

# Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013

## Public health stewardship and governance regarding the Colombian healthcare system, 2012-2013

André N. Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín

1 Departamento de Ciencia Política. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. anrothd@unal.edu.co

2 Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. molinag@saludpublica.udea.edu.co

Recibido 4 Agosto 2012 /Enviado para Modificación 12 Noviembre de 2012/Aceptado 3 Diciembre 2012

### RESUMEN

**Objetivo** Analizar el proceso de toma de decisión en asuntos de salud pública en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, el cual está fundamentado en el enfoque de economía de mercado.

**Metodología** Se utilizó la Teoría Fundamentada como método de investigación cualitativa. El estudio se realizó en seis ciudades colombianas (Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto) en el 2012 y 2013. Se entrevistaron 120 profesionales de la salud involucrados en procesos de toma de decisiones de nivel directivo y operativo, de vigilancia y control en salud pública, de instituciones públicas y privadas. También se realizaron 14 grupos focales con líderes comunitarios.

**Resultados** Los hallazgos sugieren que hay una débil capacidad de rectoría y una inefectiva gobernanza por parte de las autoridades de salud nacional y municipal en los asuntos de salud pública, lo cual se relaciona con la falta de personal idóneo en este campo. Esto a su vez se articula con la interferencia de los partidos políticos y los intereses particulares de aseguradoras privadas, la fragmentación estructural de las funciones y actores en el sistema de salud, lo que limita la gestión y el desarrollo de la salud pública.

**Conclusiones** Para lograr una cooperación entre los actores del SGSSS, es decir una gobernanza efectiva, se requiere de una nueva axiología que supere los asuntos de competencia y ánimo de lucro que predominan en el sistema.

**Palabras Clave:** Política de salud, sistemas locales de salud, reforma de la atención de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** Analysing decision-making concerning public health issues regarding the Colombian healthcare system from a market economy-based approach.

**Methods** This study involved applying Glaser and Strauss's grounded theory in six Colombian cities during 2012: Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Leticia, Medellín and Pasto. 120 individual interviews were conducted with professionals involved in decision-making, running public healthcare programmes and making policy within public and private institutions. Fourteen focus groups were held with community organisation leaders.

**Results** The findings suggested national and municipal health authorities' weak stewardship and ineffective governance regarding public healthcare policy and programmes, related to a lack of staff trained in public health management issues. In turn, this was related to political parties' interference and private insurers' particular interests and the structural fragmentation of functions and actors within the health system, thereby limiting public health development.

**Conclusions** A new axiology is necessary for achieving effective governance (i.e. cooperation between Colombian Healthcare Social Security System actors) to overcome current incompetence and financial self-interest predominating within the Colombian healthcare system.

**Key Words:** Health policy, urban health service, healthcare reform (*source: MeSH, NLM*).

La Organización Panamericana de la Salud (1) afirma: “la Salud Pública es entendida como la salud del público, de la población, y abarca todas las dimensiones colectivas de la salud. Esta noción está vinculada al concepto de salud, concebida como la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, en un completo estado de bienestar”. Para Franco la Salud Pública (SP) es el conjunto de saberes y prácticas relacionado con el cuidado y el logro del bien vivir de la humanidad. Este mismo autor toma la definición de Winslow para quien la SP es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades y prolongar la vida, la promoción de la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones públicas y privadas, comunidades e individuos (2). En este sentido Navarro (3) afirma que “la concepción de salud, enfermedad y población (...) ha ido evolucionando históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político”, lo que implica cambios en la concepción de la salud pública. Así, el saber en salud pública requiere incorporar el diálogo multicultural y reconocer las potencialidades de otras disciplinas (4).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano creado en 1993, es parte de la reforma del Estado fundamentada principalmente en directrices internacionales: privatización, competencia, aseguramiento en salud, reducción del rol del Estado y descentralización por la cual se transfieren responsabilidades de la gestión en salud a los departamentos/provincias y a los municipios dándose una separación de funciones en el sistema de salud (5-11). El SGSSS está conformado por un grupo amplio de actores públicos

y privados vinculados al aseguramiento y/o la prestación de servicios. El Estado asume la función de rectoría, vigilancia y control, y delega la función de aseguramiento, prestación de servicios y acciones de SP en aseguradoras y prestadoras públicas y privadas (Empresas Promotoras de Salud-EPS- e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS), en los gobiernos departamentales y municipales (12). Según la OPS y USAID (13) la rectoría de la autoridad sanitaria incluye las siguientes dimensiones: a. Conducción Sectorial, comprende la capacidad de orientar y movilizar instituciones del sector y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud; b. Regulación, abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento; c. Modulación del Financiamiento incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud; d. Garantía del Aseguramiento, focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población; e. Armonización de la Provisión constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente; f. Ejecución de la Funciones Esenciales de Salud Pública-FESP- que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria (13). Las FESP son: 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; 2. La vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación de los ciudadanos en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10. Investigación en salud pública; 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

### Gobernanza en Salud Pública

El concepto de gobernanza ha tomado una importancia creciente en estos últimos 25 años. Hace referencia a la evolución del estado contemporáneo hacia modelos de acción pública que involucran, sobre un modo más horizontal que vertical, a varias organizaciones. El Estado sigue siendo un actor importante pero, debido a la complejidad misma de los problemas, es preciso contar con

la cooperación de actores tanto públicos como privados para la realización de la intervención pública. El origen de esa evolución se encuentra, según Longo (14), en dos factores principales: uno de orden académico y otro en los cambios fácticos de la forma de intervención pública. El primer factor se relaciona con el éxito y desarrollo de los enfoques neoinstitucionales en las ciencias sociales (15,16). El neoinstitucionalismo señala la importancia de los marcos institucionales para el funcionamiento de la esfera pública y los considera como las reglas de juego que siguen las distintas organizaciones/instituciones (los jugadores) involucradas en el juego. El segundo factor corresponde a una evolución de los modos de intervención pública en la provisión de servicios públicos o en la resolución de problemas públicos; y dada la complejidad y/o el costo de éstos parece que ni el Estado ni el mercado logran por sí solos satisfacer las necesidades de la población. En este sentido, se han multiplicado las alianzas, contrataciones y otras formas de regulación y acción que implican la colaboración de diversas organizaciones públicas y privadas. De modo que se puede definir la gobernanza, en un sentido meramente descriptivo, como “el conjunto de arreglos institucionales mediante los cuales se preparan, adoptan y ejecutan las decisiones públicas en un entorno social determinado. Incluiría estructuras, procesos, relaciones entre actores, reglas, mecanismos de imposición, control y rendición de cuentas, incentivos, normas informales y en general todos los instrumentos que inciden sobre las decisiones en la esfera pública.” (14).

Las intervenciones en salud no han sido ajenas a esta evolución. Desde más de una década el término de gobernanza se ha venido aplicado en el sector salud. Es así como desde 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la gobernanza en los sistemas de salud como “La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles” (17). Esta definición introduce una perspectiva normativa: la gobernanza busca armonizar las decisiones y actuaciones de los diferentes actores en pro de la equidad y la sostenibilidad en los sistemas de salud. Para Hufty (18), la gobernanza hace referencia a hechos sociales y no a normas, y el concepto puede ser usado como una noción operativa para analizar el modo de gobernanza específico operante en un campo particular como es el caso de la SP. En el mismo sentido, para Klomp y De Haan, gobernanza puede ser definida como el proceso de toma de decisiones del gobierno y por el proceso por el cual estas decisiones se implementan (o no). Para estos autores, la gobernanza puede ser calificada como buena cuando un gobierno es responsable, transparente, efectivo y eficiente, que cumple las leyes y reglas para minimizar la corrupción (19).

Para algunas agencias el término rectoría y gobernanza son similares, sin embargo para Muthuri y Gatwiri el alcance de la gobernanza en materia de salud va más allá del rol de rectoría (20). En este sentido el análisis de la gobernanza en los sistemas de salud, y más específicamente en lo correspondiente a SP, permitiría señalar las fortalezas y debilidades de la rectoría “a través de la identificación de los actores estratégicos y de las reglas y procedimientos formales e informales que se establecen” (21). Así resulta pertinente como tema de investigación el análisis de la gobernanza en SP y en particular su relación con la función de rectoría en el SGSSS colombiano. Es decir se trata de identificar “las reglas formales y no formales que rigen los procesos de toma de decisión, la forma en que se expresan los conflictos y llegan a resolverse”, (...) los recursos de poder que poseen los actores sociales que participan en procesos de toma de decisión y la capacidad de influencia que poseen, es decir la manera como se traduce el ejercicio de ese poder” (21).

De lo anterior, podemos deducir que una buena gobernanza en salud corresponde a procesos de toma e implementación de decisiones responsables, transparentes, efectivas y eficientes, que minimizan la corrupción y que producen equidad y sostenibilidad en los sistemas de salud.

En este artículo se presentan los hallazgos de una investigación, realizada en seis ciudades colombianas, la cual se centró en analizar los aspectos que intervienen en la gobernanza y rectoría de la política y la gestión en SP, entendidas como procesos de toma de decisiones.

## METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo en 2012, en seis ciudades: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia, las cuales tienen diferente condición socioeconómica, política, cultural e institucional. Se utilizó la Teoría Fundamentada (22) como metodología de investigación cualitativa (23), cuyo fundamento filosófico y teórico es el Interaccionismo Simbólico (24,25). Se entrevistaron profesionales de la salud y de otras disciplinas vinculados a procesos de dirección estratégica o al desarrollo de políticas y programas en SP en las Secretarías de Salud municipal, IPS, EPS públicas y privadas, quienes fueron seleccionados por su amplia experiencia y conocimiento en este campo. Se realizaron 120 entrevistas individuales, aproximadamente 20 por ciudad. También se realizaron 14 grupos focales, 2 a 3 por ciudad, con líderes de organizaciones comunitarias como amplia trayectoria como representantes de organizaciones comunitarias en salud.

Esto constituye una muestra teórica. Para estas entrevistas se utilizaron guías de entrevistas semiestructuradas cuyas preguntas se centraron en los siguientes ejes temáticos: aspectos personales y profesionales que intervienen en las decisiones en SP; decisiones en SP y su relación con la normatividad del SGSSS; existencia de políticas y programas en SP y los actores que participan en ellos; percepciones sobre el acceso y la calidad de los programas de SP; dimensiones axiológicas en la praxis de la SP en el SGSSS; participación comunitaria y de los partidos políticos en las decisiones en SP. A cada entrevistado se le informó sobre los objetivos del estudio, se le solicitó el consentimiento informado y se le garantizó confidencialidad de su identidad y de la institución para la cual trabajaba. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante codificación y categorización sistemática (abierta, axial y selectiva), siguiendo el método de la Teoría Fundamentada. La validez y confiabilidad de los resultados se sustenta en el proceso sistemático de análisis, la triangulación (26), la cual consistió en recoger la perspectiva de profesionales y actores de diferentes niveles del sistema y campos de acción en SP y la participación de investigadores de diferentes disciplinas en la codificación y generación de categorías; la realización de foros de discusión de resultados preliminares con profesionales de la salud y líderes comunitarios. Para el análisis se usaron los paquetes de Software: Microsoft Word, Excel, Atlas.ti y CmapTools versión 4.16.

## RESULTADOS

El desarrollo de la investigación a partir de la metodología utilizada permitió que emergieran las siguientes categorías:

- Debilidad en la capacidad de rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y las secretarías departamentales y municipales de salud
- Características de la articulación y la cooperación intersectorial e interinstitucional.
- Limitación del Sistema de información en salud afecta la gobernanza y la rectoría en salud pública

Debilidad en la capacidad de rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y las secretarías departamentales y municipales de salud

El análisis muestra la existencia de una débil función rectora de la autoridad sanitaria nacional y municipal en la conducción de las instituciones, en la regulación, en la armonización y en la modulación del financiamiento de la

Salud Pública. Estos aspectos se vinculan con el poco desarrollo y capacidad institucional, la fragmentación de responsabilidades y competencias, la interferencia de intereses particulares clientelares en la elaboración e implementación de la normatividad, en los procesos clave de la política y la gestión en salud, contribuyendo a la contratación de personal no idóneo para el desarrollo de acciones en SP.

La rectoría también incluye la capacidad para ejercer la función de vigilancia y control, la cual se percibe inoportuna, poco transparente, laxa y con sanciones irrisorias, centrada en aspectos formales, carente de cohesión, coherencia y efectividad, lo que no genera credibilidad. Esto se relaciona con el carácter centralizado de ésta, la falta de control social y la poca capacidad técnica de las entidades encargadas de esta función debido a los frecuentes vínculos clientelares entre funcionarios de vigilancia y control con los partidos políticos. La autoridad sanitaria es débil e inefectiva en armonizar y articular los diferentes actores del SGSSS en función de propósitos comunes en SP.

#### Características de la articulación y la cooperación intersectorial e interinstitucional

Los entrevistados reconocen la importancia de la articulación y cooperación intersectorial e interinstitucional para mejorar los logros en SP. En este sentido, en algunas ciudades se han desarrollado diferentes formas de articulación y cooperación en SP tales como: alianzas, contratos, mesas y reuniones de trabajo, firma de actas de compromiso, realización de diagnósticos comunitarios e intersectoriales en salud, negociación de responsabilidades y convenios interadministrativos. Estas formas de articulación y/o cooperación se han dado entre diferentes actores, tales como: Concejo municipal, Comité Municipal de Política Social, entidades de vigilancia y control, EPS, IPS, Comisarias de Familia, Registraduría, recreación y deporte, universidades, ONG y comunidades, entre otros, según el objeto de las políticas y programas.

Las políticas y programas en los cuales más se han articulado los actores antes mencionados son: política de infancia y adolescencia; violencia intrafamiliar y sexual, vacunación, discapacidad, desnutrición infantil, emergencias y desastres, vigilancia epidemiológica.

Entre los elementos que facilitan y fortalecen la articulación y cooperación entre actores están los siguientes:

- visiones compartidas de la problemática en SP, identificación de propósitos comunes, la concertación de programas, objetivos, metas e indicadores;
- directrices nacionales que establecen procesos de articulación;
- confianza reciproca, construcción de vínculos, diálogo y buena comunicación;
- capacidad de persistencia y de persuasión;
- percepción de obtención beneficios financieros;
- integración de recursos;
- voluntad política del alcalde y el apoyo de las secretarías de hacienda y de planeación,
- continuidad contractual de directivos comprometidos con la salud pública.

Sin embargo, a pesar de que se reconoce la importancia de la articulación y la cooperación intersectorial e interinstitucional que se han desarrollado algunas formas, son múltiples los obstáculos que debilitan el desarrollo de acciones en SP relacionadas con la rectoría y la gobernanza, tales como:

#### Conducción del sistema

- Débil capacidad de convocatoria de la autoridad municipal,
- Falta de capacidad de la autoridad sanitaria nacional y municipal para orientar y sincronizar el uso eficiente y efectivo de los recursos de salud

#### Regulación

Excesiva cantidad, complejidad e incoherencia normativa que hace difícil su interpretación y aplicación.

Ánimo de protagonismo personal y/o institucional.

Imposición de intereses individuales y/o institucionales particulares sobre los intereses colectivos.

Directrices nacionales que desconocen el saber y las necesidades locales,

#### Enfoque de salud

- Falta de claridad conceptual entre los actores sobre SP.
- Abordaje y gestión unisectorial de problemáticas de SP y de las políticas, programas y recursos.
- Relaciones intersectoriales e interinstitucionales
- Conflictos interpersonales entre directivos de las diferentes instituciones.
- Dificultades en el lenguaje y la comunicación entre políticos y técnicos.
- Desarticulación entre ministerios generando duplicidad de acciones.
- Desarticulación del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Desconfianza y falta de diálogo entre los actores y sectores involucrados en asuntos de SP.

- Conflictos entre EPS e IPS por no pago de servicios.
- Falta de compromiso y cooperación del sector privado con la SP.
- Incompatibilidad de cronogramas entre instituciones.

#### Talento humano

- Falta de suficiente personal idóneo en SP.
- Alta rotación del personal contratado.
- Limitaciones en los programas de formación de profesiones en salud que no incorporan la promoción de la salud y la prevención de riesgos.

Limitación del Sistema de información en salud afecta la calidad de la gobernanza y la capacidad de rectoría en Salud Pública

La vigilancia epidemiológica constituye uno de los componentes clave del sistema de información en salud. Con el SGSSS, la población se segmentó entre diferentes esquemas de aseguramiento, empresas aseguradoras y entes territoriales, y por tanto el sistema de información se fragmentó entre los diferentes actores públicos y privados dificultando la función de rectoría y gobernanza del sistema de salud. Se identifican las siguientes debilidades del Sistema de Información en Salud:

- Fragmentación del sistema de información entre los actores, tipos de servicios y niveles de atención.
- Las aseguradoras privadas no suministran a las autoridades sanitarias la información oportuna y completa de su población afiliada.
- Hay asimetría de información entre los actores del SGSSS.;
- Limitaciones en oportunidad, confiabilidad, veracidad, acceso, incoherencia de bases de datos de la población del régimen subsidiado, de los indicadores municipales y nacionales; además del subregistro.
- Mala calidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios- RIPS,
- El sistema de información se centra más en el registro de servicios para la facturación que en la condición de salud del paciente.

Las políticas y programas en SP son parte esencial del sistema de salud, por tanto se han visto afectados por las directrices nacionales e internacionales de reformas a los sistemas de salud impulsadas principalmente en la década de los noventa, y por el contexto político, económico, social e institucional. En este sentido, los resultados muestran algunos elementos que han afectado negativamente el desarrollo de políticas y programas en SP tales como:

- Las directrices de reforma para la modernización del Estado encaminadas a la disminución de los costos laborales, lo que desencadenó un descenso en calidad y cantidad del recurso humano idóneo en SP, tanto a nivel estratégico como operativo.
- El proceso de descentralización ha incrementado las posibilidades de desarrollo y consolidación de prácticas clientelares en todos los niveles y ámbitos.

## DISCUSIÓN

La buena gobernanza en salud es entendida como la capacidad del ente rector para generar procesos de toma e implementación de decisiones responsables, transparentes, efectivas y eficientes, que minimicen la corrupción y que produzcan equidad y sostenibilidad en los sistemas de salud (17-19). En el caso estudiado, la capacidad del Estado para articular los diferentes actores del sistema de salud para el desarrollo de políticas públicas y programas en materia de SP resulta débil. Los hallazgos del estudio sugieren que existe una limitada capacidad de rectoría en SP por parte del Ministerio de Salud y de las secretarías de salud, relacionada con una mala gobernanza.

En este sentido, un análisis realizado por Klomp and De Haan en 101 países concluye que la calidad de la gobernanza influye la salud a través de sus impactos en el sector salud y los ingresos (19). Según este estudio, en la gobernanza del SGSSS han influido las limitaciones en personal calificado, la interferencia del clientelismo en las instituciones de salud y en los entes de vigilancia y control; el marco normativo excesivo, complejo e incoherente, que no responde a las necesidades locales; la falta de credibilidad y confianza en y entre las instituciones; el desequilibrio de poder entre los actores clave del sistema de salud, relacionado con el alto dominio de las aseguradoras privadas que supera la capacidad del Estado para controlarlas y hacer que cumplan sus responsabilidades.

Las secretarías de salud también están afectadas por la fragmentación estructural de responsabilidades y recursos asignados para SP, las dificultades de articulación y cooperación entre actores y los problemas del sistema de información, lo que afecta la capacidad de decisión en SP.

Estos hallazgos son coherentes con los reportados por López *et al* (27) quienes encontraron que las autoridades sanitarias han reducido los recursos para el proceso de vigilancia en SP, que hay deficiencias administrativas, financieras y en cantidad y calidad del recurso humano para cumplir con las

responsabilidades asignadas. Asimismo, Mitchell y Bossert (28) señalan que la descentralización en salud no ha constituido una panacea para el logro de objetivos en salud, por falta de mecanismos de gobernanza efectivos.

La desarticulación y la falta de cooperación entre los actores del SGSSS requieren ser atendidas si se quiere lograr desarrollo y resultados positivos en SP. En este sentido Prah Ruger (29) propone el enfoque de Gobernanza Compartida en Salud, que implica que múltiples actores, públicos y privados, trabajen conjuntamente para producir condiciones que den a toda la población la capacidad de ser saludables. Sin embargo, para lograr la cooperación entre los actores del SGSSS, es decir una gobernanza efectiva, se requiere una nueva axiología que supere los asuntos de competencia y ánimo de lucro que predomina en el sistema de salud fundamentado en la economía de mercado.

#### Limitaciones del estudio

Dado el proceso metodológico cualitativo utilizado, los resultados de este estudio solo aplican a las ciudades en las cuales se llevó a cabo ♦

**Agradecimientos:** Se agradece a todos los profesionales de la salud y líderes comunitarios, que concedieron las entrevistas, por la valiosa información aportada, sin la cual este estudio no se hubiera llevado a cabo. También se agradece a las entidades financiadoras: COLCIENCIAS, al CODI (Sostenibilidad de grupos 2012-2013), Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Santo Tomás y Universidad de Illinois-Chicago.

#### REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington: OPS; 2002.
2. Franco S. Los verbos esenciales de la salud. En: Granda E, (Compilador). La salud y la vida. Vol. 3. Quito: ALAMES, OPS, Universidad de Cuenca; 2011.
3. Navarro V. Concepto actual de salud pública [Internet]. Disponible en: <http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>. Consultado el 16 de septiembre de 2012
4. Quintero MC, Torrado OP, Urrea MC. Abriendo caminos en salud pública, educación e interculturalidad. Una experiencia en Colombia. En: Granda E, (compilador). La salud y la vida. Vol. 3. Quito: ALAMES, OPS, Universidad de Cuenca; 2011.
5. Exworthy M, Halford S (Ed). Professionals and the New Managerialism in the Public Sector. Buckingham: Open University Press; 1998.
6. Enthoven A. The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs. 1993, 12(Sup.1):24-48.

7. Pinto D, Muñoz AL. Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011 – 2014. Notas técnicas IDB-TN-246. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 2010
8. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: El caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008; 24 (3):210-216.
9. Molina G, Rodríguez CM, Montoya N, Spurgeon P. Descentralización del sector salud en Colombia, Análisis de 91 municipios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2006; 24(1): 48 – 60.
10. North N, Bradshaw Y (Ed). *Perspectives in Health Care*. London: MacMillan; 1997.
11. Islam A, Zaffar T. Health Sector Reform in South Asia: New Challenges and constraints. *Health Policy*. 2002; 60(2): 151-169.
12. Colombia, El Congreso de la República Colombiana. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se establece el sistema de seguridad social integral. Bogotá: El Congreso; 1993.
13. Organización Panamericana de la Salud, USAID. *Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento*. Edición Especial No. 17, Washington: OPS, USAID; 2007.
14. Longo F. Ejes vertebradores de la gobernanza en los sistemas públicos. Un marco de análisis en clave latinoamericana. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 2010; 46: 75-102.
15. Mueller D. *Public Choice*. Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
16. North DC. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
17. World Health Organization. *Good governance for health*. Geneva: WHO; 1998.
18. Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2010; 12 (supl 1): 39-61.
19. Klomp J, De Haan J. Effects of Governance on Health: a Cross-National Analysis of 101 Countries. *KYKLOS* 2008; 61(4): 599–614.
20. Kirigia J, Kirigia D. The essence of governance in health development. *International Archives of Medicine [internet]* 2011; 4(11). Disponible en: <http://www.intarchmed.com/content/4/1/11> Consultado el 20 de febrero de 2013.
21. Centro de Estudios para la Equidad y la Gobernanza en los Sistemas de Salud-CEGSS. [Internet] ¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia?. Disponible en: [http://www.cegss.org.gt/documentos/evidencia\\_para\\_politicas\\_publicas.pdf](http://www.cegss.org.gt/documentos/evidencia_para_politicas_publicas.pdf) Consultado el 21 de enero 2013.
22. Strauss A, Corbin J. *Bases para la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
23. Denzin N, Lincoln Y (Ed). *The Landscape of Qualitative Research*. 4th edition. Sage Publications; 2012.
24. Blumer H. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora S.A; 1969.
25. Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 1981.
26. Silverman D. *Doing Qualitative Research. A practical Handbook*. Sage; London; 2010.
27. López YL, González C, Gallego BN, Moreno AL. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. *Rev. Biomédica*. 2009; 29: 567-581.
28. Mitchell A, Bosert T. Decentralisation, governance and Health-System Performance: Where You Stand Depends on Where You Sit. *Development Policy Review* 2010; 28(6): 669-691.
29. Prah J. Shared Health Governance. *The American Journal of Bioethics* 2011; 11(7): 32–45.