segunda titulada ¿Colombia Federal? y, finalmente, la tercera que identifica un considerable sector en defensa del Estado unitario legado por el constituyente de 1991. Es decir, siguen las mismas apuestas que se ventilaban en la Asamblea Nacional Constituyente, al igual que las lógicas centralistas de la Constitución Política de 1886.

- 10) Fernández, S.Y. y Pastor M. (2001). Proyecto Municipios Centinela: Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 1995-1998. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 19(1), pp.9-23.

**Abstract**

El Proyecto Municipios Centinela, coordinado por el Ministerio de Salud a través del Programa Sistemas Municipales de Salud y financiado con recursos de crédito del Banco Interamericano de Desarrollo, es una fase más desagregada del Plan de Evaluación, el cual

pretende ofrecer una guía para construir un sistema de información flexible y eficiente y dar respuesta en el corto y mediano plazo a las necesidades de información para la toma de decisiones en diferentes sectores del desarrollo. La presente investigación tuvo como propósito una rápida evaluación de los resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el período comprendido entre 1995 y 1998, en localidades concretas con características similares al conjunto de los municipios colombianos clasificados en categorías 5 y 6, en lo que hace referencia a condiciones socioeconómicas, geográficas, demográficas e institucionales y con un grado importante de marginación social. En el estudio se utilizó la metodología de observatorios municipales, previa selección de municipios considerados centinela, articulándola a la metodología de marco lógico que incluye análisis de factores; todo el proceso fue enriquecido con el apoyo de métodos de investigación cualitativa. El estudio se realizó simultáneamente en 14 municipios del país, ubicados en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caldas, Cauca, Cundinamarca, Huila, Nariño y Sucre. Este artículo presenta la metodología y los resultados obtenidos en 5 de los 14 municipios del estudio: Betulia y Yolombó de Antioquia, Tolúviejo de Sucre, Piojó y Ponedera del Atlántico, los cuales correspondieron al convenio suscrito entre la Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello (SECAB) y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

- 11) Fresneda, O. (2003). La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. *Revista Salud Pública*. V.5 n.3.

### **Abstract**

Apoyado en los resultados del proyecto Evaluación de los Procesos del Régimen subsidiado en Salud, se presenta una reflexión sobre el sistema de selección de beneficiarios Sisbén, como herramienta para afiliar población al régimen subsidiado en salud. Se documentan y analizan las múltiples interpretaciones que se han dado al Sisben como instrumento para focalizar los servicios de salud en la población más pobre. Se le ha interpretado, entre otras acepciones, como una medida del tamaño de la pobreza, como un indicador aproximado de recursos o ingresos o como una evaluación de satisfacción de necesidades. Se ha encontrado que de los 19 millones de pobres en 1997, menos de la mitad, 8,9, se incluyen como tales en los niveles 1 y 2 del Sisbén, lo que representan un error de exclusión del 53,1 por ciento. Y de los 10,6 millones de personas clasificadas en estos mismos niveles, 1,6 son no pobres, con lo cual el error de inclusión es de 14,9 por ciento. Estas y otras cifras que se comentan en el texto muestran las ventajas relativas de los puntajes actuales del Sisbén para excluir a los no pobres y sus grandes limitaciones para identificar a los pobres. Los errores de exclusión son mucho más graves que los de inclusión, ya que significan una negación de los derechos y servicios iguales para quienes reúnen condiciones semejantes según un criterio de asignación.

- 12) Hernández Bonivento, José A. (2012). *Instituciones informales y Reforma del Estado: Análisis al proceso de descentralización en Colombia*. Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAPP. Programa de Doctorado en

Gobierno y Administración Pública. Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset. (ISSN: 2174-9515).

### **Abstract**

En el presente estudio, que parte de la investigación doctoral, buscamos en primera medida realizar un acercamiento al proceso de descentralización latinoamericano en su conjunto para observar sus avances y sus dificultades más visibles, remarcando la importancia de la institucionalidad (tanto formal como informal) en los niveles de éxito o fracaso de dichas reformas. A punto seguido, tomamos el caso colombiano para realizar una revisión a dos bandas: en primer lugar, observamos el diseño de las instituciones que enmarcan dicha transferencia de competencias, para luego, por medio de un estudio de caso, señalar puntos de importancia dentro de los contextos locales que marcan la prevalencia (y en ocasiones fortalecimiento) de mecanismos no democráticos después de las reformas de descentralización. Terminamos este trabajo enfatizando la necesidad de revisar no solo las cuestiones formales que implica un nuevo protagonismo de la esfera local, sino también las cuestiones informales trazadas por las concepciones sociales alrededor de lo público, del papel de los organismos estatales, y de la propia ciudadanía en la definición de objetivos y en la implementación de mecanismos que permita alcanzarlos de manera conjunta en pos del bien común.

13) Isaza, Nieto Pablo (1995). *La reforma del sector salud*. Educ Med Salud, Vol. 29, Nos. 3-4.

### **Tomado de las conclusiones del documento**

Las reformas del sector salud son procesos de perfil político por cuanto involucran a todos los actores del quehacer político (sociedad civil organizada; sindicatos; agremiaciones profesionales; asociaciones de usuarios; gremios de industriales; empresas; partidos políticos; asociaciones religiosas; fuerzas armadas, entre otros). Sin embargo, sin una sólida base técnica representada por los estudios hechos en los análisis sectoriales de salud, las reformas no son viables o se pueden sufrir desencantos y frustraciones. Es por ello que el planteamiento estratégico cuidadoso y "al día" en la conducción de las reformas es base fundamental para el éxito. Quienes conducen un proceso de estas características deben saber detenerse a tiempo cuando las condiciones no son las mejores, o avanzar cuando ellas son propicias. Se deben estudiar las alianzas, establecer las negociaciones y finalizar los acuerdos que conduzcan a que la reforma sea una realidad nacional. La conducción debe estar en el más alto nivel político del ejecutivo y del legislativo. En otras palabras, una reforma del sector salud y la seguridad es un propósito nacional, y no un cambio parcial o "cosmético" de algunas instituciones del sector. Para que existan posibilidades de éxito, las reformas deben estar precedidas por ejercicios de análisis del sector salud con las características anotadas anteriormente.

En lo técnico y metodológico, la diversidad y complejidad de los estudios requeridos para proponer reformas del sector salud queda expuesta cuando se repasan las áreas temáticas y contenidos citados anteriormente. El solo hecho de abordar estudios de carga de enfermedad; de costo-efectividad; de plan básico o canasta básica; de cálculos actuariales;

de reconversión de modelos de atención; de reconversión de la educación médica entre muchos otros, es una demostración palpable del esfuerzo y el conocimiento que se requiere. Sin embargo esto ya ha sido hecho en algunos países por grupos de profesionales con o sin apoyo externo. Los resultados han sido excelentes, y han iniciado el camino para una real transformación del sector que cumpla con el objetivo fundamental de disminuir las inequidades existentes.

14) Jaramillo, Iván (2001). *La Superintendencia Nacional de Salud, la descentralización y la reforma de la seguridad social en salud en Colombia.*

#### **Tomado de la presentación del documento**

Este texto ofrece una concreta descripción y análisis de lo que ha sido el caso colombiano del papel del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud en el contexto de la descentralización y reforma de la seguridad social en salud.

15) Jaramillo, Iván (2001). *Evaluación de la descentralización en salud en Colombia.* Informe Final proyecto de profundización de la descentralización en Colombia COL/99/022/DNP/PNUD.

#### **Tomado del documento de informe final**

En este estudio se toma como periodo de evaluación la década comprendida entre 1990 y 1999. Con el fin de evaluar la descentralización en salud, se hicieron preguntas para el trabajo de campo que pretenden medir el desarrollo de las funciones básicas y de apoyo a la operación del sector salud. Se trató de establecer el avance formal y real de la descentralización de competencias con preguntas sobre el cumplimiento de las normas legales (avance formal) y con otras que indagan en qué medida efectivamente se han asumido las competencias (avance real) por parte de los municipios. Se recopiló información que permite establecer las variaciones en los diversos recursos disponibles (o logros intermedios) especialmente de los recursos humanos, financieros y de infraestructura. Sobre el cambio en los procesos se obtuvo información para medir el impacto de la transformación de los subsidios de oferta en demanda.

16) Jaramillo, Iván (2002). *Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia.* Gaceta Sanitaria;16(1), pp.48-53.

#### **Abstract**

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de las reformas al sector salud en Colombia acaecidas desde 1990. Con ellas se sustituyó el antiguo Sistema Nacional de Salud y el denominado modelo “bismarckiano” de la seguridad social.

El nuevo sistema tiene tres características básicas: a) el sistema público y de subsidios fiscales se encuentra descentralizado en las entidades territoriales departamentales y municipales; b) los hospitales públicos se han convertido en empresas sociales del Estado y se les ha conducido hacia un manejo gerencial, y c) se ha desmonopolizado el sistema de

seguridad social en salud y se ha creado un régimen subsidiado de salud para los más pobres.

Este artículo es una recopilación sistemática de información secundaria, extraída de los estudios más importantes que se han realizado para evaluar las reformas del sector salud en Colombia. En algunos de ellos ha participado el autor.

La reforma ha conseguido multiplicar los recursos financieros, lo cual ha permitido incrementar los recursos humanos públicos y su remuneración, así como la disponibilidad de recursos presupuestarios por parte de los hospitales y la ampliación de la cobertura de la seguridad social, incluyendo al 20 por ciento de la población más pobre, beneficiaria de subsidios a demanda.

El acceso y la equidad en los servicios personales de salud ha mejorado significativamente; sin embargo, se registra una caída de los indicadores de salud pública y los profesionales asumen una posición crítica frente al nuevo sistema basado en la intermediación, que favorece el incremento de los costes de transacción.

17) Jaramillo, Iván (2003). *La salud en la otra Colombia. El contraste en los estados de salud, la seguridad social y la prestación de servicios en las dos Colombias*. Estudio de la ARD.

#### **Tomado de la introducción del documento**

Colombia es un país de contrastes: en un extremo está la Colombia relativamente desarrollada y en el otro extremo una Colombia marginal. Este estudio pretende caracterizar esos extremos y explorar que ocurre con el estado de salud de la población y su conexión con la equidad y la eficiencia en prestación de los servicios y el aseguramiento en salud de la población.

Para caracterizar las dos Colombias se toma como referencia la categorización de los municipios sin considerar los departamentos pues en muchos de estos últimos pese a que se pueden clasificar en ocasiones como más desarrollados coexisten en su interior las dos realidades extremas del país. La categorización de municipios está establecida por el artículo 6 de la Ley 136 de 1994 y reglamentada por los decretos 2796 de 1994 y 915 de 1997, según los cuales la clasificación de cada localidad debe ser establecida por los respectivos concejos municipales en el tercer período de sesiones, para la vigencia del año siguiente, de acuerdo con los criterios de población e ingresos.

18) Eaton, Kent (2006). *The Downside of Decentralization: Armed Clientelism in Colombia*. Security Studies 15, no. 4 (October–December 2006), pp. 533–562.

#### **Tomado de la introducción del documento**

In recent years, decentralization and regional autonomy measures have figured prominently in negotiations designed to end some of the world's most important conflicts, including in Afghanistan, Iraq, and Sudan. Reforms that shift powers to subnational units deserve the attention of those who are trying to promote security via institutional design, but the risks associated with these territorial reforms are considerable. When political and economic

resources are transferred to subnational governments in the attempt to create meaningful access to the political system for former combatants, the great risk is that these same resources can be used to finance a continuation of the armed struggle instead. In response to the popularity of territorial reforms in many post-conflict settings, this paper sounds a cautionary note by evaluating the negative impact of decentralization on security in Colombia, site of Latin America's longest and deadliest armed conflict. After analyzing the design decisions of reformers who hoped that decentralization would help end the conflict, I argue that decentralization in fact financed the expansion of armed clientelism by illegal groups on both the left and right. Thanks to the weakness of the police in much of the national territory, guerrillas and paramilitaries have been able to use decentralized resources to destabilize the state, limiting even further its monopoly over the use of force and creating what are in effect parallel states on the left and right.

- 19) Londoño, B., Jaramillo, I. & Uribe, JP. (2001). *Descentralización y reforma en los servicios de salud: El caso colombiano*. Human Development Department. LCSHD Paper Series No. 65

### **Tomado de la introducción del documento**

En los últimos diez (10) años, el sector salud colombiano ha atravesado por una serie de profundas reformas, en un intento por mantener su equilibrio con la evolución propia del país y por lograr mejores resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad en los servicios prestados. En particular, dos procesos han modificado sustancialmente la estructura de la salud en Colombia en esta década que termina. Se trata, por una parte, del proceso de descentralización política y administrativa del país, que ha tenido un directo impacto sobre el sector salud; y, por otra, de la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud iniciada en diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100.

Este documento pretende dar aportes para estas reflexiones. Para hacerlo, ofrece una descripción y análisis de lo que ha sido la descentralización y reforma sectorial en el caso colombiano, a diciembre de 1999. Su estructura es la siguiente: en primer lugar, aborda el proceso general de descentralización del Estado colombiano y, en particular, de su sector salud. Para el proceso descentralizador en salud se presentan inicialmente sus objetivos y alcances (a nivel territorial e institucional), para luego revisar su carácter de necesario y/o suficiente frente a los objetivos sectoriales. A continuación, el documento se centra en la reforma sectorial de 1993. Brevemente, presenta las razones que llevaron a la transformación del sector y los objetivos alcanzados a la fecha, para pasar a analizar los factores críticos de implementación. En este análisis de implementación se toman, tanto para servicios individuales como de interés público, algunas de las principales estrategias emprendidas, con sus logros y obstáculos. Por último, el documento ofrece una serie de consideraciones y recomendaciones finales, encaminadas a alimentar esfuerzos futuros en el sector salud colombiano.

20) Madies, C.V., Chiarveti, S. & Chorny, M. (2000). *Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud*. Revista Panamericana de Salud Pública / Pan Am J Public Health 8 (1/2).

**Abstract**

La meta de salud para todos en el año 2000, que se estableció en Alma Ata hace más de 20 años, ha llevado a la adopción de reformas sectoriales en los países de América Latina y el Caribe encaminadas a ofrecer aseguramiento de salud a todos y cada uno de sus habitantes. Si bien las políticas adoptadas han llevado a adelantos importantes de carácter teórico y normativo, en la práctica las metas establecidas están lejos de haberse alcanzado y en muchos países existen grandes disparidades entre la cobertura real de la población y su cobertura teórica. Ello se debe, en gran medida, a la organización y otras características “endógenas” de los sistemas de salud vigentes en cada país, y a factores “exógenos” de carácter político, macroeconómico, social, epidemiológico y cultural.

En este documento se examinan detenidamente los diferentes tipos de sistemas de salud que existen actualmente en la región y el efecto que ejercen sobre las fuentes de aseguramiento y cobertura de salud de los habitantes. Al final se presentan los distintos tipos de estrategias adoptadas por los países para extender la cobertura de salud, algunas veces mediante la focalización de las políticas en los grupos sociales más vulnerables.

21) Molina, G., Rodríguez, C.M. (2002). *Caracterización de la descentralización del sector salud en tres municipios: Itagüí, La Ceja y Balboa. Colombia*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 20(2), pp. 7-21.

**Abstract**

La descentralización del sector salud implica cambios de orden fiscal, político, social y administrativo para que los municipios asuman las competencias transferidas por el gobierno central y departamental con lo cual el gobierno municipal es responsable de la salud de la población. Este estudio analiza las características del desarrollo institucional y de la participación comunitaria como elementos claves de la descentralización. Los resultados señalan que a pesar de que Itagüí, La Ceja y Balboa son tres municipios con niveles de desarrollo socioeconómico muy diferentes, tienen en general avances similares en la implementación de la descentralización y han enfrentado obstáculos tales como la falta de voluntad política de los alcaldes de cada periodo para apoyar el proceso, la falta de capacidad técnica del personal de las direcciones locales de salud, la alta rotación de estos como expresión del clientelismo político y la complejidad de la legislación. El desempeño de los organismos de dirección del sector es bajo y los mecanismos de coordinación entre ellos son deficientes o inexistentes; el sistema de información en salud obtuvo igualmente bajos índices de calidad y efectividad en la toma de decisiones. El aseguramiento en salud es uno de los aspectos que tiene mayor avance y aunque existen una serie de organizaciones comunitarias, estas han tenido muy poca influencia en la toma de decisiones en salud.



22) Molina, G., Spurgeon, P. (2007). *La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos*. Gestión y Política Pública. Vol. XVI, N°1, pp. 171-202.

**Abstract**

Este artículo analiza las características del desarrollo institucional (DI) y la participación comunitaria (PC), como los principales componentes de la descentralización del sector salud en Colombia. Este análisis se enmarca en el contexto de las reformas al sector salud que buscan mejorar la prestación de servicios sanitarios. Se entiende la descentralización como una política pública que interactúa mucho con el entorno político, social, económico y administrativo. El estudio incluye tres estudios de caso desde la perspectiva de los tomadores de decisiones en los ámbitos local, regional y nacional donde se recolectaron y procesaron datos cualitativos y cuantitativos. Los hallazgos sugieren que los tres municipios han progresado en ciertos aspectos de la descentralización del sector salud, pero que no cuentan con un avance integrado del DI y la PC. El sistema político ha desempeñado un papel importante en este proceso, pues el clientelismo influye en la calidad del personal y en todo el proceso. La mezcla de descentralización y privatización también creó conflictos en la prestación de servicios.

23) Montecinos, E. (2005). Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática. *Revista eure*. Vol. XXXI, N° 93, pp. 77-88.

**Abstract**

En este artículo se hace una revisión del estado actual de los estudios relacionados con la descentralización en América Latina y se les clasifica de acuerdo al enfoque teórico que la aborda. De esta manera, se identifican los estudios de descentralización provenientes del enfoque económico, sociológico, politológico, de la nueva gestión pública y el correspondiente a los organismos internacionales. En cada uno de ellos se examina la preocupación central en torno a la descentralización y se presentan algunos elementos analíticos que pueden configurar una agenda de investigación futura en la materia. Los principales desafíos de esta agenda se relacionan con la necesidad de impulsar más estudios multidisciplinarios y comparados asociados a revisar las causas de los contrastantes resultados que muestra el proceso de descentralización, tanto en la región como en cada uno de los países en particular.

24) Muñoz, A.I., (2011). *Incidencia de la descentralización administrativa en la prestación de los servicios de salud en Colombia*. Justicia Juris, ISSN 1692-8571, Vol. 7. N° 2. Julio-diciembre 2011, pp. 107-118.

**Abstract**

Siendo la prestación de los servicios de salud un aspecto clave para el desarrollo de cualquier país, ha sido motivo de preocupación de diferentes gobiernos, el dar protección a

los habitantes del territorio nacional, mediante la prestación eficiente de este servicio. En este sentido, la descentralización administrativa ha servido de instrumento encaminado a la consecución de tal fin. La descentralización administrativa comenzó a desarrollarse normativamente a partir de la Constitución de 1886, pero realmente su implementación en el país, solamente empezó a darse para los años 60, y se materializó en mayor medida con la Constitución de 1991. De la misma forma, la descentralización en los servicios de salud comenzó a fortalecerse, posteriormente a dicha Constitución, con las leyes 60 y 100 de 1993. En el presente artículo de reflexión se hace un estudio del marco normativo que le da soporte legal a la descentralización administrativa y a la descentralización administrativa en los servicios de salud, con el fin de poder hacer un análisis y comprender el porqué de los resultados obtenidos con la aplicación de dichas leyes.

25) Pinto, D., Carrasquilla, G., Gil, F.A., Collazos, C. & Rincón, J. (2005). *La certificación como indicador de descentralización en salud. Una mirada a la luz del cumplimiento de requisitos en municipios colombianos*. Revista Gerencia y Políticas de Salud N° 8.

#### **Abstract**

En este artículo se describen los resultados de una encuesta llevada a cabo durante los años 2003-2004 para determinar el cumplimiento de los criterios para la certificación de descentralización en salud otorgada por el Ministerio de la Protección Social en una muestra representativa de municipios colombianos. A la luz de los hallazgos se evalúa la validez de la certificación como indicador de descentralización y como alternativa se construye una escala de descentralización en salud. Se encuentra que a pesar de estar certificados, los municipios no cumplen con todos los criterios. Aunque el número de criterios cumplidos parece relacionarse al estar certificado, no es claro haya diferencias en el tipo de criterios cumplidos por los municipios certificados y no certificados. La escala propuesta podría capturar diferencias tanto cuantitativas como cualitativas en cuanto al cumplimiento de criterios. Los resultados del estudio cuestionan si el estado de certificación refleja de manera adecuada el grado de descentralización municipal.

26) Ramírez, J. (2010). *La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana*. Revista Gerencia Política de Salud, Sup. 9 (18): 124-143.

#### **Tomado de la introducción del documento**

La presente coyuntura en el sector salud está determinada por dos elementos básicos, de un lado, la consideración del Gobierno Nacional de declarar la emergencia social, y de otro, el vencimiento de los términos para la actualización y unificación de los planes de beneficios entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo, establecido por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 del 2008.

En este ensayo de coyuntura sectorial se considera que la declaratoria de la emergencia no sólo fue un desacierto político y económico, sino que se hizo mostrando hechos corrientes y continuos como hechos inesperados que ponen en riesgo la estabilidad del sistema en el corto plazo.

Como conclusión general se afirma que los hechos que configuran la declaratoria no tienen la dimensión pretendida y que el impacto considerado en la emergencia se encuentra sobredimensionado. Por el contrario, el verdadero reto del sistema lo constituye la unificación equitativa de los beneficios incluidos en los planes obligatorios de salud, tal como lo ordena la Corte, y la unificación de las condiciones de operación en un solo régimen de afiliación universal.

La emergencia no sólo ha sido un brusco proceso antidemocrático, sino que está originando consecuencias negativas sobre las expectativas de los ciudadanos, aseguradores y prestadores de servicios de salud y ha aumentado la incertidumbre sobre la viabilidad institucional y económica del sistema de salud colombiano. Lo que se inició como una medida salvadora, se ha convertido en el principal riesgo sobre la estabilidad y la sostenibilidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

27) Restrepo, J. y Rodríguez S. (2005). *Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia*. Revista de Economía Institucional, Vol.7, N°12.

#### **Abstract**

En Colombia se tiene un sistema de salud basado en la competencia regulada. En él interactúan los mercados de seguros y servicios de salud, influenciados por variables reguladas como la unidad de pago per cápita (precio) y el plan obligatorio de salud (cantidad y calidad), al igual que normas específicas para los agentes que participan en ellos. La investigación evalúa la regulación en el sistema colombiano, comparando las recomendaciones teóricas con la experiencia internacional, el diseño del sistema y su funcionamiento durante los primeros siete años. Se adelanta un análisis documental y la recolección de información primaria, en especial mediante una encuesta a los regulados y varias entrevistas y consultas entre expertos. Se analizan los reguladores, principalmente el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por su peculiaridad en el mundo, el marco regulatorio y los logros y barreras de los reguladores. Aunque se destaca un diseño en general adecuado, existen vacíos en cuanto a coordinación y vigilancia sobre las normas. También se encuentran aspectos críticos, enmarcados en la falta de planeación estratégica y algunos elementos inherentes a la estructura y operación del Consejo, lo que pone en duda su autonomía y la búsqueda del bien común en sus decisiones.

28) Riutort, M. y Cabarcas, F. (2006). *Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana*. Revista Gerencia y Políticas de Salud N° 11.

#### **Abstract**

Se realizó una revisión de los artículos publicados, con el fin de presentar una descripción de los antecedentes históricos de las reformas en salud en América Latina y así establecer una breve presentación del proceso de descentralización en países como Colombia, Brasil, Chile, México y Costa Rica. De esta forma se ilustran las diferentes tendencias en las transformaciones de los sistemas de salud de la región.

Esta revisión de la literatura reveló la necesidad imperiosa de contar con más estudios sistemáticos en esta área. Aunque en teoría, la descentralización puede considerarse un

mecanismo poderoso en la promoción de la equidad en la salud, puede resultar insuficiente o prejudicial en el contexto de políticas inciertas que promueven la equidad por parte del Estado. Igualmente, se debe discutir tanto el papel de otros fenómenos afines, por ejemplo la privatización, como la escasez de fondos estatales en salud. Sin embargo, la evidencia respecto de los resultados de la descentralización en América Latina y el Caribe es aún contradictoria y ambigua: no es claro que sus logros puedan alcanzar sus intenciones de mejoras en equidad en salud en la región.

29) Rosero, L. (1999). *Results of the studies on health-sector reform*. Meeting of the Advisory Committee on Health Research of the Panamerican Health Organization 12-14 July 1999. PAHO/OPS/ACHR/CAIS 99/09.

### **Tomado de la introducción**

This paper is a summary of the papers resulting from five research projects financed by the PAHO Research Grants Program within the framework of the competition on "Health-Sector Reforms: Organizational and Financing Changes and Their Effect on the Efficiency, Quality and Equity of Health Systems and Services." The Regional Call for Papers to compete in this grants program took place in 1996. Initially, some 18 research profiles were pre-selected. The five research projects were carried out in a period of 18 months from 1997–1998. The grant agreement required that the final report for each project be presented in the form of a scientific study. The manuscripts were reproduced as part of the PAHO Technical Papers Series: Public Health Research.

30) Sarmiento, A. (2004). *La institucionalidad social en Colombia: la búsqueda de una descentralización con centro*. Estudio se inscribe en el marco del proyecto "Mejoramiento de la institucionalidad de la política social y constitución de una autoridad social" en América Latina y el Caribe (Proyecto NET/00/087) que la CEPAL lleva a cabo con el apoyo del Gobierno de los Países Bajos. Póublicación de las Naciones Unidas ISSN impreso 1564-4162.

### **Abstract**

En este estudio se proporciona un panorama de la situación de la institucionalidad en Colombia, con énfasis en los procesos de descentralización, desde mediados de la década de 1990. Se examinan las instancias encargadas de la toma de decisiones gubernamentales así como los avances graduales pero progresivos de descentralización, a partir de su institucionalización en 1986.

En relación a aspectos específicos de la institucionalidad social, se aborda el carácter transicional de la toma de decisiones en políticas sectoriales, subsectoriales e intersectoriales, profundizando en los sectores de educación y salud. A nivel de las modalidades institucionalizadas de coordinación y sus alcances reales, se destaca el rol de la Dirección de Desarrollo Social, como instancia coordinadora sectorial y de la Red de

Solidaridad Social en el plano de las acciones asistenciales de las entidades ejecutoras del Estado.

Asimismo, en éste trabajo se abordan las relaciones entre el sector público y el privado y las prácticas ciudadanas de participación social en los programas sociales, enmarcados en la Red de Solidaridad.

En el marco del avance evaluado como notable en la eficacia de la institucionalidad social, se relevan los retos y debilidades del proceso.

31) Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). *La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica*. Salud Colectiva, vol. 4, núm. 1, enero-abril, 2008, pp. 31-56.

#### **Abstract**

Los actuales promotores de la descentralización de los servicios de salud afirman que su implementación mejorará la calidad, la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud, y al mismo tiempo incrementará la satisfacción de los usuarios. Además, quienes abogan por la descentralización piensan que la descentralización facilitará la participación de las comunidades en la toma de decisiones relacionadas con la salud, y en consecuencia la democracia. En este trabajo se discute primero la falta de consenso que existe sobre el significado del concepto de descentralización y la dificultad de medir el nivel de descentralización de un sistema de salud. También se identifica a los actores que formularon estas hipótesis, se examinan las razones detrás de su formulación, y si los resultados alcanzados tras la descentralización de los servicios de salud en América Latina las confirman.

32) Ugalde, A. y Homedes, N. (2002). *Descentralización del sector salud en América Latina*. Gaceta Sanitaria 16(1), pp.18-29.

#### **Abstract**

Este trabajo analiza la experiencia latinoamericana con la descentralización de servicios de salud. Los autores examinan el significado de la descentralización: geográfica, institucional y de funciones. Se identifican los objetivos que según los promotores de la descentralización la justifican y se documenta que, en general, no se han conseguido. Una revisión de la bibliografía y los estudios llevados a cabo por los autores sugieren que con frecuencia la descentralización ha producido resultados opuestos a los buscados, es decir, ha incrementado la inequidad, ha disminuido la eficiencia y calidad de los servicios, y ha aumentado los costes.

Se señala que la información existente no permite determinar con seguridad si el fracaso de la descentralización se debe a la selección de políticas inadecuadas o a fallos en el proceso de implementación. Se reconoce que la descentralización es un proceso político complejo que no se puede diseñar ni imponer desde fuera y que antes de tomar la decisión de descentralizar es necesario identificar cuál de las muchas modalidades de descentralización se quiere implementar, estimar los costes, anticipar los problemas que se pueden presentar en su proceso de implementación y buscar soluciones a los mismos. Los autores concluyen sugiriendo que los bancos multilaterales han errado al forzar a los países

a descentralizar de una manera improvisada sin tener en cuenta los diferentes contextos históricos, políticos y socioeconómicos.

33) Vázquez, M.L., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A. & Leite, I.C. (2002). *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. Gaceta Sanitaria, 16(1), pp.30-38.

### **Abstract**

Actualmente, muchos países en todo el mundo están llevando a cabo reformas de sus sistemas de salud. Estas reformas, si bien difieren de acuerdo con las características del país, comparten muchas de sus políticas, y una de éstas es la promoción de la participación social en salud. Con todo, esta política no es una iniciativa nueva en lo que a organización de los servicios de salud se refiere. A lo largo del último siglo la colaboración individual o colectiva de la población con los servicios de salud ha sido fomentada a partir de diversas filosofías y conceptos, y persigue objetivos diversos: desde la búsqueda de la colaboración de la población para la extensión de la cobertura de los servicios de salud al fomento de la creación de mecanismos que permitan a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios. No obstante, para que exista algún tipo de implicación de la población con los servicios, deben confluír diversos factores, tanto relativos a los servicios como a la población. A pesar de que los marcos teóricos que han sustentado la participación social a lo largo del desarrollo de los sistemas de salud difieren considerablemente, su puesta en práctica ha compartido muchos elementos comunes en todas las épocas, desde la participación como medio para obtener unos objetivos, a ser un fin en sí misma, como proceso democrático. Esto es también aplicable a la promoción actual de las políticas de participación social en el contexto de las reformas, que se analizan fundamentalmente a partir de los ejemplos de Colombia y Brasil.

34) Yepes, F., Ramírez, M., Sánchez, L.H., Ramírez, M.L. & Jaramillo, I. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Primera edición: marzo de 2010. Assalud en coedición con la Universidad del Rosario, Facultad de Economía y Mayol Ediciones S.A.

<http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/43686/1/130255.pdf>

### **Tomado de la introducción**

La presente publicación se centra en la búsqueda y análisis de la evidencia<sup>1</sup> disponible mediante una síntesis narrativa. El documento consta de cuatro capítulos y cuatro anexos. En los antecedentes se plantean las razones que originaron el proyecto y nuestro posicionamiento acerca del concepto de gobernanza y de las políticas públicas. El capítulo 1 versa sobre los aspectos conceptuales y metodológicos, el capítulo 2 se refiere al contexto y características de la reforma colombiana de la salud, el capítulo 3 presenta los resultados de la reforma y las evidencias disponibles sobre los mismos, y el capítulo 4

plantea la discusión acerca de los resultados y unas recomendaciones para la acción. Los anexos presentan material técnico de soporte. Un análisis bibliométrico de las publicaciones identificadas, la lista de dichas publicaciones, a partir de la cual se hizo la selección para el estudio, la matriz de análisis de las publicaciones seleccionadas, y editoriales de prensa sobre la problemática de la salud.

35) Yepes, F.J. y Sánchez, L.H. (1999). *La Descentralización de la Salud en Colombia. Estudio de Casos y Controles*. Asociación Colombiana de la Salud. Trabajo apoyado por el proyecto “Social Policy Decentralization: a Regional”, financiado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CIID) con el No. de proyecto 96-0225.

**Abstract**

Esta investigación busca contribuir al mejor entendimiento de las dinámicas, los logros, las dificultades en el proceso de descentralización de la salud, desde el punto de vista de los actores seleccionados, teniendo como unidad de análisis el territorio municipal. Se trata de un estudio exploratorio, multidisciplinario, con dos ejes metodológicos: desde la epidemiología, la concepción de casos y controles. Desde la etnografía, los procedimientos de evaluación rápida.

**Anexo 2. Revisión sistemática. Modelo para evaluación crítica de la evidencia recopilada.**

<b>Id.</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año publicación</b>	<b>Medio publicación</b>	<b>Tipo documento</b>
	Nombre del trabajo	Autor o autores.	Año de publicación	Nombre del medio	Revista (calificación internacional del medio)
<b>Metodología</b>					
	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Descripción diseño del estudio</b>	<b>Fuentes de información primarias utilizadas</b>	<b>Fuentes de información secundarias utilizadas</b>	<b>Tipo de instrumentos utilizados</b>
	Cualitativo, cuantitativo, mixto?	Si es cualitativo, que tipo de método utilizo: grupos focales, observación participante, etc. Si es cuantitativo: Es Descriptivo o Analítico? si es analítico, es observacional o es experimental. Es retrospectivo o prospectivo.	No? Sí? Cuales?	No? Sí? Cuales?	



### **Anexo 3. Lista de los recursos bibliográficos identificados en la revisión de entrada.**

#### **Scopus (26)**

- 1) Decentralization and access to social services in Colombia Faguet, J.-P., Sánchez, F.
- 2) The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. Esteves, R.J.
- 3) Fiscal decentralisation and infant mortality rate: The Colombian case Soto, V.E., Farfan, M.I., Lorant, V.
- 4) Descentralización y reforma: ¿Cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos? [Decentralization and health system reform: what is their impact on malaria incidence in Colombian municipalities?]. Borrero, E., Carrasquilla, G., Alexander, N.
- 5) The quest for equity in Latin America: A comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia Esteves, R.J.F.
- 6) Introducción de la vacuna contra el VPH en niveles locales de un país en vías de desarrollo: actitudes y criterios de actores clave | [HPV vaccine introduction at the local level in a developing country: Attitudes and criteria among key actors] Piñeros, M., Wiesner, C., Cortés, C., Trujillo, L.M.
- 7) Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud | [Control of cervical cancer in Colombia: The perspective of the health system] Wiesner-Ceballos, C., Moreno, R.H.M., Petersen, M.P., Tovar-Murillo, S.L., Duarte, R.C., Gutiérrez, M.C.
- 8) La descentralización del sector salud en Colombia una perspectiva desde múltiples ámbitos | [The decentralisation of the health sector in Colombia seen from a multiple level perspectives] Molina, M.G., Spurgeon, P.
- 9) Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004 | [Health reform and malaria control in two endemic areas of Colombia, 1982-2004] Jiménez, M.M., Hinestroza, Y., Gómez, R.D.
- 10) Decentralised provision of quasi-private goods: The case of Colombia Iregui, A.M.
- 11) Disponibilidad de información: ¿Un cuello de botella para investigación y evaluación en políticas de salud? | [Does the lack of availability of information represent a bottleneck for research and evaluation in health policy?] Granada, A., Estrada, V.E., Pinto, D., Borrero, E., Carrasquilla, G.
- 12) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso | [Neoliberal reforms in health services in Latin America: A critical view from two case studies] Homedes, N., Ugalde, A.
- 13) Why neoliberal health reforms have failed in Latin America Homedes, N., Ugalde, A.
- 14) Assessing options for an Innovative Malaria Control Program on the basis of experience with the New Colombian Health Social Security System Carlos, A.A.C., Augusto, C.A., Valero, M.V.
- 15) The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control Kalk, A., Fleischer, K.

- 16) Expanding access to emergency contraception: The case of Brazil and Colombia Heimburger, A., Gras, C., Guedes, A.
- 17) Decentralization and equity of resource allocation: Evidence from Colombia and Chile Bossert, T.J., Larrañaga, O., Giedion, U.,Arbelaez, J.J., Bowser, D.M.
- 18) Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. | [Evaluation of health system decentralization and reform of the Social Security system in Colombia] Jaramillo, I.
- 19) An integrated malaria control program with community participation on the Pacific Coast of Colombia. Rojas, W., Botero, S., Garcia, H.I.
- 20) Decentralization and poverty alleviation. International experience and the case of the Philippines Bird, R., Rodriguez, E.R.
- 21) Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance Bossert, T.
- 22) Desafíos gerenciales de los sistemas de salud en Colombia y | [Managerial challenges posed by Colombia and Venezuelan health systems] Gamboa C, .T., Rangel, E.L.G.
- 23) Colombia's "National Project for Sex Education". Martinez Mendez, Z.
- 24) Patchwork in urban health care. Approaches to primary health care in six cities: Bogota, Cali, Jakarta, Manila, Mexico and Shanghai Hardie, M.
- 25) Family planning costs and benefits. [No author name available]
- 26) The educational approach within Colombia's nutrition plan (PAN) De Pizano, J.M.

Ebsco Host (15)
-----------------

- 1) La descentralización del sector salud en Colombia: Una perspectiva desde múltiples ámbitos. (Spanish) By: Molina, M. Gloria; Spurgeon, Peter. Gestión y Política Pública. 2007, Vol. 16 Issue 1, p171-202. 32p.
- 2) distribución regional de las transferencias intergubernamentales en Colombia 1994-2009. (Spanish) By: Bello, Ricardo; Espitia, Jorge. Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal. 2011, Vol. 11 Issue 16, p7-50. 44p. 13 Charts, 14 Graphs.
- 3) The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. International Journal for Equity in Health. 2012, Vol. 11 Issue 1, p6-21. 16p. 8 Charts, 4 Graphs. DOI: 10.1186/1475-9276-11-6.
- 4) Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. By: Bessert, Thomas J.; Larranaga, Osvaldo; Giedion, Ursula; Arbelaez, José Jesus; Bowser, Diana M. Bulletin of the World Health Organization. 2003, Vol. 81 Issue 2, p95. 6p. 3 Charts.
- 5) Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. (Spanish) By: Wiesner-Ceballos, Carolina; Moreno, Raúl Hernando Murillo; Petersen, Marion Piñeros; Tovar-Murillo, Sandra Lourdes; Duarte, Ricardo Cendales; Gutiérrez, Martha Cielo. Revista Panamericana de Salud Publica. Jan2009, Vol. 25 Issue 1, p1-8. 8p.
- 6) Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. (Spanish) By: Wiesner-Ceballos, Carolina; Murillo Moreno, Raúl Hernando; Petersen, Marion Piñeros; Tovar-Murillo, Sandra Lourdes; Duarte, Ricardo Cendales; Gutiérrez, Martha Cielo. Pan American Journal of Public Health. Jan2009, Vol. 25 Issue 1, p1-8. 8p. 4 Charts.

- 7) Decentralization and Equity: A REVIEW OF THE LATIN AMERICAN LITERATURE. By: Riutort, Monica; Cabarcas, Fabio. Revista Gerencia y Políticas de Salud. dic2006, Vol. 5 Issue 11, p8-21. 14p.
- 8) The Downside of Decentralization: Armed Clientelism in Colombia. By: Eaton, Kent. Security Studies. Oct2006, Vol. 15 Issue 4, p533-562. 30p. DOI: 10.1080/09636410601188463.
- 9) Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004. (Spanish) By: Jiménez, Mónica Marcela; Hinestroza, Yenifer; Gómez, Rubén Darío. Colombia Medica.abr-jun2007, Vol. 38 Issue 2, p113-131. 19p. 1 Chart, 6 Graphs.
- 10) Los municipios colombianos y el conflicto armado Una mirada a los efectos sobre la efectividad en el desempeño de los gobiernos locales. (Spanish) By: Takeuchi, Laura Kiku
- 11) La certificación como indicador de descentralización en salud. (Spanish) By: Pinto, Diana; Carrasquilla, Gabriel; Gil, Fabián Armando; Collazos, Constanza; Rincón, Julio. Revista Gerencia y Políticas de Salud. jul2005, Vol. 4 Issue 8, p149-162. 14p.
- 12) Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud: Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA, POBRE Y VULNERABLE DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA. (Spanish) By: Bello, Amparo Hernández; Romero, Román Vega. Revista Gerencia y Políticas de Salud. jul2006, Vol. 5 Issue 10, p78-106. 29p.
- 13) Decentralization and equity of resource allocation in Chile. By: Arteaga, Oscar; Darras, Christian. Bulletin of the World Health Organization. 2003, Vol. 81 Issue 12, p914-914. 2/3p.
- 14) Developing a media- and school-based program for substance abuse prevention among hispanic youth: A case study of Mirame!/Look at Me! By: Ramirez, Amelie G.; Gallion, Kipling J.; Espinoza, Renato; Chalela, Patricia. Nicotine & Tobacco Research. Apr1999 Supplement, Vol. 1, pS99-S104. 6p. 1 Chart.
- 15) Descentralización y equidad: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA LATINOAMERICANA. (Spanish) By: Riutort, Monica; Cabarcas, Fabio. Revista Gerencia y Políticas de Salud.dic2006, Vol. 5 Issue 11, p22-36. 15p.

### **Medline (3)**

- 1) Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile.Texto completo disponible(English) ; Abstract available. By: Bossert TJ; Larrañaga O; Giedion U; Arbelaez JJ; Bowser DM, Bulletin Of The World Health Organization [Bull World Health Organ], ISSN: 0042-9686, 2003; Vol. 81 (2), pp. 95-100; PMID: 12751417
- 2) The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia.Texto completo disponible(English) ; Abstract available. By: Esteves RJ, International Journal For Equity In Health [Int J Equity Health], ISSN: 1475-9276, 2012 Feb 02; Vol. 11, pp. 6; PMID: 22296659
- 3) [Control of cervical cancer in Colombia: the perspective of the health system].Texto completo disponibleControl del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. (Spanish) ; Abstract available. By: Wiesner-Ceballos C; Murillo Moreno RH; Piñeros Petersen M; Tovar-Murillo SL; Cendales Duarte R; Gutiérrez MC, Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal Of Public Health [Rev Panam Salud Publica], ISSN: 1020-4989, 2009 Jan; Vol. 25 (1), pp. 1-8; PMID: 19341517

### **Dialned (4)**

- 1) Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008  
Gloria Molina Marín. Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia, ISSN-e 0120-386X, Vol. 27, N°. 1, 2009, págs. 66-75
- 2) Política de descentralización en salud y respuesta social: el caso de una región colombiana  
Gloria E. Gómez T., María Victoria López, Gustavo Arango, Sara Yaneth Fernández, María Patricia Arbeláez M. Investigación y educación en enfermería, ISSN 0120-5307, Vol. 22, N°. 1, 2004, págs. 24-39
- 3) Incidencia de la descentralización administrativa en la prestación de los servicios de salud en Colombia  
Alcira Isabel Muñoz Osorio. Justicia Juris, ISSN-e 1692-8571, Vol. 7, N°. 2, 2011, págs. 107-118
- 4) Distribución regional de las transferencias intergubernamentales en Colombia 1994-2009  
Ricardo Andrés Bello, Jorge Espitia. DAAPGE, ISSN-e 1851-3727, Vol. 11, N°. 16, 2011, págs. 7-50

### **Scielo (16)**

- 1) Descentralización y reforma: ¿cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos?/ Decentralization and health system reform: What is their impact on malaria incidence in Colombian municipalities?  
Borrero, Elizabeth; Carrasquilla, Gabriel; Alexander, Neal
- 2) Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia/ Evaluation of health system decentralization and reform of the Social Security system in Colombia  
Jaramillo, I.
- 3) Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia/ Evaluation of health system decentralization and reform of the Social Security system in Colombia  
Jaramillo, I.
- 4) Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios/ Health sector decentralization in Colombia: analysis of 91 cities  
Molina M, Gloria; Montoya, Nilton; Rodríguez T, Claudia M; Spurgeon, Peter
- 5) La Salud en el paradigma de la Descentralización en América Latina/ Health in the Decentralization Paradigm in Latin America  
Avila Urdaneta, Maritza
- 6) Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile/ Décentralisation et répartition équitable des ressources: observations au Chili et au Colombie/ Descentralización y distribución equitativa de los recursos: evidencia obtenida en Colombia y Chile  
Bossert, Thomas J.; Larrañaga, Osvaldo; Giedion, Ursula; Arbelaez, José Jesus; Bowser, Diana M.
- 7) Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud/ Control of cervical cancer in Colombia: the perspective of the health system  
Wiesner-Ceballos, Carolina; Moreno, Raúl Hernando Murillo; Piñeros Petersen, Marion; Tovar-Murillo, Sandra Lourdes; Cendales Duarte, Ricardo; Gutiérrez, Martha Cielo

8) Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008: Colombia 2007-2008/ Role of the political parties in the provision of health services

Molina M, Gloria

9) Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004/ Health reform and malaria control in two endemic areas of Colombia, 1982-2004

Jiménez, Mónica Marcela; Hinestroza, Yenifer; Gómez, Rubén Darío

10) An integrated malaria control program with community participation on the Pacific Coast of Colombia/ Un programa de control integrado de malaria con participación comunitaria en la Costa Pacífica de Colombia

Rojas, William; Botero, Sonia; Garcia, Hector Ivan

11) An integrated malaria control program with community participation on the Pacific Coast of Colombia/ Un programa de control integrado de malaria con participación comunitaria en la Costa Pacífica de Colombia

Rojas, William; Botero, Sonia; Garcia, Hector Ivan

12) Evolución del sistema general de riesgos profesionales, Colombia 1994 - 2004/ Evolution of the general system of occupational risks, Colombia 1994 - 2004

Restrepo V, Román; Pérez R, Pascual; Escobar P, Martha L

13) Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004/ Health reform and malaria control in two endemic areas of Colombia, 1982-2004

Jiménez, Mónica Marcela; Hinestroza, Yenifer; Gómez, Rubén Darío

14) Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud/ Control of cervical cancer in Colombia: the perspective of the health system

Wiesner-Ceballos, Carolina; Moreno, Raúl Hernando Murillo; Piñeros Petersen, Marion; Tovar-Murillo, Sandra Lourdes; Cendales Duarte, Ricardo; Gutiérrez, Martha Cielo

15) los municipios colombianos y el conflicto armado una mirada a los efectos sobre la efectividad en el desempeño de los gobiernos locales/ the colombian municipalities and armed conflict a look at the consequences on the effectiveness of the performance of local governments

Rodríguez Takeuchi, Laura Kiku

16) La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional/ Autonomy of health care facilities: it is more an ideal than an institutional reality

Carrioni, César Augusto; Hernández, Martha Liliana; Molina M, Gloria

### **Redalyc (75)**

1) Decentralization and equity: a review of the Latin America literature

Fabio Cabarcas, Monica Riutort. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2006 5(11)

2) Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections

Ronald Labonté. Revista de Salud Pública, 2010 12( 1)

- 3) The importance of stakeholder perception in understanding impact: the basic integrated health system (sibasi) Program and quality of Primary healthcare in el salvador  
Jill Murphy. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2007 6(12)
- 4) Descentralización y equidad: una revisión de la literatura Latinoamericana  
Monica Riutort, Fabio Cabarcas. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2006 5(11)
- 5) Malaria in Colombia: Retrospective Glance during the Past 40 Years  
María V. ValeroBernal. Revista de Salud Pública, 2006 8(3)
- 6) Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios  
Peter Spurgeon, Nilton Montoya, Gloria Molina M., Claudia M. Rodríguez T. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2006 24(1)
- 7) Lessons on rural development, challenges and approaches  
Absalón Machado. Agronomía Colombiana, 2010 28(3)
- 8) Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia 2006  
Gloria Molina M., Claudia Milena Rodríguez T. Investigación y Educación en Enfermería, 2007 XXV(1)
- 9) Descentralización y reforma: ¿Cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos?  
Neal Alexander, Gabriel Carrasquilla, Elizabeth Borrero. Biomédica, 2012 32(1)
- 10) La certificación como indicador de descentralización en salud. Una mirada a la luz del cumplimiento de requisitos en municipios colombianos  
Julio Rincón, Gabriel Carrasquilla, Diana Pinto, Constanza Collazos, Fabián Armando Gil. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2005 4(8)
- 11) Caracterización de la descentralización del sector salud en tres municipios: Itagüí, La Ceja y Balboa. Colombia.  
Claudia Milena Rodríguez T., Gloria Molina M. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2002 20(2)
- 12) 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar  
Antonio Ugalde, Núria Homedes Beguer. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2008 7(15)
- 13) Disponibilidad de información ¿Un cuello de botella para investigación y evaluación en políticas de salud?  
Gabriel Carrasquilla, Elizabeth Borrero, Victoria Estrada, Alberto Granada, Diana Pinto. Revista de Salud Pública, 2005 7(2)
- 14) Compromised quality of maternal healthcare in a market economy: Medellín, Colombia 2008-2009  
ALINA SHAW, GLORIA MOLINA, GILMA VARGAS. Colombia Médica, 2011 42(3)
- 15) Territorial perspective of agricultural extension policies in Colombia  
Juan Patricio Molina. Agronomía Colombiana, 2010 28(3)
- 16) Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008

- Gloria Molina M. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2009 27(1)
- 17) Early Childhood Education in Brazil: The obstacles to a successful experience  
Fernanda da R. Becker. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2007 5(2)
- 18) Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia  
Gabriel Carrasquilla, Belén Samper, Teresa Tono, Alejandro Varela. Colombia Médica, 2002 33(3)
- 19) Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana  
Maria Victoria López L., Maria Patricia Arbeláez M., Sara Yaneth Fernández M., Gloria E. Gómez T., Gustavo Arango T. Investigación y Educación en Enfermería, 2004 XXII(1)
- 20) Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia  
León D. Bello-Parías, Jaime L. Londoño-Pimienta, Gustavo A. Cabrera-Arana. Revista de Salud Pública, 2008 10(3)
- 21) Accountability and governance in local public services: The particular case of mixed companies  
Nuno Ferreira da Cruz, Rui Cunha Marques. Innovar. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 2011 21(42)
- 22) Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada...  
Román Vega Romero, Amparo Hernández Bello. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2003 2(5)
- 23) Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria  
María del Pilar Guzmán Urrea. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2005 4(8)
- 24) Espacio y territorio en la práctica de enfermería comunitaria  
Marlon Mauricio González Ballesteros, Yaira Yohanna Pardo Mora. Aquichan, 2007 7(2)
- 25) Participation and innovation, the keys to rural development: The case of rural Medellín  
Laura Moisés, Adolfo Hernández. Agronomía Colombiana, 2011 29(2)
- 26) Assessing options for an innovative malaria control program on the basis of experience with the New Colombian Health Social Security System  
Augusto Corredor A., Carlos A. Agudelo C., María Victoria Valero. Revista de Salud Pública, 2004 6(97)
- 27) Integrating sustainability down to the operational levels of a mining company  
Jose A. Botin. Dyna, 2010 77(161)
- 28) Structural health monitoring methodology for simply supported bridges: numerical implementation  
Carlos Alberto Riveros Jerez, Revista Facultad de Ingeniería Universidad de Antioquia, 2007 (39)

- 29) Evaluación de una estrategia educativa en malaria aplicada en localidades rurales del Pacífico colombiano  
Gabriel Carrasquilla, Rocío Carvajal, Elizabeth Gómez, Beatriz Eugenia Alvarado, Mauricio Serra. *Biomédica*, 2006 26(3)
- 30) Service delivery systems for natural resource stakeholders: targeting, information and communication functions and policy considerations  
Rebecca A. Lee, Ricardo Ramírez. *Agronomía Colombiana*, 2007 25(2)
- 31) El médico de la caverna de Platón: la justicia sanitaria en la globalización  
Víctor De Currea-Lugo. *Revista Colombiana de Bioética*, 2010 5(2)
- 32) Las reformas colombianas a la Seguridad Social en Salud y su impacto sobre la equidad  
Gonzalo Alberto Patiño B., Óscar Herrán Falla. *Reflexión Política*, 2009 11(21)
- 33) Agribusiness model approach to territorial food development  
Héctor Horacio Murcia. *Agronomía Colombiana*, 2011 29(1)
- 34) Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006  
Zuly Andrea Rodríguez Corredor, Gloria Molina Marín. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2009 XXVII(1)
- 35) Los municipios colombianos y el conflicto armado Una mirada a los efectos sobre la efectividad en el desempeño de los gobiernos locales  
Laura Kiku Rodríguez Takeuchi. *Colombia Internacional*, 2009 (70)
- 36) Drugs, Violence, and State-Sponsored Protection Rackets in Mexico and Colombia  
Angélica Durán Martínez, Richard Snyder. *Colombia Internacional*, 2009 (70)
- 37) Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, Agenda, Modelos y algunos resultados de implementación  
Celia Almeida. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2005 4(9)
- 38) evaluación del efecto de una intervención educativa en sífilis congénita a trabajadores de la salud en la región del urabá, colombia, 2008. estudio de antes y después  
Jesús Arnulfo Velásquez-Penagos, Joaquín Guillermo Gómez-Dávila, Silvia Elena Uribe-Bravo, Liliana Isabel Gallego-Vélez, John Jairo Zuleta-Tobón. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2012 63(4)
- 39) Policy transfer and lesson drawing. The case of the pension system reform in Mexico  
jorge enrique culebro moreno, víctor manuel figueras zanabria. *estudios gerenciales*, 2012 28(122)
- 40) Modelo de control de malaria en el Departamento de Antioquia. Estudio de casos  
Viviana Cerón Rodríguez. *Revista de Salud Pública*, 2004 6(97)
- 41) Mortalidad evitable y políticas en salud. Colombia, 1985-2002  
andreu nolasco bonmati, sandra milena agudelo-londoño, pamela pereyra-zamora, rubén darío gómez-arias, fabio león rodríguez-ospina. *Colombia Médica*, 2009 40(4)
- 42) Rural development in the European Union: the concept and the policy  
Rosa Gallardo-Cobos. *Agronomía Colombiana*, 2010 28(3)



- 43) Notas para una reflexión estratégica  
Bernardo Kliksberg, Rebeca Grynspan. Cuadernos de Administración, 2007 (38)
- 44) AN ESTIMATION OF THE WAGE CURVE FOR URUGUAY  
Cecilia González Rodríguez-Villamil, Marisa Carla Bucheli Anaya. Cuadernos de Economía, 2012 XXXI(56)
- 45) ¿PERLAS DEL CARIBE?. La salud pública en Haití y Cuba  
Arachu Castro-Paul Farmer. Revista Colombiana de Antropología, 2004 40
- 46) Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90  
María Esperanza Echeverry López. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2000 18(2)
- 47) Politician-Proof Policy?  
James A. Robinson. Desarrollo y Sociedad, 2005 (55)
- 48) La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos  
Martha Cecilia Jaramillo Cardona. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2007 6(13)
- 49) Colombia – towards a new petroleum contractual regime  
David Arce Rojas. International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional, 2004 (3)
- 50) roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de salud colombiano  
Claudia Puerta Silva. Revista Colombiana de Antropología, 2004 40
- 51) Lepra: enfermedad milenaria y actual  
Gabriel Bedoya-Berrío, Nora María Cardona-Castro. Iatreia, 2011 24(1)
- 52) Developing Cultural Competences  
Maryori Vivas L., Carolina Franco Ruiz, Vanessa Bachofer. Universidad & Empresa, 2009 (17)
- 53) Una mirada agregada al acceso a servicios sociales para la niñez en el valle del cauca (Colombia)  
Alejandra Mejía Sadovnik, Luis Fernando Aguado Quintero, Alexei Arbona Estrada, Ana Maria Osorio Mejía, Jaime Rodrigo Ahumada Castro. Investigación y Desarrollo, 2007 15(1)
- 54) Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004  
Yenifer Hinestroza, Rubén Darío Gómez, Mónica Marcela Jiménez. Colombia Médica, 2007 38(2)
- 55) The people´s peace processes: Local resistance processes and the development of "zone of peace" in Colombia.  
Catalina Rojas. Reflexión Política, 2004 6(11)
- 56) Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en America Latina  
Teresa Gamboa Cáceres, Madelein Arellano Rodríguez. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2007 6(13)
- 57) Irrigation Management Transfer (IMT) Systems: the Colombian Case  
Norberto Urrutia Cobo. Ingeniería de Recursos Naturales y del Ambiente, 2005 II(2)
- 58) Evaluation of an Active Labour Market Programme in a Context of High Unemployment

- M. Carmen González, Luis F. Aguado, Luis Palma, Cristina Borra. *Desarrollo y Sociedad*, 2012 (70)
- 59) The role of the city council in a Colombian city: Barranquilla as a case study  
Alexandra García Irigorri. *Revista de Derecho*, 2005 (24)
- 60) An Historical Review and Analysis of Colombian Guerrilla Movements: FARC, ELN and EPL  
Norman Offstein. *Desarrollo y Sociedad*, 2003 (52)
- 61) La investigación en salud pública: una reflexión epistemológica desde las ciencias de la complejidad  
María Inés Jara Navarro. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2009 8(16)
- 62) Evolución del sistema general de riesgos profesionales, Colombia 1994 - 2004  
Román Restrepo V., Martha L. Escobar P., Pascual Pérez R. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2009 27(2)
- 63) Deliberación por mandato. Un mecanismo para el desarrollo de ciudadanos activos en la toma de decisiones sobre políticas públicas y acción estatal  
Claudia Patricia Barrantes Venegas. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 2003 5(2)
- 64) Los desplazados internos: entre las positivities y los residuos de las márgenes  
Juan Ricardo Aparicio. *Revista de Estudios Sociales*, 2012 (43)
- 65) ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?  
Jairo Humberto Restrepo Zea. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2004 3(6)
- 66) La implementación de políticas públicas  
Benjamín Revuelta Vaquero. *Díkaion*, 2007 21(16)
- 67) Diseño institucional y política pública: una perspectiva microeconómica  
Kenneth J. McKenzie. *Revista de Economía Institucional*, 1999 1(1)
- 68) Los aportes de Eduardo Wiesner al pensamiento económico colombiano  
Jorge Iván González. *Revista de Economía Institucional*, 2006 8(14)
- 69) Own labels in the United Kingdom: A source of competitive advantage in retail business  
Octavio Ibarra Consuegra. *Pensamiento & Gestión*, 2006 (21)
- 70) Poverty and Corruption in Latin America: Challenges for a sustainable development strategy  
Ana Estefanía Carballo. *Revista Opera*, 2010 (10)
- 71) Urban Resistance to Neoliberal Democracy in Latin America  
Susan Eckstein. *Colombia Internacional*, 2006 (63)
- 72) Ciudad latinoamericana y conflictos presentes  
Carlos Alberto Torres Tovar. *Revista Bitácora Urbano Territorial*, 2005 1(9)
- 73) Expandiendo la reforma en la capacitación de docentes en Guatemala: El rol de los procesos de pensamiento de los maestros.  
Alfredo J. Artilés, Margaret D. Clark. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1996 28(2)
- 74) Propuesta para la medición del impacto de las TIC en la enseñanza universitaria

Gloria Patricia Ávila-Fajardo, Sandra Cristina Riascos-Erazo. Educación y Educadores, 2011 14(1)

75) Institucionalidad y permeabilidad el desafío político de Barranquilla ante la globalización  
Alexandra García Irigorri. Revista de Derecho, 2003 (20)

### **Google Scholar (35)**

1) [LIBRO] La institucionalidad social en Colombia: la búsqueda de una descentralización con centro

AS Gómez - 2004 - books.google.com

2) [PDF] Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia

JHR Zea, SR Acosta - Revista de Economía Institucional, 2005 - scielo.org.co

3) [PDF] Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios

L Silva, V Herrera, C Agudelo - Rev Salud Pública, 2002 - bvsde.paho.org

4) [PDF] Descentralización, reforma sectorial y control de la malaria en Colombia

G Carrasquilla - ... y gestión del control de las ..., 2006 - ops-oms.org

5) [PDF] Disponibilidad de información.¿ Un cuello de botella para la investigación y evaluación en políticas de salud

A Granada, V Estrada, D Pinto... - Revista de Salud ..., 2005 - SciELO Public Health

6) [HTML] Modelo de control de malaria en el Departamento de Antioquia. Estudio de casos

V Rodríguez - Rev Salud Publica, 2004 - scielo.org.co

7) [PDF] Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el Municipio de Soacha

C Wiesner, S Tovar, R Cendales... - Rev Colomb ..., 2006 - cancer.gov.co

8) [PDF] Grupos de interés e interacciones comunicativas en las reformas sociales en América Latina

S Martinic - CEPAL, Hacia dónde va el gasto ..., 2000 –

9) [PDF] Descentralización y reforma:¿ cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos

E Borrero, G Carrasquilla, N Alexander - Biomédica, 2012 - scielo.org.co

10) [PDF] LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

I Jaramillo - unpan1.un.org

11) [HTML] Does the lack of availability of information represent a bottleneck for research and evaluation in health policy?

A Granada, V Estrada, D Pinto, E Borrero... - Revista de Salud ..., 2005 - scielo.org.co

12) [PDF] INTERACCIONES Y TRANSACCIONES EN LAS REFORMAS SOCIALES EN AMERICA LATINA.

S Martinic - Umbral 2000, 2000 - fidamerica.cl

- 13) Salud-Descentralización de la salud en Colombia al nivel municipal: estudio de casos y controles  
FJY Luján, LHS Gómez - 1999 - crdi.ca
- 14) [PDF] Evaluación de la descentralización en salud en Colombia  
IJ Pérez - 2000 - minsalud.gov.co
- 15) [PDF] La certificación como indicador de descentralización en salud. Una mirada a la luz del cumplimiento de requisitos en municipios colombianos.  
D Pinto, G Carrasquilla, FA Gil... - ... y Políticas de..., 2005 - revistas.javeriana.edu.co
- 16) [DOC] La Descentralización de la Salud en Colombia  
L Helena, J Enrique, M Lucía, M Rondón - ghri.gc.ca
- 17) Diferencias en la regulación de los contratos de medicina prepagada, planes de atención complementarios y pólizas de seguros de la ley 100 de 1993 hasta la fecha  
IE Castillo Blanco, JJ Diazgranados Montero... - 2013 - intellectum.unisabana.edu.co
- 18) [HTML] Promotion, prevention, municipalization and health assurance in seven municipalities  
L SILVA R, V HERRERA T, CA AGUDELO - Revista de Salud Pública, 2002 - scielo.org.co
- 19) Tamaño de Fuente Pequeña Mediana Grande  
C Eslava - revista.unal.edu.co
- 20) [PDF] en el sistema de salud colombiano  
CP SILVA - Revista Colombiana de Antropología - icanh.gov.co
- 21) [HTML] Decentralization and health system reform: What is their impact on malaria incidence in Colombian municipalities?  
E Borrero, G Carrasquilla, N Alexander - Biomédica, 2012 - scielo.org.co
- 22) [HTML] The malaria control model in the Department of Antioquia: a case study  
V Cerón Rodríguez - Revista de Salud Pública, 2004 - scielo.org.co
- 23) Transferencias, el ayer y el hoy  
NA Rojas Chía, LA Céspedes Vargas - 2012 - repository.unimilitar.edu.co
- 24) Decentralization Policy and Social Housing in Colombia: What Happened? (Descentralización y política de vivienda de interés social en Colombia, ¿Qué ha Pasado?)  
J Villaveces, D Mesa - Documentos de Trabajo, Facultad de ..., 2008 - papers.ssrn.com
- 25) [PDF] Instituciones, gasto, programas y salud pública  
AL Glassman, DM Pinto, LF Stone, JG López - Salud al alcance de todos - gestarsalud.com
- 26) [PDF] Salud de los niños y niñas Pasado, Presente y Futuro en Santiago de Cali  
G de Epidemiología, S Publica - 2011 - icesi.edu.co
- 27) [PDF] DESCENTRALIZACIÓN Y POLÍTICA DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL EN COLOMBIA: ¿QUÉ HA PASADO?  
DM Téllez, JV Niño - 2008 - urosario.edu.co
- 28) Las enfermedades que azotaron a la Sultana del Valle en 2009 y 2010: urgencia manifiesta por dengue y pandemia por influenza AH1N1

- JA Arango Londoño - 2011 - [bibliotecadigital.icesi.edu.co](http://bibliotecadigital.icesi.edu.co)
- 29) Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformación, funcionamiento y responsabilidades  
D Velandia Naranjo, JH Restrepo Zea... - 2002 - [mpra.ub.uni-muenchen.de](http://mpra.ub.uni-muenchen.de)
- 30) DIAGNÓSTICO DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SANTANDER Y BUCARAMANGA, DURANTE EL PERIODO 2001-2003  
OL Rincón Forero, JE Peredes Vega - 2013 - [repositorio.uis.edu.co](http://repositorio.uis.edu.co)
- 31) [HTML] Assessing options for an innovative malaria control program on the basis of experience with the new Colombian Health Social Security System  
CA Agudelo C, A Corredor A, MV Valero - Revista de salud pública, 2004 - [scielo.org.co](http://scielo.org.co)
- 32) [PDF] Conflitos sociais e interações comunicativas nas reformas sociais da América Latina  
S Martinic - Cadernos de Pesquisa, 2001 - SciELO Brasil
- 33) [PDF] Volumen II Reformas sectoriales y grupos de interés  
S Martinic, P González, R Operti - 2000 - [cdi.mecon.gov.ar](http://cdi.mecon.gov.ar)
- 34) [PDF] Health reform and indigenous groups in Colombia: the Wayuu as local agents and users of the subsidized insurance system  
CP Silva - [bvsde.paho.org](http://bvsde.paho.org)
- 35) [HTML] Social conflict and communicative interactions in Latin American social reforms  
S Martinic - Cadernos de Pesquisa, 2001 - SciELO Brasil