

**LEY ESTATUTARIA DE SALUD Y POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN  
SALUD: ¿NUEVO MODELO DE SALUD ENFOCADO HACIA LA  
GOBERNANZA? ANÁLISIS DE CASO DEL SISTEMA DE SALUD DEL  
MUNICIPIO DE TULUÁ EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE.**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA  
BOGOTÁ D.C.  
2016**

**LEY ESTATUTARIA DE SALUD Y POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN  
SALUD: ¿NUEVO MODELO DE SALUD ENFOCADO HACIA LA  
GOBERNANZA? ANÁLISIS DE CASO DEL SISTEMA DE SALUD DEL  
MUNICIPIO DE TULUÁ EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE.**

**JULIÁN STIBEN ARÉVALO PEDRAZA**

Trabajo de grado para optar al título de Politólogo

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA  
BOGOTÁ D.C.  
2016**

**LEY ESTATUTARIA DE SALUD Y POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN  
SALUD: ¿NUEVO MODELO DE SALUD ENFOCADO HACIA LA  
GOBERNANZA? ANÁLISIS DE CASO DEL SISTEMA DE SALUD DEL  
MUNICIPIO DE TULUÁ EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE.**

**JULIÁN STIBEN ARÉVALO PEDRAZA**

Trabajo de grado para optar al título de Politólogo

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO

**JULIA ISABEL ESLAVA RINCÓN**  
Doctora en Estudios Políticos

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA  
BOGOTÁ D.C.  
2016**

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la bendición de estudiar una carrera profesional, a mis padres por confiar en mí a pesar de las circunstancias, a mi **directora** por brindarme su apoyo constante y por poner su confianza en mí para culminar este proceso, a mi novia por siempre estar ahí apoyándome en todo lo que necesitara y por darme ánimo para seguir adelante. Pero sobre todo quiero extender un agradecimiento enorme a todas aquellas personas que me brindaron una parte valiosa de su tiempo para realizar las entrevistas acerca de la situación por la que atraviesa la salud en el municipio de Tuluá y brindarme aportes valiosos para culminar este trabajo que servirá para futuras investigaciones al respecto.

## Contenido

Introducción:.....	1
1. Planteamiento del problema: .....	2
2. Justificación: .....	9
3. Método:.....	10
4. Objetivos:.....	11
5. MARCO DE REFERENCIA: .....	12
5.1. Marco normativo: .....	12
5.2. Marco Teórico: .....	18
5.2.1. Gestión pública: .....	18
5.2.2. Nueva Gestión Pública: .....	19
5.2.3. Nueva Gestión Pública en Salud: .....	22
5.2.4. Gobernanza:.....	23
5.2.5. Gobernanza en salud: .....	27
5.2.6. Capacidades Institucionales: .....	29
6. Resultados:.....	31
6.1. Sistema de Salud Colombiano a la luz de la NGP y la gobernanza:.....	31
6.2. Análisis del caso del municipio de Tuluá:.....	32
6.2.1. Contexto: .....	32
6.2.2. Actores:.....	33
6.2.3. Normas y/o acuerdos: .....	39
6.2.4. Puntos nodales: .....	40
6.2.5. Procesos:.....	41
Conclusiones:.....	47
Recomendaciones:.....	48
Bibliografía .....	51
ANEXOS: .....	57

## **Introducción:**

El presente trabajo tiene como propósito realizar un análisis de los supuestos que plantea el Modelo Integral de Atención de Salud –MIAS– incluido en la Política de Atención Integral en Salud (Resolución 429 de 2016) derivado de la consolidación de la salud como un derecho fundamental en la Ley Estatutaria de Salud promulgada en el año 2015 (Ley 1751 de 2015), a partir de la perspectiva de dos modelos de gestión pública: Nueva Gestión Pública y Gobernanza, para identificar en primer lugar si es un modelo orientado por la gobernanza en salud o si es una reforma que mantiene el modelo vigente caracterizado por la Nueva Gestión Pública el cual ha puesto en contradicción el cumplimiento de los principios rectores y orientadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– como el de la equidad en la prestación de los servicios de salud, por darle mayor cabida a la eficiencia, propia de un modelo basado en la lógica del mercado.

En segundo lugar se plantearán una serie de perspectivas y visiones (expectativas) de los actores clave en el Sistema de Salud que permitan fijar una línea de base acerca de la viabilidad del MIAS en un horizonte de tiempo próximo pero además identificar las potencialidades de transformación de las contradicciones presentadas por el actual modelo de salud.

En esta medida se analizarán las competencias que se le asignan a las entidades territoriales en términos de gestión del modelo, de las redes de prestadores de servicios entre otros, y los mecanismos de coordinación e interfaces entre los agentes del Sistema en un territorio (Municipio de Tuluá y Departamento del Valle del Cauca), desde las posturas de los actores entrevistados, para identificar si hacen parte de un modelo basado en la gobernanza en salud o si sigue basándose en el modelo que se venía implementando en el SGSSS.

Para tener una mayor claridad y comprensión de lo presentado en el trabajo, este tendrá la siguiente estructura: una primera parte presentará la definición del problema referente a la inequidad en el acceso a los servicios de salud del

SGSSS. Una segunda parte presenta un marco de referencia dentro del cual se aborda el entramado normativo del Sistema de Salud desde la Ley 100 de 1993 hasta la Ley Estatutaria de Salud y la resolución que crea la Política de Atención Integral en Salud y el MIAS. Es importante aclarar que la normatividad contemplada en el desarrollo del presente trabajo se limita a la más relevante y asociada a las transformaciones que propone el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud. Posteriormente se aborda el marco teórico con los planteamientos acerca de la Nueva Gestión Pública, la gobernanza y las capacidades institucionales. Por último se presenta el análisis de la relación del MIAS en el nivel departamental y municipal con la gobernanza en términos de capacidades, relaciones entre actores y demás.

### **1. Planteamiento del problema:**

En América Latina se implementaron una serie de reformas desde mediados de los ochentas<sup>1</sup>, particularmente enfocadas en los sistemas de salud. Las razones son diversas, pero quizás las que más comparten los trabajos realizados al respecto, tienen que ver con la preocupación por la ineficiencia administrativa reflejada en la creciente falta de recursos de sostenibilidad, la baja cobertura y calidad de los servicios entre otros. Dichas reformas se caracterizaron por procesos de privatización y descentralización en la prestación de servicios de salud lo cual era característico de la tendencia neoliberal (Jaramillo, 1994) (Ugalde & Homedes, 2002) (Molina & Rodríguez, 2007) (Vega Vargas, Eslava Castañeda, Arrubla Sánchez, & Hernández Álvarez, 2012).

De manera general, sin limitarse al sector salud, las reformas implementadas en la región durante los años noventa pretendieron reducir el Estado en todas las dimensiones, tanto así que por confiar ciegamente en el mercado como el

---

<sup>1</sup> *“En los años ochenta y noventa los países denominados subdesarrollados fueron sometidos a una serie de medidas conocidas como el “Consenso de Washington”, cuya base es el debilitamiento del Estado, la flexibilización laboral, la apertura económica, las políticas focalizadas en los más pobres y vulnerables, fuertes medidas impositivas, el ajuste fiscal, entre otras...”*. Exposición de motivos del proyecto de ley para reformar el Sistema de Salud, presentado por la Asociación Nacional de Salud, 2013, citado en: (Martínez, 2013, pág. 5).

único facultado para resolver todos los problemas sociales, se restringió la función del Estado, quedando limitado a la supervisión (Stiglitz, 2003).

En el caso colombiano la reforma del sistema de salud era necesaria según el Ministerio de Salud (1994) porque el antiguo Sistema Nacional de Salud –SNS– existente hasta 1993, no permitía alcanzar la universalidad, carecía de mecanismos de solidaridad lo cual derivaba en inequidad en la atención y, era poco eficiente.

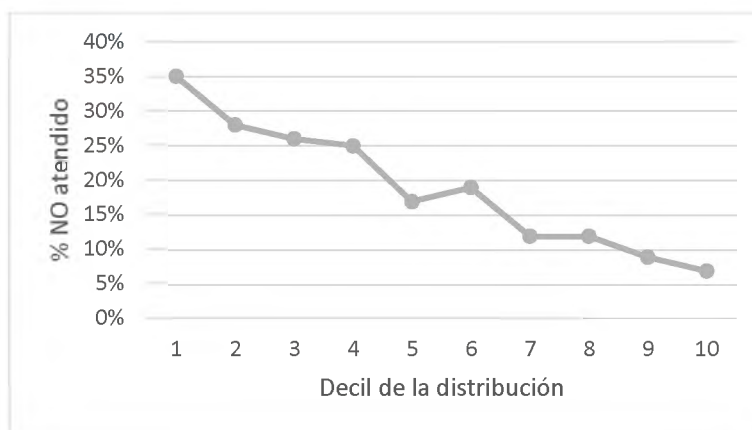
La falta de universalidad se expresaba en los bajos índices de cobertura en salud ya que para entonces la cobertura estimada para la población trabajadora fue muy limitada y solo alcanzo el 50%; un segundo factor determinante era la cobertura familiar ya que solo el 18% de esos afiliados podían afiliarse a su núcleo familiar y en algunos casos la protección era parcial; en tercer lugar solo el 11% aproximado de la población nacional estaba en capacidad de pagar por servicios de salud aun sin estar afiliados; y finalmente los servicios de salud del sector público que prestan atención a la población que no tenía capacidad de acceder a la atención por medio de la seguridad social lo cual equivalía al 50% aproximado de la población nacional. Lo anterior hizo que se percibiera como inadecuada la prestación del servicio, por lo cual no accedían a él a menos que su situación de salud fuera crítica (Ministerio de Salud, 1994, págs. 5-7)

En cuanto a la solidaridad, al haber tantos regímenes, cotizaciones y beneficios en las entidades del sector público, se podía percibir las diferencias en la asignación de recursos para la atención de los grupos poblacionales afiliados. Esto se puede entender como el resultado de acuerdos pactados entre las entidades y los grupos sindicales. En este orden, los trabajadores con mayores ingresos se beneficiaban con mayores beneficios que aquellos que recibían ingresos inferiores (Ministerio de Salud, 1994, págs. 8-9)

El agravante de esta situación es que no había ningún tipo de solidaridad por parte de los trabajadores protegidos hacia la población que no gozaba de ningún tipo de cobertura, lo que generaba altos índices de inequidad, como se muestra en la gráfica, para el año 1994:



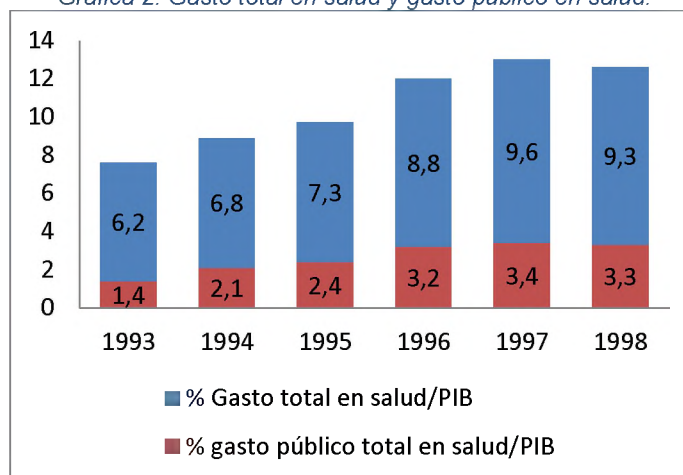
Gráfica 1: Ausencia de cobertura del Sistema de Salud.



Fuente: (Ministerio de Salud, 1994, pág. 13)

Respecto de la eficiencia, se identificaba que la organización institucional no tenía los elementos necesarios para propiciar una expansión en la cobertura y mucho menos bajo el principio de solidaridad (Ministerio de Salud, 1994, pág. 15). Del mismo modo se evidencia como el gasto público en salud para la época previa a la Ley 100 de 1993 era muy reducido con respecto al PIB tal y como se presenta en la gráfica 2:

Gráfica 2: Gasto total en salud y gasto público en salud.



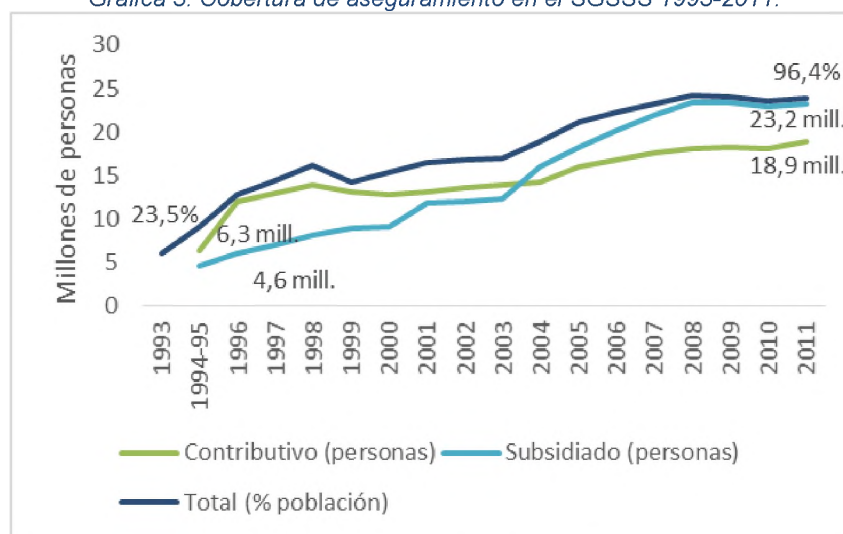
Fuente: Elaboración propia con datos de (Barón Leguizamón, 2007).

A esto se le sumaban los problemas financieros por los que atravesaba el país hasta entonces. Por esta razón, Colombia al igual que otros países en vía de desarrollo decidieron adoptar las recomendaciones del Banco Mundial (1993), para llevar cabo programas de ajuste estructural en el sistema de salud, que son la base del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–

establecido con la Ley 100 de 1993. Esta reforma se caracterizó por operar bajo una lógica de mercado donde se incluyeron actores privados en la provisión de servicios de salud para aliviar la carga fiscal del Estado, al igual que por un proceso de descentralización que venía dado desde la Constitución Política de 1991 donde facultaba a las entidades territoriales para gestionar la salud de manera más directa (Jaramillo, 2002) (González R & Mogollón , 2002) (Echeverry, 2011) (Riveros & Amado G, 2012) (Jara Navarro, 2013) (Vásquez, Siquiera , Kruze, Da Silva, & Leite, 2002).

Diversos estudios destacan logros del nuevo Sistema de Salud en materia de ampliación de la cobertura vista desde la afiliación de las personas a los regímenes contributivo y subsidiado (Jaramillo, 2002) (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011) (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, 2011). Puede incluso afirmarse que se ha logrado la universalidad en el aseguramiento en salud como se muestra en la gráfica 3, para el año 2011 la afiliación alcanzó el 96,4% en contraste con el 23,5% del año 1993.

Gráfica 3: Cobertura de aseguramiento en el SGSSS 1993-2011.



Fuente: (Martínez, 2013, pág. 12).

A pesar de estos avances en materia de afiliación, el acceso, uso, calidad, oportunidad y mejora de la situación de salud, como lo evidencia números estudios, el Sistema de Salud se encuentra en una situación crítica. Dentro de las causas se encuentran en primer lugar el que los pacientes no tienen un médico personal que garantice su atención de forma continua y adecuada a

sus necesidades en salud; en segundo lugar, el sistema de incentivos vigentes tergiversa la verdadera función de las EPS que es aquella de garantizar la prestación de los servicios de salud, ya que se enfoca en lo financiero al tratar de obtener la mayor rentabilidad posible de la Unidad de Pago por Capitación – UPC–, mediante la selección adversa de la población a asegurar considerando el nivel de riesgo y de enfermedad para así asegurar a los que representen menos gastos, lo cual vulnera directamente la condición socioeconómica de las personas más pobres. Una tercera causa que se relaciona con la maximización de las ganancias de las EPS son las barreras de acceso a los servicios de salud que pueden ser de tipo administrativo, económico, geográfico, cultural, normativo entre otras; a esto se le suma los conflictos generados entre las EPS y las IPS debido a la puja por las ganancias en los contratos de prestación de servicios (Molina & Rodríguez, 2007) (Yepes, 2013) (Tovar & Arrivillaga, 2014).

Otra de las causas y quizá la de mayor connotación es la negligencia por parte del Estado y sus instituciones para defender el derecho a la salud de los ciudadanos. Es claro que la función de auditoría y supervisión que debe cumplir la Superintendencia de Salud no se ha desarrollado a cabalidad y por esta razón se dio paso a hechos de corrupción como otra causa, asociados a la apropiación indebida de recursos públicos por parte de las EPS. En últimas esto evidenció el papel del Estado frente a intereses particulares de algunas EPS donde las privilegió en su interés por maximizar las ganancias, pasando por encima del bienestar común. (Yepes, 2013) (Tovar & Arrivillaga, 2014) (Castro Iragorri, 2015).

De lo anterior se puede inferir entonces que las EPS o aseguradoras tienen todo un sistema de incentivos para mejorar su rentabilidad financiera mediante la restricción del acceso a los servicios (Merlano & Gorbanev, 2013), también mediante la orientación y priorización de servicios que generan mayores índices de rentabilidad los cuales implican mayor atención en las zonas donde se encuentran personas con altos ingresos económicos, dejando así de lado a la población pobre y dispersa (Martínez, 2013).

Del mismo modo aumentaron las decisiones inadecuadas en los niveles locales de Colombia, donde algunos alcaldes aumentaron el nivel de gasto en cosas innecesarias, en vez de llevar a cabo una mayor inversión en programas de atención primaria que mejorara la salud pública como lo afirman (Ugalde & Homedes, 2002). A esto se sumaba la desviación de recursos de la salud en algunos municipios del país, hacia grupos armados ilegales (Manrique & Eslava, 2011).

Ante esta crisis por la que ha atravesado y que atraviesa actualmente el Sistema de Salud del país, se han intentado llevar a cabo varios intentos de reforma del SGSSS que aunque en materia legislativa se han aprobado, en la práctica los resultados de ellos no han sido fructíferos. Las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han puesto sobre la mesa soluciones que no atacan las causas ni problemas del SGSSS de manera integral y completa, dejando sin alternativas al Ministerio de Salud y Protección Social frente a las capacidades de regulación y rectoría del Sistema (Martínez, 2013).

Ahora bien, cabe señalar que posterior a las reformas mencionadas, los legisladores, asociaciones médicas, entre otros actores, se vieron en la tarea de plantear una verdadera reforma al SGSSS que diera solución integral a los problemas percibidos. Derivado de este interés, se expidió la Ley 1751 de 2015 denominada “Ley Estatutaria de Salud” con el propósito de superar la crisis del sistema y el acceso real de los usuarios a los servicios de salud, mediante el reconocimiento de la salud de los colombianos como un derecho fundamental.

Ante esto se emitió la Resolución 0429 de 2016 la cual adoptó la Política de Atención Integral en Salud –PAIS– en la que se modifican las prioridades del Estado como simple regulador del mercado hacia una función de rectoría del Sistema que subordina los intereses particulares de los integrantes del Sistema de Salud a los objetivos de la política y modelo operativo, esto es, el ciudadano como centro del Sistema y el derecho a la salud como punto de entrada y salida.

El modelo operativo de esta política es el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS– basado en la promoción de la Atención Primaria en Salud –APS– con un énfasis en la salud familiar, comunitaria y el autocuidado. Para su implementación es necesario además que se ponga a disposición de todos los integrantes una serie de herramientas técnicas, normativas e instrumentales que orienten las acciones de estos de manera coordinada hacia las personas como el eje central del modelo; a su vez es necesario para que integren los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS al igual que permiten su regulación (Resolución 429 de 2016).

El MIAS cuenta con 10 componentes dentro de los que se destacan: la creación de las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS– la cual es una herramienta que permite definir los integrantes que pueden hacer parte del Sector Salud (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB– o conocidas como EPS y, los prestadores de servicios) definidas por las entidades territoriales; otro componente es la Gestión Integral del Riesgo en Salud –GIRS– entendida como las acciones o intervenciones encaminadas a anticipar la presencia de eventos que pongan en riesgo la salud de los individuos, la familia y la comunidad al igual que la prevención de enfermedades. Para ello se deben implementar las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (otro componente del MIAS) con el fin de garantizar el acceso y la atención en condiciones de continuidad e integralidad mediante la capacidad y los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos de tal manera que permitan garantizar la atención y los resultados adecuados. Otro componente importante es el cambio en el rol del asegurador ya que debe contar con las capacidades mencionadas previamente pero además para interactuar con los demás integrantes del Sistema; también debe representar a los usuarios por medio de la intervención en los procesos de planeación, ejecución y seguimiento a los Planes Territoriales de Salud. Todo esto encaminado a priorizar y enfocar la implementación del MIAS, hacia el establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza en salud como lo estipula el artículo 6.1 de la resolución (Resolución 429 de 2016).

En esta medida es importante analizar como los elementos antes descritos y la finalidad puesta en la política PAIS sugiere la adopción de nuevo modelo de gestión pública para la salud que tiene a situarse en una lógica de gobernanza y busca superar las fallas generadas por el modelo de la NGP.

## **2. Justificación:**

Analizar la estructura de implementación que se requiere para cumplir con la Ley Estatutaria de Salud pasa por analizar y comprender cómo se está concibiendo en ésta reforma y las políticas y regulaciones basadas en el dicha ley, la gestión del sistema general de seguridad social en salud. Dar cuenta si a pesar de sus preceptos es una reforma que mantiene el statu quo o el cuestionado modelo de NGP (basado en la eficiencia económica, la tecnocracia, la lógica del mercado en lo público, etc.) o si por el contrario es una reforma (basada en la coordinación de actores, trabajo entre todos, participación de la sociedad en las decisiones etc).

Dada la reciente promulgación, no es posible pensar en este corto plazo en valoraciones relacionadas con resultados de implementación, pero sí resulta pertinente comprender esta cuestión para poder identificar los retos y desafíos que conlleva y en especial en términos de la capacidad institucional para su implementación por parte de los entes territoriales. En esta medida el presente trabajo permite apuntalar a una línea de base que contenga proyecciones y perspectivas a futuro planteadas por los actores clave del Sistema de Salud, acerca de la viabilidad de la reforma y que esto sirva de insumo para un análisis a futuro cuando se presenten resultados concretos del nuevo modelo de salud.

Uno de los aspectos de gran relevancia del nuevo modelo de Salud que se implementará a raíz de la Ley Estatutaria tiene que ver con darle nuevamente autonomía a los entes departamentales en la supervisión y gestión de la salud (regulaciones, formulación de proyectos y programas en materia de salud y lo más importante: la autorización de las redes integrales de salud que están en capacidad de desempeñar en el territorio). Bajo esta lógica, se llevara a cabo

un trabajo de campo en el Departamento del Valle del Cauca y el municipio de Tuluá, para identificar cómo perciben los actores en esta zona, la implementación del nuevo modelo de Salud y principalmente como ven las capacidades del Departamento y el Municipio para llevar a cabo la gestión de la salud bajo el nuevo modelo.

Otro criterio para la selección de dicho Departamento, tiene que ver con la situación de crisis por la que ha atravesado en los últimos años lo cual ha desembocado en el cierre de varios Hospitales como el Universitario del Valle- HUV- lo cual pone en condición de vulnerabilidad la salud y la vida de los pacientes de la región. En el caso de Tuluá, la crisis financiera del Hospital Tomas Uribe Uribe, el cual está a cargo del Departamento, ha estado a punto de suspender definitivamente sus labores en varias ocasiones. En caso de que esto ocurra se ve afectada de manera negativa la salud de los habitantes del centro y norte del Valle ya que es el único en su tamaño y nivel que mantiene en funcionamiento. También es importante realizar este análisis en este municipio por las crecientes demandas en relación con las EPS y la aprobación de servicios o tratamientos médicos, al igual que la demora en los pagos al hospital y otras IPS (El País, 2015) (El Tiempo, 2015).

### **3. Método:**

El presente trabajo se realiza a partir del enfoque hermenéutico interpretativo, de corte cualitativo que gira en torno al análisis de un caso territorial. Este enfoque parte de la premisa de que la razón de los fenómenos sociales debe buscarse en el significado de las acciones y quien las lleva a cabo, el contexto de estas comprendiendo motivaciones, intereses en juego entre otros y cómo esto condiciona el fenómeno social en estudio. Para ello se debe establecer un acercamiento y un dialogo desprevenido hacia los actores involucrados en el estudio (Losada & Casas, 2010).

Se busca comprender la realidad del Sistema de Salud en el municipio de Tuluá, Valle del Cauca a través de las diversas posturas y perspectivas de diferentes actores que actúan en el territorio a partir de las diferentes

dimensiones que permiten perfilar el modelo de gestión del sistema y las capacidades para su implementación.

Como herramienta de recolección de información se utilizó la revisión documental para identificar las categorías analíticas asociadas a los modelos de gestión y de manera particular a los de la NGP y la gobernanza. También se utilizaron las entrevistas semi-estructuradas que permiten fijar unos puntos orientadores para el dialogo entre el investigador y el entrevistado de manera fluida y espontanea para después profundizar en los argumentos entrevistado y algunas características particulares de interés de la investigación (Yin, 2003, pág. 117). En este orden se realizaron 7 entrevistas a: funcionario Secretaría de Salud de Tuluá, dos funcionarios del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe, funcionario de una EPS, dos miembros de las Asociaciones de Usuarios del Hospital Tomas Uribe Uribe E.S.E y de una EPS y, un profesional de la salud (Ver Anexo 1, Diseño de Entrevista)

El análisis de la información recabada se llevó en dos etapas: a) clasificación de acuerdo con categorías analíticas preestablecidas y, b) identificación de categorías emergentes y clasificación de la información. Posteriormente, se llevó a cabo el proceso descriptivo e interpretativo en función de las categorías. A partir de la revisión sobre los fundamentos de los modelos de gestión de la NGP y la gobernanza, para el caso específico de los sistemas de salud se tomó el modelo analítico de la gobernanza en salud propuesto por Hufty, Bascolo y Bazzani (2006) el cual identifica unas categorías y a partir de ellas realiza el análisis (Ver Anexo 2, Modelo Analítico de la Gobernanza en Salud).

#### **4. Objetivos:**

##### **General:**

Identificar si la reforma implementada mediante la Ley Estatutaria de Salud y la política PAIS, está encaminada a un modelo de gobernanza en salud y sus implicaciones en función de la capacidad institucional en el municipio de Tuluá en el departamento del Valle.



### **Específicos:**

- Crear un modelo analítico que permita identificar los elementos característicos de cada modelo de gestión (NGP y gobernanza) para ubicar la Ley Estatutaria de acuerdo a estos.
- Identificar las posturas, motivaciones y desafíos de los actores claves de la salud, frente a la Ley Estatutaria de Salud para fijar una línea de base cualitativa con estas perspectivas de viabilidad del nuevo modelo de salud en un periodo posterior.
- Analizar si la administración departamental y municipal cuenta con las capacidades institucionales para llevar a cabo la implementación a cabalidad del nuevo Sistema de Salud.
- Examinar cómo se pueden dar las relaciones de los actores privados con las autoridades departamentales y municipales bajo una lógica de gobernanza del modelo MIAS.

## **5. MARCO DE REFERENCIA:**

En este capítulo se pretende hacer una aproximación normativa para identificar los aportes legislativos más importantes que se han dado desde la Ley 100 de 1993 hasta la actualidad en materia de capacidades del Estado. Posteriormente se realizará una aproximación teórica a la luz de los planteamientos de varios autores acerca de los conceptos abordados. En este orden se definirá la gestión pública y los dos modelos: NGP y gobernanza, finalizando con la noción de capacidades institucionales.

### **5.1. Marco normativo:**

La Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones –SGSSS– dividió a los beneficiarios de la salud en tres grupos: contributivos eran aquellos que tenían capacidad de aportar al Sistema por su afiliación y la de su núcleo familiar, bien fuera por su empleador o de manera directa; subsidiados eran los individuos que por no tener capacidad de pago, estar en condición de pobreza o vulnerabilidad eran afiliados y

financiados por medio del subsidio a la demanda; por ultimo estaban los vinculados que eran aquellos que no contaban con los recursos para aportar al régimen contributivo pero tampoco eran catalogados como pobres y aun así eran tenidos en cuenta como potenciales beneficiarios del Sistema (Eslava Rincón, 2001). El plan de beneficios –POS– para cada régimen era diferente lo cual agudizaba una desigualdad entre los que tenían recursos y los que no. También incluyó a aseguradores –EPS– y prestadores de servicios de salud– IPS– que podían ser privados, para que operaran bajo una lógica de competencia regulada que permitiera la libre elección por parte de los usuarios (Ley 100 de 1993).

En materia de competencias en salud de los diferentes niveles de administración, se puede analizar la Ley 715 de 2001 la cual crea el Sistema General de Participaciones –SGP– como el mecanismo o instrumento para transferir un grupo de recursos específicos (educación, salud, agua potable y saneamiento básico, y propósito general) a los entes territoriales para su inversión. Para el sector salud, el título III en su artículo 42 y subsiguientes<sup>2</sup> fija las capacidades del nivel nacional dentro de las que se encuentran formular los planes, programas y proyectos de salud y del SGSSS aplicables a todo el territorio nacional, vigilarlas entidades del Sistema entre otros. Las competencias en el nivel departamental son las mismas del nivel nacional pero en su jurisdicción exclusivamente y por último, el nivel municipal tiene la función de afiliar a la población pobre vulnerable al SGSSS entre otras.

Luego de 14 años de implementación, se realiza la primera reforma al SGSSS mediante la Ley 1122 de 2007 con la cual se hacen algunas modificaciones como al SGSSS: Se crea la Comisión de Regulación en Salud –CRES– como unidad administrativa del SGSSS con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social; en el tema del aseguramiento, se plantea la meta de asegurar totalmente a la población del Sisbén en los niveles I, II y III en los siguientes 3 años de emitida la Ley. Finalmente se realizan ajustes atinentes al acceso a los

---

<sup>2</sup> Hace referencia a artículos que se derivan del artículo principal, es decir: 42.1, 42.2, 42.3,... etc.

servicios de salud mediante la regulación, inspección, vigilancia y control. Para ello se crea en el artículo 36 el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS para fijar un grupo de normas, agentes<sup>3</sup> y procesos relacionados entre sí, bajo la dirección de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Luego de tener claridad acerca de las modificaciones instauradas con la Ley 1122 para el SGSSS, se pueden analizar varios aspectos claves. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS– creado con la Ley 100 de 1993 era un organismo de dirección del SGSSS, de carácter permanente conformado así: Por los Ministerios de Salud, Trabajo y Seguridad Social, Hacienda y Crédito Público, entidades departamentales y municipales de salud y el ISS; EPS e IPS, profesionales de salud y representantes de la empresa privada; representantes de usuarios; Secretario técnico del CNSSS y asesores permanentes como la Academia Nal. De Medicina, Federación Médica Colombiana, Aso. Colombiana de Facultades de Medicina, Aso. Colombiana de Hospitales y Facultades de Salud Pública. Entre sus funciones estaba definir el POS de ambos regímenes, el valor de la UPC, medicamentos del POS etc. (Artículo 171-172, Ley 100 de 1993).

De acuerdo con (Puyana, 2008) se puede identificar cómo el CNSSS es relegado en sus funciones con la creación del CRES y pasa a ser un órgano asesor y consultor del Ministerio. También es importante destacar el carácter técnico que se le da a la CRES en tanto se conforma por 7 miembros de los cuales 5 son comisionados expertos elegidos de ternas presentadas al Presidente de la República enviadas por organizaciones científicas y sociales como por ejemplo asociaciones de profesionales de la salud y asociaciones de usuarios.

---

<sup>3</sup> Entiéndase por agentes a: Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, el Instituto de Interventoría del Régimen Subsidiado de Salud Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA–, las entidades territoriales, los Tribunales de Ética Médica, las Ligas de Usuarios y toda aquella persona natural o jurídica que ayuda a los propósitos de inspección, vigilancia y control mediante la realización de revisorías fiscales, auditorías, interventorías y oficinas de control interno (Orozco, 2008, págs. 67-68)

Esto a su vez planteaba o contribuía a una mejora institucional del Sistema dado que al CNSSS se le quitaron las diferentes funciones y roles que cumplía bajo la Ley 100, limitándolo única y exclusivamente a ser un organismo consultor y de concertación para el Ministerio. Este último se encargaba de administrar el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA– y la CRES se encargaría de la regulación del Sistema en general. Adicionalmente es importante resaltar la diferencia entre estos dos organismos ya que a diferencia del CNSSS, la CRES cuenta con tal autonomía que tiene sus recursos propios para funcionar, pone en una situación de equilibrio a todos sus miembros en materia de decisiones, información y demás (Restrepo, 2007).

La Corte Constitucional emitió en el año 2008 la sentencia T-760 resolviendo 22 acciones de tutela que habían sido interpuestas para garantizar y respetar el derecho a la salud. Este fallo puede ser considerado como un hito importante en el SGSSS ya que sirvió de referente para empezar a implementar cambios reales en el Sistema. Ordenó la unificación de los Planes de Beneficios del régimen contributivo y subsidiado para garantizar una equidad en los servicios de salud, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud cuando los requieran sin barrera alguna.

Otra reforma de gran importancia para la salud fue la Ley 1438 de 2011 la cual tenía el objetivo de fortalecer el SGSSS mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS– bajo la coordinación del Estado, las entidades y la sociedad. Además de ello, planteaba la unificación del Plan de Beneficios para todos los usuarios sin distinción de régimen; la universalización del aseguramiento o afiliación; la portabilidad nacional entendida como la posibilidad de que los usuarios pudieran ser atendidos en el territorio nacional sin importar su EPS y por último se buscaba fortalecer la sostenibilidad financiera del Sistema.

Empero, se pueden identificar problemas en la reforma, asociados a la descentralización, que tienen que ver con las capacidades de los entes territoriales ya que estos son los encargados de articular las Redes Integradas de Servicios en coordinación con las EPS. Sin embargo, en algunos apartados

de la Ley se evidencia una vulneración de la autonomía y capacidades de los entes territoriales al dejar las responsabilidades en manos de los hospitales y entidades de salud, limitando el accionar a la contratación de servicios y no a la promoción directa de salud por orden nacional. (Martínez, 2013).

La última reforma que se realizó al SGSSS es la que el presente trabajo pretende analizar en relación con la gobernanza en salud. Esta es la Ley 1751 de 2015 denominada Ley Estatutaria de Salud la cual en su artículo primero define que tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Para ello al Estado se le asigna la función de dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Sistema, sobre todo en relación con la formulación e implementación de políticas de salud, promoviendo la coordinación de los actores del Sistema. En esta medida, este elemento ya es un indicio de las competencias que se le asignan al Estado en todos sus niveles lo cual es importante analizar desde las capacidades institucionales con las que cuentan para cumplir con esto.

En materia de participación, la Ley estipula en su artículo 12 la participación ciudadana en las decisiones que se tomen en el Sistema de Salud como un derecho inherente de las personas frente a los temas de salud pública. En esta lógica, este derecho les permite a las personas participar en la formulación de políticas públicas de salud, en instancias de veeduría y seguimiento al Sistema, en la definición de prioridades de salud, lo cual es de relevancia dentro del análisis que pretende realizar este trabajo en tanto permite identificar si este aspecto de la participación se ha tenido en cuenta a lo largo del tiempo y posterior a la fecha de promulgación de la Ley para establecer una pertinencia con la gobernanza en salud.

Con estos elementos primordiales de coordinación del Estado y la participación ciudadana en el Sistema consagrados en la Ley Estatutaria, el Ministerio de Salud deja en evidencia una situación inicial caracterizada por la falta de liderazgo del Estado en el sector en tanto las funciones de coordinación de los actores, la afiliación, el recaudo y el pago a los prestadores estaba en manos

de las EPS, por lo que se pretende reintegrarle estas funciones y capacidades a los entes territoriales (Bernal & Barbosa, 2015, págs. 434-435).

Finalmente el gobierno en cumplimiento de los artículos 4, 5 y 6 de la Ley Estatutaria emitió la Resolución 429 de 2016 con la cual se crea la Política de Atención Integral en Salud –PAIS– la cual tiene por objetivo generar mejores condiciones de salud de la población por medio de la regulación del accionar de los integrantes del Sector, además de:

“...la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018” (Resolución 429, artículo 1).

Para hacer esto operativo, en el artículo 3 se crea el Modelo de Atención Integral en Salud –MIAS– como un modelo de salud que difiere en ciertos elementos, del anterior modelo del SGSSS. Pues este comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas (Artículo 3, Resolución 0429 de 2016). En este aspecto se plantea una gran modificación del funcionamiento del Sistema dado que en el anterior modelo, las personas giraban alrededor de los actores del Sistema en busca de atención en salud, lo que ahora se modifica poniendo en el centro del Sistema a las personas.

El MIAS dentro de sus componentes, como ya se especificó en el capítulo anterior, crea las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS– en el artículo 5.2, en las que se definen los integrantes autorizados para operar en el sistema, en cabeza de las entidades territoriales, las Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios –EAPB– y los prestadores de servicios de salud. En este componente se le otorga un papel fundamental a las entidades territoriales en tanto deben crear y autorizar estas RIAS ya que su funcionamiento será limitado al ámbito territorial para estar acorde con la

realidad del territorio y atender las necesidades locales de manera adecuada sin generar desigualdades.

## **5.2. Marco Teórico:**

### **5.2.1. Gestión pública:**

La gestión pública es un instrumento que el Estado utiliza para la consecución de sus fines sociales por medio del cual se planifica, organiza, dirige y controla el accionar del Estado. Dentro de esta se encuentran una serie de instituciones entendidas como reglas de juego y organizaciones que interactúan entre sí para cumplir con las metas del Estado mediante la utilización racional de los recursos. En otras palabras es el conjunto de acciones necesarias para llevar a cabo el propósito del Estado mediante la ejecución y diseño de políticas públicas, pero además es referirse al rol que desempeñan las instituciones y diferentes organismos del Estado en la vida social y dirección de la misma (Galvis, 1987, págs. 48-49) (León, 2007).

Autores como León (2007, pág. 253) asegura que la gestión pública surgió como relevo o sustituto de la administración pública e incluso hay autores como Aguilar (2006) que han definido la administración pública como sinónimo de gestión. Para este autor la administración-gestión pública significa el conjunto de actividades de dirección y operación que llevan a cabo múltiples actores para realizar de manera eficiente las decisiones que la alta dirección de la organización (en este caso el gobierno) ha tomado, dentro de las que se puede clasificar el manejo financiero al igual que la asignación de recursos públicos, la elaboración de políticas y programas, la prestación de servicios a los ciudadanos, el control del talento humano a nivel interno del gobierno etc. (pág. 140).

Ahora bien, la administración pública a lo largo del tiempo ha sufrido cambios importantes en su forma de operación, es decir, en un inicio se hablaba de un modelo de administración denominado burocrático el cual era bastante rígido, robusto e ineficiente, luego surge la “Nueva Gestión Pública” para atender los problemas del modelo anterior haciendo énfasis en la eficiencia y

posteriormente surgió la gobernanza que si bien, tiene elementos importantes de la NGP, difiere en aspectos claves que mejoran las falencias de este modelo (Aguilar, 2006). En este capítulo se prestara atención fundamentalmente a los modelos de NGP y gobernanza.

### **5.2.2. Nueva Gestión Pública:**

Según Osborne (1993), la Nueva Gestión Pública –NGP– surgió como una solución prometedora a los problemas fiscales y sociales de los países que iniciaron con esta ola de reformas de la gestión pública para modificar los gobiernos de tal manera que fueran más productivos y eficientes haciendo una transición de lo burocrático a lo empresarial para poder conseguir los objetivos planeados. Esta solución se caracterizaba por incluir elementos de la gestión privada en lo público para alcanzar los objetivos sociales deseados sin estar limitado por normas o presupuestos. También para mejorar la calidad de la gestión y por ende de los servicios prestados eliminando los controles centralizados y de esta manera incentivar la competencia entre los funcionarios públicos haciendo uso de incentivos al desempeño e igualmente entre agencias y actores privados por medio de mecanismos de mercado como la contratación de servicios (Osborne, 1993) (Cejudo, 2011).

El objetivo de este modelo era promover la eficiencia y la eficacia en la administración pública bajo la lógica del mercado, lo cual implicaba cambiar las estructuras a nivel interno de las organizaciones públicas, implementar mecanismos propios del gerencialismo, la inclusión de actores privados en la provisión de bienes y servicios públicos y la implementación de una serie de indicadores para realizar mediciones de desempeño a los agentes públicos (Klijn & Koppenjan, 2012).

En un trabajo elaborado por Aguilar (2006) se presenta un análisis de la administración pública y los cambios que esta ha sufrido en cuanto a los enfoques bajo los que operan. En este orden, el autor afirma que la NGP fue una reforma administrativa la cual ha sido la respuesta obligada a los problemas crecientes de operación del gobierno, al déficit fiscal, a la calidad



incierto de los servicios públicos y las políticas económicas erróneas (pág. 140),

En este orden, para intentar superar la crisis fiscal se dio inicio a un proceso de reforma de la administración pública con el objetivo de aumentar los ingresos del Estado y reducir los gastos. Sumado a esto se incluyeron las siguientes reformas: 1) disminuir la intervención estatal en la economía y reactivar los mercados libres y las iniciativas de organizaciones sociales como alternativa de solución; 2) reducir el número de organismos y programas gubernamentales mediante contrataciones de empresas privadas y/o no lucrativas; 3) cerrar las empresas públicas o privatizarlas; 4) realizar recortes de gasto con base en indicadores de ineficiencia o bajo desempeño (recortes de personal); 5) reducir el número de unidades en el gobierno y reducir los niveles jerárquicos; 6) asegurar la eficiencia económica de la operación administrativa mediante evaluaciones, control, descentralización etc. (Aguilar, 2006, págs. 141-143)

En una perspectiva que hace más hincapié en los aspectos económicos o financieros, Peter Aucoin (1995) asegura que la NGP consiste en la privatización o por lo menos comercialización de las empresas públicas, la creciente contratación externa de los servicios públicos, las tarifas económicamente realistas de los servicios públicos, así como una amplia variedad de formas de reducción del gasto público, del tamaño del servicio público y del número de los servidores públicos, junto con esfuerzos por cambiar estructuras, sistema y prácticas de la gestión pública. Esto orientado a la descentralización, a la obtención de resultados más que fijarse en procedimientos y por último a asegurar la provisión de los servicios más que producirlos. (Aucoin, 1995, págs. 2-3)

Chica Vélez (2011) analiza desde varios autores el surgimiento de lo que él denomina un nuevo paradigma en la administración pública, conocido generalmente como Nueva Gestión Pública el cual surge para superar el modelo burocrático al que todos le asignaban la culpa de los problemas y la crisis de la administración pública. A lo largo del artículo, el autor pone en evidencia que la NGP se construye sobre las bases de un enfoque privado

lucrativo proveniente de la economía neo clásica la cual exalta lo privado, el individualismo y la rentabilidad (pág. 59).

Realiza un análisis comparativo a partir de los supuestos previstos por diversos autores, para ver las diferencias entre la administración pública tradicional y la Nueva Gestión Pública (Anexo 3) en el que se destaca: en la NGP el ciudadano pasa de ser irrelevante a ser cliente y eje de la acción pública; el Estado se convierte en un medio para alcanzar fines sociales y colectivos; la prioridad es la inversión social aunque esta es limitada y por ende tiende a ser selectiva y altamente productiva.

En este orden, se puede afirmar que la NGP fue un cambio en la gestión pública tradicional haciendo énfasis en las habilidades gerenciales y no en la elaboración de políticas, se pasa de los procesos a los productos, se deja de lado la estructura jerárquica para generar una mayor competencia en la provisión de servicios mediante un servicio público incluyente del sector privado por medio de los contratos de prestación de servicios, la sustitución de grandes aparatos burocráticos multipropósitos obsoletos por organizaciones más especializadas, ligeras y autónomas y, la difuminación de las fronteras entre lo público y lo privado (Hood, 1995; Pollitt, 2001 citado en Aguilar, 2006).

No obstante, este modelo de gestión fue objeto de críticas debido a sus bajos niveles de efectividad. Pues autores como Chirstensen y Laegreid (2007) manifestaban que en la mayoría de los casos no le prestaban atención a los efectos contrarios a los principios de la NGP que se podían generar al momento de su implementación y para ejemplificarlo, Cejudo (2011) presenta el caso de los hospitales en el Reino Unido donde los profesionales de la salud por enfocarse en el cumplimiento de las metas de atención que les imponían, reducían los tiempos de consulta de cada paciente lo cual evidenciaba una preocupación por atender mayor número de personas sin atender la salud de manera efectiva.

### **5.2.3. Nueva Gestión Pública en Salud:**

Los sistemas de salud en varios países han sufrido transformaciones estructurales desde mediados de los años setenta pero con mayor fuerza durante los ochenta, como parte de la reforma del estado implementada en varios países, especialmente en aquellos en vías de desarrollo. El propósito de esta reforma era alcanzar mayor eficiencia, equidad, efectividad y calidad en los servicios de salud prestados. Para esto, se proponía la separación entre el aseguramiento y la provisión del servicio de salud como clave de éxito de la administración, permitiendo que el Estado autorizara a los actores privados llevar a cabo la prestación del servicio, ligado a resultados en términos de eficiencia (Molina, 2001, pág. 77).

Siguiendo a Molina (2001) la NGP en los sistemas de salud implicó una serie de reformas en distintos ámbitos, pasando de reformas internas a aspectos de carácter más económico, tales como: Las formas de financiación, las cuales fueron desde el Estado, producto del recaudo de impuestos y la otra forma era pública también pero basada en una contribución obligatoria para seguridad social; la forma de pago por los servicios, la cual se realizó mediante pago por capitación y cuotas moderadoras, copagos etc; los paquetes de servicios de acuerdo a los grupos y su capacidad de pago; una descentralización limitada para los entes territoriales; la reforma interna de las organizaciones empleando menos personal para ser eficientes y; el elemento primordial, la inclusión del sector privado en la prestación de servicios junto con la compra de las empresas públicas por parte de estos actores. Relacionado con lo anterior, se desarrolló una lógica de competencia entre las empresas tanto privadas como públicas en la prestación de servicios de salud.

Ahora bien es importante señalar que estas reformas aunque se llevaron a cabo con cierto grado de éxito en países considerados como desarrollados, no significa que presenten los mismos resultados en países que están en vías de desarrollo debido a sus diferencias culturales, sociales, políticas y económicas. Esto ha demostrado también que la reforma al sector salud en países en desarrollo se ha enmarcado en un contexto caracterizado por la conflictividad

entre el Estado, la sociedad y los actores privados, sumando la presión ejercida por entidades internacionales en su afán por promover este tipo de reformas en dichos países (Molina, 2001, pág. 88).

#### **5.2.4. Gobernanza:**

Hablar de gobernanza suscita un debate acerca de lo que es realmente su significado ya que generalmente tiende a relacionarse su definición con el término gobernabilidad e incluso no se tiene claridad acerca de si es un modelo de gestión pública propio o si hace parte de la NGP como un sinónimo de esta (Prats, 2003, pág. 241) (Aguilar, 2006, pág. 35).

El debate que se menciona se deriva de la amplia pero inconexa literatura que se ha elaborado acerca de la gobernanza ya que se ha abordado desde la economía institucional, las relaciones internacionales, los estudios sobre organización, los estudios del desarrollo, así como la Ciencia Política y la gestión pública (Natera, 2004, pág. 3). Entonces se trata de un concepto que se ha usado en ámbitos muy amplios y distintos.

En ocasiones el término “gobernanza” lo han utilizado algunos autores (Osborne y Gaebler, 1994; Stoker, 1998) como un sinónimo de gobierno desde la concepción de la NGP donde se cuenta con la posibilidad de contratar, delegar e implantar nuevos instrumentos y modalidades de regulación en vez de prestar directamente bienes y servicios, identificando los límites del gobierno y la relevancia del ámbito financiero (reducción de gastos) (Natera, 2004, pág. 5).

Es importante mencionar que la gobernanza ha sido definida también por organismos internacionales como el Banco Mundial, quien es citado por Hufty, Báscolo y Bazzani (2006) para definirla como la manera en que el poder es ejercido en la gestión de los recursos económicos y sociales para el desarrollo, como un concepto metodológico que es usado por estos autores en su trabajo para elaborar el modelo analítico de la gobernanza (pág. 37).

La Real Academia Española (2016) define la gobernanza como el arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo

económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía.

Otra definición elaborada por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en sus siglas en inglés UNDP, plantea que la gobernanza es el:

“Ejercicio de la autoridad económica, política y administrativa para manejar los asuntos de un estado a todos los niveles...comprende los procesos, mecanismos e instituciones a través de los cuales los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, ejercitan sus derechos legales, cumplen sus obligaciones y median sus intereses” (UNDP, 1997).

El origen de la gobernanza como modelo de gestión se da por las falencias que presentaban los anteriores paradigmas administrativos (burocrático y NGP) los cuales agudizaron los problemas en la gestión pública en torno a las relaciones conflictivas que se daban entre los actores públicos y privados frente a quien se le atribuían las responsabilidades de la crisis administrativa. Por esta razón surgió un paradigma administrativo denominado gobernanza, que promovía la interacción y la cooperación entre todos los actores de tal manera que todos podían aportar sus conocimientos y posturas acerca de las realidades que enfrentaban para poder llegar a consensos en la definición de soluciones a los problemas sociales. En esta medida, gobernar puede ser concebido como proceso de aprendizaje entre todos los actores<sup>4</sup> donde la participación social permite compartir responsabilidades (Subirats, 2010).

Este concepto presenta una nueva forma de gobernar que difiere del control jerárquico y del mercado, que a su vez ha difuminado la barrera que fijaba los límites entre lo público y lo privado en tanto presenta un grado de interrelación y cooperación entre los actores públicos y privados en la conformación de redes para gestionar lo público (Rhodes, 1996; Mayntz, 2001). Algunos autores que han trabajado en la definición de gobernanza afirman que este término hace referencia a los procesos de interacción entre actores considerados como estratégicos tanto privados como públicos en la prestación de servicios y en la toma de decisiones estratégicas. Adicionalmente este término reconoce los

---

<sup>4</sup> Los actores en mención hacen referencia no solo a la interacción entre públicos y privados, también se da entre los distintos niveles de gobierno y entre las diversas instituciones.

beneficios y aportes que pueden brindar el sector privado y el tercer sector a la gestión pública (Stoker, 1998) (Prats, 2003).

Este paradigma de la gestión pública Aguilar lo entiende como el proceso o acciones mediante las cuales el gobierno dirige a la sociedad. Sin embargo esto implica reconocer ciertos aspectos claves como la necesidad de definir objetivos comunes, la participación de la sociedad en este proceso y la coordinación de las acciones de los múltiples actores para conseguir los objetivos definidos. En este sentido, la gobernanza se puede entender como el *“proceso mediante el cual actores de una sociedad deciden sus objetivos de convivencia –fundamentales y coyunturales- y las formas de coordinarse para realizarlos: su sentido de dirección y capacidad de dirección”* (Aguilar, 2006, pág. 90). Adicionalmente, este modelo incluye las instituciones y los recursos con los que cuenta el gobierno y que además condicionan el accionar directivo de la sociedad.

En otras palabras gobernanza es el proceso en el que se distribuyen las tareas y las responsabilidades entre los agentes sociales<sup>5</sup> con el objetivo de que aporten para lograr los objetivos sociales deseados, con sus recursos, competencias, acciones, productos etc. (Aguilar, 2006, pág. 91).

Otra noción que se plantea acerca del concepto de gobernanza es la que presenta Klijn & Koppenjan (2012) caracterizada por un modelo constituido en redes (governance as networks) donde se busca implementar cambios y adaptaciones en las relaciones de gobierno, de tal manera que se haga énfasis en una cultura inter organizacional de la gestión pública para dirigirse hacia una coordinación y calidad en la toma de decisiones. Otra característica es que toma en consideración la complejidad de las sociedades actuales y por esa razón los objetivos se van trazando en la medida que interactúan los actores públicos con la sociedad quien es la que conoce de primera mano las necesidades y problemáticas que deben ser resueltas.

---

<sup>5</sup> Entiéndase por agentes sociales los que hacen parte de la institucionalidad pública, actores privados y de la sociedad en general.

Finalmente, se evidencia un cambio en la gestión pública bajo esta lógica de gobernanza como lo indica Aguilar (2006, pág. 98) la cual es caracterizada por una nueva relación entre la sociedad y el gobierno, regidos bajo unos nuevos lineamientos de acción, en los que se plasma un nuevo orden institucional y un nuevo modo de gobernar más descentralizado, abierto al dialogo con la sociedad y asociativo en tanto el gobierno incluye la deliberación ciudadana en la gestión pública para poder identificar, priorizar y solucionar los problemas de manera más integral, pero además para generar un cierto sentido de pertenencia y de responsabilidad en los ciudadanos acerca de lo público y evitar así la resistencia por parte de la ciudadanía (Mayntz, 2001).

Para Mayntz (2001) la gobernanza es caracterizada por un sistema de autorregulación en donde el Estado le asigna esta función a la sociedad y a los actores privados de manera explícita o implícita mediante la negociación entre actores privados y sociedad para conseguir sus intereses, en dado caso en que esta autorregulación no funcione, el Estado entra a intervenir para no permitir que un actor se privilegie por encima de otro (Mayntz, 2001).

Ahora bien, se pueden establecer diferencias claras entre ambos paradigmas o modelos de gestión en tanto la NGP tiene un énfasis netamente contractual dado que el gobierno contrata con agentes externos tanto privados como públicos para la prestación de los servicios dejando en manos de estos, el resultado final de la gestión; también se centra en los productos y resultados de los bienes y servicios ofrecidos. Por otra parte la gobernanza tiene un énfasis en la interdependencia de los actores, organizados en estructuras de red para trabajar conjuntamente y a su vez le otorga un papel fundamental a la participación ciudadana como eje de la gestión, contrario al énfasis en productos y resultados que hace la NGP (Natera, 2004, pág. 21).

Si bien es cierto que son modelos estructuralmente diferentes, comparten muchos elementos entre sí que generalmente tiende a generar las confusiones existentes entre ambos modelos. Sin embargo es de resaltar que la gobernanza es un modelo que se ha derivado de la NGP en tanto se fundamenta en los principios fundamentales de esta como lo es el mercado, la

competencia de privados en la provisión de servicios etc., y difieren por la dinámica de interacción con la sociedad (Peters & Pierre, 1998).

Un aspecto final que es importante resaltar de la gobernanza que sin duda alguna es de gran relevancia para el análisis del MIAS tiene que ver con las características que Natera (2004) destaca de los entes territoriales. Este autor considera que los gobiernos locales son los adecuados para implementar modelos de gobernanza ya que por medio de los espacios de participación ciudadana (como ya se ha mencionado anteriormente) permite:

...a) La identificación de la organización municipal con las peculiaridades y los intereses del colectivo y del territorio al que atiende -visibilidad, cercanía y accesibilidad-; b) la idea de que la administración local es más versátil y flexible para atender las demandas concretas de los ciudadanos; y c) las mayores posibilidades de las administraciones locales de crear las condiciones favorables para la inclusión de individuos o colectivos interesados en los temas públicos. (pág. 20).

#### **5.2.5. Gobernanza en salud:**

La definición de gobernanza en salud no se aparta de las definiciones conceptuales que ya se han abordado en el presente capítulo y por el contrario, comparten muchos elementos en común. Quizás la definición más precisa al respecto es la planteada por la Organización Mundial de la Salud –OMS–que define el concepto como “La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles” (WHO, 1998).

En los procesos que se dan al interior de los sistemas de salud, los gobiernos desempeñan un rol importante pero no son los únicos actores. En dichos procesos se relacionan actores considerados estratégicos por sus aportes y recursos con los que cuentan. Sin embargo estos por lo general imponen reglas de juego y usan su poder para influir en los procesos decisivos del sistema (Flores, 2010, pág. 31; Rodríguez, Lamothe, Barten, & Haggerty, 2010, pág. 154).

No obstante, los sistemas de salud en América Latina por lo general tienden a regirse bajo los principios de equidad, igualdad (entendida como



responsabilidades iguales para todos) y solidaridad y por ende es importante determinar si bajo la gobernanza en salud, estos principios moldean las decisiones que se toman dentro del sistema y se convierten en objetivos a alcanzar o si por el contrario se vulneran estos principios por la primacía de los poderes de ciertos actores estratégicos (Flores, 2010, pág. 33).

Siguiendo esta lógica, Rodríguez, Lamothe, Barten, & Haggerty (2010) citan a Ronald Labonté para definir la gobernanza en salud como “todo proceso de toma de decisiones conducente a la consecución de objetivos sociales compartidos”, ligado con la equidad en salud particularmente, y para ello el autor considera que es necesario que haya transparencia en la gestión del sistema y esto implica propiciar la participación de la comunidad involucrada (pág. 155).

Si se analiza lo presentado en el párrafo anterior, se puede establecer de entrada un vínculo con la gobernanza y los principios bajo los que opera el SGSSS e incluso el nuevo modelo de salud MIAS. Sin embargo se debe analizar al detalle la estructura e interacción de los actores estratégicos del sistema y bajo qué lógica se desenvuelven para identificar si en realidad van alineados con dichos principios o si por el contrario van en contravía de ellos.

Tener claridad acerca del concepto de gobernanza en salud es fundamental para analizar y comprender los aspectos que influyen en la toma de decisiones e implementación de políticas en el área de la salud. Para ello Bursztyn y colaboradores son citados por Rodríguez, Lamothe, Barten, & Haggerty (2010) para presentar su hipótesis que afirma que la implementación de políticas en salud en América Latina siempre estará influenciada por dos condiciones: de segmentación entendida como la separación o división que hay en términos de actores debido a la variedad y número de actores responsables de financiar por un lado y proveer los servicios de salud por el otro lo cual se agrava además por los servicios que prestan, diferenciados por grupos poblacionales (contribuyentes y subsidiados) además de las características de la población y el territorio; y la fragmentación derivada de la condición anterior en términos de

discontinuidad en el cuidado de la salud y la falta de coordinación (Rodríguez, Lamothe, Barten, & Haggerty, 2010, pág. 156).

#### **5.2.6. Capacidades Institucionales:**

El concepto de capacidad institucional ha sido definido por una variedad de autores que en ocasiones difieren en sus planteamientos. Sin embargo esto se debe a la orientación de capacidad institucional que definen ya que es un concepto muy amplio y aplicable a distintos ámbitos de la gestión pública. Hecha esta precisión, se agrupan los conceptos de capacidad estatal y capacidad de gestión o administrativa como componentes o interpretaciones de la noción de capacidad institucional (Alonso , 2007; Rosas, 2008).

Ahora bien, es necesario tener una interpretación de la capacidad institucional que sea común entre la mayoría de autores y por ende, se puede definir este concepto como la habilidad que tienen las instituciones públicas para desempeñar funciones encaminadas a resolver problemas sociales, establecer metas y objetivos y, cumplirlos bajo los criterios de efectividad, eficiencia y sustentabilidad (Hildebrand y Grindle, 1997 citado en Alonso, 2007, Pág. 3; Fedesarrollo, 2011).

Es importante resaltar que aunque esta definición planteada tiene un carácter más instrumental, en los últimos años la noción de capacidad institucional ha sufrido cambios ligados a la noción de gobernanza en tanto ha dejado de preocuparse exclusivamente por la estructura de las entidades estatales para agregar a la arena, a la ciudadanía en general, el entorno en el que se desenvuelven (social, político, económico, cultural entre otros), para articular así dos componentes que son la base de la capacidad institucional: la capacidad administrativa y la capacidad política (Duque, 2012, pág. 14; Segnestam et al., 2002 citado en (Fedesarrollo, 2011)).

Estos componentes se derivan a su vez en tres niveles para el análisis de capacidades institucionales: el nivel micro el cual se centra en analizar el recurso humano de las instituciones de manera que permita identificar el número de personal con el que cuenta la organización, salarios, capacidades

individuales con las que cuentan cada uno de ellos en términos de información, habilidades, experiencia etc.; el nivel meso se encarga de analizar las funciones que cumple la organización en general, las reglas de juego bajo las que opera, las políticas, programas o decisiones que toma en su ámbito, los recursos financieros con los que cuenta para su operación entre otros aspectos que determinan en gran medida el desempeño de la misma; finalmente está el nivel macro o como algunos autores lo han denominado: político dado que es el que analiza las interacciones entre los actores estratégicos involucrados en determinado proceso de la gestión pública en torno a la toma de decisiones o implementación de las mismas (Rosas, 2008) (Fedesarrollo, 2011).

Para analizar las capacidades institucionales de un gobierno local como la administración municipal de Tuluá o la administración departamental del Valle del Cauca, se deben tener en cuenta los niveles de análisis mencionados en el párrafo anterior para poder identificar las capacidades en un ámbito de mayor envergadura que no solo limite el análisis al interior de la administración local sino que identifique las posibles fallas en todo el ámbito institucional teniendo en cuenta que estas administraciones al ser parte del Estado, se constituyen no solo como un aparato burocrático sino como un espacio en el que confluyen diversos intereses y posturas que inciden en la toma de decisiones e implementación de las mismas en materia de salud (Rosas, 2008, pág. 28).

Empero, no se puede dejar de lado un fenómeno de gran preponderancia en los sistemas de salud como el de Colombia y su relación con la grave situación por la que ha atravesado. Se trata de:

“La importancia creciente del papel de los proveedores privados y de las compañías de seguro está cambiando la estructura de poder del sector en la región. Como esto estuvo ocurriendo simultáneamente al debilitamiento de la burocracia estatal, se puede observar la falta de experiencia y de capacidad estatal de regular el nuevo mercado de la salud” (Fleury, 2002, pág 37 citado en: Alonso, 2007, pág. 2).

Entre tanto, el arreglo institucional que surge con la Ley Estatutaria se da como un mecanismo reivindicador del derecho a la salud de todos los colombianos, concibiéndolo como derecho fundamental, pero además como una forma para

contrarrestar lo que Alonso (2007, pág. 9) denomina “colonización” privada del Estado, propendiendo por nuevos equilibrios de poder en el mercado y la sociedad. Para ello se deben cumplir dos condiciones según el autor que son: el desarrollo de capacidades administrativas por parte de las administraciones locales y las entidades encargadas de supervisar, vigilar y controlar el MIAS, pero también se requiere un fortalecimiento de capacidades estatales donde se empodere a las entidades territoriales en términos de gestión en salud y la implementación del MIAS. Esto se debe complementar además con un proceso de fortalecimiento de los usuarios/beneficiarios, los aseguradores y los prestadores de servicios de salud (Alonso , 2007).

## **6. Resultados:**

En este capítulo se describen los hallazgos en relación con el sistema de salud en Colombia a la luz de las características de los modelos de gestión pública objeto de análisis: NGP y Gobernanza, con el fin de visibilizar los factores críticos derivados de las reformas llevadas a cabo en el sector salud desde la Ley 100 de 1993 hasta la última reforma implementada mediante la Ley Estatutaria de Salud y de manera particular, la implementación y factores de viabilidad desde el análisis de caso en el municipio de Tuluá.

### **6.1. Sistema de Salud Colombiano a la luz de la NGP y la gobernanza:**

Teniendo en cuenta lo establecido por Aguilar (2006), es posible establecer una estrecha relación en la forma en que se concibió la reforma a la salud a través de la Ley 100 de 1993 y las características de la NGP ya que se puede evidenciar como esta ley, establece un mecanismo de contribución por parte de los usuarios para su financiamiento; también es evidente la privatización de algunas entidades de salud al pasar del manejo por parte del Estado a ser manejadas por privados, al igual que el surgimiento de entidades prestadoras del servicio de carácter privado (IPS y EPS). Finalmente estas reformas se implementan con el fin de mejorar la eficiencia económica del Estado y a su vez garantizar la prestación de un servicio público como lo es la salud.

Teniendo en cuenta la definición que establece Aucoin, es importante resaltar como en el caso de la salud en Colombia, se pasó a un modelo de prestación del servicio externo al Estado bajo una lógica de mercado que permitiría reducir el gasto público no solo de manera directa sino reflejado en menos trabajadores públicos, menor estructura de personal y física que implicaban gastos de mantenimiento. Es importante resaltar además que algunas organizaciones de salud se han preocupado por la eficiencia de tal manera que producen los mismos o más servicios con los mismos recursos e incluso menos, vulnerando la calidad de estos y por ende los principios éticos de la salud y los derechos de la comunidad (Molina, 2001, pág. 83).

En esta medida se puede inferir como en el caso de la salud en Colombia, los ciudadanos, si bien pasan a ser el eje central de la gestión de lo público, también son considerados como clientes y bajo esta lógica se establece una relación basada en un modelo de mercado donde priman las transacciones propias de la economía. Esto pasa a ser un problema ya que se distorsiona la concepción real del ciudadano y en esa medida, la provisión del servicio de salud pasa a ser un negocio más que un derecho. (Ver Anexo 4, Matriz comparativa NGP-Gobernanza en el Sistema de Salud colombiano).

## **6.2. Análisis del caso del municipio de Tuluá:**

En el siguiente apartado se presentará un análisis de la situación actual del Sistema de Salud en el municipio de Tuluá en el departamento del Valle del Cauca. Para ello se tendrán en cuenta las categorías de análisis planteadas en el modelo analítico de gobernanza de Hufty, Báscolo, & Bazzani (2006) y las subcategorías establecidas de entrada así como las emergentes, según se muestra en el Anexo 2.

### **6.2.1. Contexto:**

El municipio de Tuluá se encuentra ubicado en el Departamento del Valle del Cauca. Comprende 24 corregimientos y 4 veredas, los cuales hacen parte de la zona rural del municipio. Su ubicación lo pone como un punto estratégico ya que esta sobre la vía Panamericana a distancias muy cortas de ciudades

capitales como Armenia a 105kms, Cali, capital del departamento a 100kms, Pereira a 125kms en trayectos de doble calzada (Nuestro Municipio. Tuluá, 2016).

Su población según proyecciones Dane, es de 211.581 habitantes para el año 2015, de los cuales más de 182.677 en el año 2011 pertenecen a la zona urbana y 28.911 a la zona rural. Las personas afiliadas al régimen contributivo del SGSSS son 103.011 (47%) y al régimen subsidiado 114.178 (53%) para el año 2014 (Alcaldía de Tuluá, 2014, págs. 182-183).

### 6.2.2. Actores:

El municipio de Tuluá cuenta con 13 EPS tanto subsidiadas como contributivas las cuales tienen asegurada la población de la siguiente manera:

Gráfica 6: Distribución de la afiliación al SGSSS del municipio de Tuluá.

CONTRIBUTIVO	CANTIDAD AFILIADOS	SUBSIDIADO	CANTIDAD AFILIADOS
FONDO PASIVO FGN	229	CAPRECOM	8.519
SALUD TOTAL	30	CAFESALUD-CONTRIBUTIVO	11
CAFESALUD	486	CAFESALUD	27.126
SANITAS	1.663	SANITAS - SUBSIDIADO	1
COMPENALCO	5.272	COMPENALCO- SUBSIDIADO	135
SALUDCOOP	15.829	SALUDCOOP-SUBSIDIADO	405
COOMEVA	40.087	COOMEVA-SUBSIDIADO	461
FAMISANAR	2	SOS - SUBSIDIADO	5
SOS	24.240	NUEVA EPS - SUBSIDIADO	322
CRUZ BLANCA	1	ASMETSALUD	6.675
NUEVA EPS	17.967	EMSSANAR	70.580
EMSSANAR CONTRIBUTIVO	46		
ASMETSALUD CONTRIBUTIVO	1		

Fuente: (Alcaldía de Tuluá, 2014, pág. 183).

En cuanto a la prestación de servicios, el municipio alberga 248 prestadores de servicios de salud, poniéndolo en el tercer lugar dentro del Departamento, después de Cali (3.121) y Palmira (300). Estos se encuentran distribuidos así:

Gráfica 7: Prestadores registrados.

Prestadores	Número
IPS Privadas	38
IPS Públicas	2
Profesional Independiente	198
Transporte Especial	2
Objeto social diferente	8
<b>Total general</b>	<b>248</b>

Fuente: Base de Datos de REPS con corte de fecha: lunes 30 de mayo de 2016. Prestadores registrados.

Esto ha sido el resultado de la consolidación de un mercado atractivo para los inversionistas en el sector salud que ven al municipio como una fuente

potencial de negocio así como lo demuestra el entrevistado de la Asociación de Usuarios de una EPS:

*“...en Tuluá se han venido invirtiendo en muchas IPS privadas que prestan servicios especializados como nefrología, cardiología, radiología, tomografía entre otros que antes no los había y tocaba remitir a los pacientes de urgencia a Cali... Tuluá sigue y seguirá en ese crecimiento porque es muy atractivo por su ubicación geográfica como lo que te digo, hace que sea el paso obligado para muchas personas” (Aso. Usuarios EPS).*

En lo que respecta al sector público, cuenta con dos IPS, una de orden municipal y la otra del orden departamental. El Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez se encuentra en una situación financiera favorable ya que durante su gestión del año 2015 logró obtener utilidades por valor de \$3.246.271.000 millones de pesos, para un acumulado de \$11.476.000.000 millones de pesos obtenidos en los últimos 4 años de gestión (Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez, 2016).

Sin embargo el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe se encuentra en una situación financiera crítica aproximadamente desde hace 3 años, lo cual le ha traído problemas tanto legales, como sociales al tener inconvenientes en la prestación de servicios, retraso en el pago de los salarios del personal médico y administrativo, protestas entre otros. Pues esta crisis se debe a las deudas que tienen las EPS con el Hospital las cuales para el año pasado ascendían los 10.000 millones de pesos (El Tabloide, 2015). Por esta razón el Hospital ha estado al borde de su liquidación tal y como lo afirma una funcionaria administrativa del Hospital:

*“El hospital financieramente se encuentra en riesgo financiero ALTO, categorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resoluciones No 2409, 1877, 1853 por tres vigencias consecutivas...en cumplimiento en lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y 1608 de 2013, formuló un programa de saneamiento fiscal y financiero el cual fue revisado, aprobado y viabilizado por el Ministerio de hacienda y crédito público el 23 de Julio de 2014 mediante concepto No 2-2014-026926” (Funcionaria Hospital TUU, 2016).*

Aunque esta situación se debe en parte a la negligencia de las EPS que adeudan al Hospital, también se le atribuye a la ineficiente gestión realizada por

parte de los y las gerentes que han pasado durante esos años por el Hospital pero también por las administraciones gubernamentales quienes no mostraron resultados positivos para la salud del Departamento (Funcionaria Hospital TUU, 2016).

Sin embargo, esta situación desata polémica por saber hasta dónde le compete o está en la obligación la administración municipal de involucrarse en el tema debido a que el Hospital es departamental pero se encuentra en el municipio y sin lugar a dudas el beneficio es para los habitantes de la región. Ante esto, las posturas de los actores del Sistema de Salud del municipio son diversas y por ende se presenta una dicotomía, lo cual no solo refleja temas de capacidades sino también de intereses y voluntades.

Por un lado están quienes aseguran que el municipio no ha estado involucrado en las acciones adelantadas por la Secretaria Departamental de Salud frente a la situación del Hospital TUU. Según afirma un funcionario de la Secretaria de Salud del municipio, el trabajo conjunto con el departamento se ha dado en el marco de programas específicos que se disponen para los municipios *pero “así que haya un acercamiento, de ¿bueno que podemos hacer? ¡No!”* (Funcionario Secretaría Mpal de Salud, 2016). A esta postura se suma otro entrevistado de la sociedad civil quien asegura que:

*“No la hay (relación de cooperación), le soy honesto. La administración pasada (municipal) sí nos colaboró y eso que hubo que recoger en cabeza del sindicato SINDES con su presidenta anterior... 11.101 firmas solicitando pues que nos dieran plata de las cuentas maestras para poder sostener y sanear un poco el hospital....Mire! El alcalde actual, Gustavo Vélez Román, la única vez que lo vi, fue porque los sindicatos aceptaron una visita de él como candidato dizque para hablar del hospital y toda esta cosa. Nunca jamás lo volví a ver”* (AsoUsuarios Hospital TUU, 2016).

Esta situación se encuentra muy relacionada con los intereses y las actuaciones que han tenido algunos Concejales y el mismo Alcalde del municipio, quienes dejan en evidencia que han hecho uso de la problemática del Hospital TUU con fines electorales únicamente tal y como lo afirma un entrevistado de la sociedad civil:



*“...es que, al alcalde, a los concejales, el hospital es público, y hay que defender el hospital TUU en campaña electoral, vienen levantando las piedras para azorar los sapos y cuando están ahí, uno no más va y le dice una cosa, hasta cuando hacíamos los plantones, ¿y sabe cuál era la salida? Es que eso es departamental y eso no nos compete y yo decía, ah! No les compete, pero eso sí, les llega un gerente nuevo de la corriente política de ustedes entonces van con sus cuotas burocráticas para que se lo inserten o van con el niño enfermo para pagar el favor político para ver como se lo atienden gratis bajo cuerda, o alguna cosa así”* (AsoUsuarios Hospital TUU, 2016).

Por el otro lado están quienes aseguran que las relaciones entre las administraciones de los dos niveles territoriales han sido constantes y se han dado de manera que ambos están pendientes de la situación del Hospital, como lo asegura el entrevistado de la Asociación de Usuarios de una EPS:

*“Si hay buena comunicación, ambos han estado pendientes de la situación del Hospital, si hay que dar plata la dan como hace un tiempo donde el municipio sacó un dinero para el Hospital y la gobernación también. En términos generales hay una buena comunicación dentro de lo que se puede y pues ambos están cooperando para salvar al Hospital TUU”* (AsoUsuarios EPS, 2016).

Ahora bien, estas decisiones que ha tomado la administración departamental frente al Hospital TUU se presentan como una lógica jerarquizada donde el municipio queda relegado en la gestión conjunta de la salud y solo se le considera relevante cuando requieren de los recursos con los que cuenta. Además de esto, sigue imperando la NGP con la competencia entre los actores lo cual ha llevado a que cada uno compita por obtener sus beneficios y no propiamente por el bien común expresado en el bienestar de la población, entendiendo que se rigen bajo unos esquemas de resultados que evalúan si han sido efectivos en su gestión o no (Molina, 2001).

Lo que si es cierto es que el municipio ha estado más preocupado por potenciar y catapultar al Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez en la prestación de servicios de nivel I o baja complejidad mejorando las capacidades de resolución de tal manera que no sea necesario remitir a los usuarios a otras IPS que incluso se encuentran fuera del municipio porque algunos médicos están atendiendo casos donde pueden darles solución pero para no complicarse, los remiten inmediatamente a una IPS de nivel II o mediana

complejidad lo cual ha sido la excusa en la mayoría de veces por parte de las EPS para no contratar con los hospitales públicos al asegurar que esto les implica un costo mayor en atención a problemas de baja complejidad. En esta medida lo que el municipio ha venido intentando es que *haya la educación en el Rubén Cruz Vélez para que los médicos sean más resolutivos* (Funcionario Secretaría Mpal de Salud, 2016).

Lo anterior demuestra algunos avances que ya se empiezan a evidenciar en torno a la implementación del MIAS, al hacer énfasis en la atención primaria en salud dentro del municipio tal y como lo plantea el marco estratégico de la política PAIS (Artículo 2, Resolución 429 de 2016).

Pasando a analizar de manera más amplia la interacción entre los actores del Sistema, es importante señalar que tanto la Ley Estatutaria de Salud como la política PAIS y su modelo operativo MIAS consideran fundamental la participación de la ciudadanía en todo lo que respecta al Sistema de Salud, en este caso del municipio. Sin embargo lo que se presenta en la realidad es contradictorio a los postulados de la política.

La crisis por la que atraviesa no solo el Hospital TUU sino gran parte de las IPS del municipio inclusive privadas, se debe a la negligencia y falta de pago por parte de las EPS<sup>6</sup> lo que ha derivado en negación de los servicios por parte de las IPS, retraso en los pagos del personal médico y administrativo entre otros. Esto podría entenderse en primer lugar porque no tienen recursos para pagar a las IPS debido a costos inesperados o cualquier otro tipo de justificación y en segundo lugar se entiende porque las EPS operando bajo la lógica de mercado y sobre las bases de un enfoque privado lucrativo de NGP (Chica Vélez, 2011), buscan obtener mayores utilidades y para ello retienen los pagos a las IPS a tal punto de acumular deudas millonarias.

Actualmente en el municipio de Tuluá algunas EPS han seguido vulnerando el derecho fundamental de la salud de los ciudadanos con la persistencia de barreras de todo tipo, a pesar de que la Ley Estatutaria de Salud entró en

---

<sup>6</sup> O como son denominadas ahora: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB.

vigencia desde el mismo momento en que se publicó. Una de las tantas maneras de vulneración de este derecho es entorpeciendo la libre elección que puede hacer el paciente al momento de escoger el prestador por el que quiere ser atendido (Artículo 6, Ley 1751 de 2015) tal y como lo expresa el representante de los usuarios del Hospital Tomás Uribe Uribe:

*“Otra cosa de las EPS, hay EPS... que nosotros teniendo un servicio tan importante como es el de fisioterapia, no esté autorizando las órdenes. Hasta hace poco había gente apenas llegando con órdenes desde octubre. Primero o se tullen o se alivian de milagro, pero que tristeza porque es que hay EPS que no están dejando que el hospital TUU preste ciertos servicios porque retienen las órdenes o las direccionan hacia otro lado, a pesar de que el usuario tiene el derecho a la libre escogencia y mucho usuario quiere aquí pero que problema. O como hay usuarios que no saben reclamar sus derechos, lo mandan callados, no, no se puede, tengan...”* (AsoUsuarios Hospital TUU, 2016).

Desde luego, estas dinámicas de los aseguradores siguen ratificando los principios fundamentales de la NGP como la eficiencia para la generación de renta de beneficio privado, sin importar que se les nieguen servicios y tratamientos a los ciudadanos en detrimento del bienestar colectivo (Chica, 2011; Klijn & Koppenjan, 2012).

En lo concerniente al rol y deberes de la ciudadanía en relación con el Sistema, la Ley Estatutaria de Salud es clara, al igual que la normatividad vigente que la acompaña, frente a la participación de la ciudadanía en las decisiones de salud. En esta medida, es importante reconocer que en el municipio se han establecido Asociaciones de Usuarios o Ligas de Usuarios para cada EPS e IPS del municipio, las cuales están regidas por el Decreto 1757 de 1994 y la Circular Externa 047 de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud y se encargan de representar a los usuarios ante las EPS a las que se encuentran afiliados, ante las IPS que les prestan servicios de salud y ante las entidades de control.

El desempeño y las dinámicas que han tenido estas Asociaciones en el municipio no permiten realizar un balance claro. Pues a pesar de que estas han sido reconocidas formalmente tanto por la institucionalidad pública como por las EPS e IPS en lo que a su conformación se refiere, han presentado una

serie de dificultades que van desde el manejo interno que le dan sus miembros hasta limitaciones estructurales a las que se enfrentan.

Algunas Asociaciones de Usuarios de ciertas EPS e IPS en el municipio han adquirido una reputación poco favorable ante la comunidad dado que estas, en cabeza de su presidente o representante, se han prestado para favorecer los intereses particulares de dichas entidades, tal y como lo demuestra la siguiente afirmación:

*“Yo entré a la asociación de usuarios, digamos que como una manera de ver una cosa diferente porque los miembros de la Asociación de Usuarios ante la junta directiva son manejados por los gerentes. O sea, son personas de bolsillo que ni siquiera discuten, sino que todo se lo van aprobado al gerente y aprobado y aprobado así sepan de que está mal” (AsoUsuarios Hospital TUU, 2016).*

Otro aspecto importante que identifican los miembros de estas Asociaciones es que no han tenido un respaldo notorio por parte de la Alcaldía al considerar que las capacitaciones y acompañamiento que ha realizado la administración municipal se ha quedado corto, quizás porque no hay recursos destinados a estas acciones y mucho menos para el funcionamiento de las Asociaciones. Sin embargo, *“...la ley dice que deben presentar informes de sus reuniones trimestralmente (Asociaciones de Usuarios) y ahí la Alcaldía si se gana los créditos” (AsoUsuarios EPS, 2016)* lo cual refleja la desarticulación y la falta de competencias que predomina entre la Alcaldía y las Asociaciones.

### **6.2.3. Normas y/o acuerdos:**

Las funciones del gobierno, que desde la Ley 100 de 1993 se enfocaron en llevar a cabo la rectoría, inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, no se han realizado como está establecido, permitiendo que los aseguradores o EPS prioricen sus intereses lucrativos por encima de garantizar el bienestar de los ciudadanos, reflejando además una violación a la Ley Estatutaria de Salud en tanto consagra en uno de los literales del artículo 5 “Obligaciones del Estado”, que el Estado está en la obligación de ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto.

En adición a lo anterior, esta falta de cumplimiento de funciones de IVC por parte de las entidades encargadas en el municipio han generado incentivos perversos para el bienestar de la población y del mismo Sistema, ya que esto ha sido aprovechado por las EPS para burlar de todas las formas posibles, las funciones y responsabilidades que deben cumplir. Así lo demuestra el funcionario de una EPS entrevistado quien afirma que:

*“...desde la EPS en la que trabajo se ha tratado de evadir de mil maneras posibles a los llamados y solicitudes que nos ha hecho el Hospital TUU para que se les pague lo que debemos porque no nos interesa ponernos al día con una deuda que nos representa una reducción en el presupuesto sin sentido, lo digo así porque si no nos han aplicado las medidas correspondientes las entidades encargadas e incluso el mismo Hospital, entonces ¿para qué ceder a la presión que nos hacen?” (Funcionario EPS, 2016).*

Por parte de las EPS se ha llegado a establecer una especie de acuerdos entre ellos para ejercer resistencia frente a los cobros que les ha hecho el Hospital TUU por cuenta de las deudas que tienen con este, tal y como lo afirma un funcionario de una EPS:

*“Se ha llegado a fijar una especie de acuerdos o pactos mejor, entre las EPS a tal punto de ponerse de acuerdo en dejar de cooperar con el Hospital TUU mediante el direccionamiento de los usuarios a otras IPS así les toque ir a Cali, pero todo por desquitarse de la insistencia del Hospital y todo el escándalo que han armado internamente acerca de las EPS y la falta de pago. Mejor dicho es un tema de dignidad y de demostrar importancia...” (Funcionario EPS, 2016).*

#### **6.2.4. Puntos nodales:**

Las instancias de participación ciudadana como los Comités de Participación Comunitaria en Salud –COPACOS– creados en la Ley 10 de 1990 y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud creado en la Ley 100 de 1993, son puntos nodales en tanto permiten la interacción de los ciudadanos con los demás agentes del Sistema en torno a la deliberación y toma de decisiones del sector salud. Esto al parecer se han creado para dar cumplimiento de la norma pero no para ejercer una incidencia ciudadana real en las decisiones de salud del municipio y una muestra de ello es que en la Secretaría de Salud Municipal, no saben a la fecha de hoy quienes son los integrantes de estas instancias o espacios de participación, resaltando que esto se debe en parte a una dificultad

y es el tema del personal de la Secretaría, los cuales son contratados en su mayoría por prestación de servicios y el encargado de relacionarse con estos comités apenas inicio labores el mes pasado (Funcionario Secretaría Mpal de Salud, 2016). Así mismo lo reconoce el entrevistado de la Asociación de Usuarios de una EPS:

*“Si, por ejemplo el COPACO es uno de los entes donde deberían de converger ese tipo de actores del Sistema, otro es el Consejo Territorial en Seguridad Social en Salud a nivel municipal. Ahí tenemos todos los representantes, tenemos los usuarios, representantes de las IPS, y tenemos representantes de las EPS y del sector médico en general. Ahí se convergería pero eso no funciona más que un organismo de cumplimiento nada más pero no es porque haya verdaderas acciones que interrelacionen a los actores del Sistema, no...que yo me dé cuenta, eso no funciona en este momentico, no funciona”* (AsoUsuarios EPS, 2016).

#### **6.2.5. Procesos:**

Ahora bien, no todo el panorama es negativo y los actores del Sistema reconocen los aspectos positivos de estas dinámicas e instancias de representación de los usuarios tales como la comunicación directa que han logrado consolidar con las EPS no solo en el nivel local sino también regional e incluso nacional, demostrando que se han trascendido las barreras municipales y se han establecido lazos de cooperación mutua (AsoUsuarios EPS, 2016) en concordancia con los principios de cooperación y trabajo conjunto de los actores que son estratégicos dentro del Sistema, para formular y tomar decisiones estratégicas en torno a las problemáticas de salud que presenta el municipio (Stoker, 1998). Igualmente ocurre con el Hospital TUU en el que se puede identificar la visibilidad que ha tenido la Asociación de Usuarios no solo por sus polémicas formas de protestar sino por el manejo y la beligerancia que ha tenido en la junta directiva del Hospital en torno a las decisiones que se van a tomar o que se deben tomar (Funcionario Hospital TUU, 2016).

También se han desarrollado procesos de interacción entre algunos actores del Sistema de Salud en el municipio que han demostrado el interés y un cierto grado de apropiación de la acción conjunta, coordinada y participativa como mecanismo para obtener beneficios para todos los que participen. En el caso

del Hospital TUU, la gobernadora y el gerente han entablado conversaciones y negociaciones con las EPS que se encuentran en mora, para acordar un plan de pagos y poder recuperar cartera (AsoUsuarios Hospital TUU, 2016) lo cual ha venido presentando avances. A su vez se estableció un tipo de acuerdo de manera informal o pactada entre las EPS y el Hospital-Gobernación tal y como lo afirma el profesional de la salud en su entrevista:

*“Pues el Hospital en la mesa esa que se dio con las EPS, la gobernadora y el gerente, hicieron unos compromisos y más allá de eso se dejó en claro que si en cualquier momento se presenta una nueva traba en los pagos o atención a los usuarios por parte de las EPS, inmediatamente entran a tomar las medidas necesarias de ley” (Profesional de la Salud, 2016).*

Otro caso es el de la Alcaldía de Tuluá que por medio de la Secretaría de Salud ha venido adelantando trabajos articulación con las EPS subsidiadas, Hospital Rubén Cruz y la Secretaría para que se generen y fortalezcan redes o alianzas entre estos actores para que los afiliados al régimen subsidiado e incluso contributivo sean atendidos directamente por el Hospital RC haciendo un énfasis en la Atención Primaria de salud para que se mejore la resolutiveidad y garantizarle el servicio efectivo a las EPS de tal manera que no tengan excusa alguna para dejar de contratar con el Hospital, tal y como lo expresa la siguiente afirmación:

*“En estos momentos las EPS de Tuluá que manejan régimen subsidiado, pues con ellas sí se está...articulando lo que es relación Secretaria de Salud-Hospital Rubén Cruz Vélez que es el municipal y las diferentes EPS que manejan régimen subsidiado... Se están haciendo relaciones por decir algo, se están haciendo reuniones para medir, o sea, la resolutiveidad que se vive allí en el nivel I porque esa es la queja de las EPS, que es que muchas veces la capacidad de ellos (EPS) no da porque la resolutiveidad de los médicos en el nivel I no es lo suficientemente buena, entonces que por decir, los médicos están viendo una cosa y que muchas veces ellos lo pueden resolver pero inmediatamente la remiten al nivel II, con un costo para ellos (EPS)...” (Funcionario Secretaría Mpal de Salud, 2016).*

Esto además de reflejar una voluntad por parte de los actores del Sistema por cooperar y trabajar de manera conjunta, presenta una mejora en las relaciones entre estos, cosa que antes era totalmente desarticulada, tal y como lo expresa

el funcionario de la Secretaría de Salud en un ejemplo que presentaba en la entrevista, en donde el representante de la EPS Emssanar le aseguraba, ante la presencia de la Personería Municipal, que desde el tiempo que llevaba funcionando la EPS en el municipio, era la primera vez que se daba un acercamiento y un dialogo entre los actores del Sistema (Funcionario Secretaría Mpal de Salud, 2016).

También se ha venido trabajando en la habilitación y/o conformación de unas redes entre los Hospitales públicos y algunas EPS, estas no son del carácter que plantea el modelo MIAS ya que este se refiere a RED de prestadores mas no de actores en general. En términos de gobernanza esto representa un avance para conseguir paso a paso uno de los principios propios de este paradigma de la gestión y es el de generar redes entre los actores para gestionar y tomar decisiones de calidad en torno al Sistema de Salud del municipio articulando además de manera real a la ciudadanía quien es la que conoce de manera más acertada las necesidades que deben ser priorizadas en temas de salud (Klijn & Koppenjan, 2012).

Finalmente, analizando el potencial de transformación de la situación actual del Sistema que puede llegar a tener la política PAIS y el modelo MIAS y la viabilidad de la misma, los actores del Sistema de Salud del municipio de Tuluá que fueron entrevistados no presentan un panorama del todo favorable para esta reforma. El común denominador entre las expectativas y posturas de los actores es que en el papel, es una reforma excelente con todos sus aportes y lineamientos de transformación pero en la práctica no lo ven tan viable debido a una serie de falencias o vacíos que no permiten tener claridad y precisión en la manera en cómo se va a implementar en todo el territorio nacional. Por tal motivo se puede inferir de las entrevistas que la implementación total del modelo no va a ser fácil y requerirá de muchos años para que se logre ya que hasta ahora se están evidenciando las reformas que se la han hecho con anterioridad al SGSSS.

Para garantizar la efectividad en la operación del MIAS, se hace necesario articular las funciones de las entidades territoriales del orden departamental y



municipal, lo cual implica la homologación en el encuadre territorial del modelo y de la operación de los agentes del Sistema (Ente territorial, EAPB y Redes de prestadores) junto con la población del territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La reforma con la Política PAIS plantea que uno de los mecanismos de coordinación entre los actores es el Plan Territorial de Salud tanto en el momento de su formulación como en la implementación y seguimiento en una lógica participativa y de sinergia, persiguiendo un objetivo común de respuesta a las necesidades priorizadas de salud (Artículo 1, Resolución 429 de 2015). Sin embargo en la práctica, este mecanismo parece ser inoperante, puesto que es formulado desde arriba, en una lógica burocrática donde la "participación" se reduce a ejercicios de socialización como lo expresa uno de los entrevistados:

*“...los está llamando<sup>7</sup> para hacer una socialización del Plan de Desarrollo y Plan Territorial de Salud que de aquí a eso ya está armado...De todas maneras hay algo y es que si uno se pone legalmente a convocar a toda la comunidad se manejan demasiados intereses y unos dicen que necesitamos tal cosa porque es lo que ellos ven pero realmente ¿hasta dónde es la necesidad y hasta donde es la problemática?...Entonces se entra en un conflicto para priorizar”* (Funcionario Secretaría Mpal de Salud, 2016).

Esta debilidad en términos de la participación efectiva en la toma de decisiones, va en contra vía con los principios de la gobernanza en salud al no involucrar de manera real a todos los actores en la definición e implementación de políticas y programas de salud dejando de lado los procesos deliberativos entre la ciudadanía y la entidad territorial que permiten priorizar los problemas que deben ser atendidos y generar responsabilidad en los ciudadanos y sentido de pertenencia (WHO, 1998; Mayntz, 2001; Aguilar, 2006).

Dentro de las principales falencias que resaltan los entrevistados tiene que ver con el precario desempeño de las entidades encargadas de ejercer labores de Inspección, Vigilancia y Control tanto en el nivel municipal como en el Hospital TUU y el nivel departamental, pues la presencia de estas entidades solo se siente directamente cuando entran a intervenir algún Hospital como lo que sucedió con el proceso de saneamiento fiscal del Hospital TUU donde algunos

---

<sup>7</sup> Se refiere a las instancias de participación como los COPACOS y el Comité Territorial de Salud.

delegados de la Superintendencia de Salud se veían por ahí en el Hospital con los distintivos en sus prendas, por lo que algunos actores consideran que esta entidad se ha convertido en un villano que solo aparece para liquidar o sanear hospitales públicos y no para cumplir sus funciones reales y evitar que se presenten esos inconvenientes (AsoUsuarios Hospital TUU, 2016). Por su parte, el funcionario de la Secretaría de Salud del municipio está en la misma línea de la anterior afirmación con lo siguiente:

*“No mire que uno por decir algo, aquí se le escribe a la Superintendencia de Salud y si, en cuestión de 15 días o rápido le llega la respuesta pero de ahí no pasa porque usted por ejemplo nunca ve los entes de control. Nosotros como Secretaría de Salud tenemos en estos temas inspección y vigilancia pero control no se puede ejercer, nosotros no tenemos autonomía para decir venga... Yo veo que falta mucho control...Por ejemplo mire Saludcoop que ahora es Cafesalud, quedaron debiendo un dinero, a muchas entidades le están debiendo ese dinero y ya empezó Cafesalud y como así, ¿cómo así que cambiamos de razón social y no pasó nada? Si hubiera control, hace falta mucho control”* (Funcionario Secretaría Mpal de Salud, 2016).

La otra falencia que identifican los actores tiene que ver con la creación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios ya que la política PAIS no especifica qué nivel administrativo se encargará de gestionarlas y habilitarlas, lo cual representa serios inconvenientes en materia de coordinación y capacidades para el Departamento y el Municipio, de acuerdo con la siguiente afirmación:

*“Esto es un tema muy complicado porque no hay claridad acerca de cómo se van a gestionar estas redes en los territorios porque el municipio puede y ya está gestionando redes entre las EPS y el Hospital Rubén Cruz y así mismo lo está haciendo la gobernación con el Hospital TUU...Entonces hasta qué punto es bueno que cada administración (municipal y departamental) gestione las redes por su cuenta pero que no se de una relación entre estas cuando se tiene presencia en un mismo territorio”* (Funcionario EPS, 2016).

Una falla que identifican los entrevistados de las Asociaciones de Usuarios hace referencia a lo problemático que ha sido la intermediación financiera mediante las EPS debido a los incentivos perversos –lo que sería otra falla– que han derivado de la lógica de mercado propia de la NGP (Osborne, 1993; Cejudo, 2011) lo cual está mencionado en la política PAIS como la redefinición

del rol del asegurador pero no definido si se habilitara técnicamente, financieramente o si se le quitará el manejo de los recursos. Para sustentar lo dicho, "...a las EPS se les ha entregado una chequera para que ellos giren a diestra y siniestra...el negocio de ellos está en lo que puedan facturar ellos frente a lo curativo...dónde sacan la plata, facturan, sobrefacturan..." (AsoUsuarios EPS, 2016).

Ligado a lo anterior, se identifica otra falla frente a la autonomía del profesional de salud que pretende devolverse con la Ley Estatutaria, en tanto no hay a la vista mecanismo alguno para garantizar que esto se dé en la práctica dado que los aseguradores y prestadores seguirán actuando bajo una lógica de mercado donde deben hacer eficientes sus gastos para poder mantenerse y obtener ganancias.

Finalmente, los entrevistados aseguraron que el municipio cuenta con las capacidades institucionales para implementar la reforma consagrada en la política PAIS ya que cuenta con un Hospital de nivel I el cual está en óptimas condiciones de funcionamiento y con el que se está haciendo trabajo desde ya, en el tema de la atención primaria en salud y la generación de redes con algunas EPS. Sin embargo sobresale la noción de que esto además de ser un tema de capacidades y competencias, es de voluntades para propiciar una mejora en el Sistema y al parecer con la actual administración tanto municipal como departamental, las cosas van marchando por buen camino.

## **Conclusiones:**

El presente trabajo investigativo se dio a la tarea de analizar si la reforma implementada mediante la Ley Estatutaria de Salud y la política PAIS, está encaminada a un modelo de gobernanza en salud y sus implicaciones en función de la capacidad institucional en el municipio de Tuluá en el departamento del Valle. Para ello fue necesario identificar la situación actual en la que se encuentra el Sistema de Salud del municipio y de esta manera fijar una línea de base cualitativa que permita identificar que desafíos representa la implementación de un nuevo modelo de salud en términos de gobernanza.

La investigación realizada acerca del Sistema de Salud del municipio, en la que se entrevistaron a actores claves del Sistema, permitió identificar que el modelo imperante actualmente sigue siendo el de la NGP en tanto predominan los elementos del gerencialismo privado y la lógica de mercado que incentivan a los actores del Sistema como las EPS, a hacer énfasis y preocuparse en la eficiencia del gasto y la obtención de ganancias financieras a costa de la negación de pago a las IPS y por ende de servicios a los ciudadanos.

De acuerdo con lo anterior, se identificó que las dinámicas de interacción entre los actores del Sistema no han involucrado a todos de manera apropiada, lo cual supone un desafío importante en términos de gobernanza ya que se debe trabajar en redes donde todos los actores puedan compartir responsabilidades, recursos y aportes para lograr tomar decisiones acertadas que beneficien la salud de todo el municipio y la región (Klijn & Koppenjan, 2012), lo cual implica involucrar de manera real a la ciudadanía en estos espacios decisorios y también pasar de la competencia a la cooperación entre las EPS e IPS (Ocampo, Betancourt, Montoya, & Bautista, 2013).

Frente a este panorama, el modelo MIAS deberá ser acompañado por un marco normativo futuro que permita garantizar todos los cambios requeridos que se han evidenciado a lo largo de este trabajo y que se exponen de manera más específica en el apartado siguiente, para que logre tener una

implementación que arroje resultados favorables para el bienestar de la ciudadanía.

El municipio de Tuluá y el departamento del Valle del Cauca cuentan con las capacidades para poner a andar este modelo de salud, pues un ejemplo de ello es la gestión de redes que se está dando tanto en el Hospital TUU como en el Hospital RCV y la planificación que se está haciendo de manera regional donde Tuluá abarca a toda la población del centro y norte del Departamento. Sin embargo hay una dificultad frente a este asunto y es la lentitud con la que se ponen en marcha las políticas y reformas en el país tal y como lo demuestra la Ley 1438 de 2011 en la que se da la apertura a las redes integrales y que hasta la actualidad no ha presentado una implementación total (Ocampo et al, 2013).

Ahora bien, la política PAIS y el modelo MIAS, derivados de la Ley Estatutaria de Salud, presentan aportes interesantes y sin duda alguna, encaminados a la gobernanza pero pareciera ser que esto solo está destinado a estar en el papel y no en la práctica, pues si no se consideran aspectos primordiales como la necesidad de articular a todos los actores y en especial a la ciudadanía y suprimiendo o replanteando la intermediación financiera, se seguirá operando bajo una lógica de NGP donde el mercado y la competencia son los que imponen las dinámicas de interacción y decisión donde los que salen privilegiados son aquellos que tienen un poder mayor frente a los demás.

#### **Recomendaciones:**

- Es de vital importancia replantear desde el gobierno en todos sus niveles administrativos, la manera en cómo se están dando los procesos de Inspección, Vigilancia y Control ya que los actores del Sistema de Salud en el nivel territorial para el caso de Tuluá, asocian el fracaso y la crisis actual del Sistema a la inoperancia del gobierno y las entidades encargadas de vigilar el funcionamiento del Sistema en todos los niveles. Se evidencia una falta de coordinación en este sentido entre las autoridades del orden municipal, departamental y nacional.

- Es necesario realizar un seguimiento a las instancias y espacios de participación ciudadana creados para los temas de salud, tales como los COPACOS, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y las veedurías ciudadanas de tal manera que se garantice su conformación de manera adecuada y ajustada a los tiempos para que puedan estar vinculados de manera constante con las decisiones que se vayan a tomar desde la administración municipal. Para ello será importante analizar cómo se puede dar una articulación entre la Ley Estatutaria de Salud y la Ley Estatutaria de Participación (Ley 1757 de 2015) ya que esta incorpora unas novedades en los temas de participación ciudadana que pueden ser útiles al momento de gestionar de manera participativa, los temas de salud en el nivel territorial.
- Es importante hacer precisión en la manera como se van a cambiar los esquemas de incentivos para los aseguradores y prestadores de servicios de salud ya que en la política PAIS no está explícito este cambio y sin duda alguna es un tema fundamental para mejorar las acciones de las EPS ya que con unos incentivos reales que beneficien el bienestar de la ciudadanía, estas no tendrán lugar para enfocarse en sus utilidades e intereses individualistas.
- Se recomienda hacer la claridad en la forma en que se redefinirá el rol de las EPS para saber si seguirán manejando los recursos o si habrá algún tipo de cambio frente a esto que propenda por un rol más técnico que financiero. Pues los sucesos ocurridos en los que se han visto vinculadas EPS han generado en la gente la percepción de que estas son las culpables de la crisis por la que atraviesa el Sistema de Salud, especialmente porque se convierten en unos intermediarios que toman una tajada de los recursos públicos que corresponden a la salud de los ciudadanos.
- Siguiendo una lógica de mercado donde hay competencia entre los actores, es necesario darle la autonomía a los Hospitales públicos para que puedan contratar libremente con las EPS a las tarifas que crean convenientes, sin detrimento de la estabilidad financiera de la entidad.

Pues estos Hospitales facturan a tarifas SOAT lo cual es una cifra 30% o 40% más elevada que la que brindan las IPS privadas, por lo que no permite que se dé una competencia real entre públicos y privados.

- Teniendo en cuenta que el nuevo modelo MIAS pretende devolverle una serie de competencias a las entidades territoriales en materia de salud y que esto implica mayores recursos para gestionar, es necesario darle una revisión a la Ley 715 de 2001 la cual creó el Sistema General de Participaciones para no chocar entre el MIAS y la Ley y tampoco limitar su implementación por falta de recursos o falta de autonomía en las entidades territoriales.
- Una gran dificultad que identifican los actores en el municipio tiene que ver con la autonomía que se le quiere dar al profesional de la salud, pues no se establece la manera de garantizar esto y consideran que eso es prácticamente imposible ya que al haber un tema de recursos de por medio, los cuales no son infinitos, terminan siendo una razón de constreñimiento contra los profesionales de la salud para que no se tomen libertades en la formulación y tratamientos y limite todo a lo más económico para el Estado o las mismas EPS.

Sumado a lo anterior, tampoco hay una manera de garantizar que las personas sean atendidas Por un médico familiar o de cabecera ya que el trabajo del profesional ha perdido la dignidad desde el momento en que no se valora como debe ser ni se respeta en sus decisiones, lo cual es un incentivo para que los recién egresados que empiezan su carrera medica vean el trabajo como una opción de obtener recursos y venderse al mejor postor dejando de lado su trabajo anterior.

## Bibliografía

- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 16(6), 2817-2828.
- Aguilar, L. F. (2006). *Gobernanza y gestión pública*. Mexico D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Albi, E., González Paramo, J. M., & López Casanovas, G. (1997). *Gestión Pública*. Barcelona: Ariel.
- Alcaldía de Tuluá. (2014). *Anuario Estadístico Tuluá 2014*. Tuluá: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.
- Alonso, G. V. (2007). *Las capacidades institucionales entre el estado y la sociedad*. Buenos Aires: Escuela de Política y Gobierno, UNSAM-CONICET.
- AsoUsuarios EPS. (10 de Mayo de 2016). Entrevista Representante Aso Usuarios de una EPS. (J. Arévalo, Entrevistador)
- AsoUsuarios Hospital TUU. (11 de Mayo de 2016). Entrevista Representante de Asociación de Usuarios Hospital TUU. (J. Arévalo, Entrevistador)
- Aucoin, P. (1995). *The new public management: Canada in comparative perspective*. Montral: Institute for Research on Public Policy.
- Banco Mundial. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.
- Barón Leguizamón, G. (2007). *Cuentas de Salud en Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS. DNP. Bogotá: Imprescol Ediciones Ltda.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública México*, 57(5), 433-440.
- Castro Irigorri, C. A. (2015). La administración cuantitativa del riesgo financiero en la provisión de un plan de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 51-62.
- Cejudo, G. (2011). La nueva gestión pública. Una introducción al concepto y la práctica. En *Nueva Gestión Pública*. (págs. 17-45).



- Chica Vélez, S. (2011). Una mirada a los nuevos enfoques de la gestión pública. *Administración y Desarrollo*, 39(53), 57-74.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67, 1059–1066.
- Duque, N. (2012). Análisis de factores de capacidad institucional en municipios pequeños de Boyacá y Cundinamarca. *Cuadernos de Administración*, 28(47), 11-24.
- Echeverry, M. (2011). Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 97-109.
- El País. (22 de Septiembre de 2015). *Crisis de la salud también tiene en urgencias a otros hospitales del Valle*. Obtenido de El País: <http://www.elpais.com.co/elpais/salud/noticias/crisis-salud-tambien-tiene-urgencias-otros-hospitales-valle>
- El Tabloide. (21 de 09 de 2015). *Nuevo SOS por el Hospital*. Recuperado el 14 de 02 de 2016, de El Tabloide: <http://www.eltabloide.com.co/nuevo-sos-por-el-hospital/>
- El Tiempo. (22 de Abril de 2015). *Preocupa suerte del Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá*. Obtenido de El Tiempo: <http://www.eltiempo.com/colombia/california/situacion-del-hospital-tomas-uribe-uribe-de-tulua/15612837>
- Eslava Rincón, J. (2001). *Marco para el análisis del acceso a los servicios de salud para la población pobre y vulnerable en el contexto de la reforma en salud. (Tesis de Maestría en Estudios Políticos)*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Fedesarrollo. (2011). *Diseño de un índice de capacidad institucional para la efectividad del gasto público*. Bogotá: Fedesarrollo.
- Flores, W. (2010). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Revista Salud Pública*, 12(1), 28-38.
- Funcionaria Hospital TUU. (10 de Mayo de 2016). Entrevista Funcionaria Hospital TUU. (J. Arévalo, Entrevistador)
- Funcionario EPS. (10 de Mayo de 2016). Entrevista Funcionario de una EPS. (J. Arévalo, Entrevistador)

- Funcionario Hospital TUU. (10 de Mayo de 2016). Entrevista Funcionario Hospital TUU. (J. Arévalo, Entrevistador)
- Funcionario Secretaría Mpal de Salud. (11 de Mayo de 2016). Entrevista funcionario Secretaría Municipal de Salud Tuluá. (J. Arévalo, Entrevistador)
- Galvis, F. (1987). *Administración Pública*. Bogotá: ESAP.
- González R, A., & Mogollón , O. (2002). La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 39-47.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública Mexico*, 53(2), 144-155.
- Hood, C. (1995). "The New Public Management in the 1980's: Variations on a Theme". *Accounting, Organizations, and Society*, 20(2-3), 93-109.
- Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez. (20 de Enero de 2016). *El Hospital Rubén Cruz Vélez, tras cierre financiero del año 2015, tiene un superávit de 11.476 millones de Pesos*. Recuperado el 29 de Abril de 2016, de Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez: <http://hospitalrubencruzvelez.gov.co/sitio/es/medios/noticias/item/219-el-hospital-ruben-cruz-velez-tras-cierre-financiero-del-ano-2015-tiene-un-superavit-de-11-476-millones-de-pesos>
- Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cuadernos de Saúde Pública*(22), 35-45.
- Jara Navarro, M. I. (2013). Los muertos de la Ley 100. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 149-152.
- Jaramillo, I. (1994). *El futuro de la salud en Colombia Ley 100 de 1993*. Bogotá: Fundación Friedrich Ebert de Colombia.
- Jaramillo, I. (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 48-53.
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2012). Governance network theory: past, present and future. *Policy and Politics.*, 40(4), 187-206.
- León, B. (2007). La nueva gestión pública y el estilo personal de gobernar. *Sociológica*, 22(65), 253-263.

- Losada, R., & Casas, A. (2010). *Enfoques para el análisis político: Historia, epistemología y perspectivas de la ciencia política*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Manrique, L., & Eslava, J. (2011). Auscultando la corrupción en la salud: definición y causas ¿Qué está en juego? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.*, 62(4), 308-314.
- Martínez, F. (Abril de 2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* FEDESALUD. Bogotá: Fedesalud.
- Mayntz, R. (2001). El Estado y la sociedad civil en la gobernanza. *Reformas y Democracia*, 1-8.
- Merlano, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: revisión sistemática de literatura. *Gerencia en Políticas de Salud*, 12(24), 74-86.
- Ministerio de Salud. (1994). *La reforma de la seguridad social en salud. Antecedentes y resultados*. (Primera ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Carrera Séptima Ltda.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente"*. Bogotá: MSPS.
- Molina, G., & Rodríguez, C. (2007). Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 90-99.
- Molina, G. (2001). Tendencias en la gestión de los servicios de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 71-89.
- Natera, A. (2004). La noción de gobernanza como gestión pública participativa y reticular. (U. C. Madrid, Ed.) *Documentos de trabajo política y gestión.*, 1-33.
- Nuestro Municipio. Tuluá*. (11 de Mayo de 2016). Obtenido de Alcaldía de Tuluá: <http://www.tulua.gov.co/nuestromunicipio.shtml>
- Ocampo, M. V., Betancourt, V. F., Montoya, J. P., & Bautista, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 114-129.
- Orozco, J. M. (2008). *Interventoría del Régimen subsidiado. Pautas para su aplicación*. Bogotá: Eumed.net.

- Osborne, D. (1993). Reinventing Government. . *Public Productivity & Management Review. Fiscal Pressures and Productive Solutions: Proceedings of the Fifth National Public Sector Productivity Conference (Summer, 1993).*, 16(04), 349-356.
- Peters, G., & Pierre, J. (1998). Governance Without Government? Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 223-243.
- Prats, J. (2003). El concepto y análisis de la gobernabilidad. *Revista Instituciones y Desarrollo*(14-15), 239-269.
- Profesional de la Salud. (11 de Mayo de 2016). Entrevista Profesional de la Salud Hospital TUU. (J. Arévalo, Entrevistador)
- Puyana, A. (2008). La Ley 1122 de 2007: modificaciones al sistema general de seguridad social en salud. *Discurso Laboral*, Editorial.
- Real Academia Española. (1 de 05 de 2016). *Diccionario de la Real Academia Española*. Obtenido de Gobernanza: <http://dle.rae.es/?id=JHRSmFV>
- Restrepo, J. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.*, 25(1), 82-89.
- Rhodes, R. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652-667.
- Riveros, E., & Amado G, L. N. (2012). Modelo de Salud en Colombia: financiamiento basado en seguridad social o en impuestos. *Gerencia en Políticas de Salud*, 11(23), 111-120.
- Rodríguez, C., Lamothe, L., Barten, F., & Haggerty, J. (2010). Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Rev. salud pública. Revista Salud Pública*, 12(1), 151-159.
- Rodríguez, S. M. (2007). El poder de voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. *Revista Economía Institucional*, 9(16), 223-253.
- Rosas, A. (2008). Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Política y Cultura*(30), 119-134.
- Stiglitz, J. E. (2003). El rumbo de las reformas. Hacia una nueva agenda para América Latina. *Revista de la Cepal*(80), 7-40.
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal*(50), 17-28.

- Subirats, J. (2010). Si la respuesta es gobernanza, ¿cuál es la pregunta? Factores de cambio en la política y en las políticas. *Ekonomiaz*(74), 17-35.
- Tovar, L., & Arrivillaga, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.*, 13(27), 12-26.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 18-29.
- UNDP. (1997). *Governance for sustainable human development*. New York: UNDP.
- Vásquez, M. L., Siquiera, 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), 30-38.
- Vega Vargas, M., Eslava Castañeda, J. C., Arrubla Sánchez, D., & Hernández Álvarez, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.*, 11(23), 58-84.
- WHO. (1998). *Good governance for health*. World Health Organization. Geneva.
- Yepes, F. (2013). ¿Por qué la crisis multisistémica de la salud? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 5-7.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage Publications.

## ANEXOS:

### *Anexo 1: Diseño de entrevista semi-estructurada:*

1. ¿En cuales condiciones económicas se encuentra el municipio de manera generalizada? ¿Se cuenta con recursos suficientes para destinar a la salud del municipio? ¿El Departamento del Valle (gobernación) ha destinado al municipio y al Hospital TUU recursos para solventar la crisis por la que atraviesa?
2. ¿Considera que las acciones de salud, departamentales y municipales se relacionan con las condiciones de salud de la población Tuluéña?
3. ¿Se puede identificar un cambio en la salud del municipio y del Hospital TUU en las últimas administraciones departamental y municipal? (los dos últimos periodos de gobierno y el que empieza este año)
4. ¿Cuál ha sido el balance del reconocimiento y atención que la Alcaldía Municipal le ha dado a las Asociaciones y Ligas de Usuarios? ¿Hay Acuerdos o Decretos que reglamenten las Asociaciones en el municipio con su rol importante dentro del Sistema?
5. ¿Las decisiones, aportes, quejas o sugerencias que han surgido de las Asociaciones de Usuarios han sido tenidas en cuenta por la Alcaldía?
6. ¿Las EPS reconocen los aportes que realizan las Asociaciones de Usuarios en torno al servicio de salud? ¿En qué nivel se da este reconocimiento (en recepción de PQRS, en solución o modificaciones solicitadas, o en apertura de espacios para el dialogo y la concertación)?
7. ¿El Hospital Tomas Uribe Uribe en este caso, como una entidad prestadora de servicios de salud, reconoce los aportes de las Aso de Usuarios en torno al servicio de salud? ¿En qué nivel se da este reconocimiento (en recepción de PQRS, en solución o modificaciones solicitadas, o en apertura de espacios para el dialogo y la concertación)?
8. ¿Cuáles son sus motivaciones y expectativas frente al Sistema de Salud en el municipio?
9. ¿Cómo se da el proceso de comunicación entre la Alcaldía (Secretaría de Salud) y la Gobernación en torno a la situación del Sistema de Salud

con el Hospital TUU? (cooperación, conflictividad, falta de interés y atención etc.)

10. ¿Cómo se da el proceso de comunicación entre el Hospital TUU y las EPS? (cooperación, conflictividad, falta de interés y atención etc.)
11. ¿Qué papel desempeña la Alcaldía en las relaciones que se dan entre los usuarios y las EPS, EPS y Hospital y, usuarios y Hospital? (facilitador, moderador, indiferente etc.).
12. Si se hace un balance a groso modo de la situación de la salud en el municipio y específicamente del Hospital TUU en los dos últimos años, ¿Considera que ha habido una mejora en la salud del municipio?
13. ¿Ha habido una mejora en las relaciones entre los actores del Sistema (Usuarios, EPS, Hospital y Alcaldía)?
14. ¿La Alcaldía tiene las capacidades para mejorar las relaciones entre los usuarios-EPS-Hospital y la prestación del servicio? ¿Por qué?
15. ¿Se han tomado decisiones de salud en el municipio que hayan derivado de la relación entre los actores involucrados?
16. ¿Existen normas o acuerdos que se hayan fijado los actores para orientar las decisiones de cada uno de ellos en el Sistema? (además de los contratos legales, las reglas de juego o acuerdos voluntarios)
17. ¿Cómo se dan los contratos entre las EPS y el Hospital? ¿Existe autonomía para contratación o hay algún tipo de limitación frente a esto?
18. ¿La administración municipal ha creado instancias o espacios de participación, discusión y concertación en torno a la salud del municipio? ¿Cómo funcionan? ¿Tienen en cuenta la participación real de los ciudadanos? (por ejemplo las mesas de negociación entre las EPS y usuarios, Hospital y usuarios etc., o el Consejo municipal de Salud)
19. ¿Qué importancia tienen las decisiones que se gestan en estos espacios?
20. ¿Considera que la salud mejoraría si se implementa de acuerdo al modelo MIAS? (redes integradas, médico familiar, etc.).
21. De acuerdo con el MIAS las entidades territoriales están en capacidad de gestionar las redes de servicios, prestadores y todo lo relacionado

con la salud, en este caso ¿Considera que el municipio tiene la autonomía y las capacidades para encargarse de este tema?

22. ¿Considera que los profesionales de la salud han tenido pleno ejercicio de su autonomía profesional? ¿Considera importante que se les garantice esto? ¿No sería un problema para el Sistema que puedan autorizar lo que ellos consideren?
23. ¿Los órganos de control relacionados con la prestación de servicios de salud tienen presencia en el municipio? ¿Cree que cumplen con sus funciones de la manera adecuada? ¿Por qué?
24. Finalmente, el MIAS es un modelo que se debe ir implementando paso a paso en todo el territorio nacional y por ende se debe estar preparado para ello, en esta medida ¿Cree que el MIAS va a transformar la crisis actual del Sistema? ¿Por qué? ¿Qué vacíos o falencias le encuentra al modelo? ¿Podría hacerle algún aporte?



Anexo 2: Modelo Analítico de la Gobernanza en Salud.

Macro-categoría	Categoría	Subcategoría
<b>Contexto</b>	Situación del Sistema de Salud en el municipio de manera generalizada en torno a recursos, caracterización de las EPS e IPS tanto privadas como públicas.	
<b>Actores</b>	Reconocimiento	Visibilidad
		Poder de incidencia
		Formal (leyes/regulaciones)
		Formal Institucional
		Reputación
	Capacidades institucionales	Debilidades
		Falta de recursos
		Implementar el MIAS
	Motivaciones e intereses	Intereses
	Relaciones	Cooperación - interés
		Coordinación
		Falta de coordinación
Conflictividad - Desinterés		
<b>Normas</b>	Formales	Participación
		Funcionamiento del Sistema
	Sociales	Acuerdos sociales / informales
<b>Puntos nodales (espacios de interacción)</b>	COPACOS	
	Comité Territorial de Salud	
	Plan Territorial de Salud	
	Mesas de negociación - Concertación	
<b>Procesos</b>	Cambio en el Sistema en Tuluá	

Fuente: Elaboración propia con base en el modelo analítico de (Hufty, Báscolo, & Bazzani, 2006).

### Anexo 3: Administración Pública vs. Nueva Gestión Pública.

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA		NUEVA GESTIÓN PÚBLICA
Como racionalidad transdisciplinar de las ciencias sociales.	→	Como racionalidad transdisciplinar de las ciencias económicas.
Su principio causal es la política.	→	Su principio causal es la Economía.
Su centro de acción es el desarrollo de lo Público.	→	Su centro de acción es el desarrollo del Mercado.
Se Focaliza en el Estado. Basa su acción en las relaciones de dominación - sujeción y la prelación de lo público sobre lo privado.	→	Se Focaliza en el Mercado. Basa su acción en las relaciones de intercambio.
Su marco legal y normativo se basa en el derecho administrativo.	→	Su marco legal y normativo se basa en el derecho mercantil.
Su orientación hacia el ser Humano tiende a lo público.	→	Su orientación hacia el ser Humano tiende a lo privado.
Su fundamento axiológico es la ética como bienestar público.	→	Su fundamento axiológico es la eficiencia del individuo.

**Fuente:** (Chica Vélez, 2011, pág. 61).

*Anexo 4: Matriz comparativa NGP-Gobernanza en el Sistema de Salud colombiano.*

	<b>NGP</b>	<b>GOBERNANZA</b>
<b>Estrategia de gobierno</b>	Basada en el mercado, empresarial-gerencial  Estado Regulador del Mercado	Basada en lo colectivo por medio de asociaciones, interconexiones y redes.  Estado Rector Interfaces entre los actores y redes (VER LEY ESTATUTARIA)
<b>Solución de los problemas</b>	Solución a problemas individuales por su lógica individualista Centrado en el aseguramiento del riesgo financiero que produce la enfermedad Mercado de EPS, Mercado de IPS, Relaciones basadas en contrato según competencias de precios	Solución a problemas individuales desde lo colectivo. Derecho a la salud como punto de entrada y salida del sistema Basada en la promoción de la salud individual y colectiva El riesgo en salud como mecanismo para la gestión integral de la atención
<b>Población</b>	El ciudadano es un cliente Las personas son afiliadas según capacidad de pago "compra de servicios"	El ciudadano es concebido como tal y por ende se le reconocen sus derechos Pone en el centro la persona y su derecho a la salud
<b>Actores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado relegado</li> <li>- Sector privado en provisión de bienes y servicios.</li> <li>- Clientes limitados a ser consumidores de bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado con funciones más activas en la rectoría, dirección, supervisión y regulación</li> <li>- Sector privado y público operando sinérgicamente en redes</li> <li>- Ciudadanos que tienen un rol activo en la formulación e implementación de políticas, programas y proyectos.</li> </ul>
<b>Regulación</b>	Basada en las reglas del Mercado y parcialmente el Estado	Regulación Estatal como mediador y articulador Autorregulación social. En caso de no ser efectiva el Estado puede intervenir para tener control de la gestión y no permitir extralimitaciones en algún actor.

**Fuente:** Elaboración propia con base en el marco de referencia.