

# Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016

## Inter-sectorial and inter-institutional cooperation and coordination in Public Health within the market model of the Colombian Health Care System, 2012-2016

Gloria Molina-Marín, Andrés Ramírez-Gómez y Tatiana Oquendo-Lozano

Recibido 14 febrero 2017 / Enviado para modificación 23 septiembre 2017 / Aceptado 7 febrero 2018

### RESUMEN

GM: Enfermera. Ph. D. Health Services Management. M.B.A. Public Services. M. Sc. Sociología de la Educación. Medellín, Colombia.

[gloria.molina60@gmail.com](mailto:gloria.molina60@gmail.com)

AR: Abogado. Ph. D. Bioética. M. Sc. Derecho Penal. Procuraduría General de la Nación. Medellín, Colombia. [andresrago@gmail.com](mailto:andresrago@gmail.com)

TO: Administradora en Salud: Gestión de Servicios de Salud. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. [lozano0211@gmail.com](mailto:lozano0211@gmail.com)

**Objetivo** Describir las características de las relaciones intersectoriales e interinstitucionales en los procesos de toma de decisiones para el desarrollo de las políticas y programas de salud pública, en seis ciudades colombianas.

**Materiales y Metodos** Se desarrolló un estudio de tipo cualitativo, en seis ciudades colombianas, utilizando el método de la Teoría Fundamentada. Se realizó entrevista individual a 108 profesionales con amplia experiencia y conocimiento en salud pública, vinculados al desarrollo de políticas y programas en este campo. También se realizaron 14 grupos focales con líderes de organizaciones comunitarias en salud.

**Resultados** Los entrevistados le dan gran valor a la cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional para el desarrollo de acciones en salud pública y se han tenido algunas buenas experiencias aunque cortas y en programas puntuales. El modelo de salud basado en el mercado, la competencia y ánimo de lucro de la mayor parte de actores del sistema de salud, hace difícil la cooperación y articulación entre ellos para lograr mayor desarrollo de las políticas y programas de salud pública.

**Discusión** La cooperación y articulación interinstitucional son reconocidas como esenciales para el desarrollo de la salud pública, sin embargo, se han dado pocas experiencias puntuales y de corto plazo.

**Conclusiones** El modelo de mercado y competencia del sistema de salud colombiano no permite fortalecer los valores que se requieren para lograr un desarrollo sostenible en salud pública.

**Palabras Clave:** Economía de la salud; sistemas de salud; salud pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To describe the characteristics of inter-sectional and inter-institutional relations regarding decision-making processes for the development of public health policies and programs in six Colombian cities.

**Materials and Methods** A qualitative study was developed in six Colombian cities using the Grounded Theory method. An individual interview was conducted with 108 professionals with extensive experience and knowledge in public health, who were linked to the development of policies and programs in this field. There were also 14 focus groups with leaders of community health organizations.

**Results** Interviewees place great value on inter-sectorial and inter-institutional cooperation and coordination for the development of public health. Some good experiences have been reported, although they have been short and related to specific programs. The market-based health care model, competition and profit-making goals of most

actors involved in the health care system has made cooperation and articulation among them difficult, preventing the achievement of greater development of public health policies and programs.

**Discussion** Inter-institutional cooperation and articulation are recognized as essential for the development of the public health. Some specific and short-term experiences have been reported.

**Conclusions** The market and competition model of the Colombian Health Care System does not allow for strengthening the values required to achieve sustainable development in public health.

**Key Words:** Health economics; health system; public health (source: MeSH, NLM).

Bajo directrices internacionales (1) se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- colombiano (Ley 100 de 1993) con el propósito de mejorar la cobertura, acceso, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema (2,3). Esta Ley estableció el aseguramiento como medio para acceder a los servicios, y para ello creó las Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas, estas últimas (las privadas) están afiliadas a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). Las EPS deben proveer a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud (POS) establecido por el gobierno. También con la reforma en salud los hospitales públicos se transformaron en Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales, junto con las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, contratan con las EPS y las Secretarías de Salud la provisión de servicios a los afiliados al SGSSS. Esta Ley introdujo el mercado y la competencia entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas y privadas, redujo el rol del Estado y amplió la participación privada, buscando superar las fallas de gobierno.

Algunos estudios sobre los avances y resultados de la implementación del SGSSS, evidencian logros y dificultades en diferentes aspectos. Entre los logros se destaca que el gasto público en salud incrementó llegando a cerca de siete puntos porcentuales del PIB (4); los logros en equidad y accesibilidad son controvertidos, dado que la cobertura de afiliación al sistema incrementó alcanzando el 90,8% en el 2012 (5) y a partir del año 2014 el Plan Obligatorio de Salud provee el mismo paquete de servicios a toda la población. Sin embargo, la afiliación no ha significado acceso efectivo a los servicios, debido a las barreras administrativas, geográficas y económicas generadas por los diferentes actores principalmente por las EPS (4-9). Entre las limitaciones se destaca las inequidades y desigualdad en la situación de salud y en la distribución de servicios por regiones (10-12), los problemas en la provisión de programas y acciones de salud pública (13); la restricción en la oferta de servicios por instituciones públicas y el aumento simultáneo del sector privado en el aseguramiento y en la prestación de servicios (14). Además, la negación sistemática de servicios a los usuarios por parte de las EPS

se convirtió en una cotidianidad de la gestión con fin de disminuir el gasto y aumentar la rentabilidad (15,16), lo que ha llevado al incremento en el número de tutelas y quejas ante las entidades de vigilancia y control (17). Las EPS e IPS altamente rentables usualmente ofrecen condiciones laborales muy limitadas como otra estrategia para disminuir costos de operación e incrementar la rentabilidad (16); manejan asimetría de información, segmentan y seleccionan adversamente la población; también ha habido problemas de corrupción y constantes conflictos interinstitucionales por el flujo de recursos (18,19). Con el SGSSS y la descentralización tampoco se ha mejorado suficientemente la capacidad institucional en los municipios (20,21).

En materia de salud pública, el SGSSS ha tenido diferentes formas de proveer programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que han sido desarrollados por las instituciones tanto públicas como privadas, liderados y vigilados por las autoridades de salud municipal y departamental (22).

Entre los valores y principios más necesarios para fortalecer el desarrollo de la salud pública están la solidaridad, la confianza, la buena fe, la cooperación, la beneficencia y la no-maleficencia.

Este manuscrito presenta una parte de los hallazgos de la investigación titulada “Decisiones en la política y la gestión en la salud pública en el ámbito municipal. Un análisis en seis ciudades colombianas en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, la cual fue financiada por Colciencias (Contrato 420-2011) y cuyo objetivo fue comprender los aspectos involucrados en el proceso de toma de decisiones en las políticas y programas de salud pública y su relación con el acceso y la calidad de estos programas. Los hallazgos del estudio se configuraron en ocho categorías de asuntos vinculados a las decisiones en salud pública. Este artículo, presenta los hallazgos de la categoría sobre relaciones intersectoriales e interinstitucionales en salud pública.

## METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo del 2012 al 2015, en seis ciudades: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga,

Pasto y Leticia (23), las cuales tienen diferente condición socioeconómica, política, cultural e institucional. Se adoptó la Teoría Fundamentada como metodología de investigación cualitativa (24); se realizó entrevista individual (25) a 108 profesionales de la salud, quienes fueron seleccionados tomando en cuenta su experiencia en la dirección, administración y/o ejecución de políticas, programas y/o proyectos de salud pública, y que estaban trabajando en instituciones aseguradoras y/o prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. También se realizaron 14 grupos focales (26,27) en los cuales participaron 84 líderes de organizaciones comunitarias en salud (un promedio 6 personas por grupo focal).

A todos los participantes se les informó sobre los objetivos del estudio y se le solicitó el consentimiento informado; se les garantizó confidencialidad de su identidad y de las instituciones para las cuales ellos trabajaban. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante un proceso sistemático y progresivo de codificación y categorización, como lo establece el método de la Teoría Fundada. Con el análisis se generaron 8 720 códigos, sintetizados en 13 sub-categorías descriptivas que se sintetizaron en ocho categorías analíticas. La categoría sobre relaciones interinstitucionales que se presenta en este manuscrito está soportada en 520 códigos. Los resultados fueron validados mediante foros realizados en cada ciudad, con la participación de un amplio número de profesionales del sector salud, académicos y representantes de organizaciones comunitarias; algunos de ellos habían sido entrevistados de manera individual o participado en los grupos focales.

## RESULTADOS

### Características de la articulación y la cooperación interinstitucional e institucional en salud pública

Los entrevistados reconocen la importancia de la cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional para el desarrollo de políticas y programas pertinentes, eficientes y efectivos en salud pública; sin embargo, esta no es la preocupación central en los procesos de decisión dado el ambiente de mercado competitivo del SSSS en el cual se mueven sus diferentes actores e instituciones. En este sentido, se han tenido experiencias de cooperación y articulación interinstitucional de corto plazo para llevar a cabo programas y proyectos puntuales, pero a su vez se dan conflictos y limitaciones de diversa índole para lograr un trabajo conjunto.

Los hallazgos permiten identificar diversos conceptos alrededor de la articulación y cooperación en salud pública tales como:

La articulación y cooperación se entienden como procesos que se amalgaman mutuamente, que requieren apoyo técnico y voluntad política en todos los ámbitos y niveles de decisión, su construcción es paulatina a través de la gestión y ejecución de las acciones en salud pública. Así, mediante el desarrollo de programas y proyectos se tejen relaciones de diversos tipos, se dan procesos de identificación y construcción de identidad de actores con intereses similares o divergentes que posibilitan o no la cooperación y articulación.

La articulación y cooperación conllevan la toma de decisiones conjunta y la concertación; el desarrollo de estrategias de sensibilización (toma de conciencia colectiva) y factores de motivación para vincular a los actores necesarios según el tipo y objeto de la política, programa o proyecto; también se requiere construir relaciones cordiales y respetuosas pero no complacientes; fortalecer el compromiso y confianza entre las partes, que permitan manifestar diferencias e inconformidades entre los participantes, debatirlas y comprometerse con el cambio. Las relaciones políticas y personales entre los actores se vinculan con el logro de los objetivos; estas relaciones se hacen más complejas entre más recursos económicos se hayan asignado y más actores estén involucrados en una política, programa y/o proyecto en salud pública.

La articulación y cooperación genera ventajas y beneficios tales como: a) ayuda a la resolución de problemas en salud pública y es un factor de éxito de las acciones en salud pública; b) trasciende las acciones asistenciales aisladas; c) contribuye a racionalizar los recursos y a lograr mayor cobertura, eficiencia, eficacia, calidad y continuidad de los programas.

### Experiencias de articulación y cooperación en salud pública

Las experiencias de articulación y cooperación se han dado a través de diversas formas e instancias tales como: alianzas, contratos, convenios, pactos, mesas y reuniones de trabajo, firma de actas de compromiso, realización de diagnósticos comunitarios e intersectoriales en salud, procesos de negociación de responsabilidades entre los actores interinstitucionales enfocados en algunas prioridades y/o metas en salud pública. Un ejemplo de ello es el Pacto por la maternidad segura, los comités intersectoriales como el Comité de Vigilancia Epidemiológica en Salud (COVES) a nivel municipal, departamental y nacional, el Consejo Territorial en Seguridad Social en Salud (CTSSS), entre otros.

Las políticas y programas de salud pública, a través de los cuales se han tenido algunas experiencias de articulación y/o cooperación son: política de infancia y adolescencia, violencia intrafamiliar, abuso sexual, maternidad,

vacunación, discapacidad, salud mental, farmacodependencia, desnutrición infantil, enfermedades crónicas no transmisibles, sífilis congénita, seguridad ciudadana, investigación, emergencias y desastres, control de epidemias (puntuales), dotación y mejoramiento de infraestructura, atención a víctimas, espacios libres de humo, actividad física, hábitos de vida saludable, vigilancia epidemiológica y acciones de promoción de la salud.

Dependiendo del tipo de política y programa, de la población a la cual está dirigida, de los propósitos y metas, en estas experiencias de articulación y cooperación los actores que han participado son: Concejo municipal, instituciones de vigilancia y control, aseguradoras en salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las Comisarías de familia, el Comité Municipal de Política Social, la Registraduría, la Secretaría de Hacienda, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, la Secretaría de Educación, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, Secretaría de Desarrollo y de Medio Ambiente, Secretaría de Salud, Alcaldía Municipal, Secretaría del Interior, Dirección de Género, ONGs, organizaciones comunitarias, y con las universidades en diferentes formas como la investigación y la conformación conjunta de equipos básicos de salud. Sin embargo, estas han sido experiencias puntuales y de corto plazo.

En las experiencias de cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional se han identificado algunos aspectos facilitadores tales como:

Planeación y organización compartida caracterizada por:

- Visiones similares o complementarias de la problemática en salud pública e identificación de objetivos comunes.
- Integración de recursos.
- Participación de la academia.
- Sinergia en la gestión del recurso.
- Directrices nacionales que establecen procesos de articulación
- Concertación de planes, programas, proyectos, objetivos, metas e indicadores.
- Percepción de generación de beneficios financieros.
- Continuidad de personal idóneo en salud pública.
- Cada actor cumple sus responsabilidades.

Construcción de vínculos que se caracterizan por:

- La voluntad política del alcalde.
- Participación efectiva y compromiso de la comunidad.
- Apoyo de Secretarías de Hacienda y de Planeación.
- Continuidad de directivos comprometidos con la Salud Pública.

Voluntad política:

- La voluntad política del alcalde.
- Participación efectiva y compromiso de la comunidad.
- Apoyo de Secretarías de Hacienda y de Planeación.

- Continuidad de directivos comprometidos con la Salud Pública.

Diversidad en los modelos y enfoques de atención:

- Atención Primaria en Salud (APS).
- Se ha dado esfuerzos de integración de conceptos de la salud pública con las tradiciones indígenas creando un modelo de atención intercultural, diferenciado; además de la construcción etnocultural del perfil epidemiológico.
- Fortalecimiento de relaciones en la atención de emergencias y desastres.

Igualmente, se reconocen dificultades, tensiones y paradojas, a pesar de la alta valoración y el reconocimiento de la importancia y necesidad de la articulación y cooperación en salud pública:

a) Limitada capacidad institucional y de las autoridades de salud, dada por:

- Débil capacidad de convocatoria de la autoridad municipal.
- Algunas directrices nacionales no toman en cuenta el saber local; además no fomentan la articulación y cooperación sino la competencia.
- El limitado compromiso del sector privado con la salud pública.
- La intersectorialidad no se ha institucionalizado; es sólo una iniciativa de algunas personas.
- Limitado desarrollo y calidad del Sistema de Información en salud. Falta de personal entrenado, y alta demanda de información diversa y repetitiva desde diferentes actores y niveles de decisión de las instituciones.

b) Conflictos y competencia entre los actores tales como:

- Divergencia en los intereses, propósitos y valores de los actores e instituciones: unos buscan la rentabilidad sin importar las metas en salud, mientras otros se centran en la salud pública de la comunidad a pesar de que no sea rentable financieramente.
- Problemas por el no pago de servicios y de facturación entre EPS e IPS.
- Tensiones por la distribución inequitativa de los recursos.
- Conflictos interpersonales entre directivos de las instituciones.
- Problemas de lenguaje y comunicación entre políticos y técnicos.
- Rivalidad, desconfianza, ánimo de protagonismo: «El dejar a un lado los protagonismos de cada Secretario facilitaría la articulación en la gestión del Plan de Salud Pública, la eficiencia en la gestión de los recursos» (cod. 228-ME-S-01; cod. 229-ME-S-01).
- Pugna, culpabilización, recriminación y limitado diálogo entre algunos actores: «La pugna, la recriminación y la culpabilización es recíproca en la relación de actores a pesar de las mesas de diálogos» (Cod. 882-ME-A-15).

- Hegemonía de intereses individuales y/o institucionales de algunos actores que concentran poder político y económico (EPS y gobernantes).
  - Competencia desleal entre los actores; entre las IPS se da para obtener contratos.
  - Resistencia pasiva. El nivel técnico y operativo se opone al cambio mediante la omisión y no acción de lo decidido a nivel superior.
- c) Alta generación de normas desarticuladas, complejas e incoherentes entre sí. Además, desde las normas se genera la segmentación de la población en el SGSSS y la fragmentación de programas y servicios lo que imposibilita la atención integral a las familias y a las comunidades.
- d) Divergencia en el enfoque de salud caracterizado por:
- a) poca concertación conceptual sobre salud pública, gestión de políticas, programas y recursos;
  - b) visión unisectorial de problemáticas de salud pública;
  - c) el modelo Atención Primaria en Salud no ha sido acogido efectivamente desde el nivel nacional;
  - d) poca importancia a la prevención y promoción en salud y énfasis del sistema en la atención curativa.
- e) Insuficiente personal idóneo en salud pública, alta rotación de éste por contrataciones de corto plazo; pocos programas académicos centrados en la formación y/o capacitación en promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- f) Limitada capacidad y voluntad de los tomadores de decisiones para incorporar los resultados de la investigación en la gestión en salud pública.
- g) Otros problemas que afectan las relaciones interinstitucionales e intersectoriales son los siguientes:
- La desarticulación a nivel de los ministerios y la duplicidad de funciones y acciones.
  - Incompatibilidad de los cronogramas de las instituciones.
  - Poca relación entre EPS, autoridades de salud municipal y la comunidad.
  - Trasposición de roles entre actores. En la práctica, algunas EPS se posicionan como rectoras del sistema en algunos asuntos, desconociendo la autoridad sanitaria formal.
  - Interferencia e imposición desde los partidos políticos: «La politiquería influencia de manera negativa las relaciones entre los actores del sistema de salud, particularmente el comunitario» (cod. 1576-BA-GF-104- 2).
  - Predominio de encuentros puntuales donde no se toman decisiones para acciones conjuntas.

Los entrevistados sugieren algunas estrategias para construir y/o fortalecer la cooperación y articulación en Salud Pública tales como:

- Trabajar en salud pública por regiones del país con el fin de focalizar responsabilidades, lograr mayor impacto y racionalizar recursos. «Barranquilla, centro de referencia del Departamento y la región, está trabajando con otros municipios y Departamentos para hacer transversal la salud pública en la región Caribe» (cod. 86-BA-S-97).
- Distribuir las zonas de la ciudad entre las aseguradoras para realizar acciones de salud pública y evaluar su desempeño.
- Estructurar y poner en marcha un sistema de evaluación de políticas y programas.
- Los tomadores de decisiones deben escuchar a quienes trabajan directamente con la comunidad, dado que ellos conocen mejor los problemas y los diagnósticos.
- Utilizar las telecomunicaciones para mejorar la articulación de actores y sectores en SP.
- Reconocer las barreras a la articulación y cooperación y establecer mecanismos para superarlas.
- Construir confianza, transparencia, visiones y propósitos compartidos entre los actores.
- Asignar personal idóneo en salud pública y recursos financieros que permitan lograr cobertura suficiente con programas.

## DISCUSIÓN

La cooperación y articulación interinstitucional son reconocidas como esenciales para el desarrollo de la salud pública. Se han dado algunas experiencias importantes, aunque puntuales, las cuales se han facilitado por la planeación y organización conjunta de los programas y proyectos, la construcción de vínculos fundada en valores como la confianza, la credibilidad; igualmente la voluntad política de los actores e instituciones, así como los acuerdos conceptuales en los enfoques de salud acorde con los propósitos de la salud pública.

La Real Academia Española de la Lengua, establece que la cooperación es obrar juntamente con otro u otros para un mismo fin (28). El fin del SGSSS implica un obrar conjunto de todos los agentes, públicos privados, para el reconocimiento y garantía de la salud como derecho humano fundamental. En la teoría de juegos, el juego cooperativo se caracteriza por situaciones que si no se llevan a cabo de un modo cooperativo, el resultado de equilibrio no es óptimo (29). La articulación inter-institucional se concibe como el proceso mediante el cual, las instituciones se ponen de acuerdo y definen acciones, propósitos, objetivos, metas, métodos de trabajo; se distribuyen roles y funciones para llevar a cabo dichas acciones y lograr los propósitos conjuntamente.

Los hallazgos sugieren que a pesar del reconocimiento de que la articulación y cooperación intersectorial e inte-

interinstitucional son esenciales para el desarrollo de acciones en salud pública, hay obstáculos para ello, los cuales tienen como trasfondo carencias y divergencias en escalas de valores entre los actores e instituciones. En el SGSSS se han posicionado principios y valores del modelo de mercado competitivo limitando la construcción y fortalecimiento de aquellos tales como la solidaridad, la cooperación, la confianza que favorezcan las relaciones interinstitucionales e intersectoriales, que permitan el desarrollo conjunto de acciones en salud pública, como parte integral del SGSSS. Frente a este panorama se requiere la construcción y fortalecimiento de valores tales como la solidaridad, la honestidad y transparencia, el respeto mutuo, el compromiso y corresponsabilidad con la salud, la confianza y la buena fe, el compartir información, entre otros.

La Constitución Política, establece la solidaridad como fundamento del Estado y criterio orientador del SGSSS. La Corte Constitucional ha establecido: "...en el Estado Social de Derecho la desigualdad material se enfrenta acudiendo al principio normativo de la solidaridad..." (30) "...El principio de solidaridad, se activa y se torna vinculante para las personas e instituciones, cuando de por medio están la salud y la vida de los individuos..." (31), "El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas, y los sectores con mayores recursos económicos deben contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos recursos" (32). En salud pública la solidaridad implica una disposición al trabajo conjunto donde se comparten recursos con un propósito común de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo la salud, previniendo y controlando riesgos.

La confianza y el principio de la buena fe. La confianza es la esperanza firme que se tiene en alguien o en algo (33) y la buena fe, es un principio, consagrado en el Artículo 83 de la Constitución Política Colombiana 1991, y al respecto la Corte Constitucional ha establecido, "[l]as actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de buena fe... Esta buena fe constituye el fundamento sobre el cual se construye la confianza legítima, esto es, la garantía que tiene la persona de que no se le suspenderá su tratamiento una vez iniciado" (34,35).

Sin embargo, los fundamentos de mercado y competencia del SGSSS colombiano riñen con los valores que se requieren para lograr un desarrollo pertinente y sostenible en salud pública, que facilite la cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional, lo cual puede estar afectando los logros de las múltiples políticas, programas y proyectos en salud pública que se dan en cada ciudad (22).

Las principales dificultades para lograr procesos de cooperación y articulación entre las instituciones y actores vinculados a las diferentes políticas, programas y

proyectos en salud pública en el SGSSS Colombiano se destacan: conflictos en las relaciones entre los actores e instituciones, dado el predominio de la competencia y la búsqueda de rentabilidad financiera; la limitada capacidad institucional de las autoridades de salud, el alto volumen, complejidad e incoherencia de las normas del SGSSS; divergencia en los enfoques de salud asumidos por los diferentes actores e instituciones, insuficiencia de personal idóneo en salud pública ligado a las bajas condiciones laborales, entre otros.

Los entrevistados también sugieren algunas recomendaciones para construir y/o fortalecer la articulación y cooperación entre los actores e instituciones responsables del desarrollo de políticas y programas en salud pública, tales como: fortalecimiento de valores, planeación y desarrollo de acciones en salud pública por regiones y zonas de las ciudades, incorporar un sistema de evaluación estructurado como parte de la planeación y gestión de dichas acciones, mejorar la disponibilidad de personal idóneo en salud pública, entre otros aspectos.

Dada la amplia gama de actores involucrados en las acciones de salud pública es imperativa la coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial para racionalizar recursos, lograr mejorar eficiencia, efectividad, construir valores y tejido social como andamiaje para el desarrollo de la salud pública •

## REFERENCIAS

1. The World Bank. World Development Report. New York: Oxford University Press; 1993.
2. Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social. Bogotá: El Congreso; 1993.
3. Granados RT, Gómez MC. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y balance. Rev. Salud Pública (Bogotá) 2000; 2(2):97-120.
4. Bonet J, Guzman K. Un Análisis regional de la salud en Colombia, Banco de la República, Documentos de trabajo sobre economía regional. No. 222; 2015.
5. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 204, Banco de la República, Cartagena; 2014.
6. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-571 de 1992. Magistrado ponente. Jaime Sanín Greiffenstein, Bogotá.
7. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el Desarrollo. El Caso de Colombia. Rev. Panamericana de la salud. Salud Pública 2008; 24(3):210-216.
8. Defensoría del Pueblo. Equipo investigativo del programa de salud y seguridad social. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2007.
9. Gañán JL. Los muertos de ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud una razón de su ineficacia. Caso del plan obligatorio de salud del régimen contributivo. Editorial Universidad de Antioquia; 2013.
10. Acosta K. La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 213, Banco de la República, Cartagena; 2014.

11. Corte Constitucional Colombiana. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda. Bogotá.
12. Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*. 2002; 1(2):49-65.
13. Molina G, Oquendo T, Bastidas D, Rodríguez S y Flórez M. Georreferenciación de la oferta de programas de salud pública en cuatro ciudades en el contexto del mercado competitivo del sistema de salud, Colombia. 2014. *IATREIA* 2015; 28(3):223-239.
14. Restrepo J, Lopera J, Rodríguez S. Integración Vertical en el Sistema de Salud Colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización. Borradores del CIE, No 15, Mayo 2006.
15. González LE. Catorce EPS serían multadas por hacer 'pacto' para negar servicios. *Periódico el Tiempo*, 23 de Abril del 2011:1.
16. Molina G, Ramírez A, Muñoz I (eds). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Instituto de Estudios del Ministerio Pública. Procuraduría General de la Nación. Bogotá, 2009.
17. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud, periodo 2003-2005. Bogotá, 2007.
18. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. "32° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2014"; Bogotá 2014. Consulta: <https://goo.gl/u88YLs>. Consultado en octubre 2016.
19. Salazar N. El régimen de seguridad social en salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo. Centro de estudios fiscales, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Bogotá; 2011.
20. Molina G, Spurgeon P. La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Rev. Gestión y Política Pública*. 2007; 16(1):171-202.
21. Guerrero R, Prada S y Chernichovsky D. La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. *Cuadernos de Fedesarrollo*, Núm. 53; 2014.
22. Molina G, Ramírez A y Ruiz A. Tensiones en la decisiones en Salud Pública en el sistema de Salud Colombiano. El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín, Pulso y Letra editores, 2013.
23. Yin R. *The Case Study Research. Designing and Methods*. 2a ed. London: Sage; 1994.
24. Strauss A, Corbin J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage; 1990.
25. Miles M, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
26. Kidd P, Parchall M. Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research* 2000; 10(3):25-35.
27. Dreachslin J. Conducting effective Focus Groups in the context of diversity: Theoretical Underpinnings and Practical implications. *Qualitative Health Research* 1998; 8(6):813-20.
28. Real Academia Española de la Lengua. *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en: <http://www.rae.es>. Consultado en mayo de 2011.
29. Rodríguez B, Gutiérrez G. *Moralidad y cooperación racional*. España: Universidad Complutense de Madrid; 2006.
30. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-5 del 16 de enero de 1995. Magistrado ponente Eduardo Cifuentes Muñoz. Bogotá; 1995.
31. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-645 del 3 de diciembre de 1997. Magistrado ponente Fabio Morón Díaz. Bogotá; 1997.
32. Corte Constitucional de Colombia Sentencia C-463 del 14 de mayo de 2008, Magistrado Ponente Jaime Araujo Rentería. Bogotá; 2008.
33. Real Academia Española de la Lengua. *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en: <http://www.rae.es>. Acceso 22 octubre 2008.
34. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-573 del 27 de mayo de 2005, Magistrado Ponente Humberto Antonio Sierra Porto. Bogotá; 2005.
35. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-340 del 6 de abril de 2005, Magistrado Ponente Jaime Araujo Rentería. Bogotá; 2005.