



FLACSO
ARGENTINA

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

FLACSO – ARGENTINA

MAESTRIA EN DISEÑO Y GESTION DE PROGRAMAS SOCIALES

TESIS DE MAESTRÍA

Gobernanza en salud desde el territorio:

**Análisis de caso en el municipio de Pasto-Colombia a partir de la Ley estatutaria 1751
de 2015**

Autor: Carlos Andrés Fajardo Guzman

Directora: Enma Guerra Nieto

Buenos Aires

Abril de 2023

Resumen

La promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 configura a la Salud como un Derecho fundamental y entabla una nueva política pública nacional que en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; desarrolla una serie de Políticas, estrategias y normas aplicables en cada una de las entidades territoriales.

El documento analiza cómo a partir de la gobernanza, se define la capacidad institucional del Municipio para articular a actores públicos y privados en la garantía del goce efectivo de la salud y se operativiza el modelo en conjunto; para el caso específico se adopta la experiencia del Municipio de San Juan de Pasto – Colombia en los periodos 2016-2019, 2020-2023, utilizando como herramienta metodológica, el Marco Analítico de Gobernanza propuesto por Marc Hufty.

Los principales resultados demuestran el fortalecimiento normativo y metodológico para orientar a los territorios en la construcción del goce efectivo a la salud a través de procesos de interacción efectivos entre quienes componen el sistema; sin embargo persisten dificultades en los momentos de implementación, monitoreo y coordinación interinstitucional.

Palabras Clave: Gobernanza, Gobernanza en Salud, Atención Primaria en Salud

Abstract

The promulgation of Statutory Law 1751 of 2015 configures Health as a fundamental Right and establishes a new national public policy that, in accordance with the Ten-Year Public Health Plan 2012-2021, develops a series of Policies, strategies and regulations applicable in each one of the territorial entities.

The document analyzes how, based on governance, the institutional capacity of the Municipality is defined to articulate public and private actors in guaranteeing the effective enjoyment of health and the model is operationalized. For the specific case, the experience of the Municipality of San Juan de Pasto - Colombia is adopted, in the periods 2016-2019, 2020-2023, using the Analytical Governance Framework proposed by Marc Hufty as a methodological tool.

The main results demonstrate the normative and methodological strengthening to guide the territories in the construction of the effective enjoyment of health through effective interaction processes between those who make up the system, however difficulties persist in the moments of implementation, monitoring and inter-institutional coordination.

Keywords: Governance, Health Governance, Primary Health Care

Agradecimientos

A mi madre Ana Belén, quien jamás perdió la esperanza en que pudiera culminar este ciclo formativo

A mi padre Carlos, que me brindó el apoyo económico y su ejemplo profesional para la culminación de la maestría

A mi esposa María Fernanda, por apoyarme con alma, corazón y carácter, ser capaz de presionarme y empujarme a terminar lo que había empezado.

A mis hijos Carlos Daniel y Juan Camilo, por su paciencia cuando no podíamos compartir momentos; por ser la razón de mi existencia y por quienes deseo ser cada día mejor, gracias por su alegría porque con su juego, apoyo y sonrisas me motivaron a seguir adelante.

A Manuel Darío por motivarme en los episodios de desánimo y a Camilo por acompañarme en este proceso, juntos establecimos un nuevo propósito y juntos lo lograremos.

Al Nido Cuy, Diana, Fer, Paola, Laura y Miguel, mi familia en Argentina durante mi estadía de formación, fueron mi apoyo moral y con quienes compartí momentos inolvidables, siempre será mi anhelo volvernos a encontrar físicamente.

A Enma Guerra Nieto, por asesorar el trabajo de grado y aportar con su valiosa experiencia al enriquecimiento de este.

A Luciano y Lucia, por permitir enmendar errores del pasado y otorgarme una nueva oportunidad para culminar este proceso académico.

Tabla de Contenido

Glosario.....	9
Introducción.....	11
Problema de investigación	13
¿Cómo se evidencia la problemática descrita en el Municipio de Pasto?	19
Pregunta de Investigación	20
Objetivo General.....	20
Objetivos específicos	20
Reseña histórica al modelo de salud en Colombia	21
Inicio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	21
Ley 1122 de 2007	23
Ley 1438 de 2011 (Atención Primaria en Salud).....	25
El avance del sistema desde la constitución de la salud como derecho fundamental (Ley 1751 de 2015).....	27
Estado del arte	36
Marco teórico	40
Institucionalismo.....	40
Administración Pública.....	41
Adopción del concepto de Gobernanza	42
Clasificación de Gobernanza	44
La buena gobernanza	44
La gobernanza como el conjunto de herramientas administrativas para la gestión pública.....	48
Gobernanza Democrática.....	50
Complementariedad al concepto de Gobernanza.....	50
Gobernanza aplicada al sector salud	52
Conceptualización de Gobernanza en salud.	54
Inclusión de la gobernanza en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	59
Metodología	60
Tipo de estudio	60
Recolección de información	60
Análisis de caso.....	61
Resultados de la investigación	62
Análisis de Información.....	62
Los problemas.....	63
Las normas sociales.....	66
Actores.....	68
Los puntos nodales	72

Los procesos.....	76
Conclusiones.....	77
Bibliografía	80
Anexos	86

Índice de tablas

Tabla 1: Comparativo Tasa de Mortalidad Infantil 2015-2021	15
Tabla 2: Proporción de tutelas vs Personas atendidas 2015-2021	17
Tabla 3: Deudas a las Entidades Promotoras de Salud.....	18
Tabla 4:Deudas de las Entidades Promotoras de Salud.....	18
Tabla 5 Componentes Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS.....	29
Tabla 6 organización MIAS - MAITE	32
Tabla 7 Líneas de acción Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE	32
Tabla 8: Resultados y consideraciones de gobernanza.....	48
Tabla 9: Población proyectada Municipio de Pasto 2016-2023	61
Tabla 10: Régimen de afiliación habitantes Municipio de Pasto 2019-2023.....	62
Tabla 11: Percepción del problema desde los actores.....	63
Tabla 12: EPS aseguradoras en el Municipio de Pasto	70
Tabla 13: Matriz de interrelación entre actores.....	75

Índice de figuras

Figura 1: Gasto de bolsillo en salud y aseguramiento 1993-2021	14
Figura 2: Instituciones Prestadoras de Servicios por Departamentos en Colombia	16
Figura 3: No de PQRS radicadas ante Supersalud 2009-2021	17
Figura 4: Gasto total en salud del PIB	19
Figura 5: afiliación y cobertura total nacional 1995-2021	22
Figura 6: Porcentaje de afiliación Municipio de Pasto 2019-2023	62
Figura 7: Punto nodal ASIS-PTS	73
Figura 8: Punto nodal Pandemia por COVID-19	74
Figura 9: Punto nodal rendición de cuentas	74

Índice de Anexos

Anexo 1: División Político-Administrativa San Juan de Pasto.....	86
Anexo 2: Formato entrevista actores sector salud Municipio de Pasto	87
Anexo 3: Actores seleccionados y justificación de selección	88
Anexo 4:Entrevista Líder Asociación de Usuarios Municipio de Pasto	89
Anexo 5:Entrevista Secretaría Municipal de Salud de Pasto	95
Anexo 6: Entrevista EMSSANAR SAS.....	102
Anexo 7: Entrevista Instituto Departamental de Salud de Nariño.....	107
Anexo 8: Entrevista funcionario Empresa Régimen Contributivo	115
Anexo 9: Entrevista Universidad Cooperativa de Colombia	121
Anexo 10: Entrevista Hospital Universitario Departamental de Nariño.....	127
Anexo 11: Entrevista Pasto Salud E.S.E	133

Glosario

ADRES: Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

APS: Atención Primaria en Salud

ASIS: Análisis de Situación en Salud

AU: Asociaciones de Usuarios

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

EMSSANAR: Empresa de Servicios de Salud de Nariño

EPS: Entidad Promotora de Salud

EPSI: Entidad Promotora de Salud Indígena

ESE: Empresa Social del Estado

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

GES: Grupo de Economía de la Salud

HUDN: Hospital Universitario Departamental de Nariño

IDSN: Instituto Departamental de Salud de Nariño

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios

MAITE: Modelo de Atención Integral Territorial

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

POS: Plan Obligatorio de Salud

POS-C: Plan Obligatorio de Salud Contributivo

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

PPNA: Población Pobre No Asegurada

PTS: Plan Territorial de Salud

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud

SAS: Sociedad por Acciones Simplificada

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

SISPRO: Sistema Integral de Protección Social

SNS: Sistema Nacional de Salud (Ecuador)

SPS: Seguro Público de Salud (Argentina)

SSMP: Secretaría de Salud Municipal de Pasto

UE: Unión Europea

UPC: Unidad de Pago por Capitación

Introducción

Son diversos los cambios generados en el modelo de aseguramiento en salud en Colombia desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); todos ellos conducentes a resignificar la articulación de actores en el Sistema en aras a obtener un acceso universal, oportuno, eficiente, pertinente y de calidad en los servicios de salud, para impactar sobre la constante presión de la población que reclama el acceso efectivo a los servicios y que trajo como consecuencia, la promulgación de los derechos de petición como medida jurídica obligatoria para acceder de forma más oportuna a un Derecho Fundamental en conexidad con la vida.

Para el Estado Colombiano significa enfocar los esfuerzos de la política pública para responder a las prioridades en salud; por intermedio del liderazgo otorgado a las entidades territoriales (departamentales y municipales), en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con ello se pretende armonizar las responsabilidades y actuaciones de los actores del sector en procura de mejorar la atención primaria en salud, la gestión integral del riesgo, la sostenibilidad financiera y el cuidado personal y familiar; sin distinción de clase, edad, género o etnia. El propósito del ente rector (Ministerio de Salud) junto al ente de control que es la Superintendencia Nacional de Salud, es distribuir en los diferentes actores del Sistema, un enfoque diferenciado y territorial que atienda efectivamente las necesidades conforme a las condiciones epidemiológicas, demográficas y culturales de cada región.

Se planteó desarrollar un Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), el cual busca favorecer el desarrollo de actividades y acciones articuladas e interrelacionadas que obtengan como resultado *“responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del Departamento o Distrito”*. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019)

Teniendo en cuenta que una de las líneas trazadas en la Resolución 2626 de 2019 es la Gobernanza, se emplea las categorías analíticas establecidas por Marc Hufty, con el fin de analizar cómo se interpreta y abordan los problemas; bajo que normas formales e informales interactúan, quienes son los actores que inciden en la gobernanza del territorio, cuáles son los puntos de encuentro e interlocución mayormente empleados y como han evolucionado estos procesos desde el establecimiento del Derecho a la salud en la categoría de fundamental .

La primera parte del documento está dirigida a la presentación del problema de investigación, donde se analizan los avances obtenidos desde la transformación del Sistema y los principales determinantes que complejizan el adecuado funcionamiento del SGSSS, los

que a su vez, se relacionan con aspectos como el acceso oportuno a los servicios, la estabilidad financiera, la baja articulación entre actores y el creciente número de tutelas.

La segunda parte realiza una reseña histórica que vislumbra la evolución del esquema de aseguramiento en salud, a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993; que reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e involucra a nuevos actores en la prestación del servicio. Se revisan principales indicadores que condujeron a la promulgación de los principios como aseguramiento universal, calidad y riesgo planteados en la Ley 100, retos que el Sistema viene fortaleciendo con actividades de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación.

Posteriormente se analizan los aportes realizados en las reformas propuestas por las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011; que concluyeron con el establecimiento de la salud como un Derecho Fundamental a partir de la Ley 1751 de 2015 y su posterior reglamentación, lo que permitió la creación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y su reconfiguración en el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE).

La tercera parte está relacionada con el estado del arte, que desarrolla los estudios y modelos de gobernanza en Latinoamérica y el marco teórico empleado para el desarrollo del trabajo, al respecto se incluye la revisión conceptual de gobernanza; su aplicabilidad sectorial en la salud y cómo a partir de su implementación contribuye a herramientas operativas como los Análisis de Situación en Salud (ASIS) y Planes Territoriales de Salud (PTS), como impulsores en el goce del Derecho fundamental a la salud.

La cuarta parte expone los resultados de la investigación obtenidos al aplicar el Modelo Analítico de Gobernanza; en el cual el autor Marc Hufty realiza una aproximación específica al análisis de políticas públicas en salud; se realiza el análisis de caso a los tipos de Gobernanza en el Municipio de Pasto, en el que participan como principales actores el Instituto Departamental de Salud de Nariño; la Secretaría Municipal de Salud, la Institución Prestadora del Municipio – Pasto Salud ESE, la Entidad Promotora de Salud EMSSANAR SAS como aseguradora mayoritaria del territorio y la participación de comunidad mediante las Asociaciones y Ligas de Usuarios.

Finalmente, se concluyen los hallazgos del trabajo realizado y analizamos el o los tipos de gobernanza en Salud que operan en el Municipio de Pasto, cuáles son los niveles de interacción entre los actores del Sistema y qué contribución ha ejercido la institución del Derecho fundamental a la Salud en este proceso.

Problema de investigación

La inclusión de la Salud como Derecho Fundamental y el establecimiento de nuevas Políticas y estrategias al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el reflejo de la dinámica constante de las demandas sociales, los acontecimientos epidemiológicos, el equilibrio financiero, la transparencia en la prestación del servicio, las tensiones propias entre actores por ejercer un rol dominante sobre los demás, el acceso oportuno en la prestación de servicios, la promoción y prevención, la caracterización territorial y grupal de los determinantes en salud, entre otros, hacen parte de las prioridades de discusión e inserción de nuevas apuestas en los últimos treinta años.

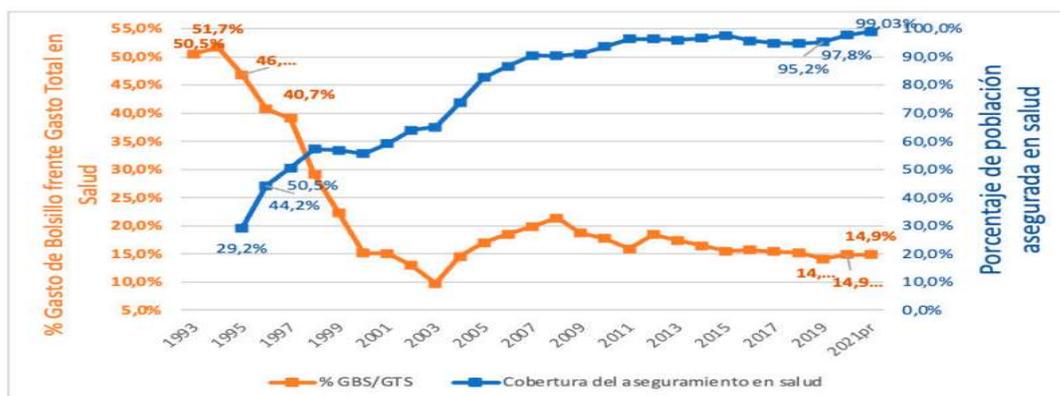
El modelo presenta avances significativos desde su reforma en la década de los noventa; se destaca la universalidad en la afiliación de los colombianos, que supera el 95%, donde se encuentran protegidos en cuatro regímenes según la caracterización socioeconómica. Quienes están clasificados en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) se localizan en el Régimen Subsidiado en salud, por el cual el Estado realiza aportes en compensación, al igual que la población no asalariada o independiente, y un porcentaje pequeño de población sin capacidad de pago ni afiliación a ninguno de los regímenes que se denominan población pobre no asegurada (PPNA), que mantiene un esquema de protección; aquellos que hacen parte del mercado laboral formal o cuenta propia, pertenecen al Régimen Contributivo y apoyan la sostenibilidad del SGSSS; Los que pertenecen a regímenes especiales y mantienen esquemas diferenciados de atención (Militares, Docentes, Organismos de Control, entre otros).

De igual forma se han ampliado y unificado paulatinamente los planes de beneficios, que en épocas anteriores se diferenciaban conforme al régimen perteneciente (contributivo, subsidiado y vinculado); también mejoró el acceso a los servicios de salud con un crecimiento en la oferta de servicios (a expensas del sector privado) y la llegada de alta tecnología, todo esto ha fortalecido también la política farmacéutica para incentivar la producción de medicamentos de uso masivo y salvaguardar las finanzas al establecer un control de precios.

Estructuralmente se ha renovado la rectoría en la formulación de Políticas Públicas y estrategias de atención primaria e integral, con criterios de planeación a largo plazo que se pueden vislumbrar en la configuración de los Planes Decenales de Salud Pública (PDSP). Un aspecto para resaltar en comparación a los Sistemas de Salud en el mundo es la protección financiera del paciente en episodios de enfermedades críticas y de alto costo, siendo el gasto de bolsillo, uno de los más bajos de Latinoamérica y el mundo¹ (figura No 1).

¹ <https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/gasto-de-salud-en-america-latina/>

Figura 1: Gasto de bolsillo en salud y aseguramiento 1993-2021



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023)

La dinámica del Sistema ha llevado a un desequilibrio financiero, que está causado en la pérdida de recursos por prácticas asociadas a la corrupción; la prestación de servicios enfocada en la enfermedad, la llegada de tecnologías de alto costo y la desmotivación en las actividades de promoción y prevención, esta situación amenaza la sostenibilidad y viabilidad financiera del Sistema.

El resultado no podía ser distinto a tener una sobrecarga en la atención de la enfermedad en la red disponible; situación que, en la búsqueda de soluciones, descarga la responsabilidad y el manejo del riesgo en los diferentes actores de salud, quienes, por diversas determinaciones formales e informales, no cuentan con una adecuada resolución.

La red prestadora de servicios está diferenciada en niveles de atención conforme la complejidad del diagnóstico y tratamiento del paciente; es así como se cataloga un primer nivel de atención básica, referenciado principalmente con la consulta externa (Nivel I); un nivel intermedio de interconsulta (Nivel II) con las cuatro especialidades básicas y, la atención de alto nivel de complejidad, determinada en un tercer nivel; con el uso de alta tecnología y todas las especialidades y subespecialidades disponibles en la región².

Estos niveles deben funcionar en forma coordinada, con la conformación de redes, en donde encontramos muy baja resolutivez en el primer nivel; que para algunos analistas, obedece a una formación deficiente en el nivel de pregrado para la atención primaria, un sector distinto considera que es una situación propia de la presión ejercida por el personal administrativo-directivo para generar mayor facturación en niveles superiores de atención. Las remisiones al segundo nivel no cuentan con un desarrollo apropiado ni en las entidades ni en el personal médico, en la medida que la inversión en infraestructura hospitalaria no presenta un rubro considerable en los presupuestos nacionales y locales; entretanto, el acceso a

² Clasificación establecida en la Resolución 5261 de 1994, artículos 20 y 21

formación médica especializada es sumamente difícil por cuanto los cupos disponibles por universidad, en comparación al número total de médicos presentes en el país, es ínfimo. En conclusión, se presentan fallas en la gobernanza y transparencia en el sector.

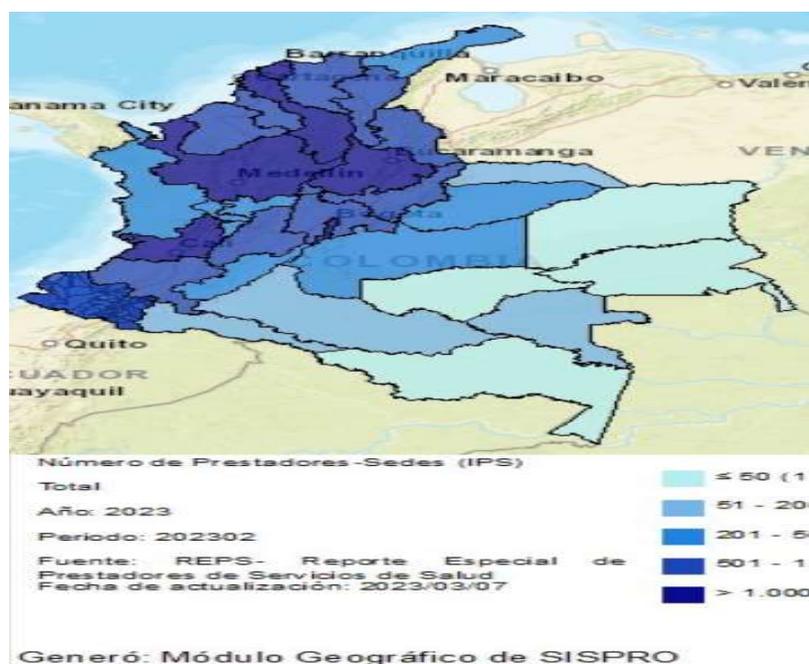
La atención en salud presenta desintegración y fragmentación que desencadenan en desigualdades poblacionales y territoriales; originadas según la concentración de infraestructura hospitalaria y de todo el talento humano en salud en el territorio, variable correspondiente a distribuciones similares en distribución de ingresos por cuartiles. Es decir; que podemos encontrar regiones con buenos indicadores en tasas de mortalidad infantil, neonatal y materna; y otras con disparidades importantes, situación que se puede evidenciar principalmente en las zonas apartadas del país, reforzada en la ausencia de tecnología de capital blando y duro. Podemos observar la correlación en mortalidades de la tabla No 1 y la figura No 2 relacionada con el número de prestadores por Departamento.

Tabla 1: Comparativo Tasa de Mortalidad Infantil 2015-2021

Indicador	Municipio	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de mortalidad en menores de un año	Bogotá	8.86	9.41	9.41	9.24	9.58	8.21	8.54
	Pasto	9.73	8.09	7.22	10.99	10.13	8.93	10.67
	Inírida	31.54	37.37	19.97	13.20	19.46	16.82	16.35
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por EDA	Bogotá	0.99	0.66	0.66	0.84	2.06	0.20	0.61
	Pasto							
	Inírida	43.07	128.81	42.72		26.26	51.96	25.81
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por IRA	Bogotá	8.79	12.39	10.70	14.30	12.95	3.65	6.54
	Pasto	9.62	9.66	3.24	24.74	8.33		
	Inírida	43.07	85.87		53.11		25.98	25.81
Tasa de mortalidad Neonatal	Bogotá	5.85	6.06	6.15	6.03	5.74	5.66	5.24
	Pasto	7.25	5.01	4.61	5.92	5.53	5.70	6.92
	Inírida	11.13	8.90	8.56	4.40	5.19	5.17	7.69
Tasa de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años	Bogotá	0.33	0.50	0.16		0.62	0.41	0.20
	Pasto					4.16	4.21	8.57
	Inírida	215.33	257.62	85.43	53.11	78.78		
Mortalidad materna a 42 días	Bogotá	35.02	26.36	27.16	25.23	24.68	31.52	68.67
	Pasto		96.36	40.09	21.14	46.06	74.39	172.96
	Inírida		355.87		146.63	389.11	258.73	

Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGSD) – Registro de estadísticas vitales 2005-2021

Figura 2: Instituciones Prestadoras de Servicios por Departamentos en Colombia



Fuente: Reporte Especial de Prestadores de Servicios de Salud (2023)

Aunque la Constitución Política de Colombia, establece el principio de descentralización administrativa, emergen inconvenientes para articular la gestión de los agentes de salud, principalmente las discusiones surgen al no lograr una completa armonización de los actores; las entidades territoriales del orden Departamental y Municipal deben velar por el cumplimiento de la normatividad existente por cada uno de los actores, simultáneamente es de su competencia liderar las políticas de salud pública; su adecuada implementación y monitoreo, a ello debe agregarse que es uno de sus propósitos, lograr que la Empresa Social del Estado municipal y/o departamental (ESEs), consiga los recursos suficientes para lograr la sostenibilidad financiera.

Quienes se encargan del aseguramiento, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deben tener una capacidad instalada suficiente en la red prestadora de servicios, esta puede ser pública o privada y que le permita atender las necesidades de los usuarios; una oportuna estrategia de promoción y prevención y un equilibrio financiero suficiente para solventar los requerimientos adicionales al Plan de Beneficios; Sin embargo, la alta demanda en los servicios de salud, el tratamiento de complejidades de alto costo y el uso desmedido de tecnologías, han impedido el normal funcionamiento y por lo tanto se debilita la garantía de la atención y resolución de las enfermedades en todos los niveles de complejidad.

Ante la situación descrita los entes territoriales, los usuarios que acuden a la rama judicial mediante mecanismo de sentencia de tutela y los organismos de control (Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud); conminan a los aseguradores por

el efectivo aseguramiento amparando el derecho a la salud como derecho fundamental; cada uno desde su alcance y competencia, exigen a las EPS a brindar el servicio solicitado; la tabla No 2 que expone el número de tutelas en salud de los años 2015-2021, denota nominalmente una tasa imperceptible en esta problemática, sin embargo es determinante en la gestión de recursos públicos para el cumplimiento de las providencias jurídicas; aspecto que es concordante con el aumento creciente de las PQRS ante el organismo de control, (Figura No 3). En razón a mayor conocimiento de los pacientes con sus derechos y deberes, así como una demanda excesiva de servicios complementarios a la prestación del servicio inicial.

Tabla 2: Proporción de tutelas vs Personas atendidas 2015-2021

Año	Personas atendidas SGSSS	Número de tutelas	Proporción tutelas vs atendidos en salud
2015	24.466.239	150.728	0.62%
2016	22.231.530	164.274	0.74%
2017	26.027.982	197.655	0.76%
2018	30.181.394	207.734	0.69%
2019	34.653.545	207.368	0.60%
2020	29.792.721	109.940	0.37%
2021	31.933.521	80.325	0.25%

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2021)

Figura 3: No de PQRS radicadas ante Supersalud 2009-2021



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023)

Este punto de tensión presenta un comportamiento habitual entre los actores, el cual se caracteriza por exonerar su responsabilidad y trasladarla a los demás persistiendo la desconfianza y falta de transparencia en su actuar; lo que altera la oportunidad en la atención del usuario, por la inoperante articulación de la red al momento de resolver aspectos importantes que el territorio requiere, generando insatisfacción en la ciudadanía.

Los mecanismos de participación establecidos en diferentes componentes normativos y que obligan a prestadores y aseguradores a conformar Asociaciones de Usuarios y grupos poblacionales de enfermedades crónicas; son infravalorados por los agentes y poco

empleados por los usuarios, quienes por cultura política muestran apatía sobre los alcances que pueden obtener en el ejercicio de la veeduría, control e incidencia de planes, políticas, programas y proyectos.

Todo Sistema para su funcionamiento requiere de recursos económicos provenientes del sector público, privado o mixto. Aunque existen condiciones para fomentar la inyección de nuevo capital y mecanismos de control por parte del Ministerio a través de la Superintendencia Nacional de Salud para salvaguardar las finanzas del sector; el mismo presenta dificultades para ser sostenible, en parte por fallas del mercado que pueden alterar la compra de insumos, medicamentos y otros elementos requeridos para un óptimo funcionamiento. El flujo de recursos asignado al aseguramiento y la prestación del servicio también presenta inconvenientes que afectan el normal funcionamiento de las EPS y las IPS. El Ministerio por medio de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), tiene cuentas pendientes con los aseguradores quienes, a su vez, lo tienen con las entidades prestadoras (tabla No 3); acción que repercute en la negación de prestación de servicios en salud y dilatación de autorizaciones para consultas de segundo y tercer nivel de complejidad, impactando el perfil epidemiológico de la región, según datos suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud, las deudas de EPS liquidadas y activas ascienden a cerca de 13 billones (tabla No 4).

*Tabla 3: Deudas a las Entidades Promotoras de Salud
(Cifras en Millones de pesos)*

Régimen Contributivo			
	Saldo dic/10	Saldo dic/19	Saldo jun/22
Deuda a Prestadores	\$1.488.000.000	\$7.466.000.000	\$4.718.000.000
Cuenta por cobrar ADRES	\$1.925.000.000	\$9.425.000.000	\$5.560.000.000
Régimen Subsidiado			
Deuda a Prestadores	\$1.105.000.000	\$5.791.000.000	\$3.059.000.000
Cuenta por cobrar ADRES	\$1.802.000.000	\$2.347.000.000	\$1.040.000.000

Fuente: (Gestarsalud, 2023)

*Tabla 4: Deudas de las Entidades Promotoras de Salud
(Cifras en Millones de pesos)*

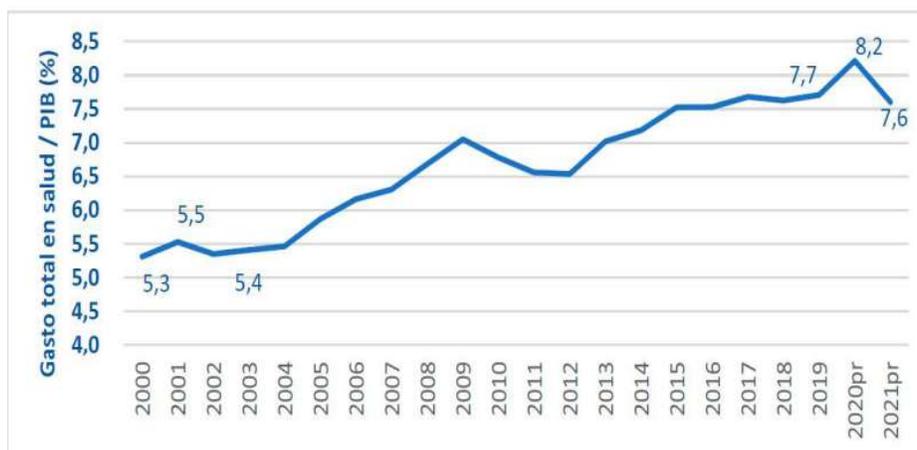
Tipo de EPS	Valor
Riesgo Alto	\$ 3.552.091.000
Riesgo Medio	\$ 1.208.877.000
EPS Indígenas	\$ 578.116.000

EPS en proceso de liquidación	\$ 5.028.913.000
EPS con procesos liquidatorios finiquitados	\$ 2.659.067.000
Total	\$ 13.027.064.000

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023)

Paralelamente, las fallas regulatorias en materia de aplicación de normas y posibilidad sancionatoria; así como la inconsistencia en una base de datos única, fiable y moderna, permiten la fuga de capital a prácticas de corrupción en favor de beneficios particulares. En consecuencia, se puede observar el incremento del gasto público social en salud en los últimos 20 años (figura No 4).

Figura 4: Gasto total en salud del PIB



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023)

Surge entonces la relevancia de integrar mecanismos que efectivamente consigan dirigir los esfuerzos del Sistema de Salud en una sola vía, de ahí que la inserción de nuevos actores y la reclasificación de otros al Sistema de Salud ha presentado emisiones normativas y sociales, que a su vez establecen diferentes mecanismos de participación.

¿Cómo se evidencia la problemática descrita en el Municipio de Pasto?

Desde una perspectiva deductiva, las condiciones presentes en el contexto nacional se materializan en el ámbito local; el Municipio acarrea condiciones de desequilibrio financiero entre las principales aseguradoras (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), generando dificultades en la prestación del servicio. Sin embargo, por el mecanismo de tutela, las entidades del Municipio se encuentran obligadas a prestar los servicios, aspecto que desencadena saturación en el acceso y atención oportuna. Sumado a ello, la región cuenta con el agravante que las principales Aseguradoras del régimen subsidiado en Pasto, han sido liquidadas (EPS Salud Condor y Comfamiliar de Nariño) o se encuentran en proceso de intervención administrativa forzosa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

(EMSSANAR y ASMET Salud), situación que genera incertidumbre por el pago oportuno de las obligaciones y el debido funcionamiento de la red prestadora de servicios.

La resolutivez del paciente, también presenta inconvenientes, debido a la baja oferta de medicina especializada en la red prestadora de servicios, lo que desencadena en atenciones tardías o no realizadas; entre las principales motivaciones se encuentra que el Municipio de Pasto solamente tiene aprobado un programa de especialidad en Medicina Interna y del cual aún no cuenta con egresados.

El Municipio no es ajeno a las disparidades poblacionales, la diferenciación en la atención urbana y rural está demarcada por la baja disponibilidad de personal médico en los corregimientos y veredas; si bien se presenta suficiencia en infraestructura hospitalaria rural, la disponibilidad de médicos y dispensación de medicamentos suficiente, por tanto, los pobladores deben acudir a la ciudad para recibir los servicios que presuntamente deben existir en zona rural.

Estas condiciones precedentes suponen retos constantes en la interlocución de actores y en como ejercer una adecuada rectoría del Sistema, partiendo que el conflicto financiero resquebraja las relaciones de confianza; a su vez, los actores públicos locales en su función de inspección, vigilancia y control afrontan la dicotomía de atender las reclamaciones constantes de la comunidad por fallas en la prestación del servicio y el adecuado relacionamiento que permita avanzar con aseguradores y prestadores en la formulación y ejecución de políticas públicas en salud. Comprender esta serie de fenómenos en la mejor forma posible y como se movilizan los actores hacia propósitos comunes, constituye el interés de analizar las dinámicas de gobernanza en el Municipio de Pasto.

Pregunta de Investigación

¿Cómo operan las dinámicas de gobernanza en el Municipio de Pasto a partir de la promulgación de la Salud como Derecho fundamental?

Objetivo General

Analizar el comportamiento de los actores del Sistema del sector salud en el Municipio de Pasto desde una perspectiva de gobernanza a partir de la institución de la salud como Derecho fundamental.

Objetivos específicos

Analizar los tipos de gobernanza presentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuales se aplicaron en el Municipio de Pasto.

Determinar los mecanismos y canales de interacción y cooperación empleados por los actores del Sistema de Salud en el Municipio de Pasto para el desarrollo de la gobernanza.

Conocer el nivel de participación y empoderamiento de la ciudadanía en el proceso de gobernanza en el municipio de Pasto

Reseña histórica al modelo de salud en Colombia

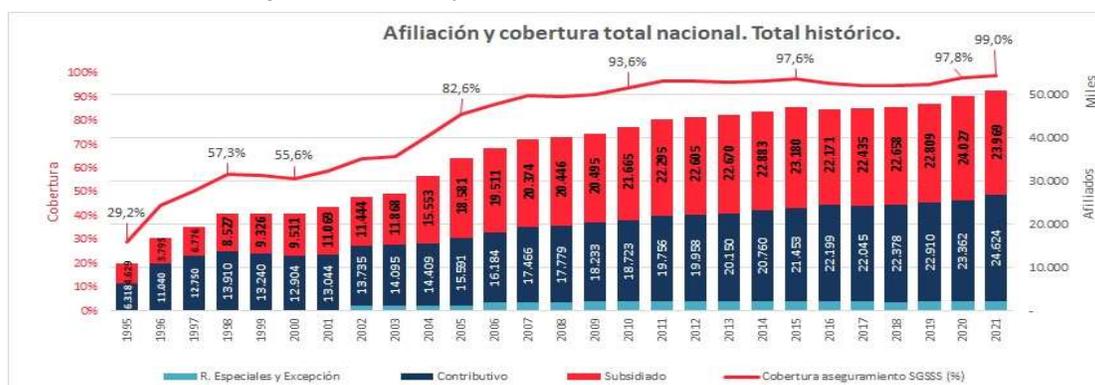
Inicio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El sector de la salud en Colombia tuvo una importante modificación en el año 1993 con la implementación de la Ley 100; la cual redefine y reglamenta las nuevas condiciones en el Sistema de Seguridad Social Integral, enmarcada en los principios de **eficiencia** (mejor utilización social y económica de recursos disponibles); **universalidad** (protección para todas las personas sin discriminación); **solidaridad** (ayuda mutua bajo el principio del más fuerte hacia el más débil); **integralidad** (cobertura de contingencias que afecten la salud y las condiciones de vida); **unidad** (articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social) y **participación** (intervención de la comunidad por medio de los beneficiarios en organización, control gestión y fiscalización de entidades y recursos); el cual integra los regímenes de pensiones, salud y riesgos profesionales. (Congreso de la República de Colombia, 1993)³

A nivel sectorial crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo es *“regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención”* (Artículo 152); define además las condiciones para la prestación de servicios de salud y permite la entrada de nuevos actores al sistema. El modelo de Aseguramiento en salud modifica e inserta nuevos actores que van a configurar el funcionamiento de los regímenes contributivo, subsidiado y vinculados; además de los regímenes especiales, con el objetivo de potencializar la cobertura del servicio hasta alcanzar la universalidad, logro alcanzado en la segunda década del siglo XXI. (figura No 5)

³ Artículo 2: Principios

Figura 5: afiliación y cobertura total nacional 1995-2021



Fuente: Dirección de aseguramiento Ministerio de Salud

Una de las modificaciones más importantes que se implementaron a partir de la Ley 100, es la transformación de los aportes entregados a las entidades mediante el subsidio a la oferta, es decir, que los montos se otorgaban a cada hospital y centros de salud en esquemas fijos, independientemente del número de habitantes atendidos, situación que originó concentración en las principales ciudades. Con la implementación de esta Ley, se trasladan los recursos por un mecanismo de subsidio a la demanda, que se traduce en que los recursos se destinan por usuario afiliado al SGSSS y se trasladan mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para atender el Plan Obligatorio de Salud (POS) el cual se encuentra unificado (POS-S=POS-C) y que contiene atenciones y procedimientos relacionados en la medicina preventiva, de atención médica, hospitalaria, atención farmacéutica y de rehabilitación⁴.

Para acceder a los recursos, debe constatararse la afiliación efectiva a uno de los regímenes existentes por quienes administran la gestión del aseguramiento que son las Entidades Promotoras de Salud; esta medida incentivó la búsqueda de población no afiliada y contribuyó a avanzar en el principio de universalidad.

La ley 100 supone el primer intento por incluir en forma implícita las nociones de gobernanza, al establecer entre sus principios la intersectorialidad; definida como *“la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.”* (Artículo 153). Además, acerca a los beneficiarios a conformar alianzas o

⁴ Inicialmente el POS contenía diferencias significativas entre el Régimen Subsidiado que era calculado en menor valor que el plan del Régimen Contributivo basados en la propuesta de igualarlos conforme el incremento de la formalización laboral y por ende el crecimiento de usuarios del Régimen Contributivo; debe entenderse entonces que la reforma inicialmente contemplaba una existencia a corto plazo del Régimen Subsidiado y de vinculados, condición que no se cumplió y por el contrario en los años subsiguientes creció, afectando la capacidad financiera y administrativa de todo el Sistema.

Asociaciones de Usuarios para la participación en la toma de decisiones, ejercicio de veeduría a rectores, aseguradores y prestadores y la representación de grupos focalizados según las determinantes de salud.

Transformar el modelo, su filosofía, e incluir a nuevos actores supuso un aprendizaje que conllevaría a errores; imprecisiones y aparición de nuevas estrategias para fomentar el incremento en la demanda de servicios. Se presentó malversación de recursos por inadecuada administración del mismo por parte de algunos entes territoriales y aseguradores, derivado principalmente por prácticas de corrupción; situación que no pudo ser subsanada por los entes de control quienes iniciaban con la tarea de fiscalización, su inexperiencia e incipiente descentralización no permitieron corregir oportunamente las fallas del sistema, de igual forma el Sistema no contaba con estudios pertinentes para una inversión adecuada y razonable conforme a la necesidad de las regiones, lo que evidenció desproporcionalidad en algunas obras de infraestructura donde no se requería (conocidos como elefantes blancos).

A medida que aumentaba la cobertura en salud, los actores encontraron situaciones no presupuestadas y el crecimiento desbordado de la demanda; la aparición de altos costos por el tratamiento de enfermedades raras o huérfanas, que no eran atendidas por el antiguo Sistema de Salud y condiciones que, en la intersectorialidad, desbalancearon las finanzas y el esquema de atención preventiva.

En la actualidad su articulación para un funcionamiento adecuado del Sistema supone uno de los principales retos de cualquier modelo de Salud en Colombia derivado de la situación descrita; se han elaborado reformas estatutarias y modelos de política pública que actúan conforme a las situaciones contextuales y estructurales referentes a la cobertura, adecuado acceso al servicio y disminución de los costos en salud por habitante.

Ley 1122 de 2007

Para el año 2007 diferentes sectores y estamentos sociales, políticos, académicos y científicos, insistieron en la necesidad de una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud(SGSSS), como respuesta a los problemas relacionados con la inexistencia de una política pública nacional de salud, la dificultad de alcanzar una cobertura universal, la pérdida de liderazgo de las autoridades sanitarias, el mejoramiento de las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, la racionalización en el uso de los recursos, la lucha contra la corrupción y las malas prácticas de los actores (Javeriana, 2007).

Las principales discusiones pasaron por determinar la contribución de la Ley a obtener mejores resultados en grupos poblacionales priorizados y el debate sobre la privatización de los servicios de salud (Lopez Oliva, 2010). El resultado final, es la aprobación de una reforma

que plantea efectuar profundos cambios a las políticas de aseguramiento en salud y a las entidades mediante las cuales éstas se ponen en práctica. Para ello se promulgó la Ley 1122 de 2007 (primera modificación a la Ley 100).

Desde la perspectiva de esta legislatura, se clasifican los elementos de aseguramiento en salud enmarcando la administración del riesgo financiero; la gestión del riesgo en salud, la representación de los usuarios por parte de la EPS a una red de prestación de servicios, así como la articulación de estos para contar con un acceso efectivo a la salud y la garantía en la calidad de prestación de los servicios de salud. (Roa Buitrago, 2009)

Los principales componentes de la reforma permitieron la creación de la Comisión de Regulación en Salud; quien asume entre sus principales funciones, modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) y buscar su posterior universalización, definir la Unidad de Pago por Capitación para el régimen subsidiado y contributivo y recomendar proyectos de Ley o resoluciones que aporten al Sector salud⁵. En materia de salud pública, define el establecimiento de un Plan Nacional de Salud Pública que debe formularse cada cuatrienio y debe plasmarse en los respectivos Planes Nacionales de Desarrollo, fortaleciendo la rectoría del Ministerio de Salud⁶ (Congreso de la República de Colombia, 2007).

En aras de garantizar el financiamiento del sector salud y como respuesta al aumento de la informalidad laboral y del crecimiento de población perteneciente al régimen subsidiado, se modificó el monto y distribución de la cotización; incrementando en medio punto porcentual (12.5%) el aporte realizado por los empleadores y empleados en conjunto⁷. En cuanto a los recursos del Régimen Subsidiado, se establecieron tres fuentes de financiamiento, una a cargo de las entidades territoriales, otra a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y por último a dividendos obtenidos producto de aportes, rendimientos financieros e impuesto de rentas sobre empresas de industria petrolera⁸.

Respecto a la recurrente problemática en el flujo de recursos que se presentaba entre los actores, se reglamentó el método y los plazos de pago entre los entes territoriales y las EPS de ambos regímenes a las Instituciones Prestadoras de Servicios del país y se tecnificó el traslado de recursos únicamente vía electrónica ante la persistencia en la pérdida de recursos y la recurrente fallas de los organismos de control para evitar este flagelo; también se creó la Ley de punto final que trataba de acortar la cartera en este sector⁹.

⁵ Art. 3

⁶ Art. 33

⁷ Art. 10

⁸ Art. 11

⁹ Art. 13

En materia de aseguramiento, se agregaron funciones adicionales a las EPS que ayudaron a fortalecer programas de promoción y prevención en salud como estrategia para mejorar la calidad de vida de los afiliados y reducir costos al detectar tempranamente enfermedades de alto costo. Se limitó la integración vertical de las EPS a un 30%, al tiempo que obligó a contratar con las Instituciones Prestadoras del Servicio de carácter público en un porcentaje mínimo del 60% y el 10% con otros actores privados; con esta medida aseguraban el flujo de recursos públicos a los hospitales y centros de salud pertenecientes al Estado y se quería evitar la monopolización de los servicios por parte de las EPS¹⁰.

La principal modificación en la prestación del servicio en salud se enfocó en la transformación nominal de los hospitales de cualquier nivel de complejidad público que en adelante se denominaron Empresas Sociales del Estado (ESE)¹¹; en el sector privado las clínicas y hospitales de cualquier nivel de complejidad son reconocidas como Institución Prestadoras de Servicios (IPS), esta denominación es conocida a nivel nacional. La nueva nominación de los actores hizo énfasis en identificar cuales instituciones eran responsabilidad del Estado y cuales eran privadas, para tener control sobre el flujo de recursos y la demanda instalada por regiones.

Finalmente se fortaleció el papel de la Superintendencia Nacional de Salud al incluir en sus funciones la definición de las políticas de inspección y vigilancia para todos los actores del Sistema, iniciando con el FOSYGA (que maneja todos los recursos del sistema), luego sustituido por la ADRES, para visibilizar la trazabilidad de los recursos.

Ley 1438 de 2011 (Atención Primaria en Salud)

Mediante la implementación de la Ley 1438 de 2011 el modelo adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud *“que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios”* (Artículo 12). De igual forma, unificó los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, contribuyendo a disminuir la brecha de desigualdad en el acceso a los servicios de salud, avanzó en la portabilidad nacional para garantizar el servicio en todo el territorio nacional; garantizó la universalidad del aseguramiento, estableció la formulación de un plan decenal de salud y fomentó las actividades de promoción y prevención que conduzcan a estilos de vida saludable, detección

¹⁰ Art. 14

¹¹ Art. 26

de patologías en estado temprano y en consecuencia, lograr reducción en los costos de salud (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Mediante Resolución 1841 de 2013, se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que establece un *“pacto social y un mandato ciudadano que define la acción articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 9). Para ello traza unas dimensiones prioritarias que servirán como líneas rectoras en el proceso de formulación de los Planes Territoriales de Salud de las entidades territoriales.

De igual forma, define las responsabilidades de los actores del Sistema de Salud, en la que el Ministerio de Salud funge como ente rector y propende articular acciones inter y transectoriales que impacten positivamente en los determinantes sociales de salud.

Sin embargo la ampliación de los servicios y la deficiente implementación de atención primaria en salud; conllevó a una creciente demanda que desencadenó en actuaciones paralelas que concentraban su esfuerzo en otorgar con oportunidad y en ocasiones bajo sentencia jurídica, los requerimientos de los afiliados; en consecuencia, el Sistema seguía presentando dificultades en la circulación de recursos financieros a los prestadores de servicios, represamiento en autorizaciones medicas de mediana y alta complejidad, situación que derivó en crisis financiera a hospitales y centros médicos, aumento de siniestralidad por no realizar tratamientos pertinentes y oportunos lo que, a su vez, continuó elevando el costo del Sistema y la carga de la enfermedad.

Las problemáticas descritas previamente, obedecen al incumplimiento de los principios formulados en la Ley 100 de 1993. Los reajustes y transformaciones posteriores mediante iniciativas normativas y administrativas para mejorar el modelo de aseguramiento, la prestación oportuna del servicio, la política de salud pública, la participación y un deficiente control, no consiguen implementarse adecuadamente, producto de la desarticulación entre actores, por tal motivo se inserta nuevamente en la agenda pública, la necesidad de readaptar el Sistema General de Seguridad Social en Salud para optimizar su implementación, disminuir los costos del servicio en salud y se agrega, la identificación del riesgo que permita una actuación oportuna de todos los actores.

Para ello, se aprueba en el Congreso de la República de Colombia, la Ley estatutaria 1751 de 2015, que establece la salud como un Derecho fundamental y que se traduce en *“el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”* (Ley Estatutaria 1751 de 2015). (Artículo 2)

A partir de la Resolución 1536 de 2015, se reglamenta el proceso de planeación integral en salud, y define las características que los Planes Territoriales de Salud deben tener; se destaca la armonización con el Plan Decenal de Salud Pública la formulación participativa de los PTS, las priorizaciones en salud pública conforme a la dinámica territorial y la rendición de cuentas anual conforme a los avances del PTS, en aras a consolidar los aspectos más importantes de gobernanza y transparencia.

El avance del sistema desde la constitución de la salud como derecho fundamental (Ley 1751 de 2015)

Complementariamente y con el objeto de dar cumplimiento a los preceptos contemplados en la Ley estatutaria; el Ministerio de Salud formula la Política de Atención Integral en Salud – “PAIS”, la cual establece cuatro estrategias centrales: - la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, - el cuidado, - la gestión integral del riesgo en salud y -el enfoque diferencial de territorios y poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016); teniendo presente que el asunto relacionado con Atención Primaria en Salud se abordará con mayor detalle en párrafos posteriores, en donde revisaremos las tres estrategias restantes.

El cuidado relaciona al ciudadano y el Estado con el objeto de salvaguardar inicialmente la salud del individuo y escalar consecutivamente hacia la familia, comunidad y entorno por el cual esté rodeado. Es una invitación a la corresponsabilidad en un manejo íntegro de la salud, donde las personas además de exigir el derecho fundamental también asuman compromisos para disminuir los determinantes sociales en salud.

La gestión integral del riesgo, pensada como el manejo adecuado de la enfermedad y las diferentes problemáticas que se pueden presentar en eventos adversos como dificultad geográfica, baja presencia institucional o predominancia de patologías, se relaciona estrechamente con la gobernanza en la medida que busca articular la salud pública, el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud para la mitigación de los efectos causados en morbilidad y costos financieros.

El enfoque diferencial de territorios y poblaciones adopta diferentes metodologías aportadas por quienes ostentan la rectoría del Sistema a nivel nacional y territorial, de tal forma que interioricen la formulación e implementación de políticas públicas, los rasgos distintivos del territorio, la caracterización poblacional y el conocimiento en la capacidad instalada, tanto física como humana, disponible en la región.

La operacionalización de la política pública nacional está contemplada en la adopción del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que desarrolló diez componentes determinados mediante Resolución 0429 de 2016 así:

1. Caracterización de la población: Organización de la población según su conformación y los riesgos epidemiológicos, intra e intersectoriales que pueden afectar su salud. El resultado debe conducir a una atención que cumpla los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
2. Regulación de rutas integrales de atención en salud (RIAS): Define la integralidad en la atención a nivel preventivo, de cuidado, bienestar, desarrollo, tratamiento, rehabilitación y paliación. Se crean tres rutas a desarrollar, de promoción y mantenimiento a la salud, grupos de riesgo y eventos específicos de atención.
3. Implementación de la gestión integral del riesgo en salud: Corresponde a las acciones que permitan anticipar eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos en salud y la prevención de enfermedades, conforme a la caracterización de los grupos de riesgo.
4. Delimitación territorial: Define los escenarios en los cuales se desarrollará el modelo, los cuales son urbano, alta ruralidad y dispersos.
5. Redes integrales de prestadores de servicios de salud: Conforman la infraestructura y talento humano disponible en salud primaria y complementaria existente en un territorio, que funciona de forma articulada en aras de garantizar acceso y atención oportuna a la población.
6. Redefinición del rol del asegurador conmina a las Entidades Promotoras de Salud, a fortalecer su capital financiero, capacidad técnica para gestionar el riesgo en salud e interactuar con los demás actores del Sistema.
7. Redefinición al esquema de incentivos que propone sistemas de pago en favor de la integralidad en la atención y el recurso humano que brinde sus servicios de acuerdo con la cualificación de su formación, experiencia y desempeño en zonas geográficas de difícil acceso.
8. Requerimientos y procesos del sistema de información que proyecta la existencia de un banco de datos único, útil y con tecnologías disponibles para fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social (SISPRO).
9. Fortalecimiento del recurso humano en salud: Fortalecimiento de la formación en calidad de competencias y disponibilidad de acceso a las Universidades en especialidades, armonización con los conceptos de atención y cuidado integral, idoneidad y actualización permanente de quienes asumen la responsabilidad de la

planeación y la gestión territorial en salud y el mejoramiento en condiciones laborales del personal de salud.

10. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento, que propende por insertar en la discusión sectorial y en la agenda pública, asuntos relacionados con la rectoría del Sistema de Salud, sostenibilidad financiera del Sistema, gestión eficiente de los recursos humanos en salud, fortalecimiento de los Sistemas de Información, transferencia de conocimiento en políticas públicas, acceso y garantía en la calidad de la prestación de los servicios en salud e investigación en salud pública.

Tabla 5 Componentes Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS

Componente	Caracterización
Alcance	Planes articulados y priorizados a partir de las principales necesidades en salud.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades en salud por parte del Asegurador de un conglomerado poblacional. - Comprender y establecer un plan de cuidado para las personas y familias desde la prestación del servicio. - Responder a un plan poblacional desde la entidad territorial que defina la ruta de la política pública en salud municipal. 	
Componente	Regulación de las Rutas Integrales de Atención - RIAS
Alcance	Análisis de entornos para la generación de intervenciones individuales, colectivas y poblacionales.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Ruta integral de atención para la promoción y la prevención de la salud. - Ruta integral de atención para grupos de riesgo. - Ruta integral de atención específica por riesgo o evento. 	
Componente	Implementación de la gestión integral del riesgo en salud
Alcance	Articulación de la gestión colectiva e individual del riesgo entre los actores que componen el sistema.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Gestión del riesgo colectivo. - Comunicación del riesgo a la población. - Promoción de la salud. - Construcción de agenda intersectorial. - Mecanismos de prevención primaria, secundaria y terciaria. - Apoyo al autocuidado. - Gestión Clínica. - Definición de roles en la rectoría territorial de salud. 	

Componente	Delimitación territorial
Alcance	Establecimiento de escenarios en los que se ejecuta el modelo.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Definición de escenarios urbanos y metropolitanos. - Definición de escenarios de alta ruralidad. - Definición de escenarios de ruralidad dispersa. 	
Componente	Redes integrales de servicios de salud.
Alcance	Definición y articulación de infraestructura física y humana en salud en determinado territorio.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Trazar e identificar la ruta desde el prestador primario. - Formular acciones intersectoriales con niveles mayores de complejidad en salud. - Establecimiento de equipos comunitarios. 	
Componente	Rol del asegurador
Alcance	Fortalecimiento de las aseguradoras desde la habilitación técnica y financiera para su buen funcionamiento.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Administración del riesgo financiero. - Representación del afiliado. - Gestión del riesgo en salud. - Gestión de la red de servicios. 	
Componente	Redefinición del sistema de incentivos.
Alcance	Reorientar el pago de servicios a la integralidad en los servicios.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Sistema por pago orientado a resultados. - Incentivos para talento humano. - Incentivos a usuarios. 	
Componente	Requerimientos del sistema de información.
Alcance	Fortalecimiento de base de datos para análisis individual, colectivo y territorial en los resultados en salud.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Articulación de redes y servidores de procesos, datos, recursos, soluciones informáticas, seguridad y privacidad. - Acceso de información oportuna y veraz entre los actores del sistema. - Acceso de información y complementariedad entre planes de salud. - Acceso de información e intersectorialidad con otros sectores del Estado. 	
Componente	Fortalecimiento del recurso humano en salud.
Alcance	Promover la formación del talento humano en salud conforme a las necesidades del Sistema, contextos territoriales y tendencias hacia el cuidado integral y la resolutivez.

Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Formación del talento humano en salud en el corto, mediano y largo plazo. - Armonización del talento humano en salud con el esquema de cuidado integral de la salud y provisión de servicios. - Fortalecimiento del talento humano en salud para la planeación y gestión territorial de la salud. - Gestión, planificación y condiciones laborales del talento humano en salud. 	
Componente	Investigación, innovación y apropiación del conocimiento.
Alcance	Fortalecer la capacidad de investigación e innovación en la salud pública.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de información efectivos y eficientes - Mecanismos de transferencia de conocimiento en políticas públicas. - Fortalecimiento de academia en procesos de investigación. 	

Fuente: Modelo Integral de Atención en Salud – Plan de capacitación sectorial.

Los primeros años del MIAS, evidenciaron una brecha en el desarrollo entre territorios, producto de una ausente articulación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que da pie a plantear una modificación en la PAIS que tenga en cuenta las dinámicas territoriales, más aún en un territorio diverso como el Estado Colombiano que presenta diferencias significativas en desarrollo económico, cultural, político y étnico de las regiones.

Entre las modificaciones relevantes, se destaca el liderazgo de la PAIS y la implementación del MAITE en las entidades territoriales y su posterior articulación con los actores del Sistema de Salud, característica que se resalta en los procesos de gobernanza, también se destaca el enfoque en Atención Primaria en Salud armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública.

La Resolución 2626 de 2019 desarrolla la estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, fundamentada en la *“articulación e interacción de los agentes del sistema de salud”* (Artículo 12) en todas las etapas de la atención en salud; el enfoque de cuidado en el individuo, comunidad y Estado orientado a la protección de la Salud y el enfoque diferencial de Derechos que prioriza las dinámicas poblacionales y territoriales de los usuarios.

Las consideraciones planteadas en la Resolución mencionada acercan el concepto de gobernanza a la implementación del modelo; refiere a la búsqueda *“de la interacción coordinada de las entidades territoriales con los demás agentes del Sistema de Salud y la alineación de prioridades y acciones en salud”* (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019, pág. 1), en el marco de un modelo de salud integral que además especifica la participación social y comunitaria, desarrollada desde los territorios y conforme a sus necesidades específicas.

Desde la operatividad del Modelo, los objetivos trazados abarcan un horizonte concatenado con la aplicación de la Ley estatutaria 1751 de 2015 que es la garantía al Derecho Fundamental a la salud detallando que; debe materializarse en los territorios el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial, enlazado con los enfoques de la PAIS, la articulación con los agentes del sistema y los actores territoriales para conseguir los resultados en salud y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad financiera del mismo, como trípode que permitiría su adecuado funcionamiento.

La implementación del MAITE describe ocho líneas de acción que redefinen los componentes del MIAS (Tabla No 6), cada una de ellas establece un alcance y unas acciones mínimas que pueden conducir al cumplimiento de los objetivos; se destaca que normativamente se incluye como ámbito de aplicación el concepto de gobernanza.

Tabla 6 organización MIAS - MAITE

MIAS	MAITE
COMPONENTES	LINEAS DE ACCION
Caracterización poblacional	Aseguramiento
Rutas Integrales de Atención en Salud	Salud Pública
Gestión Integral del Riesgo en Salud	Aseguramiento
Delimitación Modelo	Gobernanza
Redes Integrales Prestadores de Servicios de Salud	Prestación de Servicios
Rol de Asegurador	Aseguramiento
Esquema de incentivos	Financiamiento
Sistemas de Información	Transversalidad
Fortalecimiento Talento Humano	Talento Humano
Fortalecimiento Innovación, Investigación y Apropiación	Gobernanza

Fuente: Ministerio de Salud y protección social – cartilla ABECÉ del MAITE

Brevemente los alcances y acciones se explican en la siguiente forma (Tabla No 7):

Tabla 7 Líneas de acción Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE

Línea de acción	Aseguramiento
Alcance	Acciones orientadas a garantizar en los territorios el acceso a los servicios contemplados en el sistema de salud.
Acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Actividades para garantizar cobertura universal. - Garantizar afiliación de poblaciones. - Eliminar barreras de acceso al Sistema de salud. - Fortalecer acciones de monitoreo y seguimiento. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Integralidad de red de prestación de servicios - Flujo adecuado de recursos entre actores del sistema. 	
Línea de acción	Salud Pública
Alcance	Actores territoriales orientados al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, liderados por la entidad territorial.
Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar la participación de los actores del sector, otros participantes y la comunidad. - Implementación y evaluación de políticas públicas sectoriales e intersectoriales en determinantes sociales y ambientales de la salud. - Implementación y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). - Gestión oportuna de Salud Pública. - Garantizar contratación del Plan de Intervenciones Colectivas. - Seguimiento y evaluación de resultados esperados en personas, familias y comunidades. - Proyectos de inversión priorizados en impactar prioridades poblacionales y territoriales. - Plan de Desarrollo de capacidades funcionales y técnicas para integrantes del Sistema. - Evaluación y mejoramiento de la calidad de la información. - Articulación acciones de salud pública con atención individual en territorio. 	
Línea de acción	Prestación de servicios de salud.
Alcance	Acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud.
Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos, instrumentos y metodologías para análisis de disponibilidad y suficiencia de servicios de salud. - Redes integrales de prestadores de servicios de salud. - Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad. - Consistencia entre prioridades, requerimientos y acciones para la prestación de servicios. - Procesos y procedimientos para comunicación entre red de prestadores. - Cobertura en servicios promocionales y preventivos. - Mejoramiento de dotación e infraestructura de prestadores de servicios. - Fortalecimiento servicios extramurales - Fortalecimiento Sistemas de Información en Salud. - Fortalecimiento actividades de Telesalud y Telemedicina. - Promoción demanda inducida en acciones de promoción y prevención. 	
Línea de acción	Talento humano en salud
Alcance	Suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud.
Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer capacidad para planeación y gestión del talento humano en las entidades territoriales. - Fortalecer formación territorial de nuevo talento humano en salud. - Fortalecer competencias y capacidad resolutoria del talento humano. - Fortalecer Servicio Social Obligatorio. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Gestión y operación de equipos multidisciplinares para la salud. - Incentivos orientados a la gestión por competencias. - Fortalecer procesos de investigación y gestión territorial de la información. 	
Línea de acción	Financiamiento
Alcance	Garantía de una gestión eficiente, eficaz y sostenible del Sistema de Salud
Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad y eficiencia en los procesos presupuestales de los entes territoriales. - Mejorar instrumentos de identificación de las fuentes destinadas al sector salud - Gestión de recursos adicionales a los ya provistos por el Sistema. 	
Línea de acción	Enfoque diferencial
Alcance	Reconocer las particularidades poblacionales y condiciones sociales que propician vulnerabilidad en los territorios.
Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Adecuación sociocultural de servicios dirigidos a personas y colectivos en condiciones de vulnerabilidad. - Desarrollo de procesos participativos de armonización entre oferta institucional y formas organizativas de las poblaciones. - Adecuaciones técnicas a procesos y procedimientos que responda a las prioridades en salud de colectivos y población en condiciones vulnerables. - Fortalecer la implementación de enfoque diferencial en el desarrollo de talento humano en salud. - Concertación de planes de formación con enfoque diferencial en los procesos académicos. - Disponibilidad de información y evidencia de la atención en salud diferencial de personas y colectivos. 	
Línea de acción	Intersectorialidad
Alcance	Articulación de acciones, bienes recursos y servicios por medio de un trabajo coordinado entre el sector salud, junto a sus actores
Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de coordinación que garanticen respuestas integrales en el cumplimiento de metas. - Incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores. - Canalización efectiva de la población desde los servicios de salud a los servicios sociales requeridos. - Desarrollo de objetivos comunes para articular acciones entre lo institucional y social. - Integración de las distintas esferas del Estado alrededor de objetivos comunes pactados. 	
Línea de acción	Gobernanza
Alcance	Acciones para la gestión de la salud como asunto público, fundamentado en la participación de la sociedad civil y el desempeño de la función rectora de la entidad territorial
Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Consenso y procesos de toma de decisiones participativos. - Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Local. 	

- Mecanismos de socialización y apropiación de roles y funciones de Entidades Territoriales de Salud y demás actores.
- Monitoreo a las líneas de acción contempladas en el MAITE.
- Fortalecer sistemas de información para interoperabilidad.
- Mecanismos para rendición de cuentas y control de gestión territorial.
- Fortalecimiento procesos participativos sociales y comunitarios.
- Seguimiento a políticas institucionales y estrategias de participación social, comunitaria y ciudadana.
- Capacidad de respuesta frente a órdenes judiciales.

Fuente: Elaboración propia con información contenida en la resolución 2626 de 2019

La materialización de las líneas desarrolladas en el MAITE y el análisis de gobernanza en salud que pretende desarrollar el documento, se enmarca en los Planes Territoriales de Salud (PTS) del municipio de Pasto periodos 2016-2019 y 2020-2023, espacio temporal que coincide con la promulgación de la Ley estatutaria 1751 de 2015; sin embargo es necesario precisar que a pesar de la implementación y funcionamiento de los PTS, el avance en la operatividad del MAITE no tuvo el desarrollo por cuanto su aplicación coincidió con la pandemia del COVID-19, que afectó cualquier proceso de planeación en el sector y enfocó sus esfuerzos a la mitigación de efectos en la morbilidad del virus.

La planificación de los Planes Territoriales de Salud (PTS), contiene como insumo el Análisis de Situación de Salud (ASIS), estructurando en contexto territorial y demográfico los principales determinantes en salud y su posterior priorización para el caso de estudio; el ASIS permitió configurar los objetivos de los Planes Territoriales de Salud; en el periodo 2016-2019 se priorizó la articulación sectorial y transectorial de fenómenos derivados del conflicto armado, la puesta en marcha de la estrategia “ciudad bienestar”, acceso, calidad y eficiencia con humanización y enfoque diferencial; y se propuso mejorar las condiciones sanitarias del Municipio de Pasto y fortalecer el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

En el periodo 2020-2023 el Plan Territorial de Salud (PTS) busca *“Articular los procesos de organización y participación social y comunitaria que favorezca la convivencia social desde la equidad y la autodeterminación social entorno al mejoramiento de los modos de vida saludables individuales y colectivos” ...; “promover los servicios de salud a toda la población del municipio bajo criterios de equidad, calidad e inclusión, fundamentada en la atención primaria en salud y bajo un modelo de atención integral” y “potenciar las capacidades humanas de los habitantes del municipio de Pasto para el disfrute de una vida saludable en armonía con el ambiente natural y su entorno cercano”*. (Alcaldía Municipal de Pasto, 2020)

Estado del arte

La dinámica de la gobernanza en salud permite analizar diversos escenarios sobre los cuales pueden desarrollarse categorías de análisis y socialización de experiencias: Voks y Santo analizaron la dinámica de la gobernanza en salud pública en un espacio fronterizo entre Brasil y Bolivia en el contexto de la pandemia por COVID-19, bajo la corroboración de cinco tesis: disgregan la identificación de políticas públicas empleadas para abordar el cuadro epidemiológico presente; cuales actores inciden en ellas y que escenarios de participación de la sociedad se puede resaltar; cuál es la problemática prevalente ante acciones de xenofobia y exclusión; que tan efectivo resulta ser el rol de los expertos en el sector; cómo operan las relaciones formales e informales en un escenario de frontera común en periodo de cierre y aislamiento y cómo se garantiza la participación de los ciudadanos en alternativas que permitan sobrellevar actividades como la movilidad transfronteriza en época de brotes de enfermedad (Santo & Voks, 2022). Concluyendo que la Administración compartida en las zonas fronterizas, deja de ser propiedad del Estado y se convierte en objeto de interés de los actores directa e indirectamente involucrados, es decir, que destaca una gobernanza entendida desde la participación de la sociedad civil.

La metodología propuesta por Marc Hufty respecto a un marco analítico de gobernanza, se ha empleado en varios trabajos académicos en diferentes sistemas de salud en Latinoamérica, por ejemplo; Cardona, Nieto y Mejía utilizaron el esquema para *“comprender el proceso de relacionamiento de actores sociales en un proyecto de investigación e intervención que estudió las condiciones socioeconómicas y de aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes”* (Cardona, Nieto, & Mejía, 2010, pág. 123), concluyendo la utilidad de la técnica y un análisis más detallado de la evolución de las relaciones sociales y cómo a partir de ellas se resuelven los puntos nodales. Para el caso específico de estudio, la garantía al derecho constitucional de la salud.

La pandemia por COVID-19 atrajo diversa literatura para la definición y estudio de la gobernanza en los sistemas de salud; a partir del concepto de un sistema de gobernanza global en salud que centra su enfoque de estudio en la atención de problemas similares entre Estados y de relevancia para toda la población mundial; Coronado desarrolla un análisis centrado en las limitaciones de su aplicación en el Sistema de Salud Mexicano, derivada de intereses políticos por encima de las recomendaciones de expertos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y la divergencia conceptual al definir las causas correctas y el curso de acción ideal para superar el episodio pandémico; situación que traslada el análisis a la delgada línea entre conocimiento y poder (Coronado Martinez, 2021).

Rode y Flynn aportan una propuesta de marco de gobernanza para emergencias complejas que pueda atender efectos pandémicos, fenómenos naturales y asuntos sociales que desestabilicen la tranquilidad de los habitantes; a partir del foco de atención, constituyen algunos principios rectores, entre los que se puede visualizar la relación jerárquica y dominante del Estado, la agilidad y radicalidad de las respuestas, una gobernanza empática, transparencia en el manejo de recursos y la actuación multinivel de los actores (Rode & Flynn, 2020).

A partir de las potencialidades que la pandemia generó en el mundo, González López-Valcarcel y Ortúz, proponen la reconstrucción del Sistema Sanitario Español; modificando la gobernanza de la Salud Pública para generar articulación efectiva con la atención primaria en salud, focalizando la gestión pública y los indicadores de salud y bienestar, un Estado con mayor capacidad de resolución y democratización, así como aprovechar el avance en digitalización, investigación y condensación de los sistemas de información, producto de la resolución en forma inmediata que exigía el control del COVID-19 (González López-Valcarcel & Ortún, 2022).

Desde otra perspectiva, se pudo constatar el nivel de aplicación de la gobernanza de acuerdo con el poder de convocatoria de los actores y su capacidad de decisión y liderazgo en un contexto fuertemente centralizado por el gobierno nacional; de la cual se pudo concluir que ante un escenario de determinaciones del orden nacional, el éxito de una política pública depende de la capacidad de los funcionarios regionales para ejecutarla en el escenario local, con una adecuada interpretación de las necesidades poblacionales específicas (Díaz-Castro, Ramírez-Rojas, Cabello-Rangel, Arredondo, & Pablo-Bascolo, 2021). En perspectiva similar, relacionado al sistema de salud mental mexicano, se logra identificar una débil gobernanza y el uso del dinero como recurso del poder, en un escenario donde la implementación del *accountability* es bajo (Díaz-Castro, Arredondo, Pelcastre-Villafuerte, & Hufty, 2017).

En Argentina, el Marco analítico del sector salud fue aplicado en el Seguro Público de Salud (SPS), programa del Ministerio de Salud en la Provincia de Buenos Aires; donde los rasgos relevantes de los puntos nodales desde el ámbito provincial, recaían en la formalidad y representación de los actores involucrados, asociado al pago de los profesionales y unas mejores condiciones de trabajo, el nivel provincial-municipal focaliza la interacción y aplicación de un modelo de gestión de programas de capacitación y programación local; en el nivel municipal las unidades coordinadoras municipales son el escenario de los actores en función de su entendimiento del Seguro Público de Salud y un nivel local donde sobresalen las relaciones informales. (Hufty, Báscolo, & Bazzani, 2006).

Adicionalmente Sánchez de León y Vasallo proponen diez instrumentos para cimentar la gobernanza en el Sistema de Salud Argentino, donde sus recomendaciones apuntan al fortalecimiento del sistema organizativo; recomiendan la constitución de mapas territoriales de salud, un sistema de vigilancia epidemiológica, sistemas de clasificación de pacientes y poblaciones, historia clínica única electrónica, georreferenciación de la población, sistema de costos hospitalario; sistemas de medición de carga de morbilidad, guías clínicas y protocolos, determinación del financiamiento y gasto en salud y agencia de resultados del Sistema Nacional Argentino (Sanchez de León & Vasallo, 2019).

En Ecuador, el Sistema Nacional de Salud (SNS), diagnosticó el enfoque de su modelo en la atención curativa; situación que motiva a crear el Modelo de atención Integral en Salud con enfoque familiar comunitario e intercultural, con prioridad en desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud, a partir de la metodología del marco analítico de gobernanza y logran determinar la fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud, que afecta la aplicación normativa y los espacios de interlocución entre actores. (Molina Guzman , 2019).

En Colombia, el Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia, propuso un análisis con revisión de literatura y captación de información primaria a partir de la realización de encuestas a 141 líderes del Sistema, donde pudieron establecer que el conocimiento del concepto es bajo; al igual que el desarrollo de este, sitúan principalmente a las comisiones del congreso como instancia de participación y consideran la corrupción como el principal problema a resolver (Universidad de Antioquia, 2023).

Aaron de la Rosa y Arredondo agregan que el marco analítico de gobernanza; puede complementarse con lo que denominan el *“triángulo de las políticas”* y que reúne la identificación de los escenarios en los cuales se toman las decisiones, los canales formales e informales empleados para comunicarse entre actores, las vías de interlocución para la adopción de medidas y el nivel de participación de quienes son considerados actores no formales (Aaron de la Rosa-Cruz & Arredondo-Lopez, 2017).

En consideración a la participación social en los procesos de coordinación, socialización y toma de decisiones, Arredondo, Orozco y Castañeda, analizaron en tres regiones del Estado mexicano los avances de la reforma al Sistema de Salud Mexicano; concluyendo que la misma no cuenta con herramientas suficientes para fomentar la participación y *accountability*, lo que en consecuencia, no permite una verdadera democratización de la salud toda vez que deben fomentar iniciativas ciudadanas para garantizar la equidad, disponibilidad, eficiencia y acceso a los servicios de salud (Arredondo Lopez, Orozco Nuñez, & Castañeda, 2005).

La participación e inclusión de los actores formales y no formales constituye la categoría de análisis para Santoro y Vásquez, quienes a partir de las percepciones emitidas por los agentes de la salud en la región de Cataluña, pueden constatar como la asimetría de información y la legitimidad del conocimiento son utilizadas como mecanismo de poder en los procesos de diálogo e intercambio de opiniones; que si bien limitan la horizontalidad que se supone debe existir en un modelo de gobernanza, ayudan a controlar los procesos participativos en torno a los principios y objetivos trazados por quien ejerce la rectoría y coordinación del modelo a nivel local o nacional (Santoro Lamelas & Vásquez Sixto, 2017).

Nissán Schoenfeld, estudia los casos de Brasil y Chile para ejemplificar la Gobernanza para la promoción de la salud, entendida como una red de colaboración para el cuidado de la salud y la prevención de las enfermedades desde la corresponsabilidad de actores en un territorio determinado.

Brasil avanza a partir de un modelo de gestión participativo que fomente la asociatividad, el autocuidado y el contacto estrecho con los agentes de salud y las autoridades normativas.

Por su parte, Chile concibe los Consejos Vida Chile comunales, constituidos con todos los actores locales; quienes parten de la premisa que el bienestar de la sociedad se construye desde una perspectiva ciudadana, apoyada en la voluntad política de sus representantes, la prospectiva de sus autoridades y la capacidad financiera (Nissán Schoenfeld, 2020).

Desde el análisis de enfoques y/o metodologías similares al estudio de caso de este documento; Peña Novoa analiza como los Planes Territoriales de Salud, pueden ser empleados como instrumentos de política pública. El proceso consistió en determinar la coherencia de dos Planes Territoriales de Salud en sus etapas de formulación y ejecución en Bogotá en los periodos 2012-2020, donde el primer periodo (2012-2015) desarrolló un enfoque de gobernanza analítico y el segundo (2016-2019) fue de corte normativo; su variación afecta la variable de participación social, por cuanto cambia la asimetría y jerarquización de los actores (Peña Novoa, 2020).

En vista similar, Acero estudia la participación ciudadana en el marco de gobernanza, en las políticas municipales de salud mental del Municipio de Cota (Cundinamarca, Colombia) durante el periodo 2020-2023 en la formulación del Plan Territorial de Salud y establece las limitaciones existentes en los mecanismos de participación para la incidencia en la toma de decisiones (Acero Valero, 2021).

En contraposición al concepto, Ortúzar plantea la eliminación del término de *“Gobernanza en Salud”*, por cuanto se ha ideologizado desde una perspectiva multilateral que

en principio no contenía entre las variables de medición, la participación ciudadana, únicamente establecía como categorías de análisis los asuntos concernientes a la capacidad de gobierno y la estabilidad financiera; esta premisa obstaculizó la innovación en la construcción del modelo a pesar de su diversidad, en razón que la mayoría parte de la preponderancia del rector del Sistema, situación que presenta dificultades para la aplicación de un modelo de gobernanza, en favor a un constructo incluyente, participativo y equitativo para América Latina denominado “*modelo sanitario, equitativo y participativo para América Latina*” (Ortúzar, 2020).

La revisión documental académica, permite inferir que los estudios de gobernanza han avanzado desde tres perspectivas, primero, desde la interacción de los actores en los procesos de formulación y ejecución de políticas, así como su capacidad de interactuar con el Estado en aras de fortalecer sus canales de comunicación, sus mecanismos de participación y la capacidad de injerencia en la toma de decisiones; a partir de esta concepción se evalúa la configuración de redes y la relevancia de los actores informales en la toma de decisiones.

La segunda inferencia, está relacionada con la inserción de debates y aportes derivados de la toma de decisiones en situaciones de emergencia, principalmente originada por la pandemia de Covid-19; de este hecho se resalta que, en contraposición con la primera perspectiva, presenta un mayor enfoque a la capacidad del Estado para atender las contingencias propias de una cuestión problemática de gran magnitud, procurando fortalecer los esquemas organizativos, las estrategias e interpretación del territorio y la capacidad de los funcionarios para ejercer una adecuada rectoría.

La tercera perspectiva, enfatiza el estudio de la gobernanza desde el fortalecimiento de las políticas públicas y una adecuada interpretación de la realidad, es decir, que establece una serie de equilibrio entre el protagonismo del Estado en la rectoría de sus funciones y la capacidad de la sociedad para influir en la toma de decisiones, en el escenario de la configuración de políticas acordes al cumplimiento de uno o varios objetivos; en este caso, procesos como la rendición de cuentas y la capacidad de convocatoria del Estado a la ciudadanía son objetos de análisis para el análisis de la gobernanza.

Marco teórico

Institucionalismo.

El Institucionalismo refiere a las reglas de juego contempladas en una sociedad y ha sido la forma en como la sociedad ha ido evolucionando a través del tiempo, Thorstein Veblen percibía a las Instituciones como un “*conjunto de hábitos o ideas establecidas*” que se

apoyan en los instintos del individuo, pero que a su vez coevolucionan conforme transcurren las interacciones entre los individuos (Figueras & Morero, 2013). Douglas North añade que las instituciones reducen la incertidumbre de la vida diaria y permiten establecer pautas para la interacción humana, que no son universales y recaen en las propias limitaciones que el ser humano quiere imponer en una determinada sociedad, que pueden ser formales a partir de la normatividad o informales mediante acuerdos o códigos de conducta (North, 1993). Ostrom define las instituciones como reglas de trabajo o uso que definen la toma de decisiones, el ámbito de aplicación sobre lo que está permitido o prohibido y como estas permiten supervisar las acciones elegidas por los individuos, que pueden ser monitoreadas por agentes internos o externos. (Ostrom, 2000)

El estudio de la gobernanza contempla justamente la capacidad institucional de definir, mantener, modificar o suprimir las “reglas de juego” presentes en una sociedad; específicamente para el caso colombiano, los procesos de descentralización y tercerización estatal, supusieron integrar nuevos agentes que coadyuven en administrar la salud pública, quienes a partir del nuevo modelo de SGSSS, son partícipes de garantizar el cumplimiento de normas formales como son las Leyes y Decretos regulatorios del sector salud; e informales como es el actuar de los grupos de interés, a través de acciones como el Lobby o acuerdos para solventar dificultades en el flujo de recursos que no están constituidos en las “limitaciones” que establece la normatividad.

Administración Pública

La administración pública permite organizar al Estado en diferentes organismos y áreas, las actividades conducentes a alcanzar el bienestar colectivo conforme a las reglas de juego estipuladas desde una orientación objetiva. La teoría clásica de administración pública desde la referencia de Max Weber y su aporte del concepto de burocracia como la forma “*más racional*” de ejercer una dominación, desde la disciplina y la formación profesional (Weber, 1964), configura un aspecto relevante en la configuración del SGSSS toda vez que requiere involucrar toda la disposición técnica y científica para configurar desde la rectoría del Sistema, las políticas, planes y estrategias que deben aplicarse en el territorio nacional.

Se complementa en la configuración inicial del SGSSS con la teoría de la nueva gestión pública (*new public management*), que plantea la delegación de funciones y autoridad, la sustitución de normas más flexibles, la minimización del Estado, y la formulación de objetivos por resultados (Gore, 1994); se puede observar este tipo de reformas en la configuración de la Ley 100 de 1993, ya que delega en el sector privado, el aseguramiento en salud bajo el entendido que los nuevos actores encargados del aseguramiento y la prestación podrán aplicar con eficiencia, agilidad y economía, la prestación de los servicios de salud; de

esta consideración aún persiste la participación de actores privados a pesar de constituir la salud como un derecho fundamental. Aunque en un principio, podría parecer una teoría contradictoria al concepto de Weber, no se aleja de un aspecto fundamental y es la salvaguarda de la racionalidad y el perfil técnico que igual requieren y deben asumir los nuevos actores.

La teoría del nuevo servicio público orienta a la Administración Pública a su actuación conforme a los procedimientos democráticos; retoma la noción de servicio público a partir del cumplimiento de siete principios que establecen: la construcción de relaciones de confianza entre ciudadanos y servidores públicos; la búsqueda del interés público; el fortalecimiento del concepto de ciudadanía; pensamiento estratégico con actuación democrática; reconocimiento a la rendición de cuentas; el servicio por encima de la autoridad y el enfoque a las personas por encima de la productividad (Denhardt, 1993). Para el caso de análisis, la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud y sus programas complementarios apuntan a la aplicación de este paradigma de Administración.

Adopción del concepto de Gobernanza

Desde la dimensión de la temporalidad, Peters y Jan, consideran que la adopción e interés por la Gobernanza obedece a ocho razones que se entrelazaron en un periodo de tiempo similar (Peters & Jan, 2005); analíticamente coinciden con la transformación del Estado Colombiano a partir de la promulgación de la Constitución de 1991.

- Primero la crisis financiera producto del fenómeno creciente de la corrupción y la alta carga presupuestaria en los gastos de funcionamiento del Estado que invitó a actores privados y a grupos de interés a ejecutar programas y políticas en la provisión de bienes y servicios, sumada a la concepción generalizada sobre la mala gestión pública por parte de los Estados como causa del déficit financiero, introdujo la idea que el sector privado sea quien subsane los vacíos que no resolvieron las Instituciones; concatenado a fortalecer la premisa anterior, la gestión privada resultó atractiva si se compara con la alta burocratización del Estado y la lentitud con la cual resuelve las demandas sociales.

Segundo - el cambio ideológico hacia el mercado, que en un principio se refleja en la configuración de derechos económicos y sociales, aperturando la posibilidad de desregular y tercerizar la operación de algunos sectores que se convertían en verdaderos problemas de sostenibilidad para el Estado; su liberación parte de la premisa de disminuir la esfera política en la Sociedad que en consecuencia va a generar una cultura de individualidad que la Gobernanza va a retomar para coordinar la relación público-privada en concertación.

Tercero - la Globalización que transforma la forma tradicional de los gobiernos para dirigir los designios de la Sociedad y la Economía puesto que permite la entrada de nuevas organizaciones en las decisiones políticas y económicas; toman fuerza las agremiaciones e incluso llegan a reemplazar las funciones de algunas entidades o consejos de vocación pública.

Cuarto - la concepción del fracaso del Estado Colombiano, soportada no solamente en la incapacidad de atender las demandas sociales, sino que se añade la precaria descentralización que a su vez evidenció una ausencia estatal; reemplazada por grupos al margen de la Ley y narcotráfico, aspectos que originaron vertientes de pensamiento en cómo debían distribuirse las funciones y recursos en las esferas público-privadas, los cuales en premisa inicial, no serían permeados por estos fenómenos y tendrían mayor capacidad de mitigarlos.

Quinto - la aparición de la nueva gestión pública que declina en favor de los gestores privados el control y organización de ciertos elementos del Estado, así como la inclusión de criterios de evaluación de organismos privados; se evidencia con el incremento de la conformación de entidades privadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Asociaciones de Fondos Privados en pensiones, las Entidades Promotoras de Salud en el sector salud y las oficinas de afiliación en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Sexto - el cambio social y las complejidades crecientes que demandaban la adopción del concepto de Estado Social de Derecho, como una vía para acercar a las fuentes de experiencia y conocimiento al Estado para aportar su agenda e intereses a la agenda pública.

Séptimo - las nuevas fuentes de gobernanza, inspiradas en el fortalecimiento de organizaciones como la Unión Europea, Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial del Comercio, quienes desarrollan conceptos e indicadores de medición en la interrelación público-privada.

Octavo - por las fricciones generadas en los procesos de rendición de cuentas, producto de su poca difusión, poco acceso a la población e insuficientes herramientas institucionales para la socialización en todo el territorio colombiano.

Los preceptos mencionados, promueven a construir el concepto generalizado de gobernanza, el cual la describe como *“los procesos colectivos, formales tanto como informales, que determinan en una sociedad como se toman decisiones y se elaboran normas sociales con relación a asuntos públicos.”* (Hufty, 2008). En Colombia se materializa con el ingreso de los actores privados que, mediante la tercerización de servicios, adquieren la capacidad para administrar recursos públicos y ejecutar programas de salud pública.

Clasificación de Gobernanza

Se desarrollan múltiples apreciaciones respecto al concepto de gobernanza, las cuales varían por aspecto geográfico, traducción o terminología, sin embargo, existe un común denominador en el análisis de su concepción y es la relación existente en la formulación e implementación de políticas y toma de decisiones desde el Estado y la Sociedad Civil.

Hufty distingue a partir de tres enfoques *“como sinónimo de gobierno; como un marco normativo; y como un marco analítico para los sistemas de coordinación no jerárquicos”* (Hufty, 2008). En el primer enfoque resume un antecedente histórico de la edad media que relaciona directamente con gobierno, el cual es de carácter vertical; desde el marco normativo como parte de las herramientas destinadas por el Banco Mundial para evaluar la aplicación de los objetivos destinados por la entidad y en el marco analítico en sistemas no jerárquicos que obedecen al análisis de dinámicas en torno a la multiplicidad de actores, momentos y lugares, relación e interacción, del cual se origina la corriente de la gobernanza moderna que aborda la incidencia del Estado en la sociedad y se encuentra asociada al periodo histórico de la globalización y desregularización del Estado.

Una clasificación diferente en algunos campos es la descrita por Flores, la cual está centrada en tres definiciones, *“la buena gobernanza”* para hacer referencia a las reformas institucionales impulsadas por los organismos multilaterales de cooperación; *“la gobernanza como el conjunto de herramientas administrativas para la gestión pública”* que obedece a reformas asociadas a procesos de descentralización producto de la incapacidad de los Estados por mantener un crecimiento económico estable y la *“gobernanza democrática”* que inclina la tendencia a un proceso de carácter político y el cual busca reformas en programas y políticas para conseguir mejores niveles de igualdad (Flores, 2010).

La buena gobernanza

Gobernanza desde la experiencia del Banco Mundial. Desde la clasificación de buena gobernanza, el Banco Mundial planteó inicialmente seis indicadores para analizar la gobernanza existente en 199 países (Kaufmann, Kraay, & Mastruzzi, 2003). - Primero hace referencia a la voz y rendición de cuentas; que incluye aspectos como los procesos políticos, los derechos políticos y las libertades civiles, aspectos que buscan observar la posibilidad y capacidad de los ciudadanos para participar en la selección de gobiernos.

-Segundo: la estabilidad política y la ausencia de violencia, que mide la probabilidad en la que un gobierno pueda ser desestabilizado en formas inconstitucionales, o situaciones relacionadas con el conflicto interno armado y terrorismo.

-En tercer lugar: estudia la efectividad de los gobiernos, evalúa la provisión pública de servicios; la calidad de la burocracia, la competencia de los servidores públicos, la independencia del servicio civil sobre presiones políticas y la credibilidad de los compromisos del gobierno para convertirse en políticas públicas; una óptima aplicación de este indicador desencadena en la implementación de buenas políticas y entrega de bienes públicos.

-El cuarto indicador referente a la calidad regulatoria se enfoca principalmente en las políticas, específicamente en su incidencia en las cargas impositivas que puedan establecerse en asuntos relacionados con el desarrollo de negocios y el libre mercado.

-El quinto indicador analizado lo constituye El Estado de Derecho en el cual mide el cumplimiento de las reglas sociales, por tanto, revisa variables como la incidencia del crimen, la efectividad de la justicia y la fortaleza de los mecanismos de contratación; su armonización debe traducirse en un entorno de desarrollo favorable para la sociedad en el que existan reglas conocidas y transparentes para las interacciones económicas y sociales.

-El sexto indicador incluye el control contra la corrupción, donde observa la percepción frente a este flagelo y las diferentes prácticas que conducen a obtener beneficios propios en asuntos de interés general.

Actualmente, el Banco Mundial establece como prioridad la lucha contra la corrupción y la gobernanza del sector público; refiere como principales desafíos, la provisión eficaz de bienes públicos, crecimiento económico y pleno empleo, intervenir las deficiencias del mercado y fortalecer la participación ciudadana; para conseguirlo, adiciona nuevas áreas transversales de las cuales destacaremos el “*govtech*”, que se traduce en la modernización del sector público para una mejor interacción con los ciudadanos y el sector empresarial y las adquisiciones para el desarrollo, que tienen como propósito mejorar las herramientas de contratación pública y ejecutar en forma eficiente los recursos desembolsados por el Banco para proyectos (Banco Mundial, 2023).

Calame realiza una crítica en relación con el concepto de “buena gobernanza”, por cuanto considera desacertada la intervención de las Instituciones de carácter supranacional sobre Latinoamérica, toda vez que sus postulados, ubicaban a las Instituciones del Estado en favor del mercado, el neoliberalismo y la apertura económica; en consecuencia la esfera de intervención del Estado era mínima y su papel se centraba en la gestión de los recursos públicos; por el contrario, considera que su significación se soslaya a la capacidad de la sociedad para acordar las relaciones internas y blindarla de fenómenos externos, estableciendo un equilibrio entre la sociedad y su entorno (Calame, 2008), es decir, que antes que las Instituciones centra a la Sociedad y su capacidad de autorregularse como objetivo de la gobernanza.

Gobernanza desde la experiencia de la Unión Europea. La Comunidad Europea desarrolló el libro blanco de la Gobernanza a principio de los años 2000, el cual serviría como fundamento para fortalecer el concepto de unión entre Estados y cómo los mismos tienen la capacidad de responder a las expectativas de los ciudadanos y generar en ellos confianza hacia las Instituciones; bajo el amparo de la “buena gobernanza” establece cinco principios que guiarán las acciones a implementar una gobernanza más democrática y con factibilidad de integrarse a parámetros mundiales, regionales, nacionales o locales.

El primer principio es la apertura por la cual la Institucionalidad establece una comunicación con mayor asertividad para dar a conocer el quehacer de la Unión Europea; con facilidad en la interpretación de conceptos para el público en general; segundo, la Participación incluyente de la ciudadanía en las fases de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas; tercero la responsabilidad por parte de la Unión Europea y los Estados miembro para la aplicación de decisiones del organismo supranacional hacia cada uno de los países integrantes, definiendo claramente su competencia y alcance; cuarto, la eficacia sobre el establecimiento de unos objetivos claros que permitan vislumbrar resultados esperados y analizar los impactos futuros; quinto, la coherencia para aplicar las políticas comunitarias en armonía con las autoridades nacionales y regionales. (Comisión Europea, 2001). La constitución de estos elementos debe garantizar la participación de todos y cada uno de los actores, quienes asumirán su rol correspondiente, con condiciones suficientes para tomar decisiones y que no existan discusiones eternas, sino que se pueda llegar a la toma de una decisión (Cerrillo I Martínez, 2005).

Estos principios cimientan las cuatro propuestas de cambio en el modelo de gobernanza y revisten de utilidad las discusiones posteriores que evolucionaron e integraron la influencia de la Sociedad Civil.

Desde la perspectiva de una mayor participación de todos los actores sociales se visualiza un mejor entendimiento y apropiación de las cuestiones europeas en cada uno de los habitantes de la Unión; un acercamiento de la institucionalidad europea vía democracia local y regional, es decir, una interacción de asociación en cadena adaptable al contexto local; en constante retroalimentación de los impactos generados por las iniciativas europeas en el territorio, que a su vez permitan a las regiones aportar a la modificación o ajuste de las políticas de la Unión Europea; la integración de la Sociedad Civil para definir el imaginario colectivo de lo que es Europa, en el cual puedan expresar sus aportes, inquietudes y expectativas, sea desde la posición de ciudadano/individuo o como grupo de interés; un rol fortalecido en los mecanismos de consulta y diálogo para adquirir legitimidad en políticas de largo plazo y vinculación a las nuevas tendencias de comunicación como son las redes

sociales, centros de investigación, grupos comunitarios específicos y movimientos sociales emergentes.

Para la adopción de políticas, normativas y resultados eficientes, la Unión Europea propone mayor legitimidad a los conceptos emitidos por los expertos en cada uno de los sectores a formular iniciativas, una normatividad ágil y rápida promovida por la pertinencia de su aplicación; coherencia en el instrumento normativo a utilizar, regulación conjunta entre medidas legislativas y sectoriales, utilización del método abierto de coordinación entre Estados miembro, cultura de evaluación y monitoreo para analizar patrones de éxito y fracaso en las normas implementadas y respeto a los principios de subsidiariedad o proporcionalidad; la simplificación del Derecho Comunitario, la creación de agencias reguladoras para la aplicación de normas de la Unión Europea y la voluntad de los Estados para integrar las disposiciones normativas.

La visión del organismo por contribuir y ser protagonista en la discusión de la gobernanza mundial, es parte de las motivaciones para fortalecer su gobernanza como región, pues sólo la ejemplificación de políticas y normativas exitosas con plena participación de los actores y legitimidad en su aplicación; permitirían incrementar su autoridad moral e intelectual para abordar e insertar en la comunidad internacional pensamientos, jurisprudencia y filosofía que contribuyan a solucionar retos de carácter mundial. En consecuencia, se puede convertir en referente para la aplicación de herramientas y metodologías a Estados de otras regiones del mundo.

La centralización de las Instituciones y las políticas constituye la cuarta propuesta para fortalecer la Gobernanza, básicamente lo que propende es el avance en las políticas intersectoriales, aspecto sobre el cual la UE ha construido su estructura desde la década de los cincuenta; así mismo, insiste en la necesidad de atemperar el régimen político de los Estados vinculados para la aplicación de la normativa y tratados vigentes.

El avance y ejecución de las iniciativas permitió que los estamentos existentes en la estructura de la Unión Europea, fortalezcan los principios y propuestas determinadas en el libro blanco, como el Comité Europeo de las regiones, que una década posterior a la promulgación del libro blanco sobre gobernanza, desarrolla una propuesta multinivel para articular coordinadamente al Organismo Supraestatal con los Estados integrantes y los entes locales regionales, soportados en la asociación y con la convicción de aplicar las políticas de la Unión Europea; las recomendaciones emitidas por este organismo definen acciones como los Planes de Acción Territorial para la implementación de reformas comunitarias, consolidar la asociación a nivel vertical y horizontal (territorio-sociedad civil), la creación de indicadores de gobernanza participativa y territoriales, la sistematización del impacto territorial y el

establecimiento de pactos territoriales europeos (Cómite de las Regiones de la Unión Europea, 2009).

La gobernanza como el conjunto de herramientas administrativas para la gestión pública

Ivanyna y Shah introducen en la discusión la importancia de capturar la percepción de los ciudadanos sobre la gobernanza y los resultados obtenidos; complementan el concepto como “*un ejercicio de autoridad y control para preservar y proteger los intereses públicos y mejorar la calidad de vida para el disfrute de los ciudadanos*” (Ivanyna & Shah, 2010, pág. 4), insumo para caracterizar cuatro dimensiones de resultados en gobernanza: - Gobernanza sensible como herramienta para promover y conseguir los intereses colectivos entre normas formales e informales, -Gobernanza justa para la paz, el orden y buen gobierno, empleados para mediar conflictos de intereses, centrada en la construcción de consensos para asegurar la inclusión y protección de la población pobre, minorías y grupos vulnerables de la sociedad; -Gobernanza responsable relacionada con la capacidad de la autoridad gubernamental para actuar con integridad, ausencia de corrupción, prudencia fiscal y confianza con la población y Gobernanza de cuentas, en donde los ciudadanos pueden solicitar rendición de cuentas en las acciones realizadas por el Gobierno que a su vez ofrecen facilidad en el acceso de información, respetando el rol desempeñado por las instituciones formales e informales que exigen información (Ivanyna & Shah, 2010).

Las principales consideraciones que analiza para la medición de resultados se distribuyen en la siguiente forma:

Tabla 8: Resultados y consideraciones de gobernanza

Resultado de la gobernanza	Principales Consideraciones
Gobernanza Sensible	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios Públicos consistentes con las expectativas de los ciudadanos. - Posibilidad de Democracia interactiva directa. - Seguridad de vida, libertad y propiedad. - Paz, orden, Estado de Derecho. - Libertad de expresión - Mejoras económicas y sociales. - Mejora en cantidad, calidad y acceso a servicios públicos. - Mejora en calidad de vida.
Gobernanza Justa	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento en los valores y expectativas de los ciudadanos en relación con la participación, justicia social y procesos pendientes.

	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a servicios públicos básicos para la población en condición de pobreza, minorías y grupos vulnerables. - Leyes contra la discriminación y su respectiva aplicación. - Distribución equitativa de los ingresos. - Igualdad de oportunidades para todos.
Gobernanza Responsable	<ul style="list-style-type: none"> - Gerencia económica, fiscal y financiera abierta, transparente y prudente. - Mejor trabajo por menor costo. - Garantizar la integridad de sus operaciones. - Generación de confianza. - Manejo del riesgo. - Prestación de servicios competitivos. - Enfocado a resultados.
Gobernanza de Rendición de Cuentas	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos en justicia y debido proceso. - Acceso a la información de justicia. - Independencia e integridad judicial. - Legislatura efectiva y vigilancia de la Sociedad Civil. - Límites efectivos a la intervención gubernamental. - Restricciones efectivas a intereses particulares. - Programas efectivos de retiro y reintegro de funcionarios.

Fuente: (Ivanyina & Shah, 2010)

Cerrillo complementa la multiplicidad de usos y definiciones conforme a su dinámica y la facilidad con la que se ha insertado en diferentes sectores de pensamiento, quienes propenden por conceptuar en un nivel de mayor especificidad; es así como podemos encontrar matices que varían desde lo territorial y que se manifiestan en concepciones de gobernanza global, regional o local, sectoriales que buscan analizar el rol de los actores que la componen (gobernanza en salud) y académica conforme al sustento teórico o corriente de pensamiento sobre la cual se edifica (Cerrillo I Martínez, 2005).

Aguilar analiza la gobernanza desde la relación Estado-Gobierno toda vez que pactan su orientación, valores y objetivos, los mecanismos de dirección, forma de organización, distribución del trabajo y distribución de la autoridad para alcanzar los objetivos esperados (Aguilar Villanueva, 2007); Farinós Dasí añade la relación de las dimensiones “*polity*” (organización territorial y administración del Estado) y la “*politics*” (distribución de responsabilidades y toma de decisiones por los actores institucionales), para definir la gobernanza como prácticas de gobierno innovadoras que contribuyen a superar los modos tradicionales de gobernar y tener una mejor y mayor preparación para asumir los retos futuros, con el fin de mejorar y estandarizar las decisiones adoptadas, maximizar sus efectos, contar con adecuadas herramientas de planeación, ejecución y monitoreo de actividades con

impacto real sobre la sociedad y el territorio o sector en el cual se aplica; prácticas que deben conllevar a interacciones diversas entre los actores en distintos modos sociales de coordinación, basadas en la “flexibilidad, el *partenariado*¹² y la *participación voluntaria*” (Farinós Dasí, 2008).

Rovira inserta los conceptos de efectividad y legitimidad en el ejercicio del poder y sus respectivas estructuras, donde cada una de ellas otorga las explicaciones necesarias y atiende las necesidades sociales más allá de un sustento jurídico; en un escenario de gobernanza las autoridades justifican todas sus actuaciones; las cuales deben estar en procura de un bienestar colectivo, que a su vez aprovecha las herramientas de comunicación para que estas surtan el debate necesario entre los grupos de interés, aspectos que deben materializarse en autoridades que actúan con efectividad, corrección y justicia (Rovira, 2013).

Gobernanza Democrática

Radic Vega resalta la importancia de los movimientos sociales para la construcción de la gobernanza; puesto que materializa la acción política de la ciudadanía, caracterizada por valores, ideologías, convicciones, fundamentos y visión colectiva en determinados espacios y periodos de tiempo; referentes que renuevan constantemente la Democracia, su estructura y mecanismos de aplicación, cuestión fundamentada en que las demandas sociales cambian constantemente con mayor velocidad y en ese entendido las respuestas deben generarse con la misma premura (Radic Vega, 2013).

Complementariedad al concepto de Gobernanza

Vigil construye el término de la gubernamentalidad como complemento a las dinámicas regionales de la gobernanza, similar a la Comisión Europea de las regiones; destaca la importancia de observar las dinámicas locales para la implementación de políticas de una institución con nivel jerárquicamente superior, con el fin de responder a los reparos de la gobernanza en cuanto su aplicación se genera únicamente desde la territorialidad y no visualiza el impacto de las herramientas, normas, tratados nacionales o de organismos internacionales en el comportamiento de las localidades (Vigil, 2013); por ejemplo, la inserción del concepto de gobernanza en salud para Colombia coincide con la difusión y recomendaciones otorgadas por la Organización Mundial de la Salud para la aplicación de este precepto, que a su vez aterriza en la política nacional por el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud y en adelante, se distribuye en herramientas operativas como las Redes Integrales de Atención en Salud y los Planes Territoriales de Salud.

¹² Asociado con la interrelación entre actores, está relacionado con las formas de cooperación y esfuerzos conjuntos entre el sector público, el sector privado, la sociedad civil y los grupos de interés.

Maldonado y Ramírez incluyen en la gobernanza, la variable de sustentabilidad (Maldonado & Ramirez, 2015), que aplicada al Sector Salud implicaría la responsabilidad y conciencia de quienes prestan el servicio para optimizar los recursos humanos, físicos y financieros en procura que el uso responsable de los mismos evite el desabastecimiento o la incapacidad del Sistema de Salud para responder a los Determinantes Sociales en Salud; paralelamente los usuarios del Sistema deben invocar el principio de consumo racional de los servicios en salud y el fomento de actividades y prácticas que mantengan su integridad y sanidad en las mejores condiciones posibles.

En la evolución del Sistema de Salud en Colombia, la conformación de grupos como las Asociaciones de Usuarios, han fortalecido la participación ciudadana en el control, veeduría y toma de decisiones en los procesos de planeación; las agremiaciones de los actores inmersos (Industria farmacéutica, Entidades Promotoras de Salud, Hospitales y Clínicas, Grupos de especialistas), han desarrollado mecanismos de interlocución directa con quienes regulan y administran el Sistema con el fin de inclinar decisiones más favorables a sus grupos de interés; de igual forma, la academia ha promovido estudios acordes a las necesidades epidemiológicas de cada región que a la postre, han contribuido a la formulación de políticas públicas como el Plan Decenal de Salud Pública, la Política de Atención Integral en Salud y a nivel local, en la formulación de los modelos MIAS y MAITE.

Brenner y Vargas del Río, establecen unos criterios para diferenciar el concepto respecto a la gobernabilidad y comprender de manera más holística el concepto de gobernanza; el primer término analiza la capacidad de ejercer poder e influencia donde hay imposición por el Estado para la toma de decisiones. En la relación Estado-Sociedad, la gobernabilidad asume al Estado como único actor para la toma e implementación de decisiones, la toma de decisiones reviste de carácter autoritario y unilateral, es rígido y utiliza como instrumentos los procedimientos normativos y administrativos (Brenner & Vargas del Río, 2010).

En tanto, para la gobernanza el ejercicio del poder se toma de manera consensuada, donde abarca los propósitos de todos los grupos de interés en un escenario de negociación que genere la menor cantidad de tensiones posibles; la relación Estado-Sociedad genera complementariedad entre unos y otros, haciendo hincapié que el Estado maneja una especie de rectoría; la toma de decisiones está supeditada a la búsqueda de mecanismos de participación para obtener resultados colectivos y acuerdos comunes, apoyado en la legitimidad social y los procedimientos normativos. (Brenner & Vargas del Río, 2010).

Desde la práctica política, la gobernanza se define como un nuevo arte de gobernar en el que el centro de atención es el sujeto; los gobiernos operan en red y disminuyen las

estructuras verticales, las regiones y las ciudades son concebidas como espacios vitales y es en ellos donde deben materializarse las decisiones de gobierno y la implementación de políticas públicas y se fortalecen nuevas figuras de organización como Consejos consultivos, Observatorios, Comisiones, Veedurías, Juntas, etc. (Rosas Ferrusca, Calderón Maya, & Campos Alanis, 2012)

En la práctica, el sector requiere de una relación intrínseca entre gobernanza y gobernabilidad; mientras que el primer referente teórico analiza la interrelación entre actores y las normas que los regulan, la gobernabilidad para el caso analizado se vislumbra en la capacidad que los rectores del Sistema tienen para contar con el espectro y maniobrabilidad suficiente para la implementación de estrategias y políticas; por ejemplo, la aprobación de los Planes Territoriales de Salud requiere del visto bueno del Concejo Municipal, ello demanda por parte de la Secretaria de Salud Municipal el dialogo necesario con las bancadas de los partidos políticos para socializar la propuesta y contar con los votos necesarios para su consentimiento; en la misma escala, el Ministerio de Salud debe gestionar ante el Congreso de la República, la fuerza necesaria para la aprobación de reajustes en la norma regulatoria del sector salud.

Entendemos entonces, que la Gobernanza involucra la relación entre actores producto de la transformación estatal en la década de los noventa, bajo el establecimiento de normas y procesos de carácter formal e informal, que coadyuvan a la resolución de tensiones o problemáticas surgidas al insertar en la discusión de la agenda pública, las nuevas demandas sociales versus la capacidad estatal para atenderlas; esta interacción, propende por generar certidumbre en los nuevos pactos sociales, de tal manera que puedan ser sostenibles, legítimos y con posibilidad de ser fiscalizados por la sociedad.

Este concepto, se cimenta en los aportes que el Banco Mundial realizó en cuanto a la rendición de cuentas (*accountability*), la relevancia de construir un modelo confiable en un proceso de estabilidad política ajeno a la violencia, en un contexto de conflicto persistente en Colombia y la lucha contra un flagelo permanente como el conflicto mismo que es la lucha contra la corrupción. Desde la perspectiva de la Unión Europea el fomento a la participación incluyente en la toma de decisiones de políticas públicas, la verticalidad en la transmisión de las mismas desde el sector nacional hasta el nivel municipal y la interpretación coherente de las necesidades y contexto del orden territorial en el desarrollo de políticas del nivel nacional.

Gobernanza aplicada al sector salud

Conforme la generalidad del concepto de gobernanza adquiría validez académica y científica, se fue incrementando y especializando el análisis de la terminología en diferentes

sectores, es así cómo se ha involucrado el concepto de gobernanza en los sistemas de salud, desde finales de la década de los noventa; en aquel momento, la Organización Mundial de la Salud define en un primer intento la participación de actores que formulan e implementan políticas para nuevos sistemas de salud equitativos y sostenibles (Organización Mundial de la Salud, 1998).

El análisis de la gobernanza también puede tomar otras perspectivas, Arredondo López realizó una recopilación de bibliografía de la gobernanza en salud en la que localiza herramientas metodológicas como el triángulo de las políticas utilizado por Walt (2005), el cual estudia *“como en el contexto se formulan e implementan las políticas; como los actores inciden en ellas y las interacciones entre estos factores”*. (Arredondo-Lopez, 2017); del mismo modo, encuentra que Michael Reich propone tres pilares para el desarrollo de reformas en salud, *“la voluntad política, el análisis y las estrategias políticas”*.

Flores incluye en la discusión la premisa que el concepto de gobernanza referido específicamente al sector salud *“nos permite indagar aspectos y actores sociales que tradicionalmente han estado fuera de los análisis convencionales”* (Flores, 2010); ello implica el trabajo armonizado de los diferentes agentes para la realización de políticas coherentes conforme al contexto geográfico y epidemiológico de la región; de acuerdo con Morteruel y Giné es obrar la salud *“como derecho humano y como una cuestión de justicia social”*, donde se integren los principios de participación social, trazabilidad, transparencia y rendición de cuentas (Morteruel & Giné, 2019).

Báscolo menciona que la inclusión del concepto de gobernanza en la configuración de los distintos modelos de salud y sus posteriores reformas presentan tres perspectivas: la primera basada sobre atributos institucionales que otorga mayor peso al marco institucional y es el que condiciona el acceso a los servicios, y del cual se deriva una mayor participación de usuarios y mecanismos anticorrupción, por ejemplo en Colombia, se visualizan en “pactos” por parte del sector privado para realizar procesos transparentes de contratación y rendición pública de cuentas a los ciudadanos.

La segunda perspectiva aborda los mecanismos de regulación sobre el rol de los actores y de prestación del servicio que en el modelo colombiano, recae sobre la Superintendencia Nacional de Salud; aunque debe resaltarse que también desde la participación ciudadana, las asociaciones de usuarios y las veedurías despliegan acciones de vigilancia y control. Por último, refiere al análisis de los procesos de cambio en el Sistema el cual genera nuevas formas de gobernanza desde la participación de los grupos de interés, los recursos disponibles para reformar parte o la totalidad de un Sistema y la definición de intereses y valores. (Báscolo, 2011).

Flores destaca la relevancia de analizar los principios éticos en los Sistemas de Salud principalmente porque la mayoría de Estados en Latinoamérica y el Caribe conciben en su carta magna y la legislación sectorial conceptos asociados a la igualdad, equidad, responsabilidad, solidaridad y participación social, así como la valoración de Derecho a la salud (Flores, 2010); estos principios deben aplicarse en el proceso de toma de decisiones en cada una de las esferas de decisión y su inclusión como objetos sociales en los modelos de salud son los que pueden determinar un marco ético que regule las relaciones de poder y la coherencia de los gobiernos de turno con políticas públicas sectoriales a mediano y largo plazo.

Paralelamente, los principios éticos aplicados desde la operatividad de un Sistema de Salud deben garantizar la participación, justificación y validez de los actores sociales desde la perspectiva del desarrollo humano individual, es decir la interacción con personas de diferente grupo poblacional, etnia, creencia religiosa, nivel de educación, ideología, cultura, intereses personales entre otros (Gómez Rojas, Salazar Tostado, Salazar Tostado, & Babun Castilleja, 2022).

Labonté profundiza el principio de igualdad en la Gobernanza, el cual se gesta como un acto inherente político, donde el núcleo es la ciudadanía quien participa mediante decisiones colectivas en aquellas cuestiones que afectan sus vidas, con el propósito que las relaciones de poder adecúen la asignación de recursos con parámetros de discriminación positiva, especialmente en la atención primaria; la consecución de este objetivo varía según la perspectiva que los gobiernos adopten, sea mediante el aseguramiento de todos los habitantes del territorio (todos tienen el mismo acceso sin importar condición socioeconómica) o desde la reglamentación y regulación necesaria que permita cerrar las brechas de igualdad entre grupos poblacionales (ricos/pobres, enfermos/sanos, urbanos/rurales) (Labonté, 2010).

Conceptualización de Gobernanza en salud.

La conceptualización de gobernanza en salud pueden elaborar esquemas diferentes para su configuración; Klijn y Koppenjan enfocan la teoría de la gobernanza en red que proviene de la evolución de diferentes perspectivas de análisis; inicialmente surgieron tres orientaciones, primero - aquella que focaliza al actor en la toma de decisiones de políticas y usa los recursos para acceder a la toma de decisiones, segundo - la prestación de servicios entre organizaciones e implementación de políticas, que asume la necesidad de las organizaciones por obtener recursos con otras organizaciones para su supervivencia y por lo tanto busca mecanismos de interacción, fomentados por flexibilidad normativa o fines comunes; tercero - el enfoque para resolver los problemas de política pública por intermedio de las redes y la complejidad en la toma de decisiones para obtener resultados, valora el

proceso de discusión entre actores y los conflictos surgidos para establecer la mejor solución posible (Klijn & Koppenjan, 2012).

Posteriormente, convergieron conceptualmente en que la interdependencia es el principal factor para iniciar y sostener las redes entre actores, las cuales a su vez contienen diferentes estrategias y puntos de vista en el modo de analizar problemas y resolver soluciones; esta múltiple concepción complejiza la interacción y los patrones de negociación en la problematización y resolución de políticas públicas, sus resultados son producto de la interacción de múltiples actores que conduce a la formalización de las mismas, creando patrones de relaciones sociales que permiten emerger, regulaciones y comportamientos en los espacios de interlocución que actúan en forma horizontal y se administran conforme los círculos de interacción. (Klijn & Koppenjan, 2012)

Kickbush y Gleicher desde una perspectiva de análisis comunitario definen la gobernanza en salud como el intento de los gobiernos u otros actores para dirigir comunidades, Estados o grupos de países en procura de brindar salud integral desde un enfoque de política pública y sociedad, acercando el concepto a valores como los derechos humanos y la equidad, promoviendo la articulación de agentes de salud con otros sectores que pueden contribuir a mitigar los determinantes sociales en salud por un interés común; el resultado de esta configuración debe transformar a un esquema de salud colaborativo, en el que la gobernanza abarca un amplio espectro de actores del nivel estatal, social y supranacional, estableciendo un proceso multinivel desde el ámbito local al global y viceversa (Kickbush & Gleicher, 2012).

El tercer concepto centraliza la toma de decisiones de la política pública en la evidencia científica y epidemiológica, desde esta perspectiva la interacción se refugia en la academia y en las investigaciones que dan lugar a recomendaciones y a partir de estas premisas, se desarrolla la gobernanza; pueden ser promovidas por centros de investigación privados o entidades estatales destinadas para tal fin; Lavis et al, consideran que la oportunidad de transferir un conocimiento asertivo depende de la practicidad y sencillez con la cual socializa los resultados según vaya dirigida a la comunidad, los gobiernos nacionales y/o regionales, de los cuales es importante evaluar el impacto y apropiación en la transferencia del conocimiento y cómo se articuló a la Política Pública (Lavis, Robertson, Woodside, Mcleod, & Abelson, 2003).

A ello debe sumarse que la evidencia como argumento para proposición o modificación de políticas incluyen estudios cuantitativos derivados de las investigaciones epidemiológicas y cualitativos, provenientes de la narrativa que los actores en análisis de caso o por experticia incluyen en la discusión de la agenda pública (Brownson, Chriqui, & Stamatakis, 2009).

Las investigaciones también pueden influir las políticas desde cuatro ópticas: primero identificando problemas críticos, definiendo el contexto sobre el cual se desarrolla como sucedió en el año 2019 con la pandemia mundial por COVID 19, en la cual conforme la humanidad iba conociendo mejor el comportamiento del virus empezó a desarrollar mejores recomendaciones para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Segundo: revisando los beneficios y perjuicios de las políticas, a partir de las fortalezas y debilidades que una potencial política puede generar y la legitimidad que la misma puede tener en el cuerpo médico y la comunidad; parte de la premisa que investigar los resultados puede influenciar con mayor agilidad los procesos de la política que las investigaciones enfocadas a identificar problemas.

Tercero: estimando los costos y consecuencias de las propuestas de reforma que además de contribuir a medir la sostenibilidad fiscal de una iniciativa, permite conocer indicadores financieros aplicados en otros espacios de investigación; por último, medir la participación en el proceso de contribuir a la toma de decisiones, que se puede presentar en la discusión del legislativo en proyectos de Ley o en el desarrollo de políticas emanadas del ejecutivo, los actores que desde ahí inciden, actúan a nivel consultivo o *lobby* si hacen parte de un grupo de interés. (Clancy, Glied, & Lurie, 2012)

Cuarto: el concepto de gobernanza basado en la participación e incidencia de la comunidad resalta el papel que los actores sociales adoptan en la toma de decisiones y en la configuración de políticas públicas, que puede adoptarse desde una concepción utilitaria, donde el argumento para involucrar a la comunidad es el beneficio en la reducción de costos o eficiencia del servicio, así como una mejor toma de decisiones y mejor aceptación de la comunidad si la misma ha sido incluida en la formulación.

Contrario a este precepto, se presenta la concepción de empoderamiento que otorga en la comunidad el derecho a participar en la toma de decisiones que afectan su diario vivir, práctica que posteriormente generará apropiación de política.

La participación comunitaria involucra diferentes maneras en las cuales puede articularse al desarrollo de un sistema de salud que pueden depender del contexto social, económico y político de un país (Draper & Rifkin, 2020); por ejemplo, la población LGBTIQ tendrá niveles de participación limitada en sistemas restrictivos y autoritarios, en contraste podemos observar que la población norteamericana y europea puede influir en mayor medida sobre la demanda de servicios y los grupos poblacionales contribuyen en mejor medida a resolver.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ha adoptado conforme a la espacialidad y la temporalidad prioridades en alguno de los conceptos de gobernanza previamente mencionados; la gobernanza en red se ha construido desde las tres orientaciones: en el comportamiento del actor y sus recursos, el Ministerio de Salud y las Secretarías o Institutos Departamentales, asumen la rectoría y el papel de organización, inspección, vigilancia y control de las políticas públicas en salud; por otro lado, las Entidades Promotoras de Salud emplean como recurso las propuestas que desarrollan para la Gestión Integral del Riesgo; la prestación de servicios entre organizaciones como mecanismo de supervivencia se supedita al cumplimiento de los estándares de habilitación que aseguradores y prestadores deben obtener, es así como las EPS dependen del ADRES en su financiamiento y la Superintendencia de Salud en su funcionamiento; paralelamente, los pagos a prestadores de servicios de salud y medicamentos, otorga liquidez y posibilidad de sostenibilidad a las IPS, ESE y farmacéuticas.

Ya en un establecimiento más complejo se puede observar la interdependencia de actores, incluyendo con mayor visibilidad a la sociedad en encuentros, mesas y consejos consultivos derivados de la norma que los convoca o el liderazgo de alguno de los actores para confluir en un mismo escenario, donde se exponen los puntos de vista que se verán plasmados en las mesas de interlocución, los medios de comunicación, la construcción de los Planes Territoriales de Salud y la atención de contingencias.

La Constitución Política de Colombia, define al Estado colombiano como República unitaria, descentralizada; a partir de esta consideración se ha estructurado la administración pública sectorial. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es regido por un estamento central que es el Ministerio de Salud, que a su vez apoya su misión institucional en las Leyes que el congreso dictamina para el sector y los Decretos y Resoluciones que elabora para la operatividad del Sistema; para que estas puedan armonizarse y ser efectivas en los territorios, necesitan que sean desarrolladas por los actores regionales que pueden establecer con mayor asertividad su implementación; este modelo multinivel, que en la comunidad europea es empleado para desarrollar las políticas emanadas de la Unión Europea a los países y posteriormente a sus regiones, es empleado en similar forma por las considerables diferencias geográficas, económicas y sociales del territorio colombiano.

El concepto de gobernanza basado en la evidencia científica, además de verse reflejado en el episodio de pandemia por COVID-19, puede apreciarse en la elaboración del Análisis de la Situación de Salud en cada territorio para luego definir los determinantes sociales en salud; es la recopilación de información epidemiológica y estadística lo que

permite construir los Planes Territoriales de Salud; otro ejemplo visible en Colombia son los avances adquiridos en el tratamiento de enfermedades endémicas propias de la zona tropical.

Por último, el concepto de gobernanza basado en la participación comunitaria, está presente en la convocatoria que los actores realizan a la comunidad para que sean partícipes de los procesos de construcción y planeación de planes, programas y proyectos, posiblemente es un segmento que aún deba fortalecerse desde la formación del ciudadano para el conocimiento de los principales desafíos del sector salud y la adquisición de espacios determinados normativamente para que sean partícipes en la toma de decisiones.

Perspectivas de gobernanza en salud. Prah analiza la gobernanza en salud desde cuatro perspectivas que contienen un marco de aplicación diferente: La primera de ellas está relacionada con la seguridad y política exterior donde los Estados establecen contingencias para mitigar los riesgos ante la llegada de nuevas enfermedades ocasionadas por pandemias o el eventual escenario de armas biológicas, los ejemplos más notorios fueron las medidas adoptadas por los países cuando se conoció en la década de los ochenta el virus del SIDA, el virus H1N1 en el 2009 y el COVID-19 en el 2020. Desde el enfoque de seguridad, las potencias mundiales han sorteado amenazas por ántrax, envenenamientos y armas biológicas.

En la segunda perspectiva la salud es visualizada desde el enfoque de seguridad humana, donde adquiere un valor universal a partir de la estabilización de indicadores como los Determinantes Sociales en Salud y los determinantes sociales y económicos.

Tercero, la perspectiva de la salud como Derecho Humano, propende por generar un avance en catalogarla en el mismo rango de los derechos humanos, civiles, políticos, sociales y económicos inalienables para todos los habitantes del planeta con un sustento legal que universalice su prestación y acceso; la ejemplificación en la búsqueda de este propósito es la creación de la Organización Mundial de la Salud y las recomendaciones que la entidad origina para los países miembro.

Cuarto, la perspectiva de la salud como un bien público global, que resalta la colaboración entre países para armonizar la provisión de servicios en modo de cooperación, transferencia de conocimiento o transacción comercial, de la cual resulta un beneficio mutuo; se ejemplifica en la ayuda de países con Sistemas de Salud robustos o alto desarrollo económico a naciones en vías de desarrollo o con Sistemas de Salud precarios. (Prah, 2018)

Pato Lorente, desarrolla una serie de propuestas para una gobernanza óptima en salud, donde se interrelacionen los modelos participativos jerárquico y en redes, que abarca el gobierno desde la colaboración para articular los canales de comunicación y confianza que

fortalezcan la transparencia y rendición de cuentas, el compromiso ciudadano desde la figura de coproducción y cooperación en la toma de decisiones, la rectoría del sistema empleando simultáneamente mecanismos de regulación y persuasión, entendiendo que la inspección, vigilancia y control no es el principal mecanismo para garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados, la independencia de los organismos de control y consultivos para determinar con objetividad las recomendaciones de política y la adaptabilidad de las políticas conforme a la rápida evolución de los avances normativos y científicos, así como las particularidades del contexto geográfico y epidemiológico (Pato Lorente, 2011).

Inclusión de la gobernanza en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema de Salud Colombiano, desarrolló la Resolución 3202 de 2016, en la cual adopta el manual metodológico para la implementación de las Rutas Integrales en Salud (RIAS); en ella define la gestión de la salud pública como un proceso integral, dinámico, participativo y sistemático, liderado por la autoridad sanitaria para que los diferentes planes, programas y proyectos sectoriales sean funcionales y coordinados interinstitucionalmente entre los actores del sistema para conseguir las metas establecidas a nivel nacional y territorial; propende porque la conducción y liderazgo del Sistema de Seguridad Social en Salud recaiga en las autoridades sanitarias y que sean ellas quienes promuevan la garantía en el aseguramiento en salud, el adecuado acceso a los servicios de salud, la veeduría en el cumplimiento de los objetivos y la inserción efectiva de la ciudadanía. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). A partir de estos principios, la institucionalidad define la gobernanza en salud de la siguiente manera.

“la gobernanza se reconoce como un proceso por el cual se definen direcciones de la sociedad y de las formas de organizarse para realizar los objetivos (resolver problemas, enfrentar desafíos, crear frutos de valía) y del modo como se distribuyen los costos y beneficios. Mediante la gobernanza se encontrarán las orientaciones normativas, técnicas y administrativas para que los distintos niveles territoriales de la administración pública (MSPS, Departamento/Distrito y Municipios), así como los aseguradores y prestadores de salud, organicen sus procesos de gestión para lograr resultados en salud, a partir de la acción articulada de los sectores involucrados”.

La Política Pública Nacional en Salud, al ser de ejecución en niveles verticales y horizontales requiere de una buena disposición de las entidades territoriales, para ello debe reconocer en los municipios su experticia en el uso de herramientas adecuadas para abordar con mayor precisión los Determinantes Sociales en Salud; que permitirán definir la hoja de ruta en los Planes Territoriales de Salud en procura de generar actividades de promoción y prevención, convocar a la población y promover condiciones igualitarias de acceso. Este

“buen gobierno por la salud” (Mortieruel, Bacigalupe, & Moreno, 2021) valora los aportes de cada uno de los actores, los institucionales desde su capacidad técnica y los sociales desde su conocimiento empírico y analiza la capacidad técnica disponible para la atención y acceso de servicios y visualiza las condiciones propicias para generar mejores indicadores de salud en el grueso de la población.

Metodología

Tipo de estudio

La gobernanza estudia la interacción de actores, la rectoría del SGSSS y la participación de la sociedad; por tanto, la subjetividad del ser humano, la posición normativa pero además ideológica de quienes detentan la responsabilidad y las tensiones presentadas en la resolución de conflictos, permiten deducir que el método más cercano para analizar los resultados debe ser de carácter cualitativo. El común denominador en la aproximación de esta metodología es que todo individuo o grupo, posee una única forma de ver el mundo, lo que conlleva diversidad en la interpretación de los fenómenos presentes y contexto; la construcción del conocimiento está basada en la experiencia propia y ajena, al igual que la forma en la que fue transmitida; Se evalúa los procesos en forma natural sin propiciar condicionantes a la investigación, es decir que adquiere un carácter de mayor observación, donde la convergencia de realidades se constituyen en insumo de datos; y su propósito no contempla desarrollar conclusiones de amplio espectro de aplicación, es decir que el conocimiento adquirido no puede generalizarse. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Recolección de información

Las herramientas seleccionadas para la adquisición de información corresponden a los documentos de los Planes Territoriales de Salud 2016-2019 y 2020-2023; desde su componente programático y el archivo de monitoreo realizado por parte del Ministerio de Salud, para establecer el avance en los objetivos y metas trazados, los cuales complementarán el desarrollo de entrevistas semiestructuradas, que se basan en un cuestionario con una guía de asuntos y precisiones adicionales. La realización de esta actividad se desarrolló en sus sitios de trabajo y con autorización expresa de los entrevistados la entrevista fue grabada. (ver anexo 2).

El total de entrevistas realizadas, corresponden a un total de ocho personas, quienes, por su cargo, responsabilidad y capacidad de incidencia, representan un insumo importante en la consecución de resultados. Para quienes ejercen el rol de rectoría se entrevistó a la

directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y al secretario Municipal del Municipio de Pasto. Desde el aseguramiento, fueron entrevistados el gerente del área de servicios de la EPS EMSSANAR, la cual pertenece al Régimen Subsidiado en Salud y al director de oficina en Pasto de Sanitas EPS, perteneciente al régimen contributivo. En la prestación del servicio, se entrevistó al gerente del Hospital Departamental de Nariño y la Subgerente de salud e investigación de la ESE pública Pasto Salud. En el rol de la academia fue entrevistado el rector de la Universidad Cooperativa de Colombia y desde la sociedad al presidente de la asociación de usuarios de EMSSANAR y otras instituciones prestadoras de servicios.

Las variables indagadas en el cuestionario, corresponden a la búsqueda de información respecto a la comprensión sobre el concepto de gobernanza, la relevancia de la institución de la salud como derecho fundamental y las políticas que acompañan su garantía, la interrelación de actores, la identificación de problemáticas de salud en el ámbito local, los canales de comunicación empleados, los mecanismos de participación e interacción con la ciudadanía.

Análisis de caso

Se analizará el proceso de gobernanza y el modelo adoptado en el Municipio de San Juan de Pasto, capital del Departamento de Nariño, ubicado al Suroccidente de Colombia, en zona de frontera, con Ecuador, cuenta con 12 comunas en el sector urbano y 17 corregimientos pertenecientes al sector rural (anexo 1). El municipio cuenta con una población aproximada de 400 mil habitantes, la cual presentó un leve crecimiento a partir del año 2020. Conforme a la proyección del 2023, el 53.24% corresponde a mujeres y el 46.76% hombres; la distribución geográfica se concentra principalmente en el sector urbano con un 77.80% en comparación al 22.20% que habita en el sector rural (tabla No 9).

Tabla 9: Población proyectada Municipio de Pasto 2016-2023

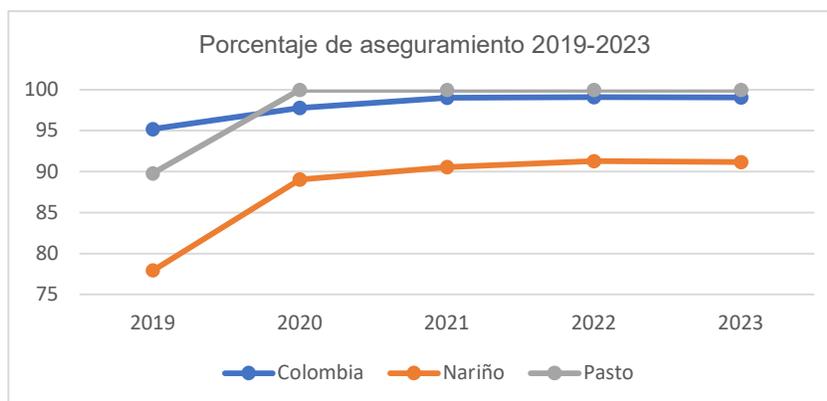
Genero	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	185.506	186.134	185.707	185.416	189.579	190.942	191.730	192.494
Mujeres	203.678	204.593	207.223	207.332	212.494	214.788	216.628	218.341
Área	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Urbana	306.139	306.793	308.095	306.527	312.737	315.573	317.675	319.669
Rural	83.075	83.934	84.835	86.221	89.336	90.157	90.683	91.166
Total	389.184	390.727	392.930	392.748	402.073	405.730	408.358	410.835

Fuente: Proyecciones DANE 2016-2023

Respecto al aseguramiento, San Juan de Pasto alcanza la universalidad al mantener la afiliación de toda su población en alguno de los regímenes existentes (figura No 9). En mayor porcentaje, los habitantes se encuentran en el régimen subsidiado con el 56.48%,

seguido de el régimen contributivo con el 40.29% y los restantes que pertenecen a algún régimen de excepción o especial con 3.23% (tabla No 10). Es preciso resaltar que las cifras de afiliación no son concordantes con las proyectadas por el DANE para el total de población, situación generada por la debilidad en la interfase de los Sistemas de Información existentes en las entidades del Sector Público.

Figura 6: Porcentaje de afiliación Municipio de Pasto 2019-2023



Fuente: Minsalud – cifras de aseguramiento en salud (2023)

Tabla 10: Régimen de afiliación habitantes Municipio de Pasto 2019-2023

RÉGIMEN	2019	2020	2021	2022	2023
CONTRIBUTIVO	175.421	177.211	187.993	177.730	172.921
SUBSIDIADO	225.077	231.420	227.409	238.274	242.397
EXCEPCIÓN/ESPECIALES	12.970	112.897	13.858	13.866	13.796
TOTAL AFILIADOS	413.468	421.528	429.260	429.870	429.114

Fuente: Minsalud – cifras de aseguramiento en salud (2023)

Resultados de la investigación

Análisis de Información

Al ser la gobernanza maleable y diferente, se plantea analizar las dinámicas de gobernanza en salud en el Municipio de Pasto, desde la identificación de las reglas de juego existentes a partir de la promulgación de la Ley Estatutaria en salud. Se adopta la teoría del nuevo servicio público, toda vez que retoma la noción de servicio público y se articula con las características presentes en la Ley Estatutaria, en el relacionamiento con el ciudadano, el interés público por mejorar las condiciones de salud desde un enfoque preventivo y de

cuidado, el fomento a la participación ciudadana en rendición de cuentas y actuaciones democráticas y la autoridad ejercida desde un parámetro de rectoría.

Para ello, se tomará como referencia, el Marco Analítico de Gobernanza, propuesto por Hufty (2008), justificado en dos razones; primero, es un marco desarrollado con énfasis en salud pública y segundo, que de conformidad al análisis del estado del arte, ha sido una herramienta empleada considerablemente para este tipo de análisis. Se abordará las cinco categorías analíticas: los problemas, los actores, los puntos nodales, las normas y los procesos ceñidos a la descripción que el autor propone de las mismas en su texto *“una propuesta para concretar el concepto de Gobernanza: el marco analítico de la Gobernanza”*.

Los problemas

La identificación del problema sujeto a un análisis de gobernanza, debe considerar los sustentos técnicos y la perspectiva de los actores; desde el papel que estén desarrollando; la comprensión de la problemática, así como su ponderación, estará condicionada por el grado de afectación que le confiere; por ejemplo, mientras que para los aseguradores y prestadores la insuficiencia de recursos representa un inconveniente mayor, para el usuario es irrelevante, en la medida en que su visión se enfoca a que estas entidades mejoren el acceso a la prestación de servicios, independiente de su situación financiera. Por tal motivo, entender las razones del otro; ponerse en sus zapatos, es lo que permite en la gobernanza, una visión integrada de la cuestión a resolver.

Para conocer la percepción de los actores respecto a la definición del problema, se preguntó a los entrevistados cual consideran el principal reto a resolver en este momento; corroborando que la comprensión de la problemática obedece a la condición espaciotemporal en la que esté situado, respondieron principalmente a las necesidades que su sector demanda (tabla No 11).

Tabla 11: Percepción del problema desde los actores

Actor	Sector	Principal Problema por resolver
Entrevistado 1	Instituto Departamental de Salud de Nariño	<i>“Una dificultad que se debe tratar es el acceso a los servicios de salud, principalmente en las regiones que son geográficamente apartadas, de muy difícil acceso, porque no solamente es la distancia, es la calidad de las vidas, también el tema del conflicto armado que muchas veces impide que se pueda llegar a estos territorios a pesar de que se ha tratado de lograr la universalización del aseguramiento” ... “el acceso todavía presenta barreras a los diferentes niveles de atención y yo creo que eso es una de las cosas que se debe abordar, porque hablamos de un derecho fundamental a la salud, hablamos de un aseguramiento donde se supone tenemos garantía en la prestación de los servicios de</i>

		<i>salud, pero muchas veces el acceso se ve limitado o demorado”</i>
Entrevistado 2	Secretaria Municipal de Salud de Pasto	<i>“Hay varios problemas, pero el principal justamente es hacerle cambiar al ciudadano, al usuario de los servicios de salud la cultura de la prevención. Hoy tenemos una cultura reactiva que encarece la prestación de servicios.”</i>
Entrevistado 3	EMSSANAR EPS	<i>“nosotros prácticamente encontramos y nos damos cuenta de la problemática de limitaciones en materia de infraestructura, donde encontramos considerables desviaciones que tenía nuestro proceso de atención, sobre todo en esa insuficiencia de camas y que lo vivimos prácticamente camas en unidad de cuidado intensivo” ... “Me parece también que otra de las de las problemáticas que se surtió fueron los desabastecimientos de las medicinas.”</i>
Entrevistado 4	EPS Sanitas	<i>“No es posible ejercer un derecho si no hay una responsabilidad, si no hay unos deberes, el derecho por constituirse como derecho no implica que las cosas que haya que cumplir se cumplan per sé”</i>
Entrevistado 5	Asociación de Usuarios	<i>“a veces las EPS tratan de no aperturar más servicios en otras instituciones; o sea no hay una contratación más amplia”</i>
Entrevistado 6	Universidad Cooperativa de Colombia	<i>“creo que es el primer y principal problema que tiene el sistema ahora y es la atención primaria en salud” ... “Otros problemas secundarios son la corrupción, hay que manejar muy bien esa parte” ... “un tercer punto mencionaría que se necesita fortalecer y mejorar el pago de los profesionales en salud”</i>
Entrevistado 7	Hospital Universitario Departamental de Nariño	<i>“Creo que debe respetarse en mi opinión, un Plan Obligatorio de Salud o un Plan de Beneficios en Salud, porque considero que en momentos se garantizan derechos a los ciudadanos que no son costo-eficientes o no son costos efectivos, en muchas ocasiones se desvía este propósito y se termina cubriendo servicios que a la postre no son servicios de salud, sino que más bien son necesidades de tipo social que se interpretan como necesidades de salud”</i>
Entrevistado 8	ESE Pasto Salud	<i>“los retos más importantes son de efectividad y oportunidad, efectividad frente a la resolutivez que hay que tener dada la necesidad de salud y la oportunidad que no tenga acceso, porque la cobertura ya está dada, porque el Ministerio ha sido muy claro que todos tenemos derecho a que nos atiendan, ahora hay que mejorar es el acceso, que haya los suficientes médicos, los suficientes consultorios, que haya las suficientes instituciones de salud para que me puedan atender.”</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de información consignada en entrevistas a actores territoriales.

Principalmente, los problemas que los actores identifican como prioritarios, hacen referencia a la dificultad en el acceso a los servicios por dispersión geográfica reflejada en baja infraestructura física de la zona rural e insuficiencia de especialistas y la indebida destinación de los recursos en salud por dos factores, la cultura reactiva de la ciudadanía al acudir a los servicios de salud en momentos de enfermedad obviando las actividades de promoción, prevención y autocuidado que desencadena mayores costos de atención, sumado al giro de capital financiero a actividades que no corresponden al sector salud.

Establecer sincronía entre los actores para definir un problema consensuado requiere en primera instancia de mecanismos de participación y convocatoria, para ello la construcción del Análisis de Situación en Salud (ASIS) propende por congregarse la mayor participación posible de aseguradores, prestadores y sociedad, escenario deseable para identificar los principales aspectos a intervenir en el cuatrienio; aunque se puede presumir que los mismos están condicionados a condiciones técnicas y epidemiológicas, el plan de intervención asume la corresponsabilidad de institucionalidad, aseguradores, prestadores y pacientes que a su vez se constituirán en el insumo fundamental para desarrollar los pasos de formulación del Plan Territorial de Salud (PTS).

Para el periodo 2016-2019, el Municipio de Pasto identificó cinco variables que afectaban la integralidad en salud: primero, el conflicto armado como vector de incremento en las problemáticas sociales, que para el sector se traduce en aumento de enfermedades transmisibles y mayor requerimiento en la prestación de servicios, siendo insuficiente la red instalada; segundo, una cultura apática al comportamiento y adopción de hábitos y estilos de vida saludables; tercero, la baja articulación a políticas intersectoriales que contribuyan a disminuir los determinantes sociales en salud, sumado a la débil infraestructura física para la atención de la ciudadanía, especialmente en el sector rural y la renuencia por adoptar los planes y políticas que acompañan la garantía del Derecho fundamental a la salud; cuarto, la inexistencia de una política ambiental que considere las condiciones sanitarias para el mejoramiento en la calidad de vida de las personas; quinto, la deficiencia en la política de seguridad alimentaria y nutricional que desencadena episodios de desnutrición, sobrepeso, y obesidad (Alcaldía Municipal de Pasto, 2016).

En el periodo 2020-2023, el gobierno municipal ha presentado como principales asuntos a resolver, las afectaciones en salud por dispersión geográfica y acceso oportuno en la prestación de servicios de salud, especialmente en grupos poblacionales vulnerables; el crecimiento demográfico como atenuante de alteración ambiental por insuficiente sensibilización de cuidado al entorno y que amenazan la salud de las personas, finalmente, la presencia de pobreza multidimensional que impide el disfrute pleno de los Derechos humanos y los recursos necesarios para mantener condiciones y hábitos de vida saludable (Alcaldía Municipal de Pasto, 2020).

Los Planes Territoriales de Salud de los dos periodos atienden los principios de planeación asociados a la continuidad, en la medida que guardan perspectivas similares en el abordaje de los problemas, principalmente en el acceso a los servicios de salud, participación al formularse con los actores incidentes a nivel territorial y coherencia al no desviar el foco de atención en actividades ajenas al sector salud.

En contraste con los principales desafíos manifestados por el grupo de entrevistados, se puede observar concordancia respecto a la cultura reactiva o apática para la adopción de hábitos saludables y actividades de promoción y prevención, así como las dificultades de acceso al servicio por dispersión geográfica, especialmente en la zona rural del municipio. Se podría decir entonces, que las herramientas empleadas para identificar las cuestiones problemáticas en el sector salud, son útiles y efectivas, por cuanto acatan las percepciones de los participantes se plasman en los documentos institucionales.

Las normas sociales

Las normas sociales contempladas, están definidas por dos variables de interlocución, las que están definidas mediante leyes, decretos y/o resoluciones, que a su vez permiten madurar la institucionalidad. Y las que se originan en la conformación de redes de comunicación entre usuarios y los responsables de otorgar y prestar un servicio de salud adecuado.

La metodología establece que las normas son la primera aproximación a las reglas de juego y que estas se desarrollan en tres niveles: un debate en el cual sean conocidas y aceptadas, un segundo nivel en el que han sido debatidas y modificadas y un tercer nivel en cómo se van a definir las reglas y quien tiene la legitimidad de decidir las reglas (Hufty, 2008); es importante aclarar que todas y cada una de las normas abordan los tres niveles, sin embargo algunas concentran su desarrollo en alguno de ellos, para una mejor ilustración, voy a abordar algunas cuestiones principales y ejemplos que lo demuestren.

Al desarrollarse el modelo desde una rectoría central, las normas que rigen el Sistema de Salud en Colombia, principalmente en cuanto a su operatividad y metodología refiere, son conocidas y aceptadas; es decir que tanto Decretos como Resoluciones emitidas por el Ministerio y la Superintendencia de Salud, no tienen mayor espectro de discusión y objeción por parte de los actores locales, sin embargo, al contar cada territorio con una rectoría local que rinde cuentas a la entidad administrativa superior (Departamental o Nacional), tanto el IDSN como la Secretaría de Salud del Municipio se convierten en garantes del conocimiento y apropiada adecuación de las actualizaciones normativas emanadas por el Ministerio de Salud o la Superintendencia Nacional de Salud. De igual manera, también establecen alguna normatividad local en complementariedad con los Decretos, Leyes y Resoluciones Nacionales que deben ejecutarse por medio de Resoluciones o Acuerdos.

Las iniciativas que pretenden reformar parte del sistema o su totalidad adquieren mayor preponderancia en el segundo nivel; puesto que tienen dos escenarios de discusión y debate, la difusión por medio de redes sociales y medios de comunicación que pueden

contener información veraz o sesgada y el escenario de discusión natural de las reformas que es el Congreso de la República; en este caso, los actores locales no interactúan en el territorio sino que son partícipes de las discusiones por intermedio de la representación en agremiaciones, sociedades o grupos políticos.

Desde el territorio, los actores participan de las normas sociales en la aprobación de los Planes Territoriales de Salud que son debatidos en el Concejo y las citaciones de Asamblea y Concejo Municipal por asuntos de control político.

Ya en un tercer nivel, se encuentran las normas que han definido quienes participan como actores válidos en la configuración del Sistema, pues han sido legitimados en el contenido normativo y además, establece en que momentos y escenarios, cada uno de ellos asume el liderazgo, es así como por ejemplo, la Rectoría del Sistema está en cabeza del Ministerio de salud y posteriormente se traslada conforme a sus competencias a las entidades territoriales (se define por normatividad); el papel del aseguramiento por parte de las EPS y la prestación de servicios por parte de las IPS, está contemplado en un ordenamiento jurídico, incluso la participación de la comunidad y los mecanismos de rendición de cuentas se encuentran reglamentados.

Simultáneamente, las normas se clasifican conforme a su tipología, las meta-normas que están orientadas por principios matrices que definen un contrato social, las constitutivas que orientan la identidad y razón de ser de los actores y las regulativas que definen las reglas de conducta e interlocución (Hufty, 2008); no nos explayaremos en la explicación de las normas ya que se encuentran descritas en la primera parte del documento y el marco teórico, pero haremos su respectiva clasificación para efectos de mantener la consistencia de la metodología, la inclusión de estas en la dinámica territorial se puede observar de la siguiente manera:

Las meta-normas, provienen desde la discusión de la gobernanza en salud por la OMS y la inclusión del concepto de Atención Primaria en Salud como característica fundamental para solventar los determinantes sociales en salud; también refieren la participación de la sociedad, los mecanismos de rendición de cuentas y la necesidad de un sistema financieramente estable.

Las normas constitutivas, para el caso de estudio se originan en la matriz de la Ley estatutaria 1751 de 2015 que eleva a Derecho fundamental la salud; a partir de este precepto se originan políticas y modelos de operación que tienen como objeto dar cumplimiento a los principios y propósitos de la Ley estatutaria, que dan origen a la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), las Rutas

Integrales de Atención en Salud (RIAS) y su respectiva definición de lo que debe ser la Gobernanza en salud para Colombia.

Las normas regulativas, que definen el quehacer de cada actor y como deben articularse en ciertos escenarios, aterriza en la dinámica local lo que las meta normas y normas constitutivas pretenden; entonces surgen las competencias y responsabilidades de los actores municipales, por ejemplo en la formulación de los Análisis de Situación en Salud y el mecanismo para que sea incluido en los Planes Territoriales de Salud, la reglamentación y funcionamiento de los Consejos Municipales de Salud y la normatividad, estatutos y competencias orgánicas de los actores que componen el sistema (Gobierno Departamental y Municipal, aseguradores, prestadores, asociaciones de usuarios, ligas de usuarios, academia).

La segunda variable de interlocución que refiere a los canales de comunicación entre los usuarios y actores responsables de una efectiva prestación del servicio contiene elementos formales e informales que adquieren legitimidad conforme su calidad y capacidad de respuesta.

A los encuestados se les preguntó sobre que medios utilizan para interactuar con los demás actores; la totalidad refirió medios formales como los correos electrónicos, oficios de requerimiento y/o invitación, normas regulatorias, buzones de PQRS; desde la dinámica informal, mencionaron como canales recurrentes y efectivos, reuniones con equipos directivos, llamada por celular y videollamadas, los mensajes por WhatsApp y los grupos conformados en esta aplicación. Aunque los últimos no se encuentran legitimados normativamente, se constituyen en la principal herramienta para el abordaje de problemáticas y posibles soluciones; la pandemia fortaleció estos mecanismos y en un futuro cercano, la institucionalidad deberá optar por alternativas que oficialicen y validen el desarrollo de este método informal de comunicación.

Actores

Los actores en el municipio se conforman desde la institucionalidad, la organización colectiva y la jerarquización normativa; en sí la mayoría han surgido y se han reconocido en el transcurso del tiempo desde la óptica normativa, es decir, que a partir de la promulgación de una Ley o Decreto que fomenta o reglamenta su actuación, han ingresado al Sistema. La mayoría fueron creados en el contenido de la Ley 100 de 1993, no obstante, su rol se ha modificado en reformas posteriores por situaciones contextuales y de relacionamiento. Sea por necesidad de mejora o capacidad de los actores para incidir en el funcionamiento del SGSSS. Por ejemplo, inicialmente quienes administraban los recursos territoriales asignados

al aseguramiento en salud estaban a cargo de las Alcaldías Municipales, situación que cambió por la malversación de recursos y demora en los procesos de contratación con las EPS. Este fue un cambio por necesidad de mejora. En contraste, por capacidad de incidencia, las compañías farmacéuticas lograron en la primera década del siglo XXI la liberación en los precios de medicamentos, obteniendo beneficios en los medicamentos con patentes exclusivas o de alto costo.

La rectoría del sector a nivel departamental reside inicialmente en Instituto Departamental de Salud en Nariño¹⁵, quienes, por un lado, coordinan a los actores presentes en el Departamento para formular e implementar planes de salud pública; desde otra instancia, están encargados de la inspección, vigilancia y control de cada uno de los 64 municipios existentes en el Departamento de Nariño. Ya en la esfera local, la Secretaría Municipal de Salud, ejerce función rectora, que, en términos de Fernández Cantón, debe fortalecerse desde la conducción sectorial, la regulación, la gestión de recursos, el aseguramiento, la prestación y las funciones de salud pública (Fernández Cantón, 2019), que en su operatividad, se materializa en la convocatoria de los actores presentes en el territorio para participar en los procesos de planeación, formulación, ejecución y monitoreo del Plan Territorial de Salud. Conforme a la utilidad y competencia, define en cual etapa pueden otorgar mayor preponderancia a su participación; en este caso estaríamos asumiendo principalmente una relación jerárquica, vertical.

Sin embargo, el ente rector también debe aplicar estrategias de comunicación asertivas a la horizontalidad de las relaciones, toda vez que requiere legitimar los PTS y la estrategia para conseguirlo, es la convocatoria persuasiva de los grupos de asociaciones de usuarios y grupos por tipología de enfermedad. Respecto a los actores institucionales, como son las EPS y los hospitales, retoma la jerarquización para el monitoreo en el cumplimiento de objetivos, pero asume una actitud prioritariamente horizontal en la implementación del programa, mediante acciones articuladas en brigadas, campañas y recientemente, la mitigación de riesgos por la pandemia de COVID-19.

Un asunto destacable sobre quienes ejercen la rectoría del Sistema es su permanencia y rotación en los puestos directivos, quien fuera Secretaria de Salud Municipal en el periodo 2016-2019, hoy se desempeña como directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño, mientras que el funcionario que ejerce como Secretario Municipal de Salud, fue subdirector del IDSN, además de Pasto Salud ESE, en el periodo 2016-2019. Es relevante esta situación, por cuanto se garantiza la continuidad de políticas públicas trazadas en periodos anteriores y

¹⁵ La elección de los directores a nivel departamental o Secretarios de Despacho, se realiza por libre nombramiento y son designados por el alcalde o gobernador según la competencia territorial.

se mantiene un ambiente de cordialidad entre quienes ejercen el liderazgo del sector a nivel local.

El aseguramiento en el Municipio de Pasto es realizado por catorce EPS de los regímenes existentes en el Sistema, tan sólo tres de ellas, abarcan el 90% de la población (tabla No 12). Adquiere relevancia la presencia de EMSSANAR S.A.S, por cuanto su casa matriz y fundación es originada en este municipio hace más de 25 años, desde un modelo de economía solidaria que opera régimen subsidiado principalmente, que en un principio generó confianza y sentido de pertenencia por los usuarios. Posteriormente y derivado del aumento de la siniestralidad y gobernanza a partir de 2015 inicia un proceso de crisis financiera y de atención, que desencadena en intervención de la empresa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Su estrategia de aseguramiento es un Modelo de gestión del riesgo en salud, focalizado a los usuarios pertenecientes a grupos de riesgo definidos, con relevancia para su aplicación en los municipios de Pasto y Cali (EMSSANAR SAS, 2020).

Sanitas EPS, maneja un gobierno corporativo centralizado en la ciudad de Bogotá, con un jefe de oficina en la ciudad de Pasto; pertenece al grupo Keralty y su foco de atención es la población del régimen contributivo, desde una perspectiva orientada a la Atención Primaria en Salud. Por su parte, la Nueva EPS, surge como evolución del antiguo Instituto de Seguros Sociales (ISS) que era la entidad estatal encargada de la operación del Sistema de Seguridad Social previo a la Ley 100 de 1993, es la más grande del país y al igual que Sanitas, maneja una sede administrativa perteneciente a la regional Suroccidente. La regionalización de EMSSANAR, sumado al número de afiliados, le permite generar mayor incidencia y articulación con los demás actores del sector en el Municipio.

Tabla 12: EPS aseguradoras en el Municipio de Pasto

Nombre Entidad	Régimen			Total Afiliados
	Contributivo	Subsidiado	Excepción y Especiales	
<i>Emssanar SAS</i>	17.983	171.726		189.709 (44.15%)
<i>EPS Sanitas</i>	94.472	26.970		121.442 (28.26%)
<i>Nueva EPS</i>	52.945	24.789		77.284 (17.98%)
<i>Régimen de Excepción</i>			14.409	14.409 (3.35%)
<i>Mallamas EPSI</i>	1.477	12.401		13.878 (3.23%)
<i>Famisanar EPS</i>	6.231	6.484		12.715 (2.96%)
<i>Asmet Salud</i>	213	1		214 (0.05%)
<i>S.O.S</i>	30	8		38 (0.01%)
<i>Ferrocarriles Nacionales</i>	12			12 (0%)
<i>Coosalud</i>	1	10		11 (0%)
<i>EPS Familiar de Colombia</i>	1	6		7 (0%)
<i>EPS Sura</i>	5			5 (0%)
<i>Compensar EPS</i>	1			1 (0%)
<i>Salud Total EPS</i>		1		1 (0%)
<i>Savia Salud</i>		1		1 (0%)

Fuente: Minsalud – Cifras de aseguramiento en salud 2023

Mediante diversos mecanismos de contratación con EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios son diversas en el Municipio (cerca de noventa IPS) entre públicas y privadas atendiendo diferentes niveles de complejidad, sin embargo, sobresalen tres entidades por la integralidad y especialidad en la prestación de servicios, así como por la cobertura en atención de usuarios. Nos referimos a Pasto Salud como Empresa Social del Estado, perteneciente al Municipio y que cuenta con una red de 22 IPS en los sectores urbano y rural, su enfoque es la Atención Primaria en Salud y las actividades de promoción y prevención en cinco líneas priorizadas, materno perinatal, enfermedades cardio metabólicas donde se atiende pacientes hipertensos crónicos y con enfermedad renal, prevención del cáncer con priorización del cáncer de mama, próstata, colon y cérvix y también ruta con enfoque diferencial donde se prioriza población vulnerable (víctimas del conflicto armado, violencia sexual y maltrato físico.); el Hospital Universitario Departamental de Nariño, que oferta sus servicios en los niveles de mediana y alta complejidad para todo el Departamento y la Fundación Hospital Infantil Los Ángeles, Institución referente en procesos de certificación de calidad e investigación académica a nivel nacional.

La participación de la Sociedad civil se refleja en la conformación de las Asociaciones de Usuarios (AU); de conformidad a la Ley 780 de 2016, todas las entidades encargadas del aseguramiento o prestación deben facilitar y promover espacios para su creación, consolidación y renovación; con el propósito de ejercer veeduría a quienes otorgan los servicios. La mayor coordinación en red de los grupos de AU, se encuentran en Pasto Salud, que ha logrado conformar y mantener a los grupos de participación en cada una de sus 22 IPS. Desde el sector del aseguramiento, las AU de las EPS EMSSANAR, Sanitas y Nueva EPS adquieren relevancia por la dinámica de participación y conglomerado de afiliados.

Al analizar la conformación de las Asociaciones de Usuarios de los diferentes centros de Pasto Salud ESE y EMSSANAR EPS, se puede constatar que, si bien se realiza todo el proceso de convocatoria y sensibilización para la conformación de estas, persiste la dificultad en que sean renovadas nominalmente, por la baja participación ciudadana; en entrevista realizada al presidente de la AU de EMSSANAR cuando le pregunté al respecto manifestó lo siguiente: *“si te lo digo con conocimiento de causa, yo soy quien socializo acá, y hay gente que no va, yo participo en todas las reuniones y la gente no aparece. Si a la gente le dicen que vaya a un concierto gratis, llenan la plaza, pero cuando es para hablar de salud no asisten a las convocatorias.”* (Anexo 3). Sumado a ello, se realizó la verificación documental de las actas de conformación, encontrando que para el caso de Pasto Salud E.S.E, en las últimas dos elecciones, de las 22 Asociaciones de Usuarios, en 13 de ellas repite la presidencia y en 3 casos se realiza cambio funcional de junta. Para el caso de EMSSANAR, al menos 5 personas se reeligen en 3 periodos consecutivos y 4 personas en 2 periodos.

La academia en Pasto participa a través de las facultades relacionadas con las ciencias de la salud¹⁶, los procesos de investigación realizados y los convenios con las IPS. Relativamente es el actor más nuevo en el entramado local, toda vez que las carreras de medicina, apenas ingresan a la oferta educativa de educación superior hace 20 años en el Municipio de Pasto. En la actualidad son tres las universidades que ofertan este programa; Universidad de Nariño, Universidad San Martín y Universidad Cooperativa de Colombia. La evolución hacia la formación específica ha estado enfocada en posgrados de carácter administrativo, salvo la Universidad Cooperativa que en el año 2022 habilita la especialidad en Medicina Interna.

La identificación de actores en el caso de estudio se divide por quienes ejercen el papel de rectoría, inspección, vigilancia y control, las entidades encargadas del Aseguramiento, Los prestadores de servicios de Salud públicos y privados, la Academia expresada en las Facultades de Medicina y las Asociaciones de Usuarios como representación de la comunidad.

Hemos analizado los actores presentes en un modelo de gobernanza en salud en el Municipio de Pasto, desde una perspectiva institucional, quienes además encuentran respaldo normativo para actuar e incidir en las problemáticas y soluciones del Municipio. Sin embargo, es importante señalar que, en la interrelación, también participan actores informales que pueden modificar los patrones de entendimiento. Al ser la salud un Derecho Fundamental, cada vez se expresan mayores demandas en diferentes medios; justamente ahí ingresa un actor que consigue captar la atención de los ciudadanos frente a las cuestiones que los aquejan y es el rol que los medios de comunicación local, ejecutan respecto a las situaciones no atendidas. Medios de comunicación como la radio y las redes sociales, permiten, por un lado, socializar por parte de las instituciones la labor que realizan, así como las invitaciones a participar en la formulación, ejecución y monitoreo de planes, políticas y programas; desde la otra orilla, visualizan las deficiencias del Sistema, especialmente en el acceso oportuno a la prestación de servicios de salud. El reto en la difusión de la información por parte de periodistas y locutores radica en el conocimiento del gremio sobre el Sistema de Salud y la objetividad en aras de promover una discusión argumentativa por encima de una información sesgada que pueda generar mayor sintonía.

Los puntos nodales

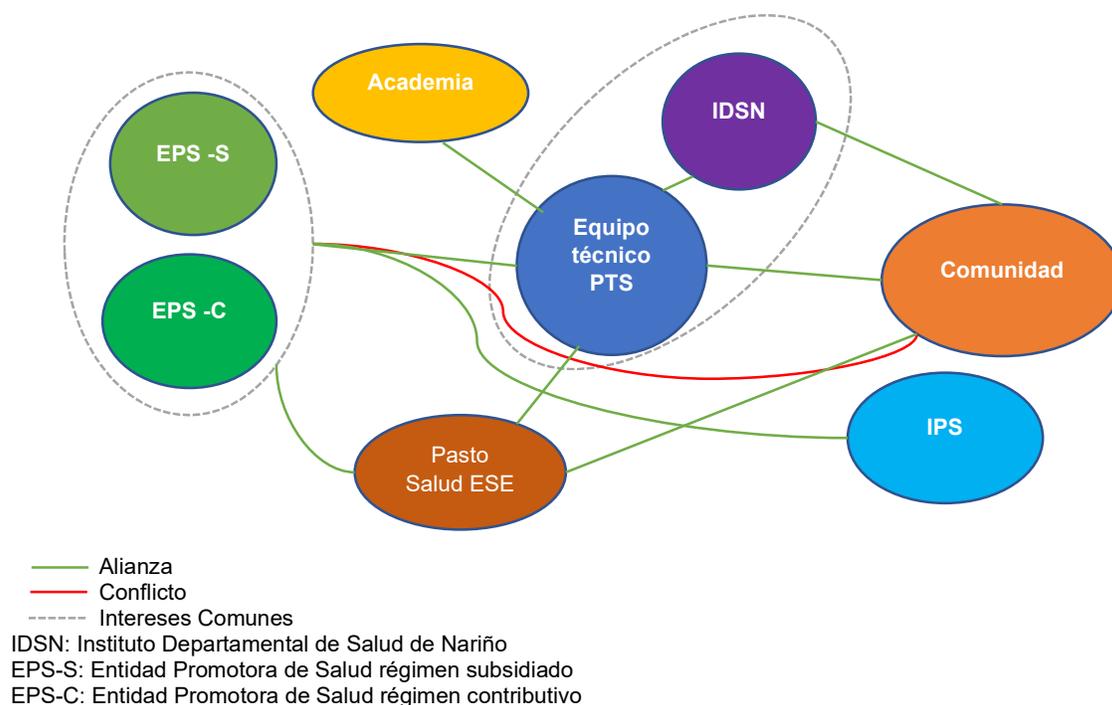
Los puntos nodales, corresponden a los escenarios donde convergen actores, programas y procesos para la toma de decisiones y el establecimiento de acuerdos, se

¹⁶ En el municipio de Pasto, se brindan los programas de enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, tecnologías en promoción y prevención, radiología y auxiliares en servicios de salud.

materializa en los diferentes momentos que han significado una transformación en la interrelación de los actores a nivel territorial, se identifica como principales hitos la formulación de los Análisis Situaciones en Salud (ASIS) y los Planes Territoriales de Salud (PTS), la pandemia por COVID-19 y los procesos de rendición de cuentas.

La formulación de los ASIS y los PTS, elaboran su primera experiencia desde la promulgación de la salud como Derecho fundamental para el periodo 2016-2019, es decir que la novedad normativa conlleva a mantener expectativas e incertidumbres respecto a su efectividad y potencialidad de aplicación, la principal fortaleza de su conformación, radica en que parte de un sustento estadístico robusto que permite identificar los principales Determinantes Sociales en Salud y la convocatoria de todos los actores para su construcción, así mismo cuenta con respaldo normativo e institucional, al ser socializado y aprobado en el Consejo de Gobierno y posteriormente en el Concejo Municipal de Pasto; para el periodo 2020-2023, existe una perspectiva de crecimiento desde el conocimiento, la legitimidad y avance tecnológico, principalmente en la consolidación de una base de datos que consigne con mayor fiabilidad las problemáticas en salud a resolver. Al ser de carácter participativo, el tipo de gobernanza predominante es de un esquema en red (figura No 7).

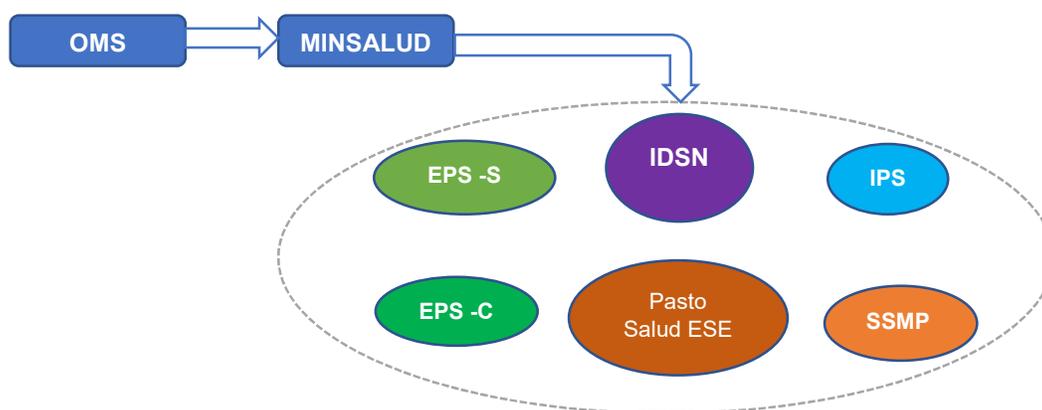
Figura 7: Punto nodal ASIS-PTS



La pandemia por Covid-19, se constituyó en el reto de mayor complejidad en los últimos años, los actores tuvieron que dejar sus diferencias conceptuales y funcionales para funcionar como un modelo único en procura de mitigar la desbordante demanda de

atenciones, hospitalizaciones y UCI, los actores coinciden que este suceso, logró consolidar un proceso de gobernanza articulado y mejoró en adelante las relaciones de los actores institucionales, sin que ello derive en obviar las funciones que a cada uno le corresponde; el modelo de gobernanza se combinó en un esquema multinivel y de evaluación científica (figura No 8).

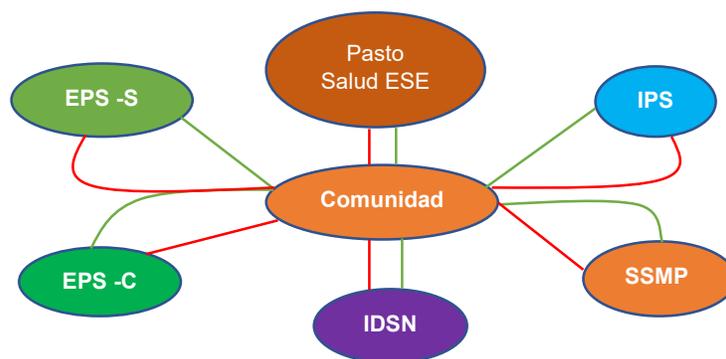
Figura 8: Punto nodal Pandemia por COVID-19



----- Intereses comunes
 IDSN: Instituto Departamental de Salud de Nariño
 SSMP: Secretaría de Salud Municipal de Pasto

Los procesos de rendición de cuentas fortalecen el principio de transparencia y conllevan a generar tranquilidad para los usuarios del Sistema, en ese orden de ideas, las entidades territoriales, promotoras de salud y prestadoras de servicios ejecutan anualmente su proceso de *accountability* a la comunidad en general; las sesiones se caracterizan por una dicotomía resultante de convocar la mayor participación posible de ciudadanos para legitimar el ejercicio contra las tensiones relacionadas por inconformidades a un acceso oportuno en la prestación del servicio, por tanto, en este escenario cobra mayor relevancia el ejercicio de veeduría; se resalta que en el caso de Pasto Salud ESE, las Asociaciones de Usuarios también ejercen la práctica de rendir ante sus miembros e interesados, la gestión realizada en el ejercicio de control social (figura No 9).

Figura 9: Punto nodal rendición de cuentas



— Alianza
 — Conflicto

La interacción se desarrolla a partir de algunas consideraciones a tener en cuenta, la percepción de gobernanza desde los actores y su interlocución con quienes componen el sistema; desde la percepción de gobernanza, los entrevistados entienden el concepto desde diferentes interpretaciones, para el representante de la Asociación de Usuarios, el ejercicio de la gobernanza se relaciona con prácticas de burocracia y politización, las Autoridades Municipales y Departamentales asocian la gobernanza con la autoridad sanitaria y la coordinación del Sistema, los aseguradores enfocan el concepto a la interacción existente en la gestión y prestación de los servicios, que garantice la perdurabilidad de las políticas públicas, la academia adiciona como componentes el manejo de recursos y formulación de políticas públicas desde un esquema piramidal y los prestadores abogan por las reglas de juego y la disciplina de los actores para aplicarlas, es decir el empoderamiento para conocerlas, apropiarlas e implementarlas. ¿En qué aspecto radica la importancia de conocer su percepción?, en que la orientación del concepto va a definir qué tipo de relación entablará cada actor.

En aras de conocer la relación entre actores, se dispuso en la entrevista preguntar cuál es el nivel de relación con cada uno de los actores, en la tabla No 13, se puede revisar que, en su mayoría, manifestaron la cordialidad y el buen entendimiento, de igual manera entablan claridades respecto al papel de inspección, vigilancia y control de los entes territoriales y la búsqueda constante en generar espacios de participación con la comunidad expresada en las Asociaciones de Usuarios.

Tabla 13: Matriz de interrelación entre actores

	IDSN		SSMP		EMSS		EPSC		UNIV.		AU		ESE		HUDN	
	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
IDSN			ICA	2	I	1	I	1	IA	3	A	2	IC	1	IA	2
SSMP	IC	2			I	1	I	1	A	3	A	3	C	3	I	1
EMSSANAR	I	2	I	1			A	1	A	0	A	2	C	3	C	2
EPS-C	I	1	I	1	A	1			A	0	A	3	C	3	C	2
UNIVERSIDAD	ICA	3	ICA	3	A	0	A	0			A	0	A	2	A	3
AU	A	2	A	2	V	3	V	3	A	0			V	3	V	3
ESE	I	1	ICA	3	A	3	A	3	A	2	A	3			C	1
HUDN	IC	3	IA	3	A	2	A	2	CA	3	A	3	C	1		

Fuente: Elaboración propia a partir de información consignada en entrevistas a actores territoriales.

IDSN: Instituto Departamental de Salud de Nariño

SSMP: Secretaría de Salud Municipal de Nariño

EPSC: EPS contributivo

UNIV: Universidad

AU: Asociación de Usuarios

ESE: Pasto Salud ESE

HUDN: Hospital Universitario Departamental de Nariño

T: Tipo

I: Inspección

C: Coordinación

A: Articulación

V: Veeduría

N: Nivel (0 nulo, 1 bajo, 2 medio, 3 alto)

Las relaciones con mayor afinidad, pueden evidenciarse entre la academia con los entes encargados de la Inspección, Vigilancia y Control, la colaboración de la Universidad en procesos de capacitación, entrenamiento y préstamo de ultra congeladores en etapa de pandemia resultó determinante para avanzar en el desarrollo de convenios interinstitucionales que fortalezcan proyectos como el observatorio de participación social y aplicación de pruebas piloto para el programa de enfermería; en contraste no existe ningún tipo de relacionamiento con las EPS o Asociaciones de Usuarios.

Prestadores y aseguradores brindan especial consideración hacia las Asociaciones de Usuarios, sin embargo es importante resaltar la consideración deferente que la ESE Pasto Salud tiene hacia ellos, soportado en que tienen en su quehacer misional la conformación de 22 Asociaciones de Usuarios; ello implica mantener estrategias de estabilidad política para mitigar fenómenos de fragmentación y dispersión entre sus miembros, de ahí la necesidad de armonizar y planificar, procesos de conformación y elección.

Es importante recalcar, que varios actores entrevistados a pesar de haber conceptualizado la gobernanza como un proceso de rectoría y liderazgo, ninguno de ellos percibe al Instituto Departamental de Salud de Nariño o la Secretaría de Salud, en el rol de ejercer liderazgo en planes y procesos de Salud Pública territorial.

Los procesos

Los procesos de cambio parten desde el avance o retroceso de los puntos nodales, a partir de su evolución, se determina cual punto podría enfocarse para definir un foco de intervención; los puntos nodales analizados, presentan cambios sustanciales en favor de fortalecer el proceso de gobernanza.

El primer punto nodal que es la formulación del ASIS y PTS, presenta un avance lineal y temporal, lo que conduce a la madurez de la estrategia por su continuidad y la fortaleza metodológica y estadística para identificar con datos confiables los principales Determinantes Sociales en Salud, en aras de formular un Plan adecuado y ajustado a las necesidades que demandan ciudadanos y actores; propiciado en un escenario de amplia convocatoria y coherente con la regla fiscal, es decir, con la suficiencia de recursos; al respecto, se cumple la variable de participación al lograr la convocatoria de 969 personas para su respectiva

construcción, no obstante, debe fortalecerse la capacidad de incidencia de los participantes, en la medida que las proposiciones deben ser realizables y racionales.

El punto nodal de la pandemia quizá sea el que mayor alcance y avance generó en la dinámica territorial, en la medida que el esfuerzo conjunto consiguió limar asperezas y trabajar mancomunadamente en un propósito común; aumentó la infraestructura en salud y se implementaron nuevas tecnologías de atención que aún persisten, se mejoraron los mecanismos de control para la posesión y salvaguarda de vacunas y medicamentos y llamó la atención de los gobernantes del orden municipal y departamental para iniciar un proceso de modernización en infraestructura hospitalaria y cualificación del personal de salud.

Finalmente, el punto nodal de rendición de cuentas presenta avances en los mecanismos empleados para difundir con enfoque masivo el ejercicio de informe de gestión a través de canales de comunicación de amplio espectro como son las redes sociales, sin embargo, presenta estancamiento en la capacidad de movilizar nuevos ciudadanos que por un lado, conozcan y asistan a los eventos y además logren empoderarse de los procesos de veeduría.

Conclusiones

Respecto a la pregunta de investigación sobre ¿Cómo operan las dinámicas de gobernanza en el Municipio de Pasto a partir de la promulgación de la Salud como Derecho fundamental?, podemos concluir que el proceso de gobernanza en el municipio de Pasto ha evolucionado conforme disposiciones normativas, voluntad y perfil político de sus dirigentes, fortalecimiento de los grupos asociativos involucrados con aspectos diversos de salud y situación financiera territorial; de modo detallado debe explicarse que la normatividad en salud, mediante decretos sectoriales y resoluciones ha conducido a desarrollar encuentros interinstitucionales desde dos perspectivas, para el monitoreo de política públicas y participación hacia la comunidad.

Desde el análisis de resultados, la gobernanza en salud del municipio se fundamenta principalmente en un esquema de gobernanza en red, que está ligado al buen funcionamiento de las Instituciones que, a su vez determinan las reglas de juego que regulan el quehacer de los actores hacia un componente participativo y convocante, sea desde el *accountability* o la formulación de los Planes Territoriales de Salud.

El municipio ha acogido otras caracterizaciones de la gobernanza conforme las situaciones lo ameritan, por ejemplo, la pandemia condujo a establecer un esquema vertical donde las decisiones de un órgano Supranacional (OMS) se trasladaban ágilmente a los escenarios locales.

Los Canales de interacción y cooperación de los actores del sistema, se configura de forma híbrida en mecanismos formales e informales; desde la óptica de las normas sociales, son limitadas por cuanto el Sistema configura la existencia y funcionalidad de los actores verticalmente, sin embargo, los actores emplean conductas y canales de comunicación informales por cuanto su efectividad en el tiempo de respuesta es mayor que los canales formales.

La identificación de problemas a resolver cuenta con una herramienta efectiva que son los Planes Territoriales de Salud y el Análisis de Situación de Salud del Municipio, la identificación de los principales problemas a resolver desde la percepción de los principales actores es concordante con los datos consignados con los PTS, cuestión que permite disminuir las tensiones problemáticas.

En cuanto al fortalecimiento de los grupos asociativos, se observa un incremento importante en número y tipología, sin embargo el proceso de convocatoria no colma las expectativas de participación; los grupos de Asociación de Usuarios o Ligas de usuarios están vigentes y ejercen la función de veeduría y control social, pero es una actividad desarrollada por un grupo de ciudadanos que se vinculan simultáneamente en varias Asociaciones. Los actores del Sistema muestran preocupación e interés por fortalecer estos grupos, más allá de un requerimiento normativo, iniciativas como el Observatorio de Participación Social de la Secretaría Municipal de Salud de Pasto así lo demuestran.

En la actualidad la situación financiera territorial es la principal causa generadora de tensiones entre los diferentes actores, especialmente porque existe una coyuntura de crisis financiera en las Entidades Promotoras de Salud, lo que genera incertidumbre en las Instituciones Prestadoras de Servicios en los procesos de contratación y pago de obligaciones; de ahí que la capacidad de concertación, conocimiento, gestión e interlocución de la entidad territorial resulte determinante para generar tranquilidad en usuarios y prestadores, actualmente el Instituto Departamental de Salud de Nariño viene gestionando mesas de interlocución con los Aseguradores en procesos de crisis, para que sean ellos mismos quienes establezcan compromisos de cumplimiento con quienes ofertan el servicio de salud.

La experiencia de la pandemia por COVID-19, constituyó la mejor ocasión para aplicar los criterios de buena gobernanza, ya que significó asumir por las entidades territoriales departamentales y municipales, la rectoría en los planes y acciones encaminados a facilitar el acceso de las personas contagiadas a los servicios de salud requeridos, en todas las actividades de prevención del contagio, aislamiento preventivo obligatorio, atención domiciliaria y hospitalaria, suficiencia de camas hospitalarias y unidades de cuidados

intensivos en los principales centros poblados del Departamento de Nariño, además de salvaguarda, almacenamiento y distribución de vacunas, en forma coordinada con los demás actores del sistema, mejorando la capacidad de reacción inmediata, la articulación interinstitucional y un enfoque prioritario hacia el sector salud desde la perspectiva de gobernanza.

El rol que pueda asumir la ciudadanía no únicamente desde la participación en las Asociaciones de Usuarios o Ligas de Usuarios, sino en las responsabilidades individuales y familiares para mejorar la cultura de la promoción, prevención y autocuidado, contribuirían sustancialmente a superar la problemática surgida del acceso inoportuno o tardío que desencadena en mayores costos para el Sistema, así como se recomienda fortalecer los procesos de incidencia para las ligas de usuarios, también se debe generar espacios de formación en la educación preescolar, básica primaria y secundaria, conducente al conocimiento de derechos y **deberes** de los ciudadanos en el cuidado de la salud.

La gobernanza en salud puede funcionar de mejor forma en la medida que la comunidad se encuentre enterada e informada en asuntos fundamentales sobre cuáles son los factores de riesgo de su entorno, comprenda los principales “*Determinantes Sociales en Salud*” presentes en su territorio y conozca las rutas de atención adecuadas para la prestación del servicio conforme al segmento al que pertenezca. Al respecto, adquiere relevancia que la socialización de los Planes Territoriales de Salud; los objetivos establecidos en los Planes Decenales de Salud, los programas de Promoción de Prevención desarrollados por Aseguradores y Prestadores obtengan mayor difusión y alcance adicional a los grupos focalizados como Asociaciones de Usuarios o grupos de enfermedades crónicas.

¿Cómo influye la Ley estatutaria 1751 de 2015 en los procesos de gobernanza? La respuesta es, en el constructo teórico que potencialmente puede garantizar el Derecho fundamental a la salud; el proceso de planeación, las políticas formuladas y las metodologías construidas para aplicarse en el territorio se convierten en herramientas de gran relevancia para desarrollar los enfoques de promoción y prevención, Atención Primaria en Salud, fortalecimiento de las redes de atención y mecanismos de articulación entre actores para la resolución de fines comunes, es decir que el proceso de planeación se encuentra bien fundamentado; el principal obstáculo a superar es que se pueda materializar en la ejecución normativa y técnica de las iniciativas mencionadas.

Bibliografía

- Aaron de la Rosa-Cruz, S., & Arredondo-Lopez, A. A. (2017). Aportes de gobernanza para estudiar las políticas en sistemas de salud. *Horizonte Sanitario*, 16(3), 221-227.
- Acero Valero, N. (2021). *Modelo de gobernanza: Participación para la formulación de acciones en salud mental, el caso del Municipio de Cota 2020*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Aguilar Villanueva, L. (2007). El aporte de la política pública y la nueva gestión pública a la gobernanza. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 5-32.
- Alcaldía Municipal de Pasto. (2016). Plan Territorial de Salud 2016-2019. Pasto, Nariño, Colombia.
- Alcaldía Municipal de Pasto. (2020). Plan Territorial de Salud Municipio de Pasto 2020-2023. Pasto, Nariño, Colombia.
- Arredondo Lopez, A., Orozco Nuñez, E., & Castañeda, X. (2005). Gobernanza en Sistemas de Salud y Participación Social en México a partir de la reforma del sector. *Hitos de Ciencia económico administrativas*(29), 15-22.
- Arredondo-Lopez, A. A. (2017). Aportes de gobernanza para estudiar las políticas en sistemas de salud. *Horizonte Sanitario*, 221-227.
- Banco Mundial. (20 de Febrero de 2023). *The World Bank*. Obtenido de Gobernanza: <https://www.worldbank.org/en/topic/governance/overview#2>
- Báscolo, E. (2011). Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Ciencia & Saude Colectiva*, 2763-2772.
- Brenner, L., & Vargas del Rio, D. (2010). Gobernabilidad y gobernanza ambiental en México. La experiencia de la Reserva de la Biosfera Sian Ka'an. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 115-154.
- Brownson, R., Chiqui, J., & Stamatakis, K. (2009). Understanding evidence-based public health policy. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1576-1583.
- Calame, P. (2008). *Hacia una revolución de la gobernanza. Reinventar la Democracia*. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Cardona, A., Nieto, E., & Mejía, L. M. (2010). Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. *Revista Salud Pública*, 123-137.
- Cerrillo I Martínez, A. (2005). La Gobernanza hoy: Introducción. En A. Cerrillo I Martínez, *La Gobernanza hoy: 10 textos de referencia* (págs. 11-36). Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Clancy, C., Glied, S., & Lurie, N. (2012). From research to health policy impact. *Health Service Research*, 47, 337-343.

- Comisión Europea. (12 de Octubre de 2001). Diario Oficial de las Comunidades Europeas. *La Gobernanza Europea - Un libro blanco(C/287)*. Bruselas, Bélgica: Unión Europea.
- Cómite de las Regiones de la Unión Europea. (Junio de 2009). Dictamen de iniciativa del Comité de las Regiones. *Libro blanco del comité de las regiones sobre la gobernanza multinivel*. Bruselas, Bélgica: Unión Europea.
- Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones(41148)*. Bogotá, Colombia: Diario Oficial.
- Congreso de la República de Colombia. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 de 2007. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Diario Oficial.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Diario Oficial.
- Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. *Por medio de la cual se regula el Derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Diario Oficial.
- Coronado Martinez, M. E. (2021). La gobernanza global de la salud y los limites de las redes de expertos en la respuesta al brote de la Covid-19 en México. *Foro Internacional*, 61(2), 469-505.
- Denhardt, R. (1993). *Theories of public organization*. Belmont.
- Diaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Hufty, M. (2017). Indicadores de gobernanza en politicas y programas de salud mental en méxico: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305-312.
- Diaz-Castro, L., Ramírez-Rojas, M., Cabello-Rangel, H., Arredondo, A., & Pablo-Bascolo, E. (3 de septiembre de 2021). Gobernanza en el Sistema de Salud ante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(5), 672-681. doi:10.21149/12956
- Draper, A., & Rifkin, S. (2020). Community Participation in health systems development. En J. North, E. Nolte, S. Merkur, & A. Anell, *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges* (págs. 115-144). Cambridge: Cambridge University Press.
- EMSSANAR SAS. (2020). *Modelo de Gestion Integral del Riesgo en Salud de EMSSANAR 2017-2020*. Pasto.
- Farinós Dasí, J. (2008). Boletín de la Asociación de Geografos Españoles . *Gobernanza Territorial para el Desarrollo Sostenible*, 11-32. España.
- Fernández Cantón , S. (Enero-Febrero de 2019). Conceptos relevantes sobre gobernanza y rectoría en salud. *Boletín CONAMED*, 4(22), 32-38.
- Figueras, A. J., & Morero, H. A. (2013). La teoría del consumo y de los ciclos en thornstein veblen. *Revista de economía institucional*, 159-182.
- Flores, W. (2010). ¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cual es su relevancia? *Evidencia para políticas públicas*, 1-8.

- 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*, 28-38.
- Gestarsalud. (31 de Enero de 2023). *Gestarsalud*. Obtenido de <https://gestarsalud.com/2023/01/31/problemas-financieros-de-la-salud-no-son-solo-por-eps/>
- Gómez Rojas, E., Salazar Tostado, A., Salazar Tostado, V., & Babun Castilleja, T. (octubre-diciembre de 2022). Gobernanza y ética en las Instituciones de Salud. *Medicina y ética*, 33(4), 1005-1021.
- González López-Valcarcel, B., & Ortún, V. (2022). Reconstrucción del Sistema Sanitario: gobernanza, organización y digitalización. Informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), S44-S50.
- Gore, A. (1994). *Creating a Government that works better and cost less*. Washington: Office of the Vice President.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGraw Hill.
- Hufty, M. (2008). Una propuesta para concretar el concepto de Gobernanza: el marco analítico de la Gobernanza. En H. Mazurek, *Gobernabilidad y Gobernanza en los territorios de América Latina* (págs. 77-100). La Paz: IFEA-IRD.
- Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (Enero de 2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*(22), S35-S45.
- Ivanyna, M., & Shah, A. (Enero de 2010). Citizen-centric governance indicators: Measuring and monitoring governance by listening to the people and not the interest groups. *Policy Research Working Paper 5181*. Washington D.C: The World Bank, World Bank Institute Governance Division .
- Javeriana, P. U. (2007). La Ley 1122 de 2007 ¿qué podemos esperar de ella? *Revista Gerencia y Políticas en Salud*(6), 5-9.
- Kaufmann, D., Kraay, A., & Mastruzzi, M. (August de 2003). Governance Matters III. *Governance Indicators for 1996-2002*(3106). Washington: World Bank.
- Kickbush, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional de Europa.
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2012). Governance Network Theory: Past, Present and Future. *Policy and Politics*, 40, 187-206.
- Labonté, R. (2010). Health Systems Governance for health equity: Critical reflections. *Revista Salud Pública*, 12(1), 62-76.
- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., Mcleod, C. B., & Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The Milbank Quarterly*, 81(2), 221-248.
- Lopez Oliva, J. O. (2010). La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: lejano de la eficiencia y camino a la privatización total. *Prolegómenos Derechos y Valores*, 13(25), 219-233.

- Maldonado, M. R., & Ramirez, I. L. (2015). Patrimonialización, Desarrollo, Gobernanza y Gubernamentalidad en Malinalco, Pueblo mágico. *Cultur*, 92-116.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. *La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud "Un Sistema de Salud al servicio de la gente"*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 3202 de 2016. *Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (27 de Septiembre de 2019). Resolución 2626 de 2019. *Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021). *Informe anual acciones de tutela en salud - vigencia 2021, orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). Proyecto de Ley por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Colombia.
- Molina Guzman , A. (2019). Funcionamiento y Gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Iconos, revista de Ciencias Sociales*(63), 185-205.
- Morteruel, M., & Giné, A. (2019). *Determinantes Sociales de la Salud*. Obtenido de Gobernanza por la salud y Determinantes Comerciales de la Salud: <https://www.oseki.eus/areas/determinantes-sociales-de-la-salud>
- Morteruel, M., Bacigalupe, A., & Moreno, A. (2021). Hacia el buen gobierno por la salud: incorporacion de la diversidad de percepciones en salud urbana. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 25-31.
- Nissán Schoenfeld, E. (2020). *Gobernanza para la promoción de la salud: Hacia una Administración Pública sostenible*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Administración Pública.
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Economica .
- Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.
- Organizacion Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Marco Operacional para la atención primaria en salud: Transformar la visión en acción*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.

- Organizacion Mundial de la Salud. (1998). Good Governance for health. *Equity Initiative*, 1-25.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2008). *La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organizacion Mundial de la Salud. (01 de Marzo de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Ortúzar, M. (2020). ¿Equidad y "Gobernanza en salud"...? Pensar lo Propio. *Perspectivas Bioéticas*, 20(37-38), 54-75.
- Ostrom, E. (2000). *El gobierno de los bienes comunes*. Fondo de Cultura Económica.
- Pato Lorente, I. (2011). La Gobernanza para la salud en el siglo XXI. Estudio conducido por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. *Revistaesalud.com*, 7(28), 1-9.
- Peña Novoa, J. O. (2020). *Gobernanza y salud en Bogotá, una mirada desde el análisis del contenido*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Peters, G. B., & Jan, P. (2005). ¿Por qué ahora el interés de la Gobernanza? En A. Ceriilo I Martínez, *La Gobernanza hoy: 10 textos de referencia* (págs. 37-56). Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Prah, R. (2018). *Global Health Justice and Governance*. OUP Oxford.
- Radic Vega, J. I. (2013). Movimientos Sociales y Gobernanza en el Siglo XXI: Repensando... En A. Rovira, *Gobernanza Democrática* (pág. 332). Madrid: Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales.
- Roa Buitrago, R. I. (2009). Gestión del aseguramiento en salud. *Revista EAN*(67), 21-36.
- Rode, P., & Flynn, R. (2020). Hacia un concepto y marco de gobernanza de emergencias complejas. *Informe de Políticas*(2), 1-19.
- Rosas Ferrusca, F. J., Calderón Maya, J. R., & Campos Alanis, H. (2012). Elementos conceptuales para el análisis de la Gobernanza territorial. *Quivera*, 113-136.
- Rovira, A. (2013). Gobernanza y Derechos Humanos. En A. Rovira, *Gobernanza Democrática* (pág. 332). Madrid: Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales.
- Sainz, C. (2005). La gobernanza democrática: un nuevo enfoque para los grandes retos urbanos regionales. *Los gobiernos locales como promotores del desarrollo integral de la ciudad y la región*. Andalucía, España: América-Europa de regiones y ciudades.
- Sanchez de León, A., & Vasallo, C. (5 de Mayo de 2019). *Asociacion Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria*. Recuperado el 14 de Abril de 2023, de [sadamweb.com.ar](http://www.sadamweb.com.ar): http://www.sadamweb.com.ar/news/2019_05Mayo/Diez_instrumentos_para_afianzar_la_gobernanza_del_Sistema_de_Salud_Argentino.pdf
- Santo, A., & Voks, D. (9 de marzo de 2022). Gobernanza en salud pública en la frontera Brasil-Bolivia: ¿qué nos enseña la pandemia? *Estudios Fronterizos*, 23, 1-21.
- Santoro Lamelas, V., & Vázquez Sixto, F. (Julio-Diciembre de 2017). La gobernanza en salud pública como estrategia de gobierno en la complejidad. Análisis temático de los argumentos de profesionales de salud pública de Cataluña. *Caleidoscopio*(37), 9-29.

- Universidad de Antioquia. (14 de Abril de 2023). *Grupo Economía de la Salud*. Obtenido de Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: una mirada con actores del Sistema de Salud:
https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z0/fY5Ni8JADl b_Sj14LFPr4uqxIEUQTy6lzkXSmdDN7jSpzSjir3d0T4J4SfLkzcdrrNkZy3CmFilJQ0i8t7PDfFGXk-qjWC83q7qoZnX19fm9XZfz0qyMfT-QLtDv8WgrY51wxEs0u16GCOHkEcYF6DP9SIf_NfEZNSYvjkZuOmqmPC7a4dSLZh6z
- Vigil, J. I. (2013). Gobernanza y Gubernamentalidad: El poder en la construcción de los espacios regionales. El caso Argentino. *Desenvolvimento regional em debate*, 52-78.
- Weber, M. (1964). *Economía y Sociedad*. México : Fondo de Cultura Económica.

Anexo 2: Formato entrevista actores sector salud Municipio de Pasto

Tema: Gobernanza en salud en el Municipio de San Juan de Pasto

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?
2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?
3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?
 - a. Plan Decenal de Salud Pública
 - b. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)
 - c. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)
 - d. Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)
 - e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)
4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?
5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?
6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema? ¿Con quienes logra un mejor entendimiento?
 - a. Prestadores de Servicios
 - b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas
 - c. Academia.
 - d. Entidades Promotoras de Salud
 - e. Instituto Departamental de Salud de Nariño
 - f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto
7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?
8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?
9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Anexo 3: Actores seleccionados y justificación de selección

Actor	Entidad	Posición de actor	Rol	Justificación de Selección
Entrevistado 1	Instituto Departamental de Salud de Nariño	Directivo	Rectoría del Sistema, Inspección, Vigilancia y Control	Encargado del direccionamiento en calidad, seguridad y acceso a la prestación de servicios de salud, asistencia técnica, vigilancia y control, fomento de actividades de promoción y prevención en los 64 Municipios del Departamento de Nariño.
Entrevistado 2	Secretaria Municipal de Salud de Pasto	Directivo	Rectoría del Sistema, Inspección, Vigilancia y Control	Encargado de la dirección, orientación, regulación, inspección, vigilancia y control de la salud pública para su óptimo desarrollo en el Municipio de Pasto
Entrevistado 3	EMSSANAR EPS	Directivo	Aseguramiento y Gestión del Riesgo en salud.	Entidad nacida en el Municipio de Pasto hace 27 años, alberga al 70.84% de la población afiliada al régimen subsidiado y 44.15% del total de afiliados.
Entrevistado 4	EPS Sanitas ¹⁸	Directivo	Aseguramiento y Gestión del Riesgo en salud.	Principal asegurador del Régimen contributivo con un 54.63% de la población.
Entrevistado 5	Asociación de Usuarios	Presidente	Sociedad, Beneficiario del sistema, veeduría y participación social	Presidente de la Asociación de Usuarios de EMSSANAR EPS y miembro de múltiples juntas en el sector salud.
Entrevistado 6	Universidad Cooperativa de Colombia	Directivo	Academia, Investigación y formación en sector salud	Pionera en habilitar la carrera de pregrado en medicina en el municipio, así como la única en contar con una especialidad médica.
Entrevistado 7	Hospital Universitario Departamental de Nariño	Directivo	Prestador de servicios	Principal Hospital del Departamento, prestador de servicios de mediana y alta complejidad, con acreditación en calidad.
Entrevistado 8	ESE Pasto Salud	Directivo	Prestador de servicios	Entidad Social del Estado perteneciente al Municipio, principal prestador en los servicios de promoción, prevención y atención primaria.

¹⁸ Ver pie de página No 13

Anexo 4:Entrevista líder Asociación de Usuarios Municipio de Pasto¹⁹

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado

Nací en la ciudad de Pasto, hago veeduría en salud, represento más o menos 16 instituciones, llevo más o menos 7 años 3 meses en esto, soy presidente de asociación de usuarios de Clínica Corposalud, estoy también con Red Medicron, estoy con CEHANI, grupo Medinuclear, Hospital San Pedro, soy vicepresidente en Clínica Fátima, estoy con Hospital infantil, estoy con Hospital departamental, hago parte de un nivel de atención laboratorios de primer nivel, estoy también con Clínica Pabón y hago parte de Clínica Hispanoamérica, además de cinco comités hospitalarios.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

Digamos que la formulación de la resolución cambia mucho, ahorita con el Gobierno de Petro, pienso que quienes no han leído la reforma que son 180 hojas que realmente la gente le da pereza, la crítica y no la ha leído; digamos que en algunas cosas cambia, lo que pasa es no politizar; creo que todo el tiempo hemos tenido despolitización en el servicio, mi mayor crítica de mi parte es que alguien no entra por meritocracia sino por política, pero se puede decir que algún fundamento en su época también en la Ley 100, realmente es una ley que tiene muchos trámites, creo que a la fecha pues hay cosas que han cambiado y cosas que no, pero realmente te puedo decir que el sistema de salud siempre ha sido trastocado por la mismas cuestiones políticas, pero creo que habido un avance más allá de todo en el sector Nariño. Tenemos considerado el mejor sistema de salud, así que yo te puedo decir que dichos cambios han hecho derivaciones, se han abierto servicios en otras instituciones. Qué te puedo decir que en alguna parte si y ahorita la resolución pues quiere mejorar la integridad que me parece genial.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

En Pasto, tenemos muchas clínicas, pero a veces las EPS tratan de no aperturar más servicios en otras instituciones; o sea no hay una contratación más amplia. Creo que la misma demanda a través del Gobierno, los no pagos oportunos de compromisos económicos con las IPS y con las EPS ha tenido un trasfondo bastante grande. Pero mira que frente a eso se debe aperturar más servicios, es decir, que por lo menos haya más clínicas. Hoy en día se habla

¹⁹ La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

que con la reforma debería tener al menos 25 billones de pesos para crear 2375 centros de salud que me parece bueno. Pero acá por ejemplo tenemos una necesidad de endocrinología; lo maneja Hospital Departamental, pero no hay más instituciones y realmente hay mucho paciente que necesita esa parte endocrinológica. Gastroenterólogos no tenemos, a veces gastroenterólogos pediátricos son difícil, lo que necesitamos es más centro de atención.

Un médico actualmente atiende 22 pacientes por día, promedio 110 por semana, promedio 440 por mes y las EPS te mandan 2000, entonces es difícil, donde abarcamos lo demás. ahí entraríamos que nos hace falta esa parte. Tenemos especialistas muy buenos, aquí hay FUNDONAR, optometría, funciona la parte clínica de visión, tenemos muy buenos especialistas que vienen de otros lados, Clínica Oncológica que también tiene especialistas, pero creo que nos faltaría para nosotros más especialistas y más instituciones. Igual si creo que por las EPS aperturar servicios, es decir que si tienen un servicio de gastro no solamente sea contratado en un solo lugar, que haya más lugares para pacientes, hay un desabastecimiento a veces y hay un colapso general. Por ejemplo departamental por endocrinología no se va atender el tema de EMSSANAR hasta más o menos el mes de junio, lo demás está atendiendo pero es por el mismo sentido, corporosalud lo mismo, clínica Fátima está atendiendo por sectores. Hoy en día se están dividiendo municipios por sectores, digamos 10 municipios los maneja una clínica, 10 municipios lo manejan los demás, así que yo lo miraría por esa parte creo que haría falta más centros de salud.

Se abona que la reforma de Petro que no está aprobada, si hizo un balance con cardioquirúrgica, entonces hace unos días aperturó y entró en funcionamiento el cuadro de integralidad, es decir que los pacientes de Fátima que pasan a Avenida Idema y los de Versalles que pasan a otra red entran con cuadro integral, es decir, servicios capitales de primer nivel como los que tienen ellos, imagenología, odontología, medicina general, medicina interna, ginecología y terapias, eso es primer nivel, dentro de ellos, cardioquirúrgica toma la atención, pero le suma 21 especialidades más, es decir que si tú tienes una atención de primer nivel, pero te deriva para tercero, ya no tienes que hacer diligenciamiento de autorización, o remisión para otros hospitales, ellos te dan todo, para mí eso es genial.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. Plan Decenal de Salud Pública**
- b. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**

e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)

Si hablamos de ese plan decenal la idea es como no tercerizar servicios, lo que implementó pues son como pagos oportunos más que todo, lo que nosotros en muchas reuniones seguimos con esa parte es que se le ejecute a través de las IPS, de los gerentes a nivel nacional es que se les pague de manera oportuna creo que hasta ahorita hemos tenido inconvenientes mira que uno de los propósitos del plan decenal es mirar que se cumplan los pagos directamente al servicio de las IPS es que estamos atrasados. Esperamos que con la nueva reforma todo sea para bien, me parece genial lo que están haciendo ahorita; otro tema es que lo aprueben en el congreso de la república.

La Política de Atención Integral en Salud me parece buena, los que no conocen la cuestión integral es como decirte lo que daba de ejemplo en una pregunta anterior, es que hay muchos pacientes que son crónicos, te pongo el ejemplo doctor Orlando Villota, reumatología de Clínica los Andes; ellos tienen un cuadro integral que es muy bueno, que además de manejar reumatología, te manejan fisioterapia, te remiten a psicología, te envían a la nutricionista y te hacen un seguimiento integral por tres meses; cada tres meses o cada mes están llamando para hacer un control. Pero mira que hay mucho descuido en el cuidado del paciente, entonces a un paciente que se le pide que esté pendiente con su integralidad, a veces se olvida de sus medicamentos y se los toma a los tres meses.

El Modelo Integral de Atención en Salud pues también creo que es estar pendiente de los pacientes, mira que a través del MIAS se pudo hacer como un balance estadístico muy bueno y se puede decir qué hay un sector que a veces no es censado y todo lo demás. Como que mirar esa esa parte de depurar el sistema me parece muy bueno.

El MAITE lo que pasa es que esos temas son bastante amplios como te digo pero yo creo que todos más allá de un pro y en contra desde mi manera lo he visto como algo bueno, creo que implementar una cuestión de un programa para cada institución me parece genial o sea más allá de mirar estadísticas.

El enfoque de Atención Primaria en Salud la cuestión de primaria, nosotros aquí en pasto manejamos un sector que es muy grande que es Pasto Salud, lo manejamos a través de medicron que antes se llamaba coemssanar IPS y creo que las mayores quejas son por el Call Center, pero dentro del cuadro primario se deriva especialmente. Por lo menos Pasto Salud maneja un sector muy grande de lo que hoy en día es sanitas. Desde el Sistema de Salud se implementa que desde el primer nivel tú deberías tener un manejo completo es decir que si tú tienes un problema urológico el paciente salga del primer nivel en la primera segunda atención y ya esté curado, pero resulta que el médico general no es especialista y se tiene que derivar pero hay servicios que para mí si se pueden servir como atención en primer nivel

pero creo que a veces necesitamos un espacio más grande, creo yo no por eso la reforma dice 2750 centros de salud que se implementarían con terceros.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

En algunas cuestiones podemos decir que sí pero hay que mejorar muchos planes. Te pongo un ejemplo, más allá de todas las cuestiones que me comentas hay un tema de trasfondo que no se ha tocado, por ejemplo yo visito mucho la cárcel, hago voluntariado y mira que es un sector que no es tocado obviamente porque la resolución no lo aprueba a veces para los presos y mira que es indignante que una mujer no tenga una ecografía, o un paciente un examen prostático porque el sistema es muy cerrado y creo que no se ha tomado ese trasfondo de la parte carcelaria más allá de qué sean culpables o inocentes; creo que también son seres humanos. Mejorar en los programas VIH, creo que no hay canales de comunicación exacto sobre el manejo de la enfermedad, creo que debería haber mayor énfasis en el tema discapacidad cognitiva, por ejemplo. Creo que es más una cuestión de empatía y cultura; la gente señala lo que no conoce, entonces creo que todo es bueno, pero si habría que implementar muchas cosas, parte de la reforma es esa cuestión integralidad darles viabilidad a todos los procesos de salud.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

En parte sí, pero pasa es que todo eso es politizado, es como la película que yo tengo, la gobernanza viene desde ahí lamentablemente. Yo vería un proceso bien tomado cuando sea con meritocracia, pero como cuestión de gobernanza a través de política creo que no estoy de acuerdo. Hoy en día cualquier político hace su campaña y presiona que les ayuden por un voto para elecciones. Creo que a un profesional se le debe medir por su capacidad más no por un apadrinamiento. Esa ha sido mi crítica siempre tal vez por eso he sido enemigo de la política.

**6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?
¿Con quienes logra un mejor entendimiento?**

- a. **Prestadores de Servicios**
- b. **Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. **Academia.**
- d. **Entidades Promotoras de Salud**
- e. **Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. **Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

Con las IPS te digo personalmente que yo Oscar Iván Josa no tiene ningún problema con ninguna IPS, es más, lo digo acá sin llenarme la boca ni mucho menos, yo creo que soy

el veedor más querido acá en Pasto, pero creo que este trabajo a mí no me ha llegado gratis, tiene una historia muy linda es donde yo he entrado, y de una institución a otra que he llegado por el buen nombre por mi trabajo. Créeme que yo no tengo mi vida propia que soy franco yo amo lo que hago, salgo en la mañana a las siete tengo una reunión y llego a las nueve, es por lo mismo entonces yo aquí te puedo decir que no tengo problema con ninguna IPS. Mi trabajo es 90% EMSSANAR, pero hago trabajo con todas las IPS como San Pedro, Departamental, Fátima. Por lo mismo represento la mayoría son 22 IPS represento 16 casi 17 pero con las que faltan trabajo igual. Mi trabajo y percepción es igual con IPS y con EPS

Con la Secretaria de Salud Municipal, con el Instituto Departamental de salud excelente también, mira que la Doctora Diana Paola Rosero es compañera en la junta directiva de CEHANI, tenemos una muy buena relación con ella, lo mismo con el doctor Javier Ruano de la Secretaria, un ejemplo, hay casos en los que a veces me dicen que no responden a autorizaciones en cuatro meses y mira que yo hago una reunión con X gerente de cualquier situación y lo resuelvo en 5 o 10 minutos, de mi parte creo que he sido un apoyo al contrario son los que más me llaman y yo ayudo a socializar este tipo de reuniones

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

Te soy franco, me hacen invitaciones en radio, todos los medios me conocen y tengo muy buena acogida, cada vez que voy a radio la audiencia es bastante alta, por educar bien, pero mira que ellos me piden el teléfono en vivo yo no lo doy obviamente por seguridad. Yo he manejado el voz a voz y el nombre, creo que ya mi nombre es muy reconocido acá y quien te da mi nombre tiene las mejores referencias gracias a Dios hasta ahora, ha sido limpio y trabajado. Hay Personas que me llaman a diario con números extraños, pero siempre me preguntan por WhatsApp.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

Bastante pésimo la verdad, yo te puedo decir que ahí sí puedo hacer un jalón de orejas y créeme que lo hago siempre en radio, en reuniones; te pongo un ejemplo realmente textual. El hospital departamental hace una convocatoria cada dos años, se elige a la asociación de usuarios entre las personas que están vinculadas al hospital, usuario principalmente en este caso. Pueden llegar 10 personas, se postula presidente, vicepresidente, fiscal, secretario, vocales; resulta que en estas reuniones yo he hecho convocatorias porque yo le socializo a todas las instituciones y mira que no llegan. A veces invitamos a 60 y te llegan 10 y de 10 quedamos 3 y de 3 ya quedo solo. El reconocimiento conmigo es por eso, porque creo que es a quien más ven en instituciones, obviamente tengo varios amigos que trabajan muy bien

pero mira que la participación te puedo decir que es nula francamente. El paciente se queja mucho, crítica mucho, llama a radio, sale en entrevistas y he tenido llamadas en vivo dónde te dicen que llevan un año en X parte pidiendo cita, pero no participan o no conocen de los procesos. Cuando nosotros hacemos reuniones te pongo el ejemplo hace unos días yo socialice mucho la conformación de asociación de usuarios de la unidad clínica valle de atriz, mira que hicimos una socialización muy buena de mi parte y mira que no llegó nadie. Ahí sí te puedo decir que prácticamente la participación de la población es pésima.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Sí claro yo te lo digo de conocimiento de causa por las cosas que hacemos, incluso he sido un abanderado en radio para hacer invitaciones, incluso yo manejo el grupo de asociaciones de usuarios de la liga municipal donde estamos toda la veeduría y se invita, pero mira que hace poco tuvimos una reunión en Instituto Departamental yo esperaba aquí como mínimo ochenta y llegaron 22. Si el veedor que es veedor no llega a las convocatorias, imagínate a una persona que lleva mucho tiempo. Entonces si se hace o sea en ese sector si te lo digo con conocimiento de causa, yo soy quien socializo acá, y hay gente que no va, yo participo en todas las reuniones y la gente no aparece. Si a la gente le dicen que vaya a un concierto gratis, llenan la plaza, pero cuando es para hablar de salud no asisten a las convocatorias.

Anexo 5:Entrevista Secretaría Municipal de Salud de Pasto²⁰

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado:

Me desempeño como Secretario de Salud del municipio de Pasto. Mi trasegar en el sector salud inicia desde 1992, hace 31 años ya. Pasé por diferentes cargos empezando por el Servicio Social Obligatorio como Odontólogo General; posteriormente fui auditor de calidad de la Secretaría de Salud, luego me desempeñé como Jefe de Planeación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, luego fui líder de acreditación del Hospital Departamental; posteriormente pasé a ser el Subgerente de prestación de servicios de la ESE Pasto Salud; posteriormente fui el Subdirector del Instituto departamental de Salud de Nariño en el área de calidad y aseguramiento que maneja la parte de prestación de servicios, de aseguramiento y pago de cuentas. Posteriormente de ser subdirector volví nuevamente a la ESE Pasto salud como Subgerente de prestación de servicios. Otra vez volví al Instituto departamental como subdirector y de allí pase a ser Secretario de Salud Municipal de Pasto, cargo que actualmente ocupo.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

El principal cambio es constituirse como un derecho fundamental ya que antes no se tenía previsto eso dentro de los artículos constitucionales. El hecho de tener hoy un Derecho a la salud implicó que se fortaleciera las reclamaciones en el buen sentido de la palabra; no me refiero a las acciones de tutela sino a los reclamos de los actores del sistema en especial del usuario, el consumidor final de servicios quien definitivamente entiende que ese Derecho es la fuente fundamental en la salud. Es un deber también de quién lo presta de los diferentes actores para el caso que nos ocupa los aseguradores, los prestadores de salud y los entes de inspección vigilancia y control del orden territorial, nacional y por eso esta inclusión como Derecho constitucional, como Derecho a la salud hace que sea más fácil el despliegue de las acciones en la atención tanto en atención individual como en la atención colectiva.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

Hay varios problemas, pero el principal justamente es hacerle cambiar al ciudadano, al usuario de los servicios de salud la cultura de la prevención. Hoy tenemos una cultura reactiva que encarece la prestación de servicios; un Estado que lo entrega todo, que permite

²⁰ La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

el hecho que los ciudadanos no cuiden su estado de salud y llegue a los servicios de salud posteriormente ya con niveles o cargas de enfermedad altas que demande servicios y que genere costos en salud. Pues eso es lo que está generando una situación bastante difícil para el Sistema.

Qué pasaría si hoy tuviésemos un sistema de salud en el cual se dieran beneficios múltiples a quien mantiene los estados de salud compatibles con salud que hacen o que sean consecuencia de generar aplicación de los niveles de promoción y prevención, y que esa forma de mantenerse sano y saludable fuera la que privilegiara estos beneficios o incentivos. Pero hoy lo que sucede es que el ciudadano se le oferta un portafolio amplio de servicios de promoción y prevención, él no los utiliza, termina enfermándose y cuando llega enfermo a los servicios de salud de alta complejidad que son los más costosos pues el Estado le beneficia y le ayuda a pagar o la solidaridad de los colombianos también le ayuda. Si en un momento determinado estas personas se los identifica a través de Atención Primaria en Salud y se les menciona que ellos pueden gracias a estos servicios mantenerse sanos pero que si no los utilizan los servicios de complicación derivados de su falta de cultura de prevención serán cobrados a futuro y tocamos el bolsillo de los colombianos de pronto eso haría que el sistema cambie y que la gente se adhiriera a las rutas integrales de atención en salud.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. Plan Decenal de Salud Pública**
- b. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**
- e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)**

En el Plan Decenal de Salud Pública tenemos dos componentes que son importantes ambos con baja aplicación; Atención Primaria en Salud y la Política de Participación Social. ambos tienen baja aplicación en especial la Política de Participación Social que debería ser la principal; el empoderamiento del ciudadano de sus estados de salud y de la determinación de los estándares de salud pública territoriales. Y el segundo la Atención Primaria en Salud, porque lamentablemente hoy no estamos hablando en el sistema de aseguramiento de desenlaces exitosos en salud, sino de pago de prestación de servicios, de deudas de contratación y de logros en términos económicos, entonces se ha perdido un poco el tema de salud y se está convirtiendo en un tema de pagadores.

La política PAIS estuvo integrada casi que como un anexo, como un ajuste de la política pública en salud y PAIS lo que nos determinó es un seguimiento a la construcción de las redes de servicios de salud; situación bien importante porque hoy la cobertura tiene que ser equilibrada en los servicios de salud, en la oferta de servicios de salud junto con la demanda de servicios, junto con los subsidios a la oferta y junto con el pago de prestación de servicios con cargo a la UPC que tiene nuestro país. Así es que creo yo que en la política PAIS en articulación con el modelo MIAS nos ayuda: PAIS a oferta de servicios y el modelo MIAS a tener claridad en cómo va a ser la atención en salud desde la atención primaria.

De acuerdo al MIAS el plan decenal de salud pública se articuló con comillas y por ejemplo en el municipio de Pasto nosotros en las redes que tenemos constituidas y con la caracterización de la población, con la gestión del riesgo que le solicitamos a los aseguradores que generen, hace que el modelo integral de atención en salud se traduzca en rutas integrales de atención, en redes integrales de atención en prestación de servicios y por eso en Pasto hoy podemos decir que la política pública está funcionando de buena manera en gran medida gracias a lo que es el modelo integral de atención en salud.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

Creo que partiendo de la escala de despliegue que tiene la Política es lo más importante. Porque de las políticas se desprenden los planes y los modelos; así es que si tuviésemos una política ajustada a las realidades territoriales de la atención en salud eso sería lo más adecuado.

Tuve la oportunidad de participar en Bogotá con el señor Defensor del Pueblo en una propuesta de la modificación a la actual reforma a la salud que pretende el gobierno nacional. Es muy importante verificar las realidades territoriales porque no podemos tener una sola política o modelo de atención que aplique para la costa pacífica, la costa atlántica, la sierra, el centro. Cada uno tiene sus características diferentes más aún con el enfoque prevalente diferencial y de poblaciones especiales que debe ser tenido en cuenta como son negritudes, ROM, indígenas todo esto definitivamente es un país que tiene una gran diferenciación de públicos finales objetivo y con ellos es que necesitamos trabajar el modelo. Así es que lo que más debe incluirnos es la política y ese aterrizaje en que los modelos territoriales se apeguen a la política pero que obedezcan a la razones de necesidades en salud; tenemos una herramienta muy importante, que cada año el Ministerio de salud y los entes territoriales departamentales y municipales avalan y construyen y sobre ese marco de un modelo de atención de la caracterización de su población de los riesgos es que debería implementarse el modelo acorde a la política.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

Hay algo que se le denomina la autoridad sanitaria; viene trabajándose desde la Ley 10 de 1990, se retoma un poco en la Ley 100, luego en el compilado 780 en la 1751, igual siempre se habla de un modelo de gobernanza partiendo de la autoridad sanitaria. La autoridad sanitaria entiéndase muy bien que no es las actividades de inspección vigilancia y control, el poder sancionatorio que tienen las autoridades, ministerios, sino más bien la articulación con los diferentes actores del sistema para ponerlos en concordancia con las necesidades territoriales. Entonces si nosotros hoy tuviésemos una gobernanza avalada, un muy buen sistema de información que hoy Colombia no lo tiene en salud. Entonces podríamos si tuviéramos un sistema de información y un modelo articulador, tener la posibilidad de generar gobernanza articulada con aseguradores, prestadores de servicios de salud y el mayor beneficiado sería el actor individual o sea el ciudadano en general.

Yo pienso que la gobernanza hoy está un poco de capa caída porque no podemos pretender que hoy se hace autoridad sanitaria, sino que hoy lo que se hace es control sanitario, pero qué importante sería que los entes territoriales tuviésemos un excelente Sistema Integral de Información en Salud y que ese sistema de información sea el que nos de la pauta para tomar decisiones, en aseguramiento, en prestación, en pagos, en salud pública, en colectividad y en individualidad. Eso sería lo mejor para fortalecer la gobernanza. La credibilidad es otro tema que está también hoy muy cuestionado. porque sabemos todos que en nuestro país lamentablemente los temas de corrupción hacen que la gobernanza estatal esté muy cuestionada, que esté poco avalada y eso es algo que hay que recuperar; que esos mecanismos de inspección vigilancia y control que tiene el gobierno nacional los fortalezca y los controle mucho para que así no existan actos de corrupción en el sector salud.

6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?

¿Con quienes logra un mejor entendimiento?

- a. Prestadores de Servicios**
- b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. Academia.**
- d. Entidades Promotoras de Salud**
- e. Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

Nosotros tenemos con los Prestadores de Servicios por norma, una relación que es la de inspección y vigilancia. El control le asiste al Departamento, al ente territorial departamental, eso desde el punto de vista de la prestación de servicios, pero desde el punto de vista de articulación con ellos, para lo que es política pública en salud, para lo que es rutas

integrales de atención en salud, nosotros tenemos una muy buena relación porque estamos haciéndole seguimiento permanente anual, y si le hacemos seguimiento permanente anual generamos unos planes de mejora y revisamos cómo se aplican las RIAS, como se aplica el enfoque diferencial, como estamos atendiendo a las poblaciones vulnerables y eso nos ayuda a que los servicios de salud mejoren en calidad, en acceso, en la oportunidad para los usuarios muy buenas relaciones con los prestadores.

Con las Asociaciones de Usuarios hemos fortalecido muy buenas relaciones, creo yo que eso es uno de los avances interesantes que tiene la Secretaría de Salud. Desde el año pasado, nos dimos cuenta de la debilidad que tiene el empoderamiento de las Políticas Públicas en Salud por parte de la comunidad y los actores de la participación social básicamente hacían un papel muy pequeño, que es un papel prácticamente de tramitadores de quejas: yo necesito que me autoricen, tranquilo, yo le ayudo; yo necesito una orden médica, tranquilo yo le ayudo; yo necesito que me mejoren el aseguramiento, que me trasladen de una EPS a otra, yo le ayudo. Pero eso no es la participación social; la participación social parte de comprender cuál es el estado territorial de salud, como están sus comunas, como están sus comunidades, sus corregimientos y como puede incidir la participación social en el mejoramiento de años de vida saludables. Que hicimos entonces, un convenio con La academia, que fortaleció las capacitaciones en temas normativos, en temas de participación en temas de PQRSF y denuncias y adicionalmente también como establecer proyectos que hagan parte de las políticas administrativas de salud, entonces con eso también fortalecimos el observatorio o la constitución de un observatorio de participación social. Cuál es la idea, que las administraciones pasen, pero que las políticas se queden y se cumplan, y quien las hace cumplir es el actor primario, el usuario, entonces a través de las ligas, los veedores, las asociaciones de usuarios nos hemos concentrado y los hemos inclusive articulado con el comité de participación comunitaria y con el Consejo municipal de Seguridad Social en Salud. Las más altas instancias asesoras, junto con los actores operativos y con ellos estamos buscando ese observatorio de la participación social para que tengan plena facultad de intervenir en las políticas, en la definición, en terreno de qué vamos a hacer y de cómo lo vamos a hacer. ¿Quiénes mejor lo conocen? Ellos; no tanto el Estado desde su escritorio, hay que trabajar en terreno con ellos.

La relación con la academia, tenemos un convenio que es el observatorio de enfermedades crónicas, otro convenio que es el observatorio de participación social, tenemos también el apoyo de la academia en lo que es la auditoría de la Rutas Integrales de Atención en Salud. Somos partícipes de varios comités académicos, en donde le estamos pidiendo a la academia que fortalezca todo lo que tiene que ver con acciones contundentes de promoción y prevención. No tanto privilegiar la formación del estudiante de medicina, enfermería y

odontología con acciones tendientes a atender la enfermedad, sino que lo que buscamos es transitar ese cambio; fortalecer y privilegiar la salud y no estar atendiendo enfermos.

Con los aseguradores tenemos buenas relaciones, aunque nosotros desde el ente territorial municipal básicamente lo que tenemos es la inspección, o sea, es con los aseguradores ir a través de una plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud que está debidamente constituida con 18 19 parámetros no recuerdo bien, que es la plataforma Gaudí. Esa plataforma nos dice cómo auditar, cuando auditar, que vamos a auditar, cuáles son los instrumentos, se hace la aplicación y se hace la retroalimentación a los aseguradores en qué van bien y en qué pueden mejorar. Y por supuesto con los aseguradores también tenemos la relación del aseguramiento. Buenas relaciones, un poco distantes no por el sentido de tener malas relaciones con ellos, sino porque la norma así lo exige o así lo prevé.

Con el Instituto Departamental de Salud hay buenas relaciones, es nuestro ente territorial máximo de autoridad sanitaria, nos hacen seguimientos, apoyos, asistencias técnicas, nos dan fortalecimiento de capacidad de curva de aprendizaje, en algunos casos nos dan algunos recursos, creo yo que tenemos una buena relación con la directora del Instituto más aún, teniendo en cuenta que este es el municipio capital, en donde todas las políticas que ellos quieren implementar desde la gobernación de Nariño recaen sobre el municipio. Prestación de servicios, la mayor capacidad de oferta y de complejidad está en el municipio. La mayor cantidad de aseguradores con asiento en el departamento de Nariño está en Pasto, la mayor cantidad de asegurados está en Pasto, la Política Pública de Prestación de servicios recae en el municipio de Pasto, entonces si tenemos buenas relaciones muy bien articulados.

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

Hay canales formales, tenemos los normativos como son los actos administrativos que pueden ser las Resoluciones, los Decretos del Alcalde del municipio de Pasto, Resoluciones internas de la Secretaría de salud y circulares externas que pueden ser conjuntas o individuales desde la Secretaría de salud. Esos son como los canales formales.

Canales informales tenemos un plan de medios, que tiene mecanismos como radio, prensa, televisión que son los convencionales y los no convencionales que pueden ser utilizados en áreas de zona rural donde hay poca cobertura de medios de comunicación masiva. ¿cuál es el que funciona mejor? depende para lo que quieras aplicar; si lo quieres aplicar desde un punto de vista normativo, el formal; si quieres utilizar el canal de comunicación que es alternativo que es no convencional para zona rural, para mejorar la cultura y mejoramiento de condiciones de vida en alimentos o en seguridad alimentaria y

nutricional, mejoramiento de acceso a la prestación de servicios para mujeres en edad fértil pues funciona mejor el no convencional.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

Hay algunas formulaciones que distan un poco de la realidad, hay cosas que son inalcanzables, hay otras que tienen que elaborarse a través de fases lo que hicimos ahora como te comentaba, es que fortalecimos el Plan Territorial de Salud articulado con las asociaciones, ligas de usuarios, todos los mecanismos formales de participación ciudadana. Con ellos entonces a través del observatorio les vamos a empoderar, les vamos a decir que se está enfermando Pasto, así estamos en la gestión del riesgo, esto estamos logrando y esto no lo estamos logrando. Señores ciudadanos, actores sociales, ayúdenos a ajustar el plan territorial de salud; más ahora que viene un cambio de administración y obviamente el nuevo gobernante deberá tener en cuenta este observatorio, nuestras políticas públicas de participación en salud, que vienen desde el año 2017, inclusive antes de nuestra administración y deben mantenerse en el transcurso del tiempo, pero ajustadas a las necesidades de cada uno de los territorios.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Al principio tuvimos la formulación del Plan de Desarrollo, pero nosotros en salud tenemos un Plan Territorial de Salud por norma, que se articula con el Plan de Desarrollo. En ese Plan Territorial de Salud participaron 969 personas en el municipio de Pasto, que no solamente representaban a ciudadanos sino también a otro tipo de actores, como ligas de usuarios, aseguradores, prestadores; con todos ellos construimos el Plan Territorial de Salud.

Anexo 6: Entrevista EMSSANAR SAS²¹

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado

Actualmente me vengo desempeñando como gerente del área de servicios de la organización Emssanar, pues la experiencia que he tenido en el sector salud es de aproximadamente ya casi 30 años; he trabajado tanto en el nivel hospitalario o de prestación de servicios; en la gestión administrativa a través del aseguramiento en EPS y obviamente en la parte comercial en el sector farmacéutico.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

Bueno pienso que la ley 1751 habla no sólo de la atención en salud en sí, o la cura de la enfermedad con eso bastaría; en la ley 1751 habla de la garantía de la integralidad de la atención a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Entonces, esta Ley creo es uno de los pilares fundamentales para esa integralidad; por otra parte, también hace referencia al acceso de los servicios de manera oportuna, eficaz y de calidad. Creo que esos cambios han sido los fundamentales. Pero hay otro cambio fundamental es en la ley 1751 del artículo 12, habla del derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes de salud.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

Creo que los problemas se han venido solucionando a partir de la Ley 100, pero no ha sido la totalidad; creo que lo sufrimos en el año 2020, cuando a nivel mundial y que obviamente también afectó a Colombia la pandemia, en donde nosotros prácticamente encontramos y nos damos cuenta de la problemática de limitaciones en materia de infraestructura, encontramos considerables desviaciones que tenía nuestro proceso de atención, sobre todo en esa insuficiencia de camas en unidad de cuidado intensivo; y esto ha hecho que cambiemos o empecemos a cambiar por lo menos nuestros modelos de atención tanto en la parte de aseguramiento como la parte de prestación.

Me parece también que otra de las de las problemáticas que se surtió fueron los desabastecimientos de las medicinas, y que hoy por hoy se ha vuelto el pan de cada día, actualmente creo que ese desabastecimiento se está sufriendo, como mucho más grande que en el mismo año 2020 donde tuvimos la problemática de la pandemia; otro de los problemas

²¹ La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

son las barreras de acceso, que a pesar de qué desde los años 90, venimos con esa importante ampliación de cobertura, pero creemos que todavía no es suficiente.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. Plan Decenal de Salud Pública**
- b. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**
- e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)**

El Plan Decenal de Salud Pública siempre ha tenido un objetivo y podemos determinar que el plan decenal de salud pública para los años 2022 a 2031, prácticamente la idea es como avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud mental mediante acciones intersectoriales y de la sociedad en conjunto, afectando de manera positiva los determinantes de la salud

La Política de Atención Integral en Salud a raíz de la promulgación de la ley 1751 creo que uno de los objetivos fundamentales de la política PAIS es centrar la acción de salud en las personas a nivel individual, familiar y colectivo

El Modelo Integral de Atención en Salud es similar, busca fortalecer la organización de los servicios de salud acercándonos a la comunidad

El MAITE pues creo que se alcanza tener algunos avances de maneras particulares en algunos sectores, en algunas instituciones; es donde prácticamente se intenta implementar ese nuevo modelo transformando la operación de la organización y la prestación de los servicios de salud en Colombia, esperemos que se den algunos resultados con ese cambio digamos de modelo; hoy la exigencia en la actualidad a través de la 441 se pretende reorganizar el modelo de salud a través de atención integral a la población y ojalá y ojalá que logremos articular de manera positiva esos niveles de atención primer nivel segundo nivel y tercer nivel

La atención primaria de salud como todas las estrategias anteriores quieren afectar de manera positiva la intersectorialidad y esperemos que así sea, el enfoque prácticamente de la atención primaria de salud hace referencia a que se debe incluir a la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar de la comunidad.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

En cierta forma si, a pesar que todavía continuamos con problemas bastante serios, voy a hablar de manera específica el gasto descontrolado de los medicamentos, la verdad es preocupante, y también el desabastecimiento; otro de los problemas específicos es la crisis financiera o podríamos hablar la insostenibilidad financiera; aún existen aseguradores con deudas grandes con los prestadores y se debe hacer una revisión porque probablemente esa insostenibilidad financiera sea una de las problemáticas del nivel de acceso en toda Colombia.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

Yo la definiría con algo muy clave y una definición corta que sería, la interacción entre actores involucrados en la organización, en la gestión y en la atención de los servicios de salud, con regulación de la relación entre los servicios y la población; regulación intersectorial y entre los servicios y otros sectores sociales.

6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?

¿Con quienes logra un mejor entendimiento?

- a. Prestadores de Servicios**
- b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. Academia.**
- d. Entidades Promotoras de Salud**
- e. Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

Con las IPS, si queremos trabajar bajo un modelo de intersectorialidad bajo un modelo de atención integral y bajo un modelo donde queremos garantizar acceso creo que los prestadores de servicio se convierten en un pilar fundamental, por ende, la relación debe ser muy estrecha.

Las Asociaciones de usuarios y grupos especiales, debemos tener una relación estrecha porque ellos también deben participar en la definición de modelo; en la definición de coberturas, de hecho a pesar que si han existido algunos inconvenientes con algunos grupos, por la probable no atención o por o la probable inoportunidad, pero si debe existir una relación estrecha para que en conjunto con la comunidad, con esos grupos específicos y especiales que aportan al desarrollo de nuestro sistema de salud creo que debe existir una relación muy estrecha y que de hecho así la tenemos.

Creo que ese ha sido uno de los problemas que hemos tenido de pronto, o que ha tenido el sistema de salud, a pesar de que se habla que si existe relación con la academia, pero la verdad todavía falta mucho por articular o relacionarnos para poder determinar cuál podría ser el plan de educación, porque no sólo creo que con la academia sobre todo con las

facultades de medicina, la academia debe guiarse en manejar el paciente, tratar al paciente y mejorar una enfermedad, sino también creo que debe existir en la academia como debemos relacionarnos con el paciente, sobre todo en la parte administrativa de cómo manejar el modelo de salud.

También nos falta interrelación a pesar que existen gremios, pero todavía nos falta la interrelación para generar políticas de salud pública concertadas entre aseguradores y que a nivel de Colombia se vea como una sola política de Seguridad Social en Salud, como una sola política de atención y como un solo modelo de atención; hoy la verdad vemos modelos por separado a pesar que las diferentes estrategias nos hablan de un solo modelo, pero en cada aseguradora estamos tratando de trabajar un modelo desarticulado entre aseguradores.

El Instituto Departamental de Salud de Nariño es el ente regulador, creo que la relación debe ser muy estrecha, porque con ellos debemos avanzar las diferentes estrategias de los modelos de salud en Colombia y creo que también se convierte en un pilar fundamental como ente regulador y controlador.

Con la Secretaría de Salud Municipal de Pasto, similar al Instituto departamental debe existir una relación muy estrecha, en Pasto creo que las EPS no hemos tenido una relación estrecha; la tuvimos en pandemia donde organizamos modelos de atención, pero digamos a raíz de que viene disminuyendo la problemática de pandemia, también se ha ido disminuyendo esa interrelación entre aseguradores, prestadores y Secretaría Municipal de salud.

Creo que por la relación permanente que debemos tener con los prestadores es una de las instituciones que con más entendimiento debemos tener, a pesar de las diferentes dificultades, pero por el mismo hecho de tener ese contacto, para la atención de nuestros pacientes, creo que con ellos es parte del mejor entendimiento y obviamente con las Instituciones de inspección, vigilancia y control como el Instituto departamental de Salud de Nariño.

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

Bueno de manera permanente con los actores del sistema nosotros venimos haciendo comunicación informal, la llamada telefónica, las reuniones a pesar que en ciertos momentos o mesas de trabajo se convierten en acciones formales, pero también son las reuniones y creo que una de las actividades formales es la rendición de cuentas, donde participamos tanto entes de vigilancia y control, comunidad, grupos especiales como las asociaciones de usuarios, prestadores; obviamente a pesar que tenemos los Chat, tenemos el callcenter,

tenemos los correos, pero creo yo que canal efectivo son esas mesas de trabajo que venimos desarrollando entre los diferentes actores y obviamente la rendición de cuentas.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

La participación de los usuarios es fundamental para poder desarrollar mejoras, hoy la verdad sobre todas las asociaciones de usuarios, las ligas de usuarios han entendido mucho mejor el sistema, saben o entienden los modelos que se vienen trabajando a través del sistema de salud, ya ellos plantean proyectos, plantean propuestas y obviamente en las mesas de trabajo participan los usuarios, con poder de decisión donde hay buena discusión y ejecución de planes.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Podría hablarlo de manera particular nosotros convocamos a las asociaciones de usuarios, convocamos a grupos especiales como pacientes o personas que hacen parte de los grupos de cuidadores primarios, estamos participando en mesas de trabajo para determinar el problema de accesibilidad, donde ellos nos hacen propuestas de cómo mejorar; como te digo de manera particular, nosotros venimos haciendo trabajos con asociaciones de usuarios de manera permanente, incluso con algunos casi semanal, donde nos están mostrando las digamos las necesidades y donde también aportan a dar solución a esas necesidades de la problemática de salud.

Anexo 7: Entrevista Instituto Departamental de Salud de Nariño²²

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado

Experiencia de 13 años.

Médica de la Universidad Cooperativa de Colombia, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Magister en Salud Pública, coordinadora de programas de enfermedades crónicas, docente del programa AIEPI en las facultades de medicina, Secretaría de Salud en el Municipio de Pasto, periodo 2016-2019 y directora del Instituto Departamental de Salud en el periodo 2020-2023²³.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

Desde que la Corte Constitucional estableció el derecho de la salud como derecho fundamental; los diferentes actores del sistema de salud y aquello que está dicho frente al sistema como derecho fundamental, se ha logrado un poco más de comprensión frente a la salud como un derecho no solamente de prestarse cuando está la enfermedad, sino como un derecho fundamental de un estado de bienestar físico y un estado de bienestar mental y no solamente eso sino también, en un ambiente de desarrollo saludable que no represente un riesgo para la salud incluyendo en ellos factores de riesgo que se pueden establecer en el marco de determinantes de la salud.

En la transformación a la salud como derecho fundamental permite ampliar aún más el paradigma del significado de la salud como el derecho más importante de la vida misma, de igual manera el derecho de la salud, como la calidad de este derecho fundamental implicaciones de conservación, pero también del restablecimiento de su estado de bienestar físico mental y social, de las cuales son responsables no sólo en individuos sino también el Estado, la sociedad, la familia

De igual manera de esta forma también, el derecho fundamental a la salud conlleva a que ciertas necesidades sanitarias apremiantes en los diferentes grupos poblacionales deban ser abordadas con enfoque diferencial; por ejemplo en lo que respecta a los derechos de los pueblos indígenas, respecto a las prácticas de su medicina tradicional, ejerciendo el derecho por el respeto de la diversidad cultural, pero siempre respetando el derecho en que se garantice la atención integral de salud, basada en los atributos de calidad en la prestación de

²² La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

²³ Información agregada por el autor de la entrevista.

los servicios de salud como son accesibilidad, oportunidad, pertinencia continuidad y seguridad.

Este concepto de salud como derecho fundamental también nos ha hecho replantear aspectos frente a la disponibilidad o frente a la capacidad instalada de los diferentes establecimientos de salud; no solamente que presten el servicio sino que apoyen como servicios integrales de salud para prestación de servicios de salud; estos establecimientos no solamente deben contar con las características técnicas de infraestructura física, sino también con el talento humano competente, con las dotaciones adecuadas, con los suministros suficientes además de diferentes aspectos que faciliten el derecho fundamental de la salud.

En la institución como tal, el derecho fundamental de la salud abre muchos paradigmas, nos permite trabajar mucho más allá del estado de enfermedad, entonces trabajamos con más de 11 dimensiones, donde buscamos el bienestar, no solamente físico sino mental dependiendo del curso de vida, dependiendo de cada curso de vida de las personas comenzamos a trabajar este derecho fundamental de la salud en los diferentes ámbitos, en el familiar, en el institucional, en el social, en el comunitario, en el laboral y comienza abrirse un poco más allá del campo de la salud en los diferentes sectores donde se desarrolla el individuo.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

La verdad son varios problemas, son amplios, son complejos, pero son diferentes, cada región tiene unas dificultades particulares y efectivamente debe mirarse así a nivel del ámbito nacional porque no somos iguales como región, Colombia no es igual, sobre todo en Nariño, que es un Departamento tan geográficamente disperso y que tiene tantas particularidades, hablando del tema de frontera, hablando del tema de Costa Pacífica, hablando de los temas de indígenas, entonces es un tema muy relevante que se debe abordar.

Una dificultad que se debe tratar es el acceso a los servicios de salud, principalmente en las regiones que son geográficamente apartadas, de muy difícil acceso, porque no solamente es la distancia, es la calidad de las vidas, también el tema del conflicto armado que muchas veces impide que se pueda llegar a estos territorios a pesar de qué se ha tratado de lograr la universalización del aseguramiento

Hablando de aseguramiento como tal, es decir que todas las personas estén aseguradas a una EPS, el acceso todavía presenta barreras a los diferentes niveles de atención y yo creo que eso es una de las cosas que se debe abordar, porque hablamos de un derecho fundamental a la salud, hablamos de un aseguramiento donde se supone tenemos

garantía en la prestación de los servicios de salud, pero muchas veces el acceso se ve limitado o demorado, o muchas veces tiene la autorización, la orden médica pero para que llegue a prestarse ese servicio tiene que pasar muchos trámites y mucho tiempo, no sé si tal vez por la capacidad de la red o del talento humano suficiente, pero todavía miramos unas dificultades grandes en el acceso, siendo más complejo en la zona rural.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. Plan Decenal de Salud Pública**
- b. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**
- e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)**

Hay varias políticas que se han venido formulando a nivel nacional, entre ellas está el Plan Decenal, es uno de los más importantes porque las políticas en salud no son inmediatas, para poder obtener un resultado en salud se necesita de un tiempo para poder cambiar algunos aspectos, no solamente del individuo, sino de su entorno para poder tener un resultado de salud pública y por ello es importante el plan decenal porque hablamos de un plan que está encaminado un número de años generalmente son 10 años y que nos permite tener unos indicadores principales con una hoja de ruta, para poder desarrollar y mantener entonces independientemente de los cambios de gobierno.

La Atención Primaria en Salud es la puerta de entrada, para mí es uno también de los más importantes porque la atención primaria salud es la puerta de entrada al sistema de salud y digamos a la canalización del individuo y de su familia y nos va a permitir conocer no solamente su patología por la cual ingresó por primera vez, sino también el entorno que se debe desarrollar con la atención primaria en salud encaminada más a ese trabajo de territorio o de micro territorios para desarrollarlos en cada uno de los municipios del departamento de Nariño.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

Creo que todas esas políticas han sido importantes, lo grave y complejo es que no se puede implementarlas completamente en el país, porque para poderlas implementar se necesita hacer otras cosas antes de y hasta ahora ninguna de estas políticas está totalmente implementada, a pesar de qué se ha hecho el trabajo desde la nación, desde el territorio, es

muy complejo la implementación, porque cada uno trabaja bajo su quehacer misional y en estos procesos necesita más integración.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

La gobernanza yo creo que es una forma de ejercer dirección, administración, cierto control dentro del sistema de salud, que debe estar caracterizado por la participación y por la coordinación de los diferentes actores del sistema, fundamentado en la toma de decisiones de manera oportuna, de manera coherente y que efectivamente estas decisiones den respuesta a los grandes retos que tenemos en el sector salud y a las necesidades que se tienen frente al sector salud; eso es un ejemplo digamos de gobernanza para poder garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, pero sobre todo es el direccionamiento, es poder tener esa articulación y todos encaminados hacia un objetivo final, un ejemplo muy claro de gobernanza en salud que hemos desarrollado en el departamento de Nariño lo podemos vivir en la pandemia, y la pandemia COVID nos dio un ejemplo de gobernanza, de poder dirigir, liderar el sistema, de poder trabajar en equipo, de poder coordinar y poder tomar decisiones oportunas, escuchando también las opiniones de muchos actores del sistema y abordando los retos y las problemáticas reales y actuales que se estaban viviendo en este momento; otro ejemplo de gobernanza en salud y un modelo de gobernanza digital que hicimos acá en el instituto es una plataforma que está integrada también con la comunidad, que nos permite tener esa articulación con la comunidad que es la plataforma GLIA, es una plataforma de salud mental que va abordando las necesidades que tiene el sector y las necesidades que tiene una problemática tan grande como lo es la salud mental, es eso también, la articulación no solamente con el sector salud, con la comunidad y el poder responder a esas necesidades que la comunidad tiene.

6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?

¿Con quienes logra un mejor entendimiento?

- a. Prestadores de Servicios**
- b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. Academia.**
- d. Entidades Promotoras de Salud**
- e. Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

El rol que tiene el Instituto departamental de salud de Nariño, digamos que la relación frente a los diferentes actores se fortaleció mucho en los retos que tuvimos, digamos que nosotros no tenemos dificultades entre nosotros con los actores, más aún en una acción como

ente rector de la salud, la dificultad se presenta más entre los mismos actores, ejemplo, entre el prestador y el asegurador efectivamente hay unas dificultades entre ellos, entre las asociaciones de usuarios y el prestador, nosotros como ente rector hemos tenido buenas relaciones con los actores del sistema, manteniendo las competencias, sabiendo que hemos logrado poder tener esa gobernanza y poder trabajar con ellos para objetivos comunes, entonces tenemos un rol frente a inspección y vigilancia y en otros inspección, vigilancia y control, pero podemos trabajar con ellos cuando se presentan retos como lo ha sido la rutas o la implementación de la rutas en el Departamento de Nariño, el tema de indicadores en salud específicos que estamos trabajando como lo es la mortalidad materna y cada uno tiene que ejercer ese rol; no ha sido fácil tener esa relación pero se ha ido logrando y se ha ido fortaleciendo con el tiempo.

En ese proceso de relación entre el actor y el de los diferentes actores y entre el asegurador están principalmente el tema de desconfianza, es decir el prestador con el asegurador, en su proceso de desconfianza para la firma de los contratos, así mismo los usuarios con el prestador y a su vez con el asegurador y eso lleva a que se presenten algunas falencias o que se fracture esos procesos que normalmente deben hacerse con mayor agilidad; nosotros hemos fortalecido una relación adicional de los actores que se presentan en el sector salud, que es la relación con la academia, hemos fortalecido muchísimo esa relación con la academia porque estamos pensando en más allá, o sea si necesitamos fortalecer la atención primaria en salud necesitamos fortalecer la educación en los profesionales de la salud para que puedan ejercer esa atención primaria en salud, hemos tenido varias reuniones con los decanos de las facultades de medicina, con los rectores también, para poder realizar estas acciones encaminadas a una realidad territorial, es decir que nuestros médicos que nuestras enfermeras conozcan la realidad del departamento de Nariño a través de un análisis de situación en salud, que lo hacemos anualmente y sepan manejarlo, porque no podemos esperar que una persona se gradúe, se vaya un rural donde no pueda manejar una patología que está dentro de las cinco primeras causas de morbilidad de esa comunidad, hemos hecho un trabajo muy bonito con la academia durante estos tres años y medio.

Nos hemos sentido muy cómodos y trabajando de la misma forma es con la academia, porque se crea, se innova, se trata de buscar soluciones, de trabajar en equipo, hacer los convenios con las diferentes universidades para poder lograr relaciones directas; entre los prestadores y los aseguradores nos ha tocado realizar mesas para mejorar esa relación entre ellos; que uno se sienta más o menos incómodo la verdad no, porque en estos años la relación con los diferentes actores ha sido muy directa y el tema de la pandemia nos llevó a sentarnos a todos y a poder dirigir y a poder tener interrelación con todos los actores del sistema,

entonces bien o mal se han logrado conocer y esa digamos desconfianza que existía en algún momento no existe, sino que es como la elaboración de ejecutar ese plan y cumplirlo.

Algunos de los colaboradores de pronto han presentado alguna dificultad entre la relación de pronto con secretarías de salud, muchas veces por el tema de competencias, que nosotros a veces queremos ir mucho más allá y como esa agilidad de respuestas de resultado, algunos de los referentes de las dimensiones de acá, si me han manifestado algunas dificultades en la relación con estos actores.

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

De manera formal, generalmente conmigo pues ha sido reuniones presenciales, que nos permitan tener unas compromisos exactos, puntuales y que pueden ser ejecutables en el tiempo y que se puedan seguir para poderlos cumplir, otro de los canales pues son los correos electrónicos frente a la respuesta que se puedan dar de requerimientos, nosotros tenemos páginas web, tenemos nuestras páginas en redes sociales, también diferentes plataformas digitales que nos permiten dar a conocer las acciones que estamos haciendo, a veces también el WhatsApp y también tenemos comunicación directa con los diferentes actores a través de estos medios, hemos realizado video llamadas, reuniones virtuales, publicaciones y muchas veces hacemos reuniones o convocatorias a la comunidad en las diferentes dimensiones, eso nos permite mantener un contacto directo con la ciudadanía.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

Depende, a veces si y a veces no, por ejemplo en el tema de discapacidad sí, porque han sido unos procesos que ya llevan bastante tiempo y están muy fortalecidos y la población generalmente es la misma, entonces viene siendo formada hace años, tiene una buena recepción y comprende muy bien los procesos que se llevan a cabo; el tema de víctimas también se entiende muy bien, en el tema de madres gestantes de bajo peso al nacer igual porque se ha tenido procesos muy grandes de educación, de comunicación, de formación, entonces ya las personas saben cuándo tú les hablas de un lenguaje del sector específico ellos lo comprenden.

En algunos casos no porque son procesos que apenas están iniciando, sin embargo en general hay conocimiento del sector, pero si hay que fortalecerlo en muchas áreas también, frente al tema sobre todo de la garantía en la prestación de los servicios de salud, como conocer esas rutas, como conocer esos apoyos, sobre todo cuando hay estas dificultades que te manifesté anteriormente que son las dificultades de acceso y que la principal dificultad para

mí actualmente es el acceso, no sólo la prestación sino a la integridad de la atención del usuario, esa es la dificultad más grande que nosotros vemos en peticiones quejas reclamos de la ciudadanía, entonces estoy asegurado pero ¿tengo la garantía? y esa garantía tiene que ser efectiva, tiene que ser oportuna, cuando la persona lo requiera; ahí todavía tenemos un poquito de dificultad frente a los procesos de comunicación con las personas, con la comunidad en general que creo toca fortalecer mucho.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Creo que podría ser mejor, sin embargo hemos mejorado; se ha fortalecido la oficina de atención al ciudadano y hemos enfatizado mucho en la educación a la comunidad para que pueda saber que las puertas de las instituciones están abiertas para poder tener un respaldo frente a la garantía del derecho fundamental a la salud, muchas veces las quejas uno las mira a través de las noticias y nunca han sido radicadas en las instituciones que pueden dar respuesta efectiva a ello, hemos hecho varias convocatorias para educar, para enseñar, para comunicar a la ciudadanía, como se debe hacer este proceso de radicación para nosotros poder hacer frente a la vulneración de ese derecho de los ciudadanos y poderlo atender.

Así mismo darles a conocer que las direcciones locales también deben tener ese canal con la ciudadanía para que pueda presentarse esta resolución de problemas a ellos, esa es una de las puertas de entrada; siempre es en los procesos de rendición de cuentas invitamos a la ciudadanía, no solamente para mostrar los logros que hemos tenido y que hemos venido realizando en el sistema, sino también escuchar que problemáticas no han sido resueltas aún o qué planes de acción todavía no están llegando efectivamente a la ciudadanía, se invita dependiendo de las dimensiones a grupos poblacionales específicos y se les invita a participar en las mesas, por ejemplo en el tema de discapacidad hacemos reuniones con la población con discapacidad, en el tema de etnias hacemos reuniones con los grupos étnicos, con las comunidades dependiendo de los temas a trabajar, vienen los actores fundamentales de la comunidad a trabajar con nosotros.

En el tema de atención al ciudadano también se trabaja con las asociaciones, con las ligas de usuarios y en cada dimensión efectivamente se está trabajando esa participación a la ciudadanía; en el tema de mujer género, tenemos comités donde hacen parte los líderes representantes de las comunidades, para poder escuchar la realidad y la percepción de ellos, entonces yo creería que esos espacios están abiertos, incluso hicimos un análisis también de la percepción que se tenía de la actual normatividad vigente antes de que saliera la reforma y una de las mesas también estuvo de ciudadanía de veeduría en general pues yo creo que la

percepción de la comunidad es importante, por eso hemos hecho y hemos aperturado estos canales en las diferentes dimensiones que tiene el Instituto departamental con los referentes de cada área, para que puedan retroalimentar el resultado que está viendo la ciudadanía frente a los programas que nosotros estamos implementando, igual con madres gestantes, con el tema de bajo peso al nacer y así con varios temas que hemos venido trabajando en el instituto.

Anexo 8: Entrevista funcionario Empresa Régimen Contributivo²⁴

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado²⁵:

Mi experiencia en el sector salud arrancó en 2002, digamos que he tenido la oportunidad de participar en procesos operativos desde muy joven, procesos de atención al usuario, en procesos financieros, de establecimientos de costos, de establecimiento de tarifas, de convenios, de contrataciones, de indicadores en salud; estuve en prestación de servicios de salud tanto en la red pública como en la red privada, en Cali, varios años en la red pública estuve en ESE Norte, también participé el proceso de estadística; posteriormente en el Hospital Departamental ya en el tercer y cuarto nivel de complejidad, también estuve varios años, participé de varios procesos, luego estuve en clínica COLSANITAS por ahí paso por clínica remedios y desde la perspectiva de aseguramiento he estado alrededor de siete años tanto en aseguramiento público como en aseguramiento privado.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

Creería que hay dos expectativas de cambio respecto de la norma, una es la perspectiva del cambio de normatividad para elevar la salud como derecho fundamental y la otra de la expectativa de la realidad con lo que ello se puede aterrizar como derecho fundamental, para el Estado cambia muchísimo en términos de su responsabilidad, es decir, al elevar un rango del Derecho supone que el Estado tiene que garantizar en todas sus dimensiones, en todas sus necesidades y tenga o no la población capacidades económicas, eso significa que más que una responsabilidad de un actor o de la comunidad en general, empiezas una responsabilidad total del Estado, creo que es lo más importante, lo que más ganó en términos jurídicos el sistema o el sector de la salud; para convertirlo una responsabilidad del Estado y que tiene que ejercer a través de todos los actores.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

Yo me alinee con algunos expertos en que un sistema de salud no tiene un problema, yo creo que el principal problema con el que tenemos que lidiar es que la salud no sólo es un derecho, así nos lo han hecho ver a los colombianos y así nos hemos encargado todos de

²⁴ La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

²⁵ Por solicitud expresa del entrevistado, la opinión emitida por quien labora en esta entidad refleja únicamente su posición personal a partir de la experiencia adquirida, no compromete ni corresponde a la entidad EPS SANITAS.

entenderlo, como que la salud es un derecho para todos los colombianos; no es posible ejercer un derecho si no hay una responsabilidad, si no hay unos deberes, el derecho por constituirse como derecho no implica que las cosas que haya que cumplir se cumplan per sé, porque tienes derecho a la salud pero también tienes derecho a decir no a las vacunas y entonces tus expectativas como sistema de salud entendiéndolo lo que implica que no vacunes a tu hijo, a raíz de qué también tienes un derecho a decidir no vacunar a tu hijo.

Lo que estoy queriendo decir es que el sistema no puede ser concebido sólo como un derecho, si seguimos los colombianos entendiéndolo que el sistema de salud es un derecho y sólo eso, seguramente no aportamos todo lo que tenemos que aportar; yo he intentado voltear un poco la página de centrarnos todos en el derecho y entonces el prestador tiene derecho a que le paguen, las EPS tiene derecho a que le paguen, todos empezamos en el tema del derecho; yo creo que tenemos que empezar con el tema de cuál es mi responsabilidad; si cada uno empezamos por la responsabilidad y a cumplir la responsabilidad que tendría respecto del sistema de salud, creería que podríamos tener mejores resultados.

Lo segundo es cultural, que exista una cultura de la salud, una cultura del cuidado, una cultura del autocuidado debería ser una cátedra en los colegios, esto debería ser un espacio lúdico. El derecho a la salud contempla que las personas que requieren cuidados en casa, por sus condiciones de salud, por su condición mental, porque no pueda movilizarse, por mil razones, requiere cuidado, pero la única persona que lo podría cuidar tiene que trabajar porque entonces de qué vive, ¿esa persona quien la tiene que cuidar? no estamos hablando de atención en salud ¿es responsabilidad del Estado? ¿sería responsabilidad del Sistema de Salud? el cuidado de las personas como responsabilidad primaria es de sus familiares; es decir hay muchos vacíos fuera del sistema de salud que lo afectan.

El tercero es el financiero, yo no sé si los cálculos de la UPC o de los recursos que financian el sistema sean lo suficientemente juiciosos, para absorber no sólo la demanda de servicios de salud, que con el avance natural de la enfermedad o la edad de las personas que hace que consuma más recursos en salud, si esos dos factores son los únicos o existen muchos más, que puedan actualizar un valor de financiamiento del sistema, porque muchas de las cosas que utiliza el sistema no las hace Colombia y si tenemos una variación del dólar, si tenemos una inflación alta, si tenemos mil factores que hacen que se vuelva mucho más complejo para el prestador, quien se lo traslada al asegurador, y el asegurador no tiene claro a quien se lo traslada; entonces empieza a haber desequilibrios financieros que creería que tiene que resolverlos, que no son fáciles de resolver para el sistema de salud, creo que no son exclusivos de Colombia y creo que no los va a resolver encontrar un culpable sino más bien un cálculo juicioso de cuáles son los recursos financieros que realmente necesita el

sistema de salud para que la red de prestación de servicios tengan los flujos de recursos adecuados y pueda garantizar la prestación de servicios de salud.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. **Plan Decenal de Salud Pública**
- b. **Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. **Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**
- e. **Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)**

Creo que todos son una gran construcción conceptual, cuando uno ve el plan decenal de salud pública, cuando uno ve en la política PAIS, cuando uno ve el MIAS, el MAITE, cuando uno habla de APS que es atención primaria en salud, todos buscan aportar a ese cumplimiento, donde el usuario debería estar en el radar de todos los que integralmente atienden su patología, entonces el hecho que se articulan es supremamente importante, sin embargo, nos encontramos con una distancia grande, entre las construcciones conceptuales y lo que en la realidad se logra; como país tenemos un reto para poder volver realidad todo lo que ha sido la construcción de la política pública en salud.

Si me preguntas a mí cuál es el principal aporte de las políticas, han sido una maravillosa construcción conceptual, le han dado un norte al sistema, lo han organizado; el reto que tiene el país es como lo vuelves realidad.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

Colombia es muy juicioso, tiene gente muy experta construyendo políticas públicas, desde el punto de vista conceptual y desde la concepción de política es una maravilla, yo creo que el problema no está en generar más modelos, el problema es que no hemos sido capaces como país de aterrizar en una forma fluida con todos los actores, las normas existentes.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

Yo pienso que la gobernanza es la rectoría del sistema de salud, debería ser un principio que vaya más allá de afinidades políticas, que vaya más allá de ciclos políticos, pienso que la gobernanza y la rectoría cada que cambian, no está armonizado con todo este constructo conceptual, no está pensado para que se haga en cuatro años de una alcaldía, una gobernación o una presidencia, está pensado para que sea ejecutado en diez o más años, que tenga una continuidad en su manejo y en su liderazgo,

Te puedes encontrar con una gobernanza orientada por ejemplo a que si la norma está escrita se tiene que cumplir, pero tú puedes encontrar una gobernanza aterrizada que diga, la norma está, pero los factores que nos llevaría como sistema a cumplirla no están, entonces todos vamos construyendo sobre los factores que necesita un sistema para poderse construir.

Creo que la gobernanza y la rectoría se han dedicado en un rol de inspección y vigilancia, si se quiere de control, más que de liderazgo articulador para que sucedan las cosas, en pandemia al país le costó articularse para mejorar ante esa contingencia, para que las cosas pasaran, pero al final pasaron, pasaron muchas cosas de articulación en la rectoría, que no pasan en la normalidad desarrollo del sistema, si tú me preguntas cómo veo yo la rectoría de la gobernanza la veo muy dedicada a que las normas se cumplan a través de la inspección, vigilancia y en ocasiones control, que en liderar la articulación de que esas cosas sucedan con los actores, porque una cosa es exigirte y otra cosa es liderar.

6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?

¿Con quienes logra un mejor entendimiento?

- a. Prestadores de Servicios**
- b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. Academia.**
- d. Entidades Promotoras de Salud**
- e. Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

Con los aseguradores, a título personal es muy buena, compartimos momentos difíciles, de reflexiones difíciles respecto de las situaciones que nos presenta el sistema, las normas, los retos que día a día se dan, compartimos momentos de angustias; esa relación es muy buena, hay comunicación, hay charlas; lo que no hay es que los mismos nos articulemos para hacer que algo pase en el sistema, será que entre las EPS de una región, pueden generar estrategias para esa articulación de red, para aterrizar las rutas, para el establecimiento de capacidades instaladas y la real utilización de las capacidades instaladas que tiene esa región, ahí creo que a todos nos falta, que podamos vernos más que una competencia.

Con las Prestadoras de servicios, pienso que es muy buena a título personal creo que con las gerencias compartimos muchas de esas angustias que ellos a veces nos manifiestan por los flujos de recursos, por las crisis financieras en algunos aseguradores; en el punto de vista en la actualidad de la prestación de servicios bien, es una red dispuesta, una red que ha respondido a todos los retos, entre ellos COVID-19 y que no es solo pesos, tiene que ver más en cómo lograr corresponder con esa responsabilidad

Con las Asociaciones de usuarios hemos hecho un trabajo interesante y a mí me gusta la idea de ver a la asociación de usuarios como un aliado, me gustaría mucho que en el futuro las asociaciones de usuarios se vieran ellos mismos como un aliado de los actores del sistema, pero que los actores del sistema los vean como unos aliados, hoy tienen una posición defensiva, yo creería que ahí falta trabajo de todos los actores en que nos veamos más como socios estratégicos, para el usuario que lo representa una asociación es estratégico tener una muy buena relación con su asegurador y con la red que le presta los servicios.

Con las facultades de medicina distante pensaría yo, pienso que la academia y no voy a ser atrevido en términos del peso de formación y cuál es el ideal de formación de los profesionales de la salud porque yo no soy experto en eso, pero si uno observa a los profesionales de la salud salen muy formados en su disciplina y poco formados en el conocimiento administrativo y de operación del sistema de salud, y eso es un tema importante, deberían todos salir con muy buenas bases y comprensión del funcionamiento del sistema desde el punto de vista normativo, administrativo y operativo; pensaría que la academia podría trabajar más articuladamente con todos los actores del sistema de salud para que en sus procesos de formación, ellos puedan tener una complementación que no sea sólo en lo específico de su área de conocimiento sino en los otros componentes que a veces condicionan eso.

Con el Instituto Departamental de Salud bien, ellos cumplen su función de inspección y vigilancia, nosotros la que me corresponde, en la comunicación bien y creo que cuando decía el rol de la gobernanza debiera ser más articulador que de inspección y vigilancia lo digo en el sentido de todos los que ejercen inspección, vigilancia y control o gobernanza; en general el país tiene mucho esa tendencia de que las instituciones de regulación y control sean más policivas en ocasiones, que articuladores, que líderes; no estoy hablando de uno en particular, estoy hablando en general.

Con la Secretaría de Salud Municipal de Pasto bien; cuando hemos tenido momentos muy tensos, hemos tenido discrepancias de conceptos, sobre todo respecto a que me correspondía a mí y que le correspondía otros, que aspectos sí puedo garantizar en cuales no están dadas las condiciones para garantizar pero en general la relación es muy buena con los dos.

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

Los canales formales ya están definidos y ellos hacen sus notificaciones a los canales formales de notificaciones, cuando tienen premura de una reunión, de un espacio, que haya

intervención nuestra comida ya está el celular personal, el WhatsApp, canal telefónico y funciona.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

Aquí yo creo que nos debemos dar palo a todos y las políticas públicas; si tú me preguntas para mí la política pública importantísima en salud debería ser la formación en salud desde la primaria, esto se ha dejado más con una tarea del prestador o el asegurador y creería que eso genera que la población desde muy temprana edad no tiene conocimiento de cómo es el sistema, no logra eso porque nunca tiene contacto con los actores hasta que tiene una enfermedad, hasta que tiene una necesidad, cuando incluso se le hacen intervenciones para captar en las etapas de los cursos de vida donde se hace promoción y prevención, hay personas que incluso rechazan el poder participar porque eso ni les parece importante; me parecería importante generar mayor conocimiento en la ciudadanía respecto de salud, el sistema, la normatividad, sus derechos y sus deberes.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Siento que en Colombia el tema de definir políticas públicas se centraliza en los que se consideran expertos en la materia o los que tienen el poder para hacerlo, ¿la comunidad realmente participó? O yo le hable bonito a la comunidad para que la comunidad se sintiera impresionada con todo lo que yo estoy diciendo, porque ese profundo desconocimiento no le permite ser crítico respecto de lo que yo le estoy planteando, necesitamos ciudadanos críticos conceptuales respecto de lo que debería ser, cuál debería ser la política pública no sólo en salud; hacer reuniones con la comunidad no es una garantía que la comunidad participe en la construcción de la política pública, eso no es cierto, usted llene la plaza, ponga un buen orador y póngales un discurso que de pronto ni comprenden y la gente de seguro le asiente la cabeza, hasta le aplauden; cuando se quiere generar la sensación de que la comunidad participa, llene la plaza y dele un micrófono a unos cuantos, por la insuficiente información lo que expresan no es pertinente o no es importante para agregarle en políticas públicas,

Para mí participar es discutir uno a uno los puntos que podrían generar mejoras respecto lo que ya hay, porque construir una política pública no es cambiar por cambiar, lo que hay que cambiar es lo que está mal, y para poder cambiar lo que está mal, debemos sentarnos a discutir el cómo sería mejor, usted como sociedad civil debería saber cómo sería mejor la prestación de servicios de salud, porque usted es quien consume los servicios de salud, pero si no sabe y por tanto no participa se llega al punto en el que el llamado expertos si lo es, saca la política, llena una plaza, lo aplauden y se valida.

Anexo 9: Entrevista Universidad Cooperativa de Colombia²⁶

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado:

Fui decano de la Facultad de Odontología durante 16 años y fui magistrado del tribunal nacional de ética odontológica durante 10 años, fui presidente también de ese tribunal y actualmente soy el director de la Universidad cooperativa de Colombia hace seis años y medio. Otra experiencia que hemos tenido con el sector salud es que actualmente soy el comisionado de la sala de salud y bienestar de CONACES²⁷ del Ministerio de Educación nacional.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

Uno de los avances más importantes que ha tenido la salud en Colombia y que valoramos mucho es la cobertura, tenemos un índice de cobertura muy alto, el otro punto que se avanzó desde esa época que valoramos mucho es que se eliminó esa problemática que se presentaba del *“paseo de la muerte”*, ya no se volvió a presentar más y ahí nosotros teníamos en el tribunal muchos problemas porque precisamente se denunciaban a los profesionales en salud por no atender esas urgencias, a raíz de estos cambios nunca más se volvió a encontrar este tipo de situaciones, porque independientemente que yo pertenezca a X o Y EPS o IPS, si se me presenta una urgencia debe ser obligatoriamente atendida tanto en medicina como odontología en cualquier institución sea pública o privada.

Otro punto importante que evaluamos en esos cambios que se vinieron a partir del 2015 sobre todo en la parte de educación superior fue la Ley del residente 917 que hacía muchísima falta en Colombia, precisamente ese apoyo que se les ha dado a los internistas, a los gastroenterólogos que están en formación y a todas las especialidades médicas con tres salarios mínimos que se les da con la con la ley 917, es un avance importante en salud y finalmente yo podría decir que en Colombia a pesar de las diferentes situaciones que en casos aislados que se presentan, yo pienso que lo más importante que uno le puede abonar al sistema es que es un sistema casi gratuito para todos y yo por experiencia propia lo puedo decir, en el año 2003 tuve alguna situación compleja de salud, que me acarrea una cirugía, después un tratamiento de quimioterapia y yo no pagué cinco centavos; lo contrario hubiera ocurrido que me pase esta situación en otro país donde prácticamente uno puede quedar

²⁶ La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

²⁷ Comisión Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior

endeudado de por vida si no tiene una afiliación a un sistema de salud, o sea que resumiendo, yo veo que con ajustes que deben hacerse al sistema, ese derecho fundamental en salud con estas variables que acabo de mencionar creo que han sido importantes cambios que se han presentado.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

Para mí lo principal y creo que está bien enfocada la reforma de salud que se está presentando ahora en lo que voy a hablar es la atención primaria en salud, creo que es el primer y principal problema que tiene el sistema ahora y es la atención primaria en salud nosotros la estamos manejando en la formación de nuestros jóvenes, de los futuros médicos, de las futuras enfermeras, el Ministerio de salud el Ministerio educación nos solicitan que los planes curriculares de formación esté inmersa la APS en la formación de los jóvenes, pienso que en eso estamos muy rezagados en Colombia en la implementación de la atención primaria de salud, pienso que esos equipos multidisciplinarios de médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares que lleguen hasta los rincones más alejados del país son muy necesarios y creo que le ahorraría muchísima plata al sistema si le invertimos en APS ya que eso significa promoción y prevención de la salud, si yo llego hacer promoción y prevención de los salud me voy economizar muchos recursos que después voy a tener que invertir en la parte de curación y de atención, así que pienso que ese es el principal problema del sistema.

Otros problemas secundarios son la corrupción, hay que manejar muy bien esa parte, no estoy de acuerdo que desaparezcan las EPS pero sí que queden las más fuertes, pero que existan unos controles muy importantes entre ese nivel de EPS e IPS, yo pensaría que es el principal problema después APS, puede ser la corrupción que existe en Colombia, ahí es donde radica tal vez el problema y un tercer punto mencionaría que se necesita fortalecer y mejorar el pago de los profesionales en salud, así como se hizo ya hace unos 15 años o más con él todo el personal de la rama judicial donde se mejoraron sustancialmente los salarios de los jueces, de secretarios, de magistrados; estamos en una deuda inmensa todavía con los salarios del personal de la salud.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. **Plan Decenal de Salud Pública**
- b. **Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. **Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**

e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)

Desde la experiencia mía sobre todo del trabajo que hicimos en odontología que es la formación mía, yo pienso que ese plan decenal fue muy bien formulado, de pronto para algunas profesiones en el ejercicio sobre todo la odontología, quedó muy limitado, casi que todo se dirigió a la parte de medicina y algo de enfermería; en cuanto a la Política de Atención Integral en Salud nosotros la hemos tenido en cuenta, igual el MIAS y el MAITE, la estamos exigiendo mucho desde la inclusión, estamos solicitando que, si no está la política de PAIS, MIAS, MAITE y APS no se están aprobando los registros calificados para nuevos programas de medicina, en odontología, en enfermería, especializaciones médico quirúrgicas; esas exigencias que nos hacen desde CONACES hace que incluyamos en los diferentes planes curriculares, la articulación de cómo voy a formar un nuevo médico, una nueva enfermera, un nuevo odontólogo, que conozca de estas políticas en salud. Para resumir, obligatoriamente los programas de salud de pregrado y posgrado deben conocer estas políticas.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

Vemos todavía que con el plan decenal de salud pública quedaron por fuera planes complementarios, como el acceso a servicios más especializados en odontología, acceso al tratamiento de ortodoncia, algunos tratamientos de rehabilitación; pienso que estuvo bien formulado, pero a veces en el Ministerio de Salud se gasta mucha plata en la formulación de esos Planes Decenales de Salud Pública pero al final no se termina cumpliendo las metas que se había propuesto.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

Te lo voy a definir desde lo que manejamos acá en la maestría en derechos humanos y gobernanza que tenemos, los actores del sistema que tienen que ver con el manejo de los recursos de la población, de la formulación de políticas del sistema, yo a veces no lo veo claro; la gobernanza en el sector salud se supone que es piramidal, viene desde el Ministerio de Salud, después llega esa red a los Institutos Departamentales, Secretarías Departamentales y la Secretaría de salud que son las ejecutoras; yo te definiría el sistema de gobernanza como como un sistema centralizado en el Ministerio de Salud, que de pronto es el juez y parte en el Sistema; a veces no queda claro que la gobernanza que maneja el Ministerio de Salud también es manejada y no auditada como debería ser por la Superintendencia Nacional de Salud. Veo difusa la gobernanza en salud en Colombia, no la veo muy definida y creo que eso hace que se presenten todos los problemas que se presentan, sobre todo de corrupción y de malversación de recursos en salud.

6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?

¿Con quienes logra un mejor entendimiento?

- a. Prestadores de Servicios**
- b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. Academia.**
- d. Entidades Promotoras de Salud**
- e. Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

Quizá nosotros somos la Universidad que mayor interrelación tenemos con clínicas y hospitales ESE's, IPS, en el departamento de Nariño y en Colombia, es una relación muy estrecha en el siguiente sentido; nosotros para poder realizar unas prácticas formativas en una clínica, en un hospital, en la ESE Pasto Salud, requerimos tener primero un convenio docencia-servicio firmado entre las dos instituciones no menor a 10 años, lo segundo en el marco de ese convenio se institucionaliza el comité de docencia-servicio que está formado por personal de la clínica, hospital de la ESE, personal de la universidad, representante de profesores, de estudiantes y en el marco de ese convenio se hacen todas las actividades de docencia en los hospitales donde participan los profesores, maestros pero también los profesores que aporte el hospital, así que la relación de la universidad con estos actores del sistema es absolutamente estrecha, nosotros tenemos una relación muy estrecha con el Hospital Infantil, Hospital Departamental, Hospital San Pedro, con el Amparo San José, el Hospital Civil de Ipiales, la clínica Pabón, la Clínica Hispanoamérica, la Clínica Fátima, con Clínicas y Hospitales en otras ciudades del país donde tienen que hacer sus prácticas formativas y hacer el internado.

Otro aporte que le hacemos a clínicas y hospitales del sistema es la investigación, estamos realizando investigaciones en todas las clínicas y hospitales que le generan nuevo conocimiento, que le generan aportes para el mejoramiento del hospital y que generan posicionamiento en los grupos de MINCIENCIAS.

Por la pandemia nosotros fuimos la institución que capacitamos en nuestro laboratorio de simulación más de 350 médicos, enfermeras, médicos especialistas, auxiliares de enfermería; se los capacitó en el manejo de reanimación cardio, cerebro, pulmonar en laboratorios muy modernos que tenemos, así que esa capacitación que les hacemos también es en el Marco de la relación de los convenios docencia-servicio.

Con otros actores del sistema realizamos actividades de promoción y prevención en los tres programas, nosotros tenemos una clínica odontológica que está habilitada, que es muy moderna tanto en pregrado y posgrado y ahí si hacemos una contribución directa

aportando con la realización de tratamientos de odontología general y odontología especial, en ortodoncia, periodoncia, endodoncia a la comunidad. Aportamos también en la elaboración de proyectos de ciencia, tecnología e innovación en asociación con las clínicas y hospitales, sobre todo se manejó mucho en la época de pandemia, pero lo venimos haciendo,

Con EPS directamente no.

Con las Entidades territoriales, el Instituto Departamental de Salud y la Secretaría Municipal de Salud, es una relación muy estrecha en investigaciones, en actividades de promoción y prevención, ahorita estamos trabajando con Javier Ruano con la Secretaría de Salud municipal ayudándole en la formulación de un proyecto de diagnóstico que están haciendo para poder aplicar el modelo que quiere la Ministra de Atención Primaria en Salud, estamos haciendo un piloto con el programa de enfermería.

Con el Instituto Departamental de Salud hemos presentado proyectos conjuntos, hemos realizado actividades de formación conjunta entre las instituciones tanto departamental como municipal; la relación también se da desde el lado de vigilancia y control, nuestra clínica debe estar habilitada, la universidad debe cumplir las condiciones de acceso, hemos invertido unos dineros cuantiosos, muy importantes en las reformas, adecuaciones que pide el Instituto Departamental de Salud para cumplir y entregar las certificaciones de habilitación; con ellos también tenemos el manejo de los muchachos de los tres programas que van a hacer su rural; entonces la relación es absolutamente estrecha con las dos instituciones, tenemos una muy buena relación.

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

Formales e informales, pero regularmente por correo electrónico y por oficio, nos llegan las solicitudes de ello, ahora a raíz de la pandemia casi todo llega por correo electrónico, entonces nosotros los apoyamos, hasta por WhatsApp nos hacen solicitudes; que nos piden permanentemente ellos, que por favor les prestemos, les ayudemos para hacer una capacitación en X manejo con nuestros simuladores para su personal de salud, que se les preste algún simulador, los apoyamos con el préstamo de auditorios, de aulas, es muy estrecha la relación pero básicamente se maneja por vía electrónica y ellos siempre lo soportan con oficios.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

Yo lo que veo es simplemente la participación por ley en las juntas directivas y en los diferentes espacios en ESE's, en las clínicas, hospitales, sobre todo es pública la participación

del usuario, pero no veo que sea trascendente, ni muy eficaz y efectiva las recomendaciones que ellos propongan.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Se supone que en las juntas de los hospitales sobre todo hay participación de la ciudadanía, pero yo pienso que sería importante un muy buen ajuste, pienso que la incidencia es muy baja de la comunidad, casi que esas participaciones se han politizado mucho, entonces básicamente yo veo que falta muchísimo para tener un canal adecuado de relacionamiento del sistema con la comunidad, que permita hacer esa retroalimentación de lo que encuentra el consumidor final que es el paciente; pienso que se pueden hacer otros canales más participativos de la comunidad y que pueden ser más efectivos.

Anexo 10: Entrevista Hospital Universitario Departamental de Nariño²⁸

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado:

Me desempeño como Gerente del Hospital Universitario Departamental de Nariño, soy médico hace aproximadamente 23 años, egresado de la Universidad Nacional de Colombia y especializado en el área administrativa de la salud, me he desempeñado en cargos en el Instituto Departamental de Salud de Nariño, en la Contraloría Departamental, Contraloría Municipal en Pasto, fui director de IPS de primer nivel, auditor médico y coordinador de contratación de una EPS, en la cual me desempeñé durante 14 años.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

Yo creo que se vuelve un derecho más exigible ante los actores del Sistema de Salud y creo que se ha vuelto más visible ante las entidades que deben garantizar los derechos de los ciudadanos en nuestro país, el elevar a Derecho fundamental hace posible por ejemplo, que sea un derecho exigible mediante la acción de tutela, yo creo que eso fue un gran avance, en donde los ciudadanos han visto la garantía del cumplimiento de su derecho a la salud, a través de esa gran herramienta como es la acción de tutela.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

Creo que debe respetarse en mi opinión, un Plan Obligatorio de Salud o un Plan de Beneficios en Salud, porque considero que si bien es cierto que cada actor ha tenido sus desmanes y despropósitos con el Sistema de Salud, al abusar de su capacidad dentro del sistema, también es cierto que en momentos se garantizan derechos a los ciudadanos que no son costo-eficientes o no son costos efectivos, quiero decir con esto, que en muchas ocasiones los pocos recursos en salud, porque los recursos en salud son limitados, son finitos, no como las necesidades que son infinitas; lo que debería es priorizar esas necesidades para definir qué es lo que debe estar a cargo del Estado a través del aseguramiento; en muchas ocasiones se desvía este propósito y se termina cubriendo servicios que a la postre no son servicios de salud, sino que más bien son necesidades de tipo social que se interpretan como necesidades de salud, que se terminan garantizando, pero que hacen gastar unos recursos supremamente importantes en servicios que al final no son de salud.

²⁸ La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. Plan Decenal de Salud Pública**
- b. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**
- e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)**

Para mí el Plan Decenal de Salud Pública, el principal aporte fue el hecho que se interviniera las acciones de salud con enfoque diferencial, que se tenga unos objetivos de salud para la población indígena, para los afro-descendientes, para la población andina, es decir, un enfoque diferencial para cada región de nuestro país, para cada grupo étnico, eso creo que es un gran avance porque no son las mismas necesidades de salud en la costa pacífica que en la sierra o en el centro del país, son diferentes y ese enfoque diferencial nos permite lograr una mayor capacidad de resolución frente a la necesidad de salud de cada persona en cada comunidad.

Ahora bien, la Política de Atención en Salud - PAIS el MIAS, el MAITE, la atención primaria en salud, obedecen a un desarrollo paso a paso de un sistema de salud que es pionero a nivel mundial; nuestro sistema de salud inicialmente trata de emular lo que se venía avanzando en Chile, sin embargo en Chile hubo un proceso de estancamiento por una vaina de voluntad política, en Colombia se sigue con el sistema, se evoluciona de tal manera que se supera lo que había realizado Chile y entonces nuestro sistema de salud como es pionero a nivel mundial, también ha sido un sistema de ensayo-error y eso nos ha llevado a que hemos cometido errores, que nos ha costado muchísimos recursos y que diría yo que después de 30 años y después de todas las herramientas que como le dije antes el PAIS, MIAS, MAITE, la atención primaria en salud, ha logrado una madurez en nuestro sistema.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

En nuestro Sistema hay muchas cosas que rescatar y que deben conservarse en mi opinión y algunas otras que deben reformarse, sin embargo todas esas políticas, esos modelos de atención, han sido el producto de una experiencia que si bien es cierto no es la única en el mundo si es pionera y es decir que hemos sido los primeros en garantizar unos servicios de salud a través del aseguramiento, no existen muchos países del mundo, nuestro país es pionero nuevamente insisto y ha logrado una madurez nuestro sistema de salud que ha costado mucho recursos.

Entonces considero qué actualmente todos estos pasos que nosotros hemos dado han servido para tener una madurez y que debe conservarse lo que está funcionando bien.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

La gobernanza es como las reglas del juego que existe en el sistema de salud; lo que nos permite a nosotros entendernos y relacionarnos entre los actores del Sistema de Salud, esa gobernanza en Colombia es supremamente grande, lo que pasa es que nosotros no somos tan disciplinados en aplicar la norma como debe aplicarse, te pongo un ejemplo, la resolución 3047 del 2008 habla qué los trámites administrativos no deben hacerlo los usuarios, tiene que hacerse directamente entre hospitales y EPS, sin embargo tu ves todavía gente haciendo filas en las EPS y personas que van con sus órdenes médicas desde el hospital hasta la EPS para que le hagan autorización, eso está mandado a recoger desde el 2008, sin embargo todavía tenemos ese comportamiento; entonces hay una resistencia a cambiar ese modelo, donde la misma resolución nos pide por ejemplo que ya no solicitemos copias de cédula, que ya no solicitemos copia del carnet de afiliación y hasta hace muy poco, todavía hay instituciones que piden copia de carnet de salud cuando eso ya no existe, pero hay situaciones en las que sigue solicitando documentos y sobre todo cargándole la parte administrativa a los usuarios.

6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?

¿Con quienes logra un mejor entendimiento?

- a. Prestadores de Servicios**
- b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. Academia.**
- d. Entidades Promotoras de Salud**
- e. Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

Yo creo que la ley 100 le inyectó al sistema de salud una cosa que se llama la competencia entre IPS y la competencia en el buen sentido de la palabra no es mala, es buena porque hace que tú tengas que mejorar para prestar mejores servicios de salud y los usuarios en esa capacidad que tienen en la libre elección del prestador, pues te seleccionan a ti como su prestador de los servicios, para que tú tengas mayor productividad, mayores ingresos y obviamente puedas seguir invirtiendo en la misma institución de salud, entonces digamos que con los gerentes de las demás IPS yo siempre hablado con ellos, de qué no debemos mirarnos a nosotros como enemigos en el sistema o como me va a quitar el mercado, porque creo que la capacidad instalada en nuestro país y en nuestro Departamento todavía sigue siendo suficiente para la cantidad de necesidad de servicios de salud que tiene nuestra comunidad,

y de allí qué para todos hay en el mercado, entonces yo he tratado de tener las mejores relaciones con los gerentes de las IPS, he hablado con ellos, hemos intercambiado ideas y creo que no nos vemos como esos actores que hacen competencia desleal, sino que más bien es una competencia sana, porque vuelvo e insisto, la competencia no es mala, la competencia te ayuda a crecer y a mejorar servicios.

En el hospital por normatividad tenemos que hacer nuestra liga de usuarios, es una liga que en el hospital permanece supremamente activa, está integrada por muchas personas que le ayudan mucho a la comunidad y que siempre han buscado directamente las reuniones aquí en gerencia, manifestando las inquietudes, manifestando las quejas que a ellos los usuarios les trasladan y nosotros con ellos hemos trabajado directamente para buscar la solución entre todos, digamos que nuestro Departamento no es indiferente a la situación que existe en todo el país, un sistema de salud que desafortunadamente no está garantizando el acceso de los colombianos a la salud, pero que gracias al esfuerzo de estas ligas de usuarios en donde están ahí constantemente como es que se prestan los servicios, las necesidades de los usuarios y hablando con la administración del hospital, pues hemos logrado buenos resultados; la administración ha sido de puertas abiertas las ligas de usuarios tienen una muy buena relación con la administración y siempre hemos hablado con ellos para mejorar el servicio.

Con las EPS, a pesar de las dificultades que se tiene en cuánto a flujo de recursos, yo tengo que decir que mi trayectoria laboral ha sido en una EPS, entonces conozco desde adentro de las EPS como es el funcionamiento y créeme que conozco mucha gente que trabaja y es muy valiosa y que llevan los programas de los pacientes de una manera muy buena, muy asertiva y eso le garantiza un buen servicio al ciudadano, lo que pasa es que a veces que hay elementos que dificultan la prestación del servicio como lo es la dispersión geográfica, en nuestro Departamento es bastante alta y eso dificulta el acceso a los servicios a las personas, entonces allí hay un problema, pero en las EPS hay personas valiosas, que trabajan bien y tratan de hacer su trabajo de la mejor manera posible, de tal forma que yo al haber sido un trabajador de una EPS, pues he tenido una receptividad importante, tenemos una buena relación, vuelvo e insisto, en medio de los problemas que tienen de recursos de funcionamiento, pero creo que tenemos una muy buena relación con ellas.

Con la academia, con las facultades de medicina de igual manera creo que nosotros tenemos muchos convenios de pregrado y de posgrado, no sólo con universidades de aquí de la región sino con universidades como por ejemplo Universidad Nacional de Colombia incluso del norte de Colombia, la Universidad de Cartagena, la Universidad Javeriana de Cali, entonces tenemos con muchas universidades reconocidas, convenios importantes tanto de

programas de pregrado y de posgrado y pues hacer mención también al desarrollo que hemos tenido aquí con un posgrado ya en medicina interna que la Universidad Cooperativa está desarrollando tanto en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, como en el Hospital San Pedro, entonces creo que eso es un gran desarrollo y se debe a la muy buena relación que hay entre la academia y los hospitales.

Con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, es el ente que nos vigila aquí en nuestro Departamento, también creo que tenemos unas relaciones muy cordiales, ellos nos hacen sus visitas periódicas, pues es su deber realizarlo, hacer el seguimiento; además que la directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño, hace parte de la junta directiva del hospital y como tal ella tiene mucho conocimiento porque mantenemos informada a nuestra junta directiva de toda la situación del hospital, de tal manera que la relación con la Directora del Instituto Departamental y con los funcionarios del Instituto Departamental de Salud se ha visto bastante fortalecida por el hecho de la pandemia.

Con la Secretaría de Salud Municipal de Pasto también tiene una función muy parecida a la que hace el Instituto Departamental de Salud, sobre todo es una acción de vigilancia, también realiza las visitas a nuestra institución y observa qué los programas en nuestra institución y los servicios se estén prestando adecuadamente; también la Secretaría del Municipio de Pasto tiene muy buenas relaciones y también fue un actor que nos ayudó a superar la pandemia, con los resultados que obtuvimos y que afortunadamente fueron reconocidos por nuestra comunidad y por nuestras autoridades en el Departamento y a nivel nacional.

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

Pues a mí me gusta mucho el contacto directo, así sea a través de celular pero me gusta solucionar las cosas digamos en caliente, cuando yo tengo alguna dificultad tomo el teléfono y enseguida me comunico con el que deba comunicarme, entonces creo yo que el celular es una herramienta de trabajo supremamente importante en mi modo de gerenciar, porque me gusta tomar cartas en el asunto rápidamente y hacerlo de manera directa, entonces creería yo que el celular para mí es una herramienta fundamental, así sea un canal no tan formal, digamos que es el principal utilizado desde mi desde mi función como gerente del hospital, sin embargo pues el formalismo es necesario y yo realizo todas las comunicaciones escritas que hay que hacer obviamente, pero lo que me permite a mí la acción inmediata ha sido la comunicación directa a través del celular, o del correo electrónico con los demás actores del Sistema de Salud.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

Pues afortunadamente el Hospital Universitario Departamental de Nariño tiene un posicionamiento importante dentro de nuestra comunidad y es visto como patrimonio propio y eso es supremamente valioso; digamos que las ligas de usuarios siempre están pendientes de lo que pasa en el hospital y están solicitando información, solicitan reuniones, hacemos reuniones periódicas y eso es muy importante, porque a través de esos mecanismos nosotros les entregamos información y ellos están haciendo sus propias observaciones; nunca he tenido críticas destructivas en cuanto a nuestro actuar, siempre hemos escuchado y ellos hacen observaciones muy respetuosas y hemos adoptado muchas de las observaciones que ellos hacen para mejorar el servicio de nuestra entidad y agradezco porque siempre que hay algún inconveniente ellos me buscan directamente aquí en la gerencia y eso es de resaltar porque en muchas ocasiones creemos que las administraciones son por allá, personas que tienen mucho poder y que están fuera del alcance de poder conversar y poder hacer las observaciones y poder ofrecer soluciones, yo creo que nos ha ido bien con las ligas de usuarios y en muchas ocasiones nos buscan directamente para plantearnos sus problemas y el estilo nuestro de gerencia ha sido siempre actuar directamente sobre el problema.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Se hace las invitaciones respectivas a través de todos los canales posibles, correo electrónico, página web, redes sociales, medios de comunicación, utilizamos absolutamente todos los mecanismos que existen para realizar la divulgación del momento de la entrega de la información en la rendición de cuentas, se transmite a través de canales como YouTube, Facebook Live, entonces eso hace que haya un proceso democrático y muy plural para la entrega de la información, vuelvo y te insisto no es el único momento en que nosotros damos información, siempre existen gracias a que este hospital se ve como una de las entidades principales de nuestro Departamento, ese afán de mantenerlo bien y que el hospital permanezca en el sitio que le corresponde y es así como permanentemente las ligas de usuarios, el señor presidente de la liga, los demás integrantes siempre permanecen con ese afán de conocer la información del Hospital, que se está haciendo, que proyectos existen, como se está actuando y creo que eso es importante; siempre son bienvenidas todas las observaciones y si hay necesidad de cambiar pues nosotros lo hacemos.

Anexo 11: Entrevista Pasto Salud E.S.E²⁹

Nota: La redacción corresponde a la transcripción textual del entrevistado.

Perfil del entrevistado:

Soy nutricionista de profesión, tengo una especialización en salud ocupacional, una especialización en gestión del riesgo, una maestría en administración en salud, llevo laborando para el sector salud más de 25 años, inicié mi experiencia en Hospital Infantil, después me fui al Hospital Departamental y los últimos tres años los llevo en Pasto Salud como subgerente de salud e investigación.

1. ¿Cuáles son los principales cambios que usted percibe con la Institución de la Salud como Derecho Fundamental?

Lo primero es que no podemos hablar solamente de la ley Estatutaria sino que hay que recordar que el Derecho a la salud es constitucional desde 1991, obviamente con la Ley estatutaria, se formaliza fundamentalmente a través de los planes de beneficios; la trayectoria realmente cómo derecho fundamental de la salud es buscar que a través de estas leyes se presten servicios, se permita el acceso a la salud, se dé una oportunidad y una efectividad en la atención de la salud; sin embargo todavía miramos que no se ha cumplido como un eje fundamental, por eso la gente tiene que acceder a los mecanismos como son la tutela para poder acceder, entonces el derecho existe, la norma existe, pero los actores no nos adherimos al cumplimiento de ello y considero que en este momento lo que hay que hacer es regular para el cumplimiento de lo que dice la norma, es que debemos todos tener derecho a que nos asistan en algún puesto de salud, que nos hagan atención primaria y atención de recuperación cuando ya se hayan presentado los eventos y todavía estamos con dificultades, pero no porque no los puedan afiliarse, sino porque realmente hemos desviado el proceso de la atención, en zonas rurales, dispersas, sin acceso. Entonces hay que tener en cuenta que no es solamente la atención lo que está basada en el derecho fundamental, sino además de la prestación pues tiene otros factores.

2. ¿Desde su punto de vista, cual es el principal problema que debe atender el Sistema de Salud?

Considero que hemos mejorado las coberturas pero que la efectividad y la oportunidad es la que tenemos que dedicarnos, porque hablo de efectividad y oportunidad, porque tenemos un carnet de salud, sabemos qué IPS nos atiende, pero cuando necesitamos en la complementariedad no hay citas, porque no hay especialistas, porque no hay contratos; existe

²⁹ La entrevista fue grabada con autorización del participante, a quien se le aclaró que la misma se desarrolla con fines exclusivamente académicos.

dentro de la Ley estatutaria el derecho a que yo pueda escoger donde me atiendan, pero me toca es donde me contrató la EPS porque si yo quiero irme a que me atiendan a la Fundación Santa Fe, mi EPS no tiene contrato y me toca quedarme aquí en Pasto; entonces pienso que hay que mejorar la oportunidad para que tengamos acceso a lo que se necesita realmente, más que todo con la complementariedad de los especialistas y la efectividad porque muchas veces nos hacemos atender en salud pero no nos resuelven el problema de salud; el sistema se volvió perverso en el momento que se volvió un sistema financiero responsable digámoslo así; entonces se disminuyó la calidad y disminuyó el tiempo en la atención, se aumentaron las frecuencias de uso, entonces ahí es donde vemos la dificultad, para mí los retos más importantes son de efectividad y oportunidad, efectividad frente a la resolutivez que hay que tener dada la necesidad de salud y la oportunidad que no tenga acceso, porque la cobertura ya está dada, porque el Ministerio ha sido muy claro que todos tenemos derecho a que nos atiendan, ahora hay que mejorar es el acceso, que haya los suficientes médicos, los suficientes consultorios, que haya las suficientes instituciones de salud para que me puedan atender.

3. ¿Cuál ha sido el principal aporte de las Políticas y Estrategias normativas e institucionales que se han diseñado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud?

- a. Plan Decenal de Salud Pública**
- b. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**
- c. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**
- d. Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**
- e. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)**

El Plan Decenal de Salud Pública es un instrumento que define cómo se deben integrar todos los actores para generar realmente el Derecho a la salud, está dividido por las 13 dimensiones sociales, que podrían haberse priorizado en su momento para que las personas tengan una vida saludable y una calidad de vida, adicionalmente hablamos del bienestar, de la salud mental y de otros componentes que pensábamos que no estaban porque antes nos dedicábamos y pensábamos en salud y hablábamos de prestación, no miramos todo lo demás como el alcantarillado, la educación, todo lo que viene acompañado, entonces el plan nacional de salud, el primero que ya terminó en el año 2021 fue interesante, porque fue un ejercicio de aprendizaje, se priorizaron algunas enfermedades, se exigió a algunos actores mejorar frente a lo que tiene que ver con aprovechamiento de la salud, con el acceso, con la responsabilidad biológica y con todo lo que son políticas de salud pública; finalizó pero hubo muchas metas de ese Plan que no se cumplieron y se retomaron en este nuevo Plan que va hasta el 2031, por ejemplo que tenemos que cualificar a nuestro personal médico, donde nuestros médicos

y nuestras enfermeras tienen que salir capacitados para reanimar un paciente en tercer nivel pero también para atender un paciente en primer nivel, porque queremos hacer Atención Primaria en Salud pero no capacitamos a la gente sobre lo que es una ruta de atención, cuáles son las guías de manejo, cómo tenemos que diligenciar fichas técnicas.

Adicionalmente al Plan Decenal se meten otros campos, como por ejemplo alcantarillado, acueducto, creo que salud ambiental, se incluyen cosas como por ejemplo mejorar la equidad y la igualdad frente a disminuir el desempleo, los retos son muy grandes; entonces me gusta el Plan Decenal lo que no me gusta es que no se le asigne el presupuesto que se necesita para que aterrice y se cumpla.

La Política de Atención Integral en Salud, hay que tener en cuenta que esta política se ha cambiado dos veces; inicialmente la política lo que hace es un lineamiento, un compromiso que hace el ente, en este caso el Ministerio y sobre las Direcciones Territoriales de Salud, frente al cumplimiento de necesidades y de liderazgo que debemos tener en la atención integral, define que debemos contar con instituciones que atiendan el primer nivel, que atiendan el segundo y el tercer nivel de complejidad y en caso de no prestar el servicio en el sector, se articulen a nivel departamental y nacional, entonces para mí la política es un compromiso que hizo el ministerio y todos los actores del Sistema de Salud, incluidos los prestadores, pagadores y controladores que son los entes territoriales y la Supersalud para que se pueda dar cumplimiento a los lineamientos en salud.

En el año 2019 cuando se hace un cambio gubernamental identifican realmente que el Modelo de Atención Integral en Salud se había aterrizado con unas rutas de atención integral en salud, son 16 rutas y cuando empezamos a implementarlas, identificamos que no todos los territorios son iguales, que el modelo está estructurado sobre una atención integral pero que en algunas regiones no cuentan con la articulación de la ruta, entonces necesitan aterrizarlo poblacionalmente a las necesidades de cada territorio, dado esa casuística con base en el análisis situacional de la salud se define el modelo MAITE, que es el modelo de acciones integrales, entonces el MAITE es como un hijo del MIAS para poder articular y que funcionen las rutas de atención integral en salud; entonces el modelo lo que nos define son las rutas de atención que definen los seis cursos de vida que son primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez; con esos cursos de vida se definen unas rutas que permiten articular la atención de estos seis grupos priorizados.

Desde donde laboro se ha enfocado básicamente algunas de las rutas, hemos implementado todas las del curso de vida, pero de las 16 rutas hemos priorizado por ahora cinco rutas: son materno perinatal, tenemos una ruta de enfermedades cardio metabólicas donde atendemos pacientes hipertensos crónicos y con enfermedad renal, pero en un estadio

que se puede manejar en nuestro nivel, tenemos una ruta de atención frente a lo que es la prevención del cáncer y hemos priorizado algunos cánceres como son el cáncer de mama, próstata, de colon y el cáncer de cérvix y también tenemos la ruta con enfoque diferencial donde hemos priorizado alguna población, la principal la vulnerable porque son nuestra población para atender y de ello se derivan las personas víctimas del conflicto armado, de violencia sexual y las de maltrato físico. Eso es lo que hace MAITE, te dice tome su región, haga su análisis y priorice.

La Atención Primaria en Salud es nuestra función como primer nivel de atención, hemos articulado la implementación de las rutas y así hemos venido trabajando durante estos dos últimos años; realmente la norma salió en el 2018, en el 2019 se hizo todo el ajuste del aplicativo, en el 2020 por pandemia estuvo suspendido pero en 2021 y 2022 ya nos articulamos a trabajar sobre las rutas; la atención primaria en salud es una estrategia que define la salud sobre la promoción y el mantenimiento de la salud, entonces yo promuevo que la gente no se enferme a través de las consultas para identificar riesgos, mantengo la salud haciendo la educación pertinente, las recomendaciones del autocuidado, el involucramiento al usuario como uno de los actores más importantes, porque realmente si el usuario no se cuida las políticas no consiguen el efecto esperado, entonces la atención primaria en salud es hacer toda la estructura que se tiene para poder promocionar y evitar que las personas necesiten de un tercer nivel, eso no excluye que las personas terminen consultando a los hospitales grandes, porque culturalmente la gente prefiere esperar los 20 días de la EPS para la cita o dirigirse directamente, pero realmente lo que busca la atención primaria salud es la promoción y mantenimiento de la salud.

4. ¿Las Políticas y Estrategias previamente mencionadas resuelven los principales desafíos del Sector?

Yo pienso que todavía hay muchas cosas por mejorar, la primera es la oportunidad que le podemos brindar a la gente en la atención, hay personas que no acceden fácilmente a las citas, hay personas que viven solas, los viejitos ¿quién les gestiona una cita? si no hay un doliente, no accede; entonces los cuatro actores están muy involucrados, el usuario es responsable, la institución prestadora es responsable, la entidad de pago es responsable, porque realmente ellos son los dueños de los pacientes y los entes territoriales también son responsables porque realizan vigilancia y control, si tuviéramos una buena base poblacional georreferenciada y supiéramos donde están los usuarios los podríamos ir a buscar; mientras no tengamos esa caracterización poblacional no es fácil buscar a los usuarios y atenderlos, pienso que es una de las barreras que tiene en este momento el Sistema, deberíamos mejorarla y saber realmente cuántas son las personas que tenemos que atender; ¿a quién

estamos atendiendo? a los que vienen a consultar con nosotros, no realmente los que están necesitando la atención.

5. ¿Como definiría usted el concepto de gobernanza aplicado al sector salud?

La gobernanza realmente es como yo empodero a los actores del sistema, recordar que los actores son los entes territoriales, las instituciones responsables del pago de la salud EPS, las IPS somos los prestadores, pero también los usuarios, entonces la gobernanza es que estos cuatro actores estén empoderados para la prestación del servicio. Todos son responsables de que este Derecho se cumpla, entonces tiene que ver con eso y con la transparencia con la que se manejan recursos, tiene que ver con la rendición de cuentas para que la población conozca y pueda participar en las decisiones de la salud; por eso para nosotros es muy relevante lo que son las asociaciones de usuarios para que ellos no solamente tengan asiento en la junta directiva sino que realmente se empoderen de las condiciones de la salud, promoción en el autocuidado, que exijan sus derechos como usuarios pero también nos ayuden a tomar soluciones que se necesiten.

6. ¿Cómo califica la relación de su entidad con los siguientes actores del sistema?

¿Con quienes logra un mejor entendimiento?

- a. Prestadores de Servicios**
- b. Asociaciones de Usuarios, Grupos de Enfermedades Crónicas**
- c. Academia.**
- d. Entidades Promotoras de Salud**
- e. Instituto Departamental de Salud de Nariño**
- f. Secretaría de Salud Municipal de Pasto**

Pasto Salud tiene una ventaja como Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel del municipio y es que es la única IPS que realmente aporta al régimen subsidiado, entonces tenemos una ventaja y somos 22 sedes, ubicados en la cabecera y las cabeceras rurales, que a diferencia de otras IPS que no pueden estar, y se les dificulta ofertar un servicio, entonces no hay mucha competencia frente a la población que nosotros atendemos, pero cuando nos interrelacionamos con los prestadores, no tenemos ningún inconveniente porque cada quien cumple su rol con la población que tiene asignada; con las del tercer nivel tampoco, porque nosotros lo hacemos a través del centro regulador de emergencias médicas, nosotros informamos al centro regulador las necesidades para que nos reciban pacientes y realmente nos operativizamos fácilmente y nos reciben los pacientes; sólo y únicamente tenemos inconveniente cuando la población es migrante no reconocida, porque nadie los quiere recibir.

Con las asociaciones de usuarios nosotros tenemos 22, es muy buena, las asociaciones de usuarios para nosotros son supremamente importantes ellos tienen asiento en la junta directiva, en el comité de ética hospitalaria y en el comité de participación ciudadana y eso nos permite tener una relación directa con la gente que usa nuestros servicios y que nos puede retroalimentar directamente sobre las necesidades que nosotros podemos tener.

Con la academia, nosotros no somos una institución universitaria, pero somos un lugar de práctica y tenemos habilitadas cuatro sedes para que practiquen los estudiantes y se genera un espacio para internos, para practicantes y no tenemos ningún inconveniente hasta el momento; lo que hacemos es informarle al usuario que estamos con un proceso de educación continua y las personas nos permiten que ellos participen de nuestras atenciones sin ningún inconveniente.

Con las EPS el problema es un poco más delicado porque tú sabes que las EPS son autónomas en la contratación, realmente Pasto Salud tiene contrato con tres EPS grandes capitales, que son EMSSANAR y Sanitas, tenemos un contrato muy especial con Mallamas, ya que tiene una población especial para nosotros que es la población indígena del municipio que está en Genoy, Obonuco y el Encano, entonces es buena; los pagos son oportunos, nos hemos visto afectados en este momento con la posible liquidación de EMSSANAR pero realmente nosotros hasta el momento tenemos una buena relación, se ha hecho una buena gestión y no hemos tenido inconvenientes hasta el momento.

Con el Instituto Departamental de Salud, es un ente de vigilancia y control, ellos nos regulan, nos visitan, son los responsables de nuestros servicios de habilitación, la relación es cordial como con todos los entes, recibimos de forma oportuna sus auditorías, cuando hacen hallazgos nosotros presentamos nuestros planes de mejora y cuando hay incumplimientos por parte nuestra, ellos cumplen con su deber de notificarnos en sus investigaciones pero creo que la relación también ha sido muy buena; participamos de los comités departamentales de salud, aprovechamos las invitaciones que nos hacen a sus cursos y capacitaciones y considero que la relación con ellos es buena.

7. ¿Cuáles son los canales de comunicación empleados para interactuar con los actores del Sistema?

Bueno, quiero recordar que nosotros pertenecemos al ente territorial del municipio, entonces tenemos varios canales, la primera es que tanto el alcalde como el señor secretario de salud tienen asiento aquí en la junta directiva, un canal de comunicación directo para entrada y salida de información es la junta directiva, la otra es el Comité Municipal de Salud y ese es el comité que nosotros participamos, lo encabeza la señora gerente y ese comité es

donde nos sentamos todos los actores, ahí hacemos toda la nivelación de las tareas, de los compromisos, pienso que ese es el canal de comunicación más relevante; adicionalmente a ello todo lo que es canal virtual, por correo electrónico oficial recibimos y transmitimos la información tanto a Secretaria, Instituto y con los otros entes.

8. ¿Cuál es el nivel de participación y entendimiento de la ciudadanía en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de su entidad?

En Nariño nosotros somos como de gobierno, entonces las asociaciones son muy puntuales, nuestras asociaciones se han unido a otras asociaciones más robustas con las que tienen mayor entendimiento, como es el caso de la nueva EPS, que la lidera la Doctora Stella Cepeda que es médica, entonces con ellos han tenido varios acercamientos, estas asociaciones lograron conseguir que venga la señora Ministra al municipio, tuvo la oportunidad de sentarse aquí con nosotros en Pasto Salud y abordar puntualmente todas las recomendaciones de la reforma.

Nuestras Asociaciones de Usuarios tienen un proceso de capacitación bien interesante que lo hacemos de forma permanente, a ellos se los capacita en lo que es Ley estatutaria, deberes y derechos, participación ciudadana, modelo integral de gestión pública, entonces cuando tú hablas con nuestros líderes de la asociación de usuarios tienen claro su proceso, ellos fomentan muchísimo ese cumplimiento de derechos y ellos nos acompañan en la prestación del servicio como vigilantes de que lo que hablamos en teoría se cumple y pues obviamente pues nosotros lo fomentamos a través de nuestros buzones de sugerencias, las PQRS.

9. ¿La ciudadanía es convocada para interactuar simultáneamente con todos los actores del Sistema? ¿Cuáles temas abordan usualmente?

Tenemos dos rendiciones de cuentas una que hace la señora gerente en el primer semestre del año y la otra rendición de cuentas que hacen las asociaciones de usuarios en el mes de noviembre; entonces tenemos estos dos canales en los cuales podemos transmitir la información y recibir las necesidades de estas asociaciones frente a lo que es comprender estas políticas y como nosotros estamos articulados y cumpliendo.

Los aspectos que más insisten en la rendición de cuentas son tres cosas: la primera es que se priorice los grupos preferenciales como es el discapacitado, el adulto mayor y las mujeres tanto en embarazo y recién nacidos; segundo que se amplíen los horarios de servicio en algunas zonas rurales, todo mundo quiere tener urgencias 24 horas en la puerta de su casa y a veces no es fácil porque la norma nos exige que revisemos la cuestión financiera, también nos piden por ejemplo en El Rosario que amplíemos el sitio porque es muy pequeño,

pero no podemos hacer infraestructuras muy grandes y especiales para los barrios, que mejoremos el cliente preferencial, que mejoremos las atenciones frente a algunos servicios complementarios y que les mejoremos en algunas zonas rurales la infraestructura y ello requiere de recursos.