

**Formulación nacional e implementación regional del Plan
Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 – 2021. Un estudio de
caso**

Leandro Augusto Plazas Cristancho

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Políticas Públicas

2019

**Formulación nacional e implementación regional del Plan
Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 – 2021. Un estudio de
caso**

Leandro Augusto Plazas Cristancho

Director:

Rubén Darío Gómez Arias, M.D., PhD. Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Políticas Públicas

2019

Formulación nacional e implementación regional del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 – 2021. Un estudio de caso

Trabajo de grado para optar por el título de Maestría en Políticas Públicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Julio de 2019.

Resumen

Objetivo: caracterizar los procesos de formulación nacional del Plan Decenal de Salud Pública [PDSP] como eje articulador de la Política Nacional de Salud de Colombia, durante el período 2012 a 2013; y de su implementación actual (hasta 2018) en el departamento de Casanare.

Metodología: estudio de caso basado en la revisión narrativa de fuentes secundarias, y en el testimonio de agentes involucrados tanto en la formulación del PDSP al nivel nacional como en su implementación en el Departamento de Casanare. El departamento de Casanare se consideró una subcategoría ilustrativa de regiones en condiciones de vulnerabilidad social y administrativa. La información sobre aspectos coyunturales y estructurales de ambos casos se obtuvo mediante la revisión narrativa de documentos, encuestas con escala tipo Likert y entrevistas semiestructuradas a una muestra de involucrados. Se examinaron cuatro dimensiones dirigidas a caracterizar ambos casos: involucrados, contexto, aspectos formales y de proceso.

Resultados: en 1993 Colombia reformó su Política Pública de Salud [PPS] adoptando un modelo de cuasi mercado que, casi desde su origen, fue objeto de múltiples críticas por parte de diferentes organismos y agentes sociales quienes destacaban fallas profundas de tipo estructural. En este contexto polarizado, que se agudizó a fines de 2008, se formuló el PDSP como una de las estrategias reactivas del gobierno y del Congreso para hacer frente a la crisis de sostenibilidad del modelo, sin afectar su estructura básica. En la misma coyuntura confluyeron directrices internacionales que instaban a los Estados a formular PPS capaces de impactar los Determinantes Sociales de la Salud [DSS] y a recuperar el papel de la salud pública en la toma de decisiones adoptando el modelo de Atención Primaria de Salud [APS]. El estudio logró identificar características del proceso adelantado en Colombia que podrían constituir lecciones aprendidas; entre ellas, el diseño de reformas con fines conservadores, el conflicto de intereses en la toma de decisiones, la influencia de políticas internacionales en las dinámicas locales, y las dificultades de aplicar las directrices desconociendo los contextos. La formulación e implementación del PDSP se apoyó en un proceso de participación social relativamente amplio y centrado en las formas, que integró un conjunto heterogéneo de intereses, conceptos y criterios sin modificar sustancialmente las condiciones de cuasi mercado que estructuran la PPS. Adicionalmente, en una región del país expuesta a condiciones de vulnerabilidad, la implementación del PDSP enfrenta serias restricciones por la escasez de recursos, la debilidad técnica y la dificultad de llegar a consensos.

Conclusión: de acuerdo con las fuentes consultadas, el PDSP de Colombia se configuró, en un contexto social polarizado, como el eje articulador de un conjunto de políticas que pretenden amortiguar las fallas del modelo de aseguramiento sin modificar su estructura. Dicho Plan no cuenta con un sistema de evaluación permanente, se enfrenta a condiciones de implementación limitadas por los contextos locales, y el tiempo transcurrido es corto para establecer sus resultados.

La formulación del Plan no modifica la estructura del modelo vigente y a la fecha no parece apuntar a sus fallas.

Palabras clave: Plan Decenal de Salud Pública, Política Pública, Dispositivo político-administrativo, Proceso político.

Abstract

Objective: to characterize the formulation process of the Decennial Public Health Plan [DPHP] as an articulating axis of the National Health Policy of Colombia, during the period 2012 to 2013; and its incurrent implementation in the department of Casanare.

Methodology: case study based on the testimony of involved agents in the formulation of the DPHP at the national level and its implementation in the Department of Casanare. The information on conjunctural and structural aspects of both cases was obtained through the narrative review of documents, surveys with Likert scale and semi-structured interviews to a sample of involved. Four dimensions aimed at characterizing both cases were examined: involved, context, formal and process aspects. The department of Casanare was considered an illustrative case of regions in conditions of social and administrative vulnerability.

Results: in 1993 Colombia reformed its Public Health Policy [PPS] by adopting a quasi-market model that, almost from its origin, was subject to multiple criticisms by different agencies and social agents who highlighted deep structural failures. In this polarized context, exacerbated at the end of 2008, the DPHP was formulated as reactive strategies of the government and Congress to face the sustainability crisis of the model, without affecting its basic structure. At the same juncture came international guidelines that urged the States to formulate PPS capable of impacting the Social Determinants of Health [DSS] and to recover the role of public health in decision-making by adopting the Primary Care Model [APS]. This study identified characteristics of the health political process carried out in Colombia that could constitute lessons learned; among them, the design of reforms for conservative purposes, the conflict of interests in decision-making, the influence of international policies on local dynamics, and the difficulties of applying the guidelines if ignoring the contexts. The formulation and implementation of the PDSP was based on a process

of relatively broad social participation focused on forms, which integrated a heterogeneous set of interests, concepts and criteria without substantially modifying the quasi-market conditions that structure the PPS. Additionally, in a region of the country exposed to conditions of vulnerability, the implementation of the PDSP faces serious restrictions due to the scarcity of resources, the technical weakness of those involved and the difficulty of reaching consensus.

Conclusions: according to the sources consulted, the PDSP of Colombia was shaped, in a polarized social context, as the articulating axis of a set of reformist policies that aim to cushion the failures of the insurance model without modifying its structure. This plan does not have a permanent evaluation system; its implementation faces conditions limited by local contexts; and the time elapsed is short to establish its results. The formulation of the Plan does not modify the structure of the current model, and to date it does not seem to point to its faults.

Keywords: Decennial Public Health Plan, Public Policy, Political-Administrative Strategy; Policy process.

Lista de Abreviaturas

ADRES	Administradora de los Recursos del SGSSS
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CC	Corte Constitucional
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CW	Consenso de Washington
DM	<i>Decision making</i> (Toma de decisiones desde la perspectiva política)
DN	<i>Decisional network</i> (Red de tomadores de decisiones)
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficio
EPS	Empresas Promotoras de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ET	Entidades Territoriales
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
LES	Ley Estatutaria de Salud
MinSalud	Ministerio de Salud y Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONS	Observatorio Nacional de Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	<i>Policy Analysis</i> (Análisis de proceso político)
PC	<i>Policy Cycle</i> (Ciclo de las políticas públicas – Proceso de las políticas)
PM	Policy Making (Proceso político: conjunto de procesos que concurren en la política)
PPr	<i>Policy process</i> (Conjunto de actividades y cambios que ocurren al interior del proceso político)
PAB	Plan de Atención Básica
PD	Plan de Desarrollo
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
PP	Políticas Públicas
PPS	Política Pública de Salud
PTS	Planes Territoriales de Salud

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

Introducción

La literatura sobre el tema sugiere que las políticas públicas son asuntos políticos y que deben entenderse como tales, teniendo en cuenta principalmente los involucrados, sus intereses y sus contextos cambiantes.

En la década de los ochenta y noventa del siglo XX, los países latinoamericanos incorporaron el modelo neoliberal en los sistemas de seguridad social y en todo su aparato estatal a través de reformas estructurales que buscaban mejorar la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios *públicos*¹, incluidos la salud, que estaban, hasta el momento, a cargo de un Estado cuya *inherente* ineficiencia eran tema de debate (Infante, de la Mata, & López-Acuña, 2000).

Estos ajustes macroeconómicos, impuestos por el Consenso de Washington [CW], e impulsados por el Banco Mundial [BM] y el Fondo Monetario Internacional [FMI] a cambio de la concesión de préstamos o ayudas económicas a los países receptores; modificaron el desempeño político-económico y social de la región (de Currea-Lugo, 2010; Guerra, 2006). En esta coyuntura de la crisis del Estado de Bienestar como proveedor de bienes y servicios, los organismos multilaterales empezaron a desempeñar un papel prominente en la política de salud internacional, ayudando a los países a preparar reformas de salud basadas en principios económicos neoliberales² (Almeida, 2005; Homedes & Ugalde, 2005).

Las bases teóricas que fundamentan la función primordial del Estado liberal promovieron la creación y defensa de un marco jurídico e institucional en el que pudiera florecer el individuo. La creación de nuevos modelos administrativos como el New Public Management [NPM] proponía

¹ Los lectores encontrarán frases o palabras que se encuentran en letra cursiva. Todo ello, con la intención de denotar que hay un énfasis o modismo en el discurso.

² La misión del BM y de otros organismos que siguieron la ideología neoliberal, era proporcionar orientación técnica, préstamos y directivas para implementar las reformas en la región (Homedes & Ugalde, 2005).

desarrollar una gestión de los asuntos públicos basada en los principios de la empresa privada, imponiendo al Estado un estilo gerencia (Almeida, 2005; Gómez-Arias & Nieto, 2014; Schwartz, 1984).

Colombia fue uno de los primeros países de la región en incorporar de manera sistemática este modelo, consolidado y legitimado a partir de la expedición de paquetes normativos que *exaltaba* las bondades del sector privado, en detrimento de lo público (Naranjo & Garzón, 2010). En el año 2000, haciendo eco de esta corriente, el Informe Anual de la Organización Mundial de la Salud-OMS calificó al sistema colombiano como uno de los mejores del mundo; presentándolo como el modelo a seguir por los países vecinos (M. Hernández, 2001; Homedes & Ugalde, 2005; OMS, 2000).

Paradójicamente Colombia, en la actualidad, es uno de los países que exhibe mayores desigualdades sociales e inequidades en salud en el mundo, sin lograr avanzar en el cierre de brechas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; I. Vargas, Vázquez, & Jané, 2002). El panorama internacional no es distante, especialmente, en países de bajos ingresos donde la distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales³ son la causa de la diferencia de las condiciones de salud de la población y dentro de ellos (A. Franco, 2010; OMS, 2009).

Según la Comisión de Determinantes Sociales de Salud [CDSS], estas diferencias sistemáticas en el estado de salud de grupos demográficos y la situación sanitaria de algunos países son evitables mediante la aplicación de un nuevo enfoque de desarrollo, donde los resultados esenciales de toda política social sean la salud y la equidad sanitaria bajo el imperativo *Salud en*

³ Desde una perspectiva histórica, el término *Recursos sociales* aparece vinculado al concepto de necesidad. Para esta investigación, se tiene en cuenta el concepto de De las Heras y Cortajarena, el cual hace referencia a medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales, entre otros, de que se dota así misma una sociedad para dar respuesta a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades (De las Heras & Cortajarena, 1978).

Todas las Políticas (OMS, 2009). Dichos lineamientos comprometen a los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], en acoger el modelo de DSS y a luchar contra las inequidades sanitarias en su interior y entre ellos (Almeida, 2005; OMS, 2009, 2010).

Las directrices del informe de 2009 de la CDSS, en pro de la salud y de la equidad sanitaria, fueron recogidas por el Estado colombiano en varias de sus disposiciones. Diferentes fuentes destacan el esfuerzo, aunque coyuntural, de los últimos gobiernos por reforzar la función rectora del MinSalud, como delegado del Estado⁴, para que se establezca un marco jurídico y administrativo basado en los DSS y se constituya un conjunto de políticas que garanticen la salud de la población.

Estas directrices coinciden con la crisis del modelo de cuasi mercado en salud que se agudiza en Colombia a mediados de 2008. En este contexto coyuntural se formulará el PDSP como la carta de navegación del sector sanitario y del Estado con carácter mandatorio que propende por un abordaje integral partiendo de dimensiones prioritarias y transversales⁵ en los cuales se vincula una acción intersectorial y transectorial. En términos políticos, el PDSP se asume como un gran avance del estado colombiano por retomar la bandera de la salud pública, y por acoger el modelo de DSS propuesto por la CDSS como eje articulador de la intervención. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; Observatorio Nacional de Salud, 2016). Dicho modelo de intervención pretende ir a las *casusas de las causas*⁶ de la enfermedad desde una perspectiva que trasciende el

⁴ El artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, establece que la dirección, orientación y conducción del sector salud estará en cabeza del MNS, como órgano rector de dicho sector.

⁵ A partir de la caracterización del estado de salud de la población, se pudo denominar *familias de condiciones esenciales para la vida* que permitiría definir la existencia de estas dimensiones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

⁶ La CDSS centra la atención en las “causas de las causas”, es decir, en la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país, y en las condiciones sociales que son producto de dicha jerarquía, que determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2009).

proceso de salud-enfermedad, e integra acciones relacionadas con la producción social de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; Observatorio Nacional de Salud, 2016).

Para comprender la esencia y los alcances del PDSP, resulta fundamental la comprensión de varias dimensiones: el papel que desempeñaron los contextos internacional y local; los involucrados en el juego político, sus características y posiciones que terminan siendo condicionadas por el anterior; el proceso desarrollado desde la identificación del problema; y, finalmente, la determinación de los aspectos formales de la PP que surgieron como fundamento para su legitimación.

Este estudio examina los aspectos más destacables de este proceso decisional⁷, asumiendo que surgió en un momento de profunda crisis y significó un hito sin precedentes para Colombia. Para facilitar la comprensión de los procesos involucrados en la formulación e implantación del PDSP se contrastaron diferentes opiniones publicadas por la literatura gris, y se rescataron las impresiones subjetivas de algunos involucrados en la ejecución del PDSP, considerando ambas fuentes como experiencias a tener en cuenta para futuros procesos de formulación de políticas en salud.

El objetivo principal de esta investigación fue caracterizar los procesos de formulación del Plan Decenal de Salud Pública [PDSP] como eje articulador de la Política Nacional de Salud de Colombia, durante el período 2012 a 2013; y de su implementación actual en el departamento de

⁷ El PDSP, como toda PP, debe ser entendido dentro de un contexto internacional y local determinado. Donde la capacidad del gobierno en formular e implementar políticas de salud se ve afectada por incidencias de diversos factores como la concertación de intereses políticos y económicos de diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales, que detentan el poder y luchan por la primacía de sus intereses específicos al hacer uso de diferentes recursos que tienen a disposición, además de factores externos que hayan afectado de manera directa e indirecta el curso de acción de la toma de decisiones. Buscando alternativas satisfactorias, pero no necesariamente óptimas en el sentido de Pareto; que están orientadas a la formación de un consenso y el mantenimiento del *statu quo* (Gómez-Arias, 2019).

Casanare, considerado como una región de alta vulnerabilidad técnicas y social, mediante un estudio de caso basado en el testimonio de los involucrados y en fuentes secundarias disponibles.

Como objetivos específicos se formularon: 1). Describir las características del contexto decisional que influyó en la determinación de los resultados antes y durante la fase de formulación del PDSP, desde una perspectiva sociohistórica nacional; 2). Caracterizar a los involucrados que intervinieron en ambas fases del policy cycle; 3). Realizar el análisis formal y de proceso del PDSP en las dos subunidades de análisis seleccionadas como ilustrativas y; 4). Establecer inferencias sobre los hallazgos encontrados y descritos en ambas fases del caso estudiado.

Cada uno de estos objetivos se resolvió mediante técnicas cualitativas de recolección e interpretación de información primaria y secundaria, articuladas alrededor de las recomendaciones de los estudios de Caso. No se dispone de información cuantitativa sobre los eventos seleccionados como casos.

Entre los hallazgos más importantes se destacan:

El estudio logró identificar características del proceso adelantado en Colombia que podrían constituir lecciones aprendidas; entre ellas, el diseño de reformas con fines conservadores que no afectaban la estructura del modelo de salud; el conflicto de intereses en la toma de decisiones; la influencia de políticas internacionales en las dinámicas locales cuyos contenidos introducen retos en el modelo, tales como la APS y el enfoque de salud como derecho. La formulación e implementación del PDSP se apoyó en un proceso de participación social relativamente amplio y centrado en las formas, que integró un conjunto heterogéneo de intereses, conceptos y criterios sin modificar sustancialmente las condiciones de cuasi mercado que estructuran la PPS. En relación con la implementación, el caso de Casanare refleja dificultades importantes relacionadas con la

aplicación de directrices cuando se desconocen los contextos; dichas limitaciones se relacionan especialmente con la escasez de recursos, la debilidad técnica de los involucrados para aplicar los instrumentos técnicos definidos por el Ministerio, para adoptar las directrices, y para lograr consensos entre los actores involucrados (EPS, IPS y otros organismos gubernamentales).

El informe está dividido en tres secciones: en la primera se presenta el marco teórico y se desarrolla el diseño metodológico; en la segunda se presentan los resultados del análisis de la información; y en la última, se discute los hallazgos desde un enfoque interpretativo para establecer inferencias descriptivas soportadas en la literatura existente. Se presentan las principales conclusiones y se finaliza con las recomendaciones.

Esta investigación se realiza bajo la perspectiva de Walt (1994) donde todo proceso de política es un proceso político en sí mismo, cuya naturaleza política se revela desde la perspectiva de los involucrados. Dicho enfoque asume que los análisis de eventos políticos no están exentos de subjetividades, y tampoco constituyen *argumentos generalizables y falseables* desde la perspectiva popperiana. Este enfoque considera esencial que se tengan en cuenta e interpreten las posiciones personales de los interlocutores entrevistados, y que se procure obtener perspectivas lo más amplias y variadas posibles con el fin de proceder a su comparación y triangulación. En el apartado Discusión se presentan las interpretaciones del investigador sobre algunos de los testimonios recogidos.

Finalmente, es necesario resaltar que, al ser tan global el propósito de este análisis, no es fácil dejar entrever el esfuerzo de generar nueva evidencia en el campo de la salud pública; no obstante, en el documento se vislumbran los hallazgos más importantes encontrados.

1. Marco Teórico

En este capítulo se da cuenta del debate académico sobre el análisis de políticas públicas. Se hace énfasis en la perspectiva ideológica de Gill Walt (1994) y otros autores que entienden las políticas públicas como la “toma de decisiones comunes para un grupo por medio del uso del poder”, bien como búsqueda cooperativa de respuestas a problemas comunes o como un acto de imposición de la voluntad de unos actores sobre otros. Su objeto es controlar y dirigir futuros cursos de acción (A. Franco, 2010).

En este sentido, el proceso de desarrollo de las políticas públicas es en sí mismo un proceso político, fundamentado en una extensa consideración de la naturaleza del poder en el Estado. La política, entendida como *politics*, es la obtención y el ejercicio de ese poder en la sociedad; enmarcado en esta arena, la distribución del poder entre los grupos de presión que muestran interés en el proceso dependerá de sus recursos, del contexto socioeconómico y político y de la ideología del gobierno en el poder. Un proceso que se caracteriza por la lucha, negociación, acomodación y concertación de todas las partes. Al final, lo que se acaba decidiendo es la propuesta de quienes tienen más poder en la toma de decisiones, resultando triunfadores en el debate público y; que, después de todo, muchas veces no se considera como la solución más racional u óptima. No obstante, que existan triunfadores no indica que el debate haya cesado; al contrario, los perdedores tratarán de evitar que la decisión adoptada oficialmente se ejecute en la práctica, utilizando estrategias y recursos que tienen a disposición (Subirats, 2001).

En coherencia con lo anterior, en este capítulo se introduce, en primera instancia, el concepto de sistema político y su relación entre el saber y poder, crucial para la formulación de políticas públicas al proporcionar el marco para la participación de las personas. Planteado el

saber-poder no ya como algo abstracto, sino como una cuestión de cómo y hasta dónde se incorporan dispositivos de poder que se entretajan en los sistemas sociales para controlar a las personas y los recursos; entre ellos se encuentran las políticas públicas. La forma como se ejerce el poder en y con las políticas públicas dependerá de la distribución de este y su forma de ejercerlo; además, del contenido de la decisión. En segunda instancia, tras teorizar y conceptualizar acerca del poder, se aborda el concepto de política pública y sus derivaciones en otros idiomas; los modelos de toma de decisiones en el *policy making* [PM]; los componentes del *Policy Analysis* [PA], entre los que se encuentran los involucrados, sus recursos y estrategias. Finalmente, se resaltan los conceptos de *policy cycle* como marco de análisis para el estudio, algunas consideraciones con respecto a la definición del problema público, el establecimiento de la agenda y la brecha surgida entre lo planeado versus lo implementado.

El resumen desarrolla los debates académicos desde una visión general centrada en los sistemas políticos hasta un nivel micro que da cuenta de la toma de decisiones en condiciones particulares.

1.1. Sistemas políticos como sistemas sociales articulados por relaciones de poder

Para Walt (1994), la gestión de las PP asume diferentes modalidades, que dependen del tipo de sistema político. Este último corresponde a una noción abstracta resultante de múltiples fuerzas que afectan el comportamiento de los agentes sociales: el gobierno; el sector privado (v.g. grupos de interés), los partidos políticos, los votantes individuales y el mismo Estado, que también es otra noción abstracta y polisémica. Cuando las personas establecen entre sí relaciones de poder configuran sistemas políticos (Gómez-Arias, 2017b; Lindblom, 1991).

Cada sistema político define qué bienes, servicios, libertades, derechos y privilegios se otorgan o se niegan, y a quienes se otorgarán o se negarán. En 1956, David Easton representó a través de

un modelo analítico lo que él llamaría *la asignación autorizada de valores para la sociedad*. La principal razón por la que los sistemas políticos asignan estos valores es porque son limitados respecto a lo que podría asignarse (Walt, 1994a).

Los procesos clave que resalta el modelo propuesto por Easton, son los *inputs*, *outputs* y los vínculos entre ellos. Los inputs toman la forma de demandas y apoyos de demandas de la población, es decir, representa la energía que impulsa el sistema. Cuando las preferencias de los individuos y grupos son comunicados por grupos de interés, cabildeos o partidos políticos, a los *decision makers*, estos se transforman en demandas (Buse, Mays, & Walt, 2005; Parsons, 2007).

Los inputs se alimentan en la elaboración de políticas para producir outputs. Sin embargo, Easton proporciona pocos detalles sobre cómo se lleva a cabo el proceso de conversión y, por lo tanto, la toma de decisiones del gobierno es considerada una *caja negra*. Las demandas, los recursos y el apoyo se incorporan a la caja negra del PM y lo que surge son políticas que afectan los bienes y servicios, así como aspectos simbólicos de la vida. La lógica del enfoque sistémico dicta que los outputs de política y su impacto generan una retroalimentación que influye en las demandas futuras y apoyo en el sistema, creando un bucle (Buse et al., 2005; Parsons, 2007; Walt, 1994a).

En definitiva, el modelo Easton asume que el Estado desarrolla las PP equilibrando las demandas en lugar de tener en cuenta el poder relativo de aquellos que hacen diferentes demandas en el sistema y proporcionándole diferentes tipos de apoyo. Este enfoque no parece tener en cuenta que los *decision makers*, y en especial los *decision implementers*, a menudo adaptan los outputs de las políticas para satisfacer sus propios intereses. No obstante, proporciona una clave importante para comprender las etapas discretas del ciclo de toma de decisiones (Buse et al., 2005).

1.2. Las formas del poder y su papel articulador de los sistemas sociales

Los sistemas políticos se configuran alrededor de relaciones de poder. El poder no se da en abstracto, no es un objeto que se adquiere o se pierde y, por tanto, no puede ser monopolizado por un solo individuo. En cambio, es dinámico e implica un despliegue de una relación de fuerza. Podría definirse como una relación que se establece entre dos o más personas, mediante el cual influenciamos y somos influenciados y dependerá de la posición que tengamos en una situación específica y los recursos de que se dispone. Configurando, de esta forma, una red compleja y cambiante, no siempre explícita, pero efectiva, que determina la vida de las personas⁸ (Foucault, 1980; Gómez-Arias, 2014, 2019).

En las PP, la noción de *poder* es típicamente pensado en un sentido relacional como *tener poder sobre otros*; es decir, se ejerce cuando A hace que B haga algo que no hubiera hecho de otra manera y lo pueden lograr de varias formas: el poder como toma y no toma de decisiones; y el poder como control del pensamiento (Buse et al., 2005). En este sentido, las PP se elaboran a través de distintos mecanismos por los que la gente ejerce control, influencia o poder sobre otros (Lindblom, 1991).

El estudio realizado por Dhal (1961) titulado *¿Who Governs?*, demostró que diferentes grupos de la sociedad pueden penetrar el sistema político y ejercer poder sobre los *decision makers* de acuerdo con sus preferencias y los recursos a su disposición⁹. Sin embargo, no tuvo en cuenta que el poder también se puede ejercer de formas *sutiles* por grupos o individuos dominantes para

⁸ Pese a que se conocen distintas formas de ejercer el poder (dominación, sumisión, resistencia y cooperación), no es fácil reconocer en qué consiste el poder. Las relaciones de poder, entre el que tiene y no lo tiene, pasa por una perpetuar articulación del poder sobre el saber y viceversa; permitiendo crear nuevas formas de dominación que se ejerce sobre los cuerpos, las multiplicidades, los movimientos, deseos y fuerzas, a través del discurso (Foucault, 1980; Gómez-Arias, 2019).

⁹ Hace referencia al *Pluralismo* el cual considera que el poder está disperso en toda la sociedad. Ningún grupo individual mantiene el poder absoluto y el Estado arbitra entre intereses en conflicto en el desarrollo de las políticas (Buse et al., 2005).

mantener problemas, que amenazan con su posición, ocultos de la agenda gubernamental. Limitando el alcance de la toma de decisiones reales a temas que no afectaran sus intereses (Buse et al., 2005; A. Gómez, 2011; Pérez et al., 2006).

Quién ejercer el poder y cuán ampliamente se comparte en los procesos de política dependerá del contenido de la decisión y el contexto específico. Existen muchas teorías sobre la distribución del poder; algunas ubican el poder en la sociedad, en oposición al Estado; otras se enfocan en el papel del Estado y los intereses que representan en la política. En el marco de la teoría política clásica, el análisis suele centrarse en la función dominante que generalmente desempeña el Estado durante el proceso (Buse et al., 2005; Dente & Subirats, 2014).

En esta investigación, se adopta la postura ideológica de la elección pública como la mejor manera de interpretar al Estado, entendido como un grupo de interés en sí mismo que ejerce poder sobre el proceso de política en la búsqueda de los intereses de quienes lo ejecutan: funcionarios públicos electos y burócratas (Fontaine, 2015).

Bajo esta lógica, se deduce que el comportamiento egoísta de los funcionarios del Estado conducirá a una PP capturada por los grupos de interés cercanos al gobierno, que puedan distorsionar su contenido en formas económicamente negativas que no favorecen el interés público sino de los intereses de los burócratas que afianzan aún más sus posiciones y extienden sus esferas de influencia¹⁰ (Buse et al., 2005; Fontaine, 2015; Walt, 1994^a).

¹⁰ James Buchanan, representante de la escuela de la elección pública, identificó dos fenómenos relacionados con la «constitución económica» de muchos países, puesto que están diseñada para perjudicar a los ciudadanos al privilegiar a ciertos grupos minoritarios: la capacidad de los burócratas de controlar el proceso político y el gasto público, y la capacidad de los grupos de interés de incidir en las decisiones de los electos para captar recursos públicos (*rent-seeking*) (Fontaine, 2015).

A su vez, el *elitismo* se inserta como una interpretación cada vez más aceptada en la sociedad; en el entendido que la posición hegemónica del capitalismo y el fenómeno de la globalización han propiciado la conformación de un grupo minoritario en el cual se concentra la mayoría de los recursos económicos (A. Franco, 2010). A pesar de que los sistemas políticos modernos apoyan los ideales democráticos liberales, es notoria la poca participación de grupos de interés que representan intereses generales de la sociedad en las decisiones públicas; limitando su capacidad a una influencia marginal durante el proceso (Buse et al., 2005; Gómez-Arias, 2012; A. Gómez, 2011; G; Molina & Cabrera, 2008).

En salud, la mayoría de las PP son consideradas de importancia relativamente marginal, denominadas como *low politics*, debido a la consideración de no implicar preguntas fundamentales relacionadas con los intereses nacionales de un Estado o de grupos importantes y significativos dentro de él (Buse et al., 2005; Walt, 1994a).

1.3. Los dispositivos políticos que materializan el poder

Según Foucault¹¹, para que el poder se operacionalice en una *microfísica*, requiere desarrollar *dispositivos de poder*, definidos como redes de relaciones dadas entre elementos heterogéneos, los cuales pueden ser discursos, instituciones, leyes, medidas administrativas, entre otras; que constituyen un espacio de saber y de poder, y donde tienen lugar un actor y su discurso (Daza, 2017; Foucault, 1980, 1999). Según Foucault, el poder se despliega mediante una relación de fuerzas que, más que reprimir, aplica mecanismos políticos (o dispositivos de poder) para ejercer una posición dominante y desigual sobre otros. Estos dispositivos se inscriben de múltiples formas

¹¹ Hace referencia a un modelo implícito de poder, donde se disemina unos *micropoderes*, una red de aparatos dispersos sin foco ni centro en la sociedad que transmiten y mantienen una política del saber a través de metáforas espaciales y estrategias que conforman un discurso de dominación. Para Foucault, el *panoptismo*, como invención tecnológica en el orden del poder, se refiere a un conjunto de mecanismos que operan en el interior de todas las redes de procedimientos de los que se sirve el poder (Foucault, 1980, 1999).

en las instituciones, en las desigualdades económicas, en fin, en un acto jurídico o fundador del derecho que reinscriben perpetuamente esta correlación de fuerzas mediante una especie de «guerra silenciosa». Dichos dispositivos funcionan a distintos niveles de la sociedad, en sectores y con extensiones tan distintas, pero con un principio fundamental: la represión (Foucault, 1980).

Bajo esta lógica, es que se comprende críticamente los mecanismos por medio de los cuales los sistemas políticos han diseñado y ejecutado sus dispositivos políticos-administrativos, que les permiten a gobernadores y poseedores del poder y capital ejercer control sobre las personas y sus recursos para proteger sus intereses y el de las clases sociales más ricas (Daza, 2017; Foucault, 1999).

Cada sistema político desarrolla su propio conjunto de dispositivos políticos-administrativos, simbólicos o normativos, que lo mantienen y reproducen determinando tanto la forma de pensar como las prácticas de los individuos. Este binomio sistema-dispositivo, ha cambiado a lo largo de la historia, dependiendo de múltiples condiciones, pero particularmente del modo de producción económico; específicamente, de los medios utilizados para generar bienes y riqueza (Gómez-Arias, 2017b, 2019).

1.4. Las Políticas públicas: una noción controversial

El término inglés *policy*¹², derivado de *polizei* y *pólíce* en alemán y francés, respectivamente es objeto actualmente de múltiples definiciones, desde las más amplias hasta las más restrictivas (Arrubla et al., 2010; Roth, 2018). En su desarrollo histórico, se ha aplicado a ciertas directrices

¹² El hecho de que el idioma inglés separe conceptualmente la política en tres términos diferenciados -*polity*, *politics* y *policy*-, probablemente, tuvo un efecto facilitador del desarrollo de las PP como disciplina científica. Por un lado, *polity* se refiere a la esfera política en general; por otra parte, *politics* corresponde a las actividades políticas realizadas para lograr el control del poder político traducido en la lucha entre individuos y grupos en función de sus intereses [el juego electoral, los debates en el Congreso, las movilizaciones, los cargos, etc.]; y, finalmente, *policy* designa a las actividades resultantes de la *politics* (sus consecuencias, sus resultados o sus *outputs*), es decir, se relaciona con la toma de decisiones del gobierno (Arrubla et al., 2010; A. Franco, 2010).

desarrolladas por agentes gubernamentales y oficiales, que se imponen al colectivo como la forma de proceder frente a un asunto específico el cual se consideraba como de interés público (Fontaine, 2015; Lindblom, 1991; Meny & Thoenig, 1992).

Según Gómez-Arias (2019) “las PP son un tipo particular de dispositivo político-administrativo, desarrollado por la modernidad tardía para controlar los recursos tangibles e intangibles de la sociedad” (p. 189). Al tener relación con el poder, entonces, se configuran como un escenario para el conflicto, el consenso y la negociación y no como un simple producto que se obtiene luego de la activación de unos dispositivos técnicos (A. Franco, 2010; A. Gómez, 2011). Muchas veces, estos dispositivos reflejan los valores de la élite; lo que no implica un conflicto con los valores de las masas. Debido a que casi siempre permanecen conservadores y cuando surge un cambio de política, es probable que dicho cambio sea incremental (Dente & Subirats, 2014; Fontaine, 2015; Subirats, 2001), dando trato preferencial a grupos de interés con gran poder político-económico y gran capacidad de influencia (Buse et al., 2005; Gómez-Arias, 2019).

Una definición menos restrictiva y contemporánea, define a las PP como la toma de decisiones comunes para un grupo, por medio del uso del poder, en la búsqueda cooperativa de respuestas a problemas comunes; que finalmente se concretan en un consenso sobre las ideas que constituyen el fundamento de la acción (Dente & Subirats, 2014; A. Franco, 2010). De este modo, una PP se asume como una construcción social y política que puede tener una narrativa, más que como la decisión técnica de un funcionario gubernamental investido de una legitimidad legal con el fin de enfrentar una situación socialmente problemática (A. Gómez, 2011).

Otros enfoques, como el modelo racional o sinóptico¹³ (Dente & Subirats, 2014; Walt, 1994^a), consideran que las decisiones tomadas por los actores – *policy makers* – son el resultado de un proceso racionalmente fundado y correctamente ejecutado, definiendo como actor racional aquel que busca maximizar su función de utilidad (A. Gómez, 2011). Desde esta perspectiva, las PP se presentan formalmente como opciones racionales que los gobernantes, no siempre neutrales, asumen en beneficio del público en general, y que se materializan en actos jurídicos y administrativos del Estado (Gómez-Arias, 2019; Meny & Thoenig, 1992). No obstante, es necesario reconocer que este proceso es esencialmente pluralista, y que el proceso *de* política o *policy process* [PPr] no es controlado enteramente por el gobierno¹⁴ (Lindblom, 1991; Walt, 1994^a). Durante la elaboración de las PP, existe una continua *lucha* entre grupos con intereses en competencia, algunos a favor otros en contra, dependiendo de sus motivaciones, ideas y estrategias. Esto hace que los procesos burocráticos se *politizen*, integrándose en una esfera lejos del alcance de los ciudadanos (Fontaine, 2015; Lindblom, 1991; Walt, 1994^a; Wildavsky, 2018). Otros autores plantean que las PP no se limitan a un *espacio de confrontación*, considerando que son un elemento de participación política fruto de una negociación entre el Estado y los representantes de los grupos sectoriales involucrados. Desde los diferentes enfoques las PP no sirven para resolver problemas, sino que constituyen el *marco* en el cual los actores van a redefinir

¹³ El modelo racional de toma de decisiones se soporta en el trabajo de Simon (1957) sobre cómo las organizaciones deberían tomar decisiones. Para lograr el resultado deseado, los *decision maker* deben trabajar a través de una secuencia lógica de pasos: 1). Los *decision makers* identifican un problema que necesita ser resuelto, y aislarlo de lo demás. 2). Los objetivos, valores y logros de los *decision makers* deben ser aclarados y clasificados. 3). Los *decision makers* enumeran todas las estrategias alternativas para lograr su objetivo. 4). Involucra a los *decision makers* racionales que realizan un análisis exhaustivo de todas las consecuencias de cada una de las alternativas. 5). Cada alternativa y su conjunto de consecuencias necesitarían ser comparadas con las otras opciones. 6). Finalmente, los *policy makers* elegirían esa estrategia que maximiza sus valores y preferencias en lo que concierne al logro de metas. No obstante, el problema de este modelo se encuentra en el conjunto de condiciones que presupone y bajo el supuesto que el decisor información perfecta sobre los objetivos que se propone (Buse et al., 2005; Dente & Subirats, 2014; Walt, 1994a).

¹⁴ En el supuesto pluralista, los procesos decisionales son más bien el resultado de interacciones múltiples en las que participan múltiples actores (políticos electos, funcionarios de todos los niveles, partidos políticos, grupos de interés, expertos, académicos, medios de comunicación, entre otros) de manera simultánea (Lindblom, 1991).

sus problemas y experimentar soluciones¹⁵ (Arrubla et al., 2010; Dente & Subirats, 2014; Roth, 2018).

1.5. Análisis de políticas (Policy Analysis)

El análisis de políticas públicas es un campo heterogéneo y controversial donde los expertos difieren. El análisis de políticas públicas o PA, se propone como un marco de conceptos y técnicas que permite estudiar la estructura de la PP a partir de ciertos elementos comunes: el contexto estructural, el PPr el contenido de la decisión, los involucrados y sus efectos (Gómez-Arias, 2012; Rubén Gómez, Orozco, Rodríguez, & Velásquez, 2006; Wildavsky, 2018).

Según Parsons (2007), se debe distinguir entre análisis *de* políticas y análisis *para* políticas; el primero se enfoca en el análisis del desarrollo del *policy cycle*, el segundo, más externo, abarca los estudios que apoyan determinadas opciones de política. Roth (2018) concuerda con lo anterior, clasificando el análisis *de* y *para* política en estudios académicos y profesionales, respectivamente.

El primero, de tipo retrospectivo, pretende ofrecer datos objetivos en relación con los problemas y soluciones de PP para toda una serie de usos especializados, pero en particular para quienes toman decisiones y elaboran políticas. En el segundo, de tipo prospectivo, se caracteriza por intentar explicar o interpretar la acción pública a partir de un marco teórico explícito que los investigadores ponen a prueba mediante un proceso de investigación. Por lo tanto, miran hacia adelante e intenta anticipar lo que sucederá si se introduce una política en particular (Buse et al., 2005; G; Molina & Cabrera, 2008; Roth, 2018).

¹⁵ Se reconoce, entonces, que las PP no son solamente asuntos técnicos, sino ante todo el resultado de procesos políticos donde convergen los intereses de diferentes actores, como argumenta Walt (1994); y no simplemente un proceso analítico de resolución de problemas. Parafraseando a Clausewitz, es la continuación de la lucha política por otros medios y en escenarios diferentes (Foucault, 1999; Franco, 2010; Roth, 2018).

En todo caso, el PA busca determinar lo que hacen los agentes políticos, por qué lo hacen y qué resultados obtienen. Tanto en el estudio como en la gestión de las PP, el PA es más que una descripción de los resultados formales de la decisión gubernamental, es el interés por los procesos implicados en la decisión desde que el problema es percibido como tal hasta sus consecuencias para los involucrados, siempre en contextos específicos (Pérez et al., 2006; Walt, 1994^a).

1.5.1. Análisis de los involucrados (Stakeholders analysis)

Para varios autores, el PA debe dirigirse hacia los involucrados y sus intereses, hacia la forma como éstos perciben o no las situaciones como problemas, hacia sus interacciones de poder, y a los sistemas políticos que estas interacciones configuran (Buse et al., 2005; Dente & Subirats, 2014; A. Gómez, 2011; Walt, 1994b). De forma general, se define a los participantes implicados en el PPr como aquellos individuos o grupos que intervienen con sus estrategias y acciones según las reglas legales que definen las modalidades de toma de decisiones¹⁶ (Dente & Subirats, 2014; Parsons, 2007). En esta investigación se diferencia los términos actor e involucrado, utilizados indistintamente en la literatura: actor refiere al individuo o sujeto que tiene las facultades y características específicas para participar e involucrado quien, siendo un actor, decide participar directa y voluntariamente o no. Ambos conceptos tienen algo en común: su lógica de acción es *purposive*, de acuerdo con Simon (1958); es decir, que buscan obtener un resultado dentro del proceso (Dente & Subirats, 2014; Pérez et al., 2006; Subirats, 2001; Walt, 1994^a). De este modo, los involucrados son el conjunto de individuos o sujetos que están interesados en actuar directa o indirectamente, llevando a cabo *acciones relevantes* durante el proceso, y que contribuyen a

¹⁶ No obstante, esto no quiere decir que aquellos actores que *a priori* no se tengan en cuenta; no puedan ejercer influencia (Dente & Subirats, 2014).

determinar los resultados de política a través de sus estrategias. Las acciones relevantes tienen que ver tanto con el PM y con el *decision making*¹⁷ [DM].

1.5.2. Análisis de recursos y estrategias como dispositivos políticos

El análisis de políticas incluye el estudio de estrategias y recursos. Para que un involucrado pueda efectivamente influir sobre los resultados de un proceso de toma de decisiones es necesario que sus acciones puedan generar, al menos potencialmente, efectos relevantes para los otros participantes en la decisión. Esos efectos serán determinados por los recursos que él disponga (Dente & Subirats, 2014). Este concepto se basa en la noción de poder, explicado anteriormente, según el cual la capacidad de influencia que tenga un involucrado sobre otro dependerá del tipo y cantidad de recursos que tenga. Lo importante es que la transferencia de un bien cualquier tenga valor para quien lo recibe. Los recursos son de tipo: legal, cognitivos, económicos y políticos. Teniendo una relación directa con el tipo de actor y el rol que desempeñan en el PPr (Buse et al., 2005; Dente & Subirats, 2014). El reconocimiento, la valoración del problema por parte de cada uno de los involucrados, y las futuras consecuencias de la intervención, determinará la forma como aplicarán los recursos a su alcance para imponer sus intereses en la decisión. Estas formas, son denominadas como *estrategias decisionales*; las cuales, se definen como el intento intencionado de los involucrados de modificar elementos, que están a su alcance, del proceso decisional a fin de determinar una configuración favorable para ellos (Dente & Subirats, 2014; Gómez-Arias, 2014; Subirats, 2001).

¹⁷ Ambos conceptos, suelen utilizarse como sinónimos. No obstante, algunos analistas diferencian la formulación de la política de las decisiones, considerando que la política es más grande que la decisión; dicha política generalmente implica una serie de decisiones más específicas, a veces en una secuencia racional. Para Harrop (1992), citado por Walt (1994), una decisión es una "selección más o menos explícita de una gama de opciones", mientras que la política implica "un conjunto de decisiones y cómo se ponen en práctica".

1.5.3. Análisis del proceso político.

Algunos autores consideran que las políticas públicas se desarrollan ordenadamente siguiendo un proceso cíclico. El *policy cycle* o también conocido como marco referencial, que comprende un conjunto de fases integradas en un ciclo reiterativo. Cada fase representa decisiones acerca de ciertos asuntos específicos que influyen en su configuración y en el contenido (Gómez-Arias, 2012; Parsons, 2007; Roth, 2018). El ciclo sugerido por Laswell divide el proceso en etapas, para entender mejor lo que ocurre, quién interviene y qué resultados se pueden esperar en cada momento. Paradójicamente, en su afán de llegar a un conocimiento más exacto para mejorar las políticas, este modelo se convirtió en una forma de separar los problemas¹⁸ (Fontaine, 2015). Frecuentemente el *policy cycle* se concibe como un conjunto de fases integradas en un ciclo reiterativo. Esta lectura tiene la ventaja, y la desventaja, de presentar el proceso como una sucesión de secuencias que corresponden a una representación clásica, lineal y racional de la política con sus distintos escenarios y actores. Sin embargo, hay que aclarar que la clasificación no es exhaustiva y se ofrece más como una guía orientadora de estudios *de* políticas, que como una prescripción inobjetable¹⁹ (Arrubla et al., 2010; Gómez-Arias, 2012; A. Gómez, 2011; Roth, 2018).

Esta investigación se interesa por analizar los procesos de formulación e implementación actual del PDSP (véase **Metodología**). Asumiendo a partir de la postura de Roth (2018), que el PM, se comporta en ocasiones como un proceso ordenado y racional²⁰, donde el gobierno fija

¹⁸ Este esquema de análisis secuencial fue perfeccionado por Charles O. Jones en su libro *Introduction to the Study of Public Policy* (1970), simplificando la propuesta inicial de Laswell en cinco etapas (Fontaine, 2015).

¹⁹ Pueden ser entendido como una metáfora simplificada, pero no refleja la complejidad multiforme, variable, heterogéneo, iterativo, conflictivo, no explícito y, con frecuencia, impredecible (Gómez-Arias, 2019).

²⁰ Aunque algunos autores critican esta postura, concluyendo que es un proceso que todavía no está claro al partir del supuesto que la solución de unos por medio de las PP puede ser el problema de otros. Es decir, la acción es, además, causa de nuevos problemas (Lindblom, 1991; Roth, 2018).

prioridades, metas, objetivos y metodologías para resolver o tratar un problema considerado como *público*, y en el que intervienen diversos actores que van a influir en el proceso decisonal a partir de sus valores, intereses y recursos tanto materiales como ideológicos. En relación con el proceso de formulación se consideraron esenciales dos categorías que determinan su desencadenamiento: la naturaleza del problema y su posicionamiento en la agenda gubernamental.

1.5.4. Análisis del problema como objeto central de las políticas

La naturaleza pública de una situación es también objeto de controversia. La mayoría de los autores consideran que, para desencadenar la formulación de una PP, los políticos y *decision makers* deben percibir una situación como problemática. Los problemas que desencadenan la formulación de una PP nunca son únicos o ni aislados, sino que integran un conjunto de factores que demandan una aproximación global (Bardach, 1998; Pérez et al., 2006). Un evento no es por sí mismo un problema hasta que los agentes sociales no lo valoren como tal. La detección de un problema supone la búsqueda de información que permita a los agentes sociales reconocer la presencia de demandas, amenazas u oportunidades para orientar las PP presentes o futuras. No obstante, es importante destacar que no todo problema es un problema público, ni todos los problemas públicos requieren solución urgente (Gómez-Arias, 2012; Lindblom, 1991; Pérez et al., 2006; Subirats, 2001). Para calificar una situación social como problema público, se debe asegurar que el problema se configure en función de las respuestas a preguntas por audiencia, intensidad, urgencia y novedad; es decir, conocer el número y concentración de los afectados, su importancia para ellos, su influencia en el problema, y si este constituye una nueva discusión social o es una reformulación de uno anterior (Bardach, 1998; A. Gómez, 2011; Subirats, 2001). Estas características: la cohesión de los involucrados, el impacto del problema sobre ellos, la capacidad de incidir en la deliberación pública y la captura de atención pública, hacen que la cuestión social

exista como una construcción subjetiva de la realidad más que como un dato objetivo (A. Gómez, 2011).

1.5.5. Análisis de la agenda política (Agenda setting)

Se entiende por *formación* de la agenda, aquel proceso mediante el cual problemas y cuestiones llegan a llamar la atención del gobierno como asuntos posibles de PP. Este tránsito, de *hecho problemático a problema público*, demanda el consenso de actores que poseen suficiente poder para influir en su inclusión (Pérez et al., 2006; Velásquez, 2009). Los problemas sociales llegan a la agenda política por diferentes vías, no siempre predecibles ni gobernables. En ocasiones se vuelven asuntos de interés *público* por un proceso acumulativo de presiones, tensiones e insatisfacciones previas que redundan en la estabilidad del sistema político y demandan solución. Otras surgen como resultado de procesos coyunturales que captan el interés público (Gómez-Arias, 2012). Entre las condiciones que influyen en el posicionamiento de un asunto en la agenda pública están: a). los intereses particulares de los gobernantes; b). los intereses de los grupos económicos, políticos y sociales capaces de presionar sobre los gobiernos; c). las presiones que ejercen los organismos internacionales y; d). los medios de comunicación (Gómez-Arias, 2012).

1.5.6. Análisis de la implementación

Se tiende a creer que la implementación de las decisiones públicas es un problema técnico de simple ejecución de tareas. Sin embargo, desde la perspectiva del PA, esta etapa es fundamental porque en ella la política se transforma de discursos en hechos concretos. Por tanto, implica la interpretación y *juego* de la norma por múltiples involucrados, donde su ejecución es la continuación de esa lucha (A. Gómez, 2011; Roth, 2018). Es evidente que muchas PP no funcionan en la práctica, generándose lo que se conoce como *implementation gap*. Principalmente por la diversidad de actores con preferencias e intereses diferentes que buscan plasmar sus propios

objetivos organizacionales dentro del proceso. Los teóricos han propuesto dos enfoques para abordar esta fase: el *modelo top-down* y *bottom-up* (Buse et al., 2005; Roth, 2018).

Esta investigación considera que un enfoque más realista del proceso decisional y que podría explicar mejor este *gap* debido a problemas de coordinación y control, dada la complejidad de factores y condiciones presentes, es la visión *bottom-up*. El cual intenta partir de comportamientos concretos donde existe el problema público para desarrollar la PP e incluso redefinir sus objetivos con base en *mecanismos informales* de delegación de la autoridad (G; Molina & Cabrera, 2008; Roth, 2018).

Con base en estos conceptos, la presente investigación se planteó como hipótesis que el PDSP pudo comportarse como una transformación no incremental del *statu quo*, *formulada* en el marco de políticas de salud más generales que han prevalecido en el sistema sanitario del país; y que con un horizonte temporal de mediano plazo podría no dar una respuesta efectiva a las necesidades urgentes en materia de equidad exigidas por los organismos internacionales, en especial a aquellas que demandan acciones sobre los DSS²¹.

²¹ Las hipótesis de este estudio de caso, a diferencia de las planteadas en investigaciones cuantitativas, son el producto de la recopilación y análisis de la información recabada a través de los instrumentos seleccionados para este propósito. En relación con el análisis de fuentes escritas y del testimonio de los agentes involucrados, la valoración de las hipótesis se apoya en la *teoría fundamentada*, que comienza observando el mundo social percibido por los agentes sociales, y a lo largo de este proceso desarrolla progresivamente una teoría coherente con los testimonios obtenidos, basándose en una lógica inductiva que explora y describe los hallazgos, para luego generar perspectivas teóricas (R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

2. Metodología

En este capítulo se presenta y se justifica el enfoque metodológico del estudio.

2.1. Enfoque metodológico

Las políticas públicas son procesos sociales heterogéneos y complejos cuya dinámica se resiste a ser explicada desde los enfoques tradicionales. En tal sentido, los expertos y organismos internacionales han propuesto utilizar los estudios de caso para dar cuenta de los diferentes aspectos de las políticas públicas. El estudio de caso es un tipo de diseño de investigación que pretende facilitar la comprensión en profundidad de una situación particular, utilizando diferentes técnicas y fuentes de información²². Los estudios de caso son diseños inductivos dirigidos a facilitar la comprensión de un fenómeno específico y particular, seleccionado por su interés social o académico, sin la pretensión de formular argumentos generalizables o *inferibles* a otros contextos. En lugar de restringirse a una técnica o una fuente única y definida, estos diseños promueven el uso de múltiples métodos y fuentes. Han sido recomendados por organismos internacionales para el estudio de eventos prototípicos o paradigmáticos, sujetos a dinámicas propias que hacen muy difícil su repetibilidad, tales como contextos socioeconómicos, políticas públicas, programas o proyectos sociales (Banco Interamericano de Desarrollo, 2011; Gerring, 2004; Martínez, 2006; Yin, 2009).

Esta investigación corresponde a un estudio de caso sobre la formulación e implementación del PDSP considerado como eje articulador de la Política Pública de salud en Colombia. Se

²² En los Diseños de caso se recolectan datos, tanto cuantitativos como cualitativos, sobre ciertas categorías de interés del fenómeno en estudio (algunas preconcebidas y otras emergerán del trabajo en el campo). Al final, se describen las categorías y variables en términos narrativos, y también estadísticos cuando ello es pertinente. La meta de estos diseños no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales (R. Hernández et al., 2010).

seleccionaron como objetos específicos de estudio dos procesos que ilustran el caso: la formulación del PDSP en el ámbito nacional, y la implementación del plan en un territorio que, por sus condiciones de vulnerabilidad social y administrativa, podría ilustrar la adopción de la política en zonas periféricas (el departamento de Casanare).

El estudio asumió como hipótesis que el PDSP es una iniciativa especialmente importante desarrollada por el Gobierno de Colombia para enfrentar las fallas de su modelo de organización sanitaria y su política nacional de salud. Como eje articulador de la política sanitaria nacional, en un contexto particular y propio del país, esta iniciativa debería ser objeto de un análisis dirigido no tanto a extraer leyes inferibles a otros contextos, sino a comprender su dinámica como caso ilustrativo y fuente de lecciones aprendidas que pudieran orientar la futura toma de decisiones. Debido a que el PDSP es una iniciativa relativamente reciente y no cuenta con un sistema formal de seguimiento, aún no se dispone con información estadística ni sujeta a sistematización. Por tal razón, el estudio recurrió a fuentes documentales y al testimonio de agentes involucrados. La información se obtuvo mediante un proceso narrativo²³ de exploración, descripción e interpretación inductiva de información suministrada por diferentes agentes sociales vinculados a los dos procesos objeto de estudio: la formulación del PDSP al nivel nacional y la implementación en un ámbito territorial donde las condiciones sociales y técnicas son particularmente difíciles.

Con base en el marco conceptual, el presente estudio seleccionó cuatro dimensiones comunes en el desarrollo de las PP que permitieron delimitar el alcance de los objetivos específicos: el contenido de sus aspectos formales, el proceso, el contexto decisional y los involucrados (Buse et

²³ Este tipo de análisis se fundamenta en procesos cognitivos contruidos a través de historias y/o en lo que experimentan las personas. Estas historias narran una serie de eventos, relacionadas de forma cronológica y racional que tienen dos aspectos: 1). Una narrativa tiene una trama o esquema, una estructura mayor y partes constituyentes y; 2). La trama está conformada desde afuera de esas otras partes y de los eventos acontecidos, y el poder de la historia se sostiene en el entendimiento de la secuencia de los eventos (Urrea, Muñoz, & Peña, 2013).

al., 2005, p. 5-18; Dente & Subirats, 2014, p. 73-182; Gómez-Arias, 2012, p. 228-229). El estudio incluyó un *análisis de contenido* de la información obtenida²⁴ (Gordon, Lewis, & Young, 2002).

Existen muchas corrientes en el análisis de las PP. Esta investigación adoptó la perspectiva de Gill Walt (1994) como referente para el análisis del proceso que da origen a estos dispositivos; asumiendo que el *policy cycle* es un proceso político interactivo (entendido como *politics*) en el que diferentes actores intentan influir gracias al poder que ostentan (recursos) para posicionar sus intereses. Dicha perspectiva presta especial atención al sistema político, y a la naturaleza del Estado, como el núcleo de la gestión de las PP, y como agente político con intereses propios que concilia diversos intereses definiendo las “reglas de juego” que determinan el comportamiento (estrategias y acciones) de los involucrados en el proceso decisonal. Con base en estos argumentos, el presente estudio seleccionó como objetos de estudio dos procesos complementarios: la formulación y la implementación del PDSP cuyo análisis podría facilitar la comprensión del proceso político general desarrollado en el país.

2.2. Definición de los casos objetos de estudio

Los casos, objeto del presente estudio, se formulan en coherencia con el objetivo general.

El PDSP es una política de Estado con un horizonte temporal de 10 años, transversal a varios gobiernos, propuesta oficialmente como la ruta de acción en materia de salud pública, y cuyo contenido formal apuesta por la reducción de la inequidad en salud y el derecho fundamental a la salud. Como unidad de análisis, este dispositivo es un caso *singular* dentro del *statu quo* del SGSSS, pues desafía la teoría existente en la medida en que incorpora en la estructura formal de

²⁴ Esta categoría incluye muchos estudios sobre los orígenes, intenciones y operación de políticas específicas. Si bien sus resultados pueden ayudar a informar a los *policy makers*, este no suele ser un objetivo explícito de tales estudios, ya que se realizan para el progreso académico en lugar del impacto público (Gordon et al., 2002).

cuasi mercado el modelo social de DSS, propuesto por la CDSS. La incorporación de esta *innovación* en el modelo de cuasi mercado sanitario que predomina en Colombia es una situación particularmente interesante desde lo académico y lo social, que amerita un estudio cuidadoso.

La **Tabla 1**, representa el universo de casos de PP desde una dimensión internacional hasta la unidad de análisis más pequeña, permitiendo definir el caso (el PDSP) y su posterior estudio intensivo con el propósito ulterior de generalizar a un conjunto más amplio de unidades similares (Gerring, 2004).

Tabla 1

Definición del caso de estudio

Universo	Políticas de mercado en el campo de la salud, impulsadas a nivel mundial por las agencias del Consenso de Washington
Muestra	PP de salud de Colombia formuladas con base en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, las cuales adoptan el modelo de <i>cuasi mercado</i> y han sido objeto de múltiples cuestionamientos que destacan su desempeño inequitativo
Unidad de análisis	PDSP como eje articulador de la PP de salud, cuyo contenido adopta el enfoque de equidad de los DSS. Se considera que la confluencia dos paradigmas de gestión sanitaria, en principio diferentes, es particularmente importante desde la perspectiva social y desde la teoría política.
Casos (seleccionados como ilustrativos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en el ámbito Nacional 2. Implementación del PDSP 2012-2021 en un ámbito territorial expuesto a condiciones de vulnerabilidad técnica y social (ámbito de aplicación, departamento de Casanare).

Fuente: Elaboración propia.

El universo de referencia está conformado por aquellas políticas sanitarias formuladas por varios gobiernos a partir de 1980, recogiendo las directrices descentralizadoras y privatizadoras del Consenso de Washington. Colombia se considera fiel reflejo de este modelo y se selecciona como una muestra que ilustra el desempeño de las políticas privatizadoras; este modelo ha recibido múltiples críticas que destacan su desempeño inequitativo.

Desde 2007, en el contexto de una profunda crisis del modelo de cuasi mercado, y recogiendo la influencia de organismos internacionales y especialmente de la CDSS, diferentes PP formuladas en Colombia pretenden devolver a la salud pública su papel central en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de principales factores de riesgo. Entre ellas la Ley 1122 de 2007, que establece la elaboración de Planes Nacionales de Salud Pública para cada cuatrenio, y el Decreto 3039 de 2007 que adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Entre estas políticas reviste especial importancia el PDSP adoptado por el Gobierno como eje articulador de la política sanitaria nacional. Dichas políticas acogen formalmente los compromisos con la equidad en salud, la gestión intersectorial y la adopción de modelos de gobernanza que vayan más allá de los intereses económicos, propuestos por las agencias internacionales ²⁵ (OMS, 2010) (OMS, 2011). La formulación y adopción del PDSP reglamentado como eje articulador de la PP de salud y cuyo contenido adopta el enfoque de equidad de los DSS ha sido considerado por varios autores como contrario al modelo de mercado. Más allá del proceso de formulación nacional, las condiciones heterogéneas de tipo social, económico y técnico de las diferentes regiones podrían imponer múltiples dificultades a la implementación de la política, precisamente en aquellas regiones expuestas a una mayor inequidad. Este estudio considera la confluencia de dos paradigmas de gestión sanitaria, en principio diferentes; que configura una unidad de análisis particularmente importante desde la perspectiva social y desde la teoría política. Esta unidad de análisis es en sí misma compleja e involucra múltiples componentes. Para facilitar su comprensión se seleccionaron dos casos ilustrativos: 1) la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012

²⁵ Estos lineamientos se basaron en el Informe presentado por la CDSS en 2009 sobre los DSS y en otros documentos relevantes de la OCDE, PNUD, UNESCO, UNICEF, BM, entre otros (OMS, 2009).

– 2021 en el ámbito Nacional y 2) La implementación del PDSP 2012-2021 en una región del país expuesta a condiciones de mayor vulnerabilidad social, política y técnica.

2.3. Definición de categorías apriorísticas

En el marco de los objetivos y con el propósito de guiar el proceso iterativo de búsqueda, análisis e interpretación de la evidencia empírica recogida, el estudio utilizó dos tipos de categorías: a priori y emergentes.

Asumiendo que ambos casos se comportan como procesos no determinísticos e iterativos²⁶, se seleccionaron algunas categorías conceptuales definidas *a priori*²⁷ con el propósito de ir explicando el fenómeno de estudio y delimitar los alcances del análisis. A continuación, se presentan las categorías con su definición conceptual con base en el PDSP y sus dos subunidades de análisis.

Tabla 2

Operacionalización de las categorías

Categoría de análisis	Definición
<i>Involucrados</i>	Cualquier sujeto individual o colectivo que participe en el proceso de <i>policy making</i> , durante la fase de formulación e implementación actual del PDSP.
<i>Intereses de los involucrados</i>	Estrategias de acción utilizadas por los involucrados para prevalecer sus intereses/preferencias durante la fase de formulación e implementación actual del PDSP.
<i>Objetivos de los involucrados</i>	Teniendo en cuenta que hay dos tipos de objetivos [de contenido y de proceso] se considera: <ol style="list-style-type: none"> 1). Los involucrados tuvieron preferencias y objetivos «relativos» que estaban alineados con el contenido [problema a resolver, con el objeto, principios, fundamentos de intervención y estrategias] del PDSP. 2). Los involucros tuvieron como objetivo mantener o aumentar su posición de poder y de autoridad frente a otros participantes por medio de sus recursos que les permitió influir en la fase de formulación e implementación actual del PDSP.

²⁶ Hay que señalar que en los estudios basados en representaciones subjetivas la muestra, la recolección y el análisis son procesos que se realizan prácticamente de manera simultánea. No responden a un proceso secuencial y lineal, como si sucede con las metodologías cuantitativas (R. Hernández et al., 2010). Esta investigación se propone un diseño paralelo donde la recolección de datos se realiza, de manera simultánea, tanto para la parte cualitativa como la cuantitativa (Teddlie & Tashakkori, 2009).

²⁷ Estas categorías se ajustaron a partir de las entrevistas semiestructuradas.

	Es preciso aclarar que, en los procesos de <i>policy making</i> , los involucrados tienen, simultáneamente y otras por separado, preferencias y objetivos que se refieren tanto a la cuestión a tratar (el problema y/ la solución) como a las relaciones con los otros actores (Dente & Subirats, 2014).
<i>Contexto decisional</i>	Factores y características relevantes para la determinación de los resultados de <i>policy making</i> dentro del cual se formuló y se implementa actualmente el PDSP. Contiene las siguientes dimensiones: lo cognitivo, económico e institucional. Cada dimensión da cuenta de otros ítems disgregados en aspectos culturales, condiciones sociales, económicas y administrativa.
<i>Política pública en salud</i>	Materialización del problema de interés público a través de la formulación del PDSP que involucró los siguientes procesos: formulación de principios, el problema de interés público, sus objetivos, aspectos formales y, por último, la legitimación de la propuesta.
<i>Decisional network</i>	El tipo, nivel y grado de densidad/centralidad de la interacción entre los distintos involucrados en el proceso de formulación del PDSP, que permitan determinar la complejidad de la red.
<i>Policy process</i>	Descripción del proceso técnico y político de <i>policy making</i> que obedeció a los intereses, objetivos y estrategias de los involucrados durante la fase de formulación e implementación actual del PDSP, dirigidas a controlar los recursos y mantener sus relaciones de poder. Dichos comportamientos de los involucrados se ven determinados, en gran parte, por el contexto decisional.

Fuente: elaboración propia.

La investigación contempló dos escenarios analíticos: uno de profundización teórica de las categorías conceptuales que fundamentan la investigación, como técnicas de revisión documental; y otra de acercamiento a la población indagada (encuestas y entrevistas), con el fin de explorar, comprender, identificar e interpretar el fenómeno compuesto por una diversidad de factores cruciales que se interrelacionan para determinar los resultados en las dos fases escogidas para el PA²⁸.

2.4. Instrumentos para la recolección de información

Para conocer la percepción de los participantes, se aplicaron entrevistas semiestructuradas y cuestionarios con escala tipo Likert como instrumento de acopio de datos. La entrevista incluyó preguntas abiertas y cerradas, de uso flexible en cada situación, que facilitara la conversación fluida entre entrevistado y entrevistador y permitiera la aparición de temas ocultos o *emergentes*

²⁸ En esta investigación, los resultados en la formulación están relacionados con la definición de la estructura y con el contenido formal de la política producto de la interacción de los involucrados y sus decisiones; por otro lado, los resultados de la ejecución actual serán aquellos documentos emitidos por autoridades oficiales que den cuenta de las acciones de gestión y de procesos a corto plazo llevadas a cabo a nivel territorial.

(ver **Anexo 1**). A partir del análisis temático²⁹ de la información recopilada, se establecieron categorías *emergentes*³⁰ que brindaban estructura de forma más clara las dinámicas entre los involucrados circunscritos en dos etapas específicas del ciclo y en diferentes niveles de toma de decisión³¹.

Los cuestionarios se aplicaron a personas que participaron directa o indirectamente en la formulación e implementación actual del PDSP e incluían también una batería de preguntas cerradas, con categorías predeterminadas de respuestas.

En total se realizaron 9 entrevistas entre julio y octubre de 2018 (ver **Tabla 3**); y se aplicaron cuestionarios a 35 personas, de las cuales 23 participantes los hicieron de forma presencial y 12 participantes por correo electrónico.

El producto de este ejercicio se trianguló con la información obtenida de una revisión narrativa, no sistemática, de la literatura encontrada en bases bibliográficas,³² en idioma español e inglés, desde 1993 hasta el presente³³. Las palabras clave fueron: reforma en los servicios de salud, América Latina, Colombia, DSS, políticas de salud nacional, equidad en salud y salud pública. A

²⁹ Este tipo de análisis es propicio para investigar las percepciones de los agentes entrevistados, dado que permite romper los textos de las entrevistas en conjuntos pequeños de contenido, para luego describirlos en detalle. Adicionalmente, facilita la identificación de patrones en los datos y de convergencias en las visiones y experiencias de los patrones del proyecto (Suárez et al., 2017).

³⁰ Durante el proceso de análisis de los datos, al individualizar la codificación, emergieron nuevas categorías de análisis a medida que se leía y se iba familiarizando con los textos. A lo largo del proceso fue necesario revisar las entrevistas ya codificadas, para asegurar que las categorías emergentes se aplicaran a todos los datos. También fue necesario redefinir y renombrar algunas categorías que se habían creado de forma inductiva, para que se correspondieran con los datos codificados.

³¹ Dentro de las categorías emergentes encontradas, provenientes de los hallazgos de la información recogida de los sectores consultados en las entrevistas semiestructuradas y cuestionarios con escala tipo Likert, se incluyen *estrategia reactiva*, enfoque *preventivista*, capacidad institucional, grupo de cambio, rutinas informales y acción asistencialista.

³² Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Scielo, DOAJ, Redalyc, Jstor y las revistas Health Policy, International Journal of Health Policy and Management y Journal of Health Policy.

³³ La triangulación permite, por un lado, verificar la validez de las conclusiones del análisis (inferencias descriptivas) surgidas a partir de datos obtenidos de fuentes de información diferentes y; por el otro, complementar los resultados empíricos obtenidos con la finalidad de obtener una fotografía más completa del “fenómeno” de estudio (Collins, 2010; R. Hernández et al., 2010).

su vez, se realizó un rastreo de documentos oficiales que dieron cuenta del PDSP, entre ellos: normas jurídicas y actos administrativos del ejecutivo en cabeza del MinSalud³⁴, y del legislativo por parte del Congreso de la República y la Corte Constitucional [CC]. También se realizó una búsqueda de la literatura gris en trabajos de grado [pregrado y posgrado], libros sobre PA y revisión de medios de comunicación escrita. Sólo los documentos más relevantes están referenciados.

La selección de artículos tenía como propósito incluir estudios que mostraran PP con resultados específicos en América Latina y Colombia sobre cambios en equidad en salud, reducción de inequidades, efecto de las reformas en salud en la inequidades, consecuencias del neoliberalismo en el sistemas de salud, acceso, impacto en los DSS y cobertura en los sistemas de salud y derecho de la salud.

2.5. Población y muestra

Para el estudio de caso, se selecciona un esquema de muestreo por conveniencia³⁵ que busca comprender el fenómeno examinado, eligiendo individuos y contextos desde los cuales se pudiera aprender sobre éste. Los participantes para la entrevista y cuestionario se seleccionaron de acuerdo con las siguientes características de inclusión y estuvo sujeta a su disponibilidad y su deseo de participar: i) Personas o sujetos con algún tipo de incidencia³⁶ formal o informal en el proceso de PM e implementación; ii) Expertos y académicos sobre políticas de salud y el PDSP y; iii).

³⁴ El portal web del MNS y la página web creada para la divulgación del PDSP fueron de gran ayuda para obtener documentos administrativos y jurídicos.

³⁵ También denominado en bola de nieve, no probabilístico. Este esquema permitió elegir configuraciones, grupos y/o individuos que estuvieran convenientemente disponibles y dispuestos a participar en el estudio.

³⁶ La *incidencia* se define en esta investigación como cualquier acción relevante (directa e indirecta) por un actor participe en la fase de formulación e implementación actual del dispositivo, que realiza por una atribución legal y/o por un interés específico en posicionar sus objetivos organizacionales o individuales dentro del contenido formal y durante el proceso para cambiar el *statuo quo* de una decisión previa.

Profesionales de ciencias biomédicas y de otras profesiones que tengan participación en el sistema sanitario y ejecuten funciones en salud pública.

Se incluyeron interlocutores de Bogotá y Medellín que participaron en la formulación en diferentes espacios del territorio nacional; en el departamento de Casanare se entrevistaron interlocutores de los municipios de Yopal, Aguazul y Paz de Ariporo involucrados en la implementación. La selección de los distintos municipios y el distrito capital fue con el objetivo de dar cuenta de las distintas perspectivas presentes en los territorios sobre el proceso de planificación y materialización de las directrices del PDSP en todos los niveles administrativos; a partir del amplio espectro de agentes decisionales³⁷ en salud, procurando alcanzar una visión holística y detallada del proceso. Se incluyeron participantes del sector gubernamental, privado, académico y social.

Al ser un muestreo a conveniencia, se escogen los participantes para la entrevista y cuestionario por tres razones: a). por tener acceso a ellos gracias a relaciones informales; b). por tener conocimiento de personas conocedoras del PDSP que aceptaron participar y; c). por la ubicación geográfica, siendo más fácil el desplazamiento a ciudades como Bogotá, Medellín y Yopal. Además, gracias a las entrevistas semiestructuradas realizadas a actores formales claves, que permitió el enlace y recomendación con personas u organizaciones conocedoras del Plan, se pudo identificar a otros participantes potenciales que *a priori* fueron difíciles de identificar o estaban *ocultos*.

³⁷ Para identificar a los involucrados en el proceso de PM del PDSP, se realiza un mapeo de actores del sistema de salud y de la arena internacional a través de los documentos oficiales y complementados con la estrategia reputacional aplicada a los entrevistados y encuestados. Inicialmente se identificaron a nivel internacional, nacional y territorial 7, 21 y 8, respectivamente. En la dimensión nacional se divide en subredes (o arenas decisionales), esto es: gubernamentales, legislativos, sociales y comunitarios. A su vez, a nivel territorial, la planificación en salud se divide en gubernamentales, sector privado y comunitario. Una vez identificados los involucrados clave, se construyó una lista fija de actores que hacen parte de la *network* (red).

Cada participante entrevistado firmó un consentimiento informado autorizando la grabación de la entrevista y el tratamiento de los datos para fines académicos con la inclusión de citas textuales y estadística descriptiva en el informe final³⁸ (ver **Anexo 2**). La búsqueda de nuevos informantes se detuvo cuando se saturaron las categorías de interés³⁹.

Tabla 3

Caracterización de los participantes entrevistados

Código	Sexo	Organización / Rol
<i>E1</i>	M	Entidad territorial/Coordinación y supervisión
<i>E2</i>	F	MinSalud/Dirección técnica de formulación del PDSP
<i>E3</i>	M	Universidad/Experto en servicios de salud
<i>E4</i>	F	Universidad/Experto en Salud Pública
<i>E5</i>	M	Entidad territorial/Dirección
<i>E6</i>	F	Entidad territorial/Dirección
<i>E7</i>	F	Entidad territorial/Control y vigilancia
<i>E8</i>	F	Grupo ordenado de la sociedad civil/Integrante y vocero
<i>E9</i>	F	Entidad territorial/Director en salud pública

Fuente: Elaboración propia.

2.6. Análisis de información

Con los resultados obtenidos se realizó un proceso de organización y relación de la información a través de la codificación axial⁴⁰; proceso que consiste en relacionar categorías con subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas sobre el fenómeno en estudio (Strauss &

³⁸ Se considera que los 9 participantes que se entrevistaron brindan una descripción amplia del proceso del PM desde diferentes perspectivas. No obstante, se propone continuar con una agenda de investigación en la cual se puedan agregar más actores para el análisis del caso de estudio, especialmente en los diferentes territorios.

³⁹ Para una muestra intencional, el “gold standard” es la saturación. La saturación de información no es un proceso cuantitativo sino cualitativo; una categoría se satura cuando las nuevas fuentes consultadas no agregan información nueva al estudio. Sin embargo, algunos investigadores han establecido unos tamaños mínimos de muestra recomendados para diseños cualitativos y cuantitativos. Para el procedimiento de recolección de datos a través de entrevistas y cuestionarios, se deben tener de 6 a 12 participantes en promedio. Sin embargo, señalan que la homogeneidad de la muestra y el tipo de esquema de muestreo intencional elegido por el investigador son factores que influyen en el tamaño de la muestra (Collins, 2010).

⁴⁰ Consiste en relacionar las categorías con subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos de estudio (Strauss & Corbin, 2002).

Corbin, 2002). El software ATLAS.ti se utilizó para organizar la información; el procedimiento permitió fijar historias que incluyen una serie de eventos⁴¹ relacionados con el caso en estudio.

También se utiliza estadística descriptiva para el análisis y representación gráfica de la información obtenida en los cuestionarios y de las fuentes bibliográficas consultadas. Al final de este ejercicio de triangulación y análisis de información cualitativa y cuantitativa, se obtiene una *meta-inferencia* basada en los resultados.

⁴¹ Estas historias narran una serie de eventos, relacionadas de forma cronológica y racional que tienen dos aspectos: 1). Una narrativa tiene una trama o esquema, una estructura mayor y partes constituyentes y; 2). La trama está conformada desde afuera de esas otras partes y de los eventos acontecidos, y el poder de la historia se sostiene en el entendimiento de la secuencia de los eventos (Urta et al., 2013).

3. Resultados

En este capítulo se presentan los principales hallazgos del estudio. Los hallazgos se organizan en apartados que corresponden a las dimensiones analíticas previamente definidas: el contexto decisional, los involucrados, el análisis formal y de proceso. La descripción de los resultados comienza con una breve revisión del contexto socioeconómico y político que determinó la construcción de la política pública en salud de Colombia, con especial énfasis en el rol de la ideología neoliberal que ha intervenido en los procesos de reformas del sistema de protección social en el mundo moderno y posmoderno. Luego, se describen los testimonios de actores que estuvieron y están involucrados en el PDSP con énfasis en sus intereses, interacciones y contextos decisionales.

3.1. Análisis del contexto decisional del PDSP

Este aparte responde al Objetivo 1; describe las características del contexto decisional que influyó en la determinación de los resultados antes y durante la fase de formulación del PDSP, desde una perspectiva sociohistórica nacional. En este capítulo se da cuenta del conjunto de factores y condiciones⁴², estructurales y coyunturales, que incidieron en el PPr durante la fase de formulación e implementación y se considera esencial para comprender e interpretar posteriormente los testimonios de los entrevistados. Teóricamente, el contexto abarca tres grandes dimensiones: ideológico, económico e institucional (Dente & Subirats, 2014). En este apartado se destacan los elementos del contexto que, en opinión de las fuentes, tuvieron un efecto directo e indirecto en el comportamiento y acciones de los involucrados, tanto internos como externos al

⁴² Estos factores y condiciones no pueden ser modificados por los involucrados. Sin embargo, sus intereses, sus posiciones, sus alianzas e influencias cambian con el tiempo influenciados, en gran parte, por el contexto (Brugha & Varvasovsky, 2000).

SGSSS, durante la formulación y ejecución del PDSP. Algunos de estos elementos actuaron como limitantes o *reguladores* de su comportamiento, especialmente los originados por las *reglas de juego*. En el análisis de estos elementos fue necesario remitirse al desarrollo histórico de la estructura y funcionalidad del sistema sanitario colombiano a partir de las reformas neoliberales que emergieron en las últimas décadas del siglo pasado en Colombia y en la región gracias al poder de *enforcement* de los organismos financiadores.

3.1.1. Contexto ideológico que soporta el PDSP

Las últimas décadas del siglo anterior se caracterizaron por la minimización del Estado y la privatización de los servicios públicos, como resultado de políticas de ajuste estructural asumidas por países de bajos ingresos dentro de proceso de inclusión de los principios ideológicos neoliberales. La incursión a la *aldea global* significó el empeoramiento de las condiciones de salud al convertir la desigualdad social en un determinante negativo de la salud⁴³ (Feo, 2002; A. Franco, 2010).

Persistencia del modelo asistencialista como eje de la política

El PDSP refleja y reproduce las características de los modelos asistencialistas que han predominado en el campo de la salud. Desde fines del siglo XX, este modelo ha sido criticado por expertos y agencias internacionales como la OMS. A las políticas neoliberales se enfrentaron los lineamientos de instancias internacionales como la OMS que, desde 2008 instaron a los Estados a hacer de la equidad un objetivo político explícito en todos los sectores gubernamentales y a reforzar su capacidad reguladora mediante un sistema de gobernanza mundial que modifique el

⁴³ Las implicaciones de la globalización se ven en todos los aspectos de la vida y de la sociedad, sobre todo, en la salud. Muchos expertos han sugerido cambiar el modelo de globalización vigente, especialmente en países de bajos ingresos. Algunos han llegado a formular acuerdos como el *Consenso de Barcelona* (Guerra, 2006).

funcionamiento de la economía mundial. Sin embargo, estas recomendaciones no tuvieron el mismo eco que las directrices (Chan, 2008; OMS, 2009). Desde décadas pasadas las reformas a los sistemas sanitarios y la formulación de políticas sociales en la región han incluido formalmente la superación de las desigualdades y el alcance de la equidad; pero la evidencia disponible no muestra gran avance en este aspecto (Almeida, 2005; de Currea-Lugo, 2010; Naranjo & Garzón, 2010). En un contexto caracterizado por la falta de inversión, el desconocimiento del derecho a la salud como derecho ciudadano, la falta de precisión conceptual sobre lo que es política social⁴⁴, la tendencia a caracterizarlas como meros procesos técnicos naturalizados por la globalización⁴⁵ y la no diferenciación entre equidad en salud y equidad en los servicios de salud⁴⁶, aquellos dispositivos políticos que incluyeran cualquier *acción asistencialista* se consideraron por parte de los gobiernos y sus ideólogos, suficientes para superar las desigualdades, y se convirtieron en el dispositivo preferido por el Estado para mitigar los efectos negativos de las políticas de ajuste macroeconómico (Almeida, 2005; Bertona, 2010; Gómez-Arias, 2019). Al implantarse el modelo de NPM en los arreglos institucionales, la despolitización de la arena sectorial cambió la orientación del sistema de la oferta a la demanda, centrándose en el riesgo de enfermar, que se monitorizaba y definía según la posición del individuo y su capacidad de pago⁴⁷ (Almeida, 2005).

⁴⁴ El PDSP se enmarca en esta categoría.

⁴⁵ Esta tendencia es impulsada bajo la creencia de que la evidencia empírica científicamente comprobada proviene de una ciencia totalmente “neutra”.

⁴⁶ Es necesario distinguir las dos dimensiones, puesto que el diseño de las políticas difiere según cada una de ellas debido a que los determinantes en las desigualdades en el enfermar y morir difieren de aquellas de las desigualdades en el consumo de los servicios de salud. Las inequidades en salud reflejan, de manera dominante, las desigualdades sociales y, en función de la relativa efectividad de las acciones en salud; la equidad en el uso de servicios de salud es condición importante, pero no suficiente, para disminuir las desigualdades en el enfermar o morir existentes entre los grupos sociales (Almeida, 2005).

⁴⁷ Este modelo se incluyó bajo la coyuntura de cuestionar el papel del Estado encargado de la provisión de los servicios públicos por su baja eficiencia. De esta manera, se introdujo la competencia entre proveedores y aseguradores [públicos y privados] como forma de aumentar la eficiencia y, supuestamente, la calidad (Almeida, 2005; Guerra, 2006).

La *cultura*⁴⁸ dominante en la región, se caracterizó por un ambiente de apatía que permitió la expansión de la ideología neoliberal. A inicios de los años 90, se produjeron en Colombia dos hechos importantes: la reforma estructural del sistema de salud bajo la lógica del mercado y la constituyente de 1991, caracterizada ampliamente por su eclecticismo⁴⁹. Las sucesivas modificaciones a este modelo de cuasi mercado han intentado retomar de forma gradual el papel de la salud pública para dar respuesta a la crisis de sostenibilidad y al aumento de desigualdades en salud. La última reforma⁵⁰, reglamentó el derecho a la salud reconocido previamente como fundamental por la CC. En particular, la agenda, adoptada por el Estado colombiano desde la reforma estructural del SGSSS, bajo la noción *desarrollo con equidad*, facilitó el consenso entre distintas corrientes político-ideológicas por considerarse que, *a priori*, no vulneraban los intereses individuales.

El PDSP como estrategia reactiva

A mediados de 2007, en el contexto de la crisis del modelo de cuasi mercado en salud, se dieron varios cambios dialécticos en el discurso que se materializaron en Colombia gracias a las nuevas concepciones de salud pública⁵¹ bajo el imperativo *Salud en todas las políticas* (A. Franco, 2010; OMS, 2008, 2009, 2011). Bajo la presión de las críticas que enfatizaban las fallas reiterativas

⁴⁸ Windavsky, citado por Dente y Subirats (2014), en 1987 estableció una tipología de las culturas dominantes en las sociedades contemporáneas en relación con la cantidad y variedad de reglas y las fuerzas de los lazos o vínculos de grupo. La cultura [v.g. sistema de valores, patrimonio cognitivo y nivel educativo] dominante representa un factor de contexto, más allá de la mayor o menor disponibilidad de los actores, que influye, incluso de forma determinante, en los resultados de los procesos decisionales.

⁴⁹ Según la CC, el derecho a la salud en un Estado Social de Derecho “debe comprender el derecho al nivel más alto de salud posible, el cual se alcanza de manera progresiva” y “todas las autoridades competentes deben colaborar y dirigir sus actividades para tal fin” (Corte Constitucional, 2008). Sobre esta interpretación, se encuadra la salud dentro de aquellos derechos de “aplicación progresiva” según los recursos disponibles, de acuerdo con los principios de Limburgo (de Currea-Lugo, 2003).

⁵⁰ Aludiendo a la Ley Estatutaria de Salud [LES] de 2015.

⁵¹ A través de la conferencia de Alma Ata (1978), de Ottawa (1986) y de Bangkok (2005). Estas conferencias tuvieron como finalidad ponerse a tono con los determinantes impuestos por la globalización, basado en el discurso del nuevo capitalismo de Bangkok que hace énfasis en los factores macro-nivel (A. Franco, 2010).

del modelo de cuasi mercado en salud, y en concordancia con los compromisos y convenios suscritos a nivel internacional, el PDSP adoptó esta nueva tendencia, asumiendo los DSS⁵² como piso estructurante⁵³. Las fuentes documentales y la narrativa de los diferentes entrevistados, sugieren que el Plan fue una *estrategia reactiva* del gobierno, en apoyo del legislativo, para dar respuesta a *unas problemáticas que no se pueden tapar; o sea, unas que son demasiado evidentes que por más de que uno quiera, dijera “les voy a dar una prioridad distinta” pues, es imposible taparlas (E3)*⁵⁴; *yo creo que fue una manera del Ministerio (Salud y Protección Social) de intentar apagar toda es racha que había de crisis en términos del sistema (E4)*. Las necesidades de reforma surgieron como consecuencia del estado de emergencia social declarado en el segundo gobierno de Álvaro Uribe en 2009, para salvar el sector salud de la crisis en la que estaba sumido por los recobros de servicios al Estado no incluidos en el Plan de Beneficios⁵⁵ (Suelte & Cote, 2010; Umaña, 2009).

Innovaciones al interior del PDSP: Adopción formal del Enfoque preventivista

Formalmente el Plan retomaba acciones en salud pública en el marco de la estrategia de Atención y Promoción de la Salud [APS] establecida por la Ley 1438 de 2011; sin embargo, para algunos académicos expertos su contenido refleja un enfoque *preventivista*. Otros, participes en la

⁵² Propuesto por la CDSS en su informe de 2009, y se conforman de situaciones, condiciones y circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida y desarrollo humano que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, involucra a muchos niveles de la sociedad, determinan el estado de salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

⁵³ Para el período 2012 y 2013 actuaron como ministros, en orden cronológico, Beatriz Londoño Soto y Alejandro Gaviria.

⁵⁴ Es de resaltar en la afirmación anterior, que el entrevistado se refiera a “problemáticas que no se pueden tapar” dentro del sistema de salud que para ese entonces eran tema de debate público. Tres eran los problemas que aquejaban al sector (y sigue pasando) en ese momento, según algunos expertos: 1). La corrupción de las EPS, que no era exclusiva del sector; 2). El desfinanciamiento del sector y; 3). La divergencia de objetivos del Estado y los gremios del sector.

⁵⁵ Su justificación se apoyaba en los aumentos indiscriminados de la acción de tutela por la negación de servicios y medicamentos del no POS⁵⁵ y en el deterioro de los indicadores de salud; intentando regular el POS a efectos de racionalizar la acción de tutela (con el Decreto 131 de 2010); sin embargo, estos hechos que dieron lugar a la declaratoria de emergencia no fueron considerados como sobrevinientes (que tengan carácter anormal y excepcional) sino estructurales del sistema. Dando lugar a su rechazo (Suelte & Cote, 2010).

formulación, manifestaron que el PDSP no solucionaba la crisis del sistema, a pesar de considerarse como una medida de emergencia; pero sí podía mejorar las condiciones de salud en ciertos aspectos puntuales, sobre todo, en la focalización de intervenciones a grupos vulnerables: *Yo creo que no podemos hablar de reducción ya de inequidades, pero si pienso que si hay un buen camino (E2). A través de esas tres carreteras, como las llamamos, la de la promoción, la de la gestión de los determinantes y todo lo que tiene que ver con la prestación propiamente de los servicios (E2).*

En 2012 el MinSalud, conjuntamente con la Red Colombiana de Investigación en Políticas y sistemas de salud y en convenio de cooperación técnica con la OPS, evaluó el desarrollo del PNSP en 32 departamentos y el distrito capital desde una mirada de política pública utilizando diferentes metodologías cualitativas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) encontrando grandes diferencias entre los territorios; la evaluación identificó una actitud muy favorable por parte de los agentes involucrados, pero detectó también grandes diferencias en el desarrollo social, político y técnico que amenazaban la implementación de los planes especialmente en las regiones más apartadas donde el desarrollo técnico y social era menor. Por esta razón se decidió estudiar la implementación del PDSP en el Departamento de Casanare, como caso particular ilustrativo de las dificultades que experimentaba el proceso.

A nivel regional, el departamento de Casanare realiza la migración del Plan Territorial de Salud [PTS] departamental 2013 – 2015 a la estructura del PDSP, siguiendo la directriz nacional del MinSalud para armonizar dichos planes bajo la Estrategia PASE a la Equidad. Esta fase hace parte de los tres hitos del proceso de alistamiento institucional para la ejecución del PDSP a nivel territorial (ver ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.). El objetivo de la directriz era documentar la línea de base de planeación que permita su evaluación cualitativa y cuantitativa

posterior. Dentro de sus objetivos estratégicos se hace explícito el rol central que juega los DSS para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población del departamento a partir de la garantía de los derechos, con enfoque diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b; Mnisterio de Salud y Protección, n.d.).

No obstante, en el PTS 2012 – 2013 se plasma un enfoque limitado de la garantía del derecho a la salud al proponer el acceso a los servicios ofertados por las IPS y su continuidad en la afiliación al SGSSS como forma de mejorar las condiciones de vida y salud de la población teniendo en cuenta los DSS. El apoyo d las ET departamental y municipales en la garantía del aseguramiento y el derecho a la atención en salud de la población, se enfocan en estrategias asistencialistas dirigidas a la financiación completa de los afiliados del régimen subsidiad con recursos propios del departamento, principalmente (Asamblea Departamental de Casanare, 2012).

Antes de la migración al PDSP, ya se planteaba un modelo de red que favoreciera la accesibilidad, la oportunidad y calidad de la atención a través de la concurrencia de acciones de los diferentes actores locales en salud, con el objetivo de mejorar la capacidad resolutive de las IPS. El nuevo PTS 2013 – 2015, plantea el fortalecimiento de la red pública de prestadores de servicios de salud con la realización de acciones en salud pública y el desarrollo institucional basado en la estrategia de APS (Asamblea Departamental de Casanare, 2013).

3.1.2. Contexto económico del PDSP

El fenómeno de la globalización ha llevado a cambios estructurales en la sociedad. Muchos de esos cambios han sido impredecibles y sus consecuencias más directas se manifiestan sobre la

población en una creciente desigualdad e inequidad⁵⁶ debido a la privatización del sistema sanitario y la expansión de organizaciones privadas de salud (A. Franco, 2010; A. Vargas & Méndez, 2014). Los rasgos más sobresalientes de la política neoliberal impulsada en los países Latinoamericanos fueron el ajuste estructural del sector público y la estabilización de variables macroeconómicas. Traducidas en medidas específicas⁵⁷, llevaron a una disminución de los recursos para el sector salud (de Currea-Lugo, 2010).

El SGSSS de Colombia no es ajeno a tres principios centrales del neoliberalismo: i) El papel positivo de la desigualdad, donde se prioriza la libertad individual por encima de la justicia social soportada en las lógicas del mercado y como un elemento apto para la dominación política; ii) la oposición a políticas redistributivas y la reducción del Estado, dejando de lado sus funciones sociales de delimitar las *reglas de juego* y ser arbitro de su ejecución; iii) la *deificación* del mercado, trascendiendo el plano meramente económico para convertirlo en el regulador de los intercambios y de la interacción humana (Daza, 2017; Foucault, 2008). Con el tiempo, estas medidas generaron a un agravamiento de la situación de salud por la pérdida de soberanía de los estados para actuar sobre los DSS; lo cual condujo al debilitamiento de los servicios de salud y el recorte de los presupuestos nacionales e internacionales para las políticas sociales orientadas a mejorar la salud pública. A este respecto, algunos autores propusieron una *gobernanza global* que estableciera normas capaces de regir el orden mundial y buscar metas comunes a través de políticas sociales (A. Franco, 2010).

⁵⁶ En muchos países de la región y del mundo, especialmente de bajos ingresos, la definición del modelo de salud ha estado influenciada por dinámicas económicas globales que impactan profundamente su orientación (A. Franco, 2010).

⁵⁷ Medidas como reducción y control estricto del gasto público (con excepción de la parte destinada al pago de la deuda pública); incrementos en las tarifas de los bienes y servicios públicos; redefinición del tipo de cambio, apertura externa, comercial y de inversión; privatización de las empresas públicas; desregulación de la actividad financiera; desregulación y flexibilización de la relación laboral; depresión salarial y; eliminación de subsidios (Almeida, 2005; de Currea-Lugo, 2010; Guerra, 2006).

La gobernanza mundial, pretende favorecer la participación equitativa de los Estados miembros y otras partes interesadas, en los escenarios internacionales, para formular e implementar PP que permita espacios de concertación y apoyo a todos los sectores de la sociedad (público, privado y tercer sector); y devolverles la confianza en el valor de la acción colectiva en este mundo globalizado (OMS, 2009). Sin embargo, este nuevo sistema ha sido insuficiente para enfrentar los determinantes y riesgos de la salud y aprovechar sus oportunidades⁵⁸.

Como entramado institucional, la gobernanza tiene relación con el buen ejercicio de las PP de salud en el orden nacional e internacional. Un aspecto importante para que este entramado funcione, tiene que ver con el *buen gobierno* o la gobernabilidad; lo cual, hace alusión a las relaciones de política que se establecen entre un Estado, su gobierno y los ciudadanos. Sin una buena capacidad de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo, emergen presiones de fuerzas transnacionales que erosionan la soberanía del Estado (A. Franco, 2010; Ostrom, 2014).

Al adoptar el modelo de DSS, el PDSP se enfrenta a factores estructurales y coyunturales inherentes al sistema que limitan la ejecución de sus directrices a nivel territorial, entre ellas: adelgazamiento del aparato estatal; debilitamiento de su función rectora para garantizar el goce efectivo del derecho; fragmentación y descentralización de las competencias de las ET, usuarios y servicios; desconcentración del gasto público e incremento de la estructura privada; incremento del gasto de bolsillo por las figuras de recaudación⁵⁹ implementadas por las Empresas

⁵⁸ Por dos razones: 1). Una falta de voluntad política de muchos estados miembros para resolver sus problemáticas y; 2). Por presiones de organismos financiadores que buscan proteger y mantener su posición hegemónica en el mercado (y también del modelo económico), que incide en gran parte en el aspecto anterior.

⁵⁹ Las cuotas moderadoras y copagos se implementaron desde el legislativo, como un mecanismo para racionalizar el uso de servicios del sistema por los usuarios, recurriendo únicamente en los casos realmente necesarios, a fin de lograr la eficiencia en la prestación del servicio. Esta medida apoyada en el mito del uso irracional de los recursos por parte de los usuarios que proviene directamente de la concepción mercantil de la salud: “el cliente quiere usar más por el mismo precio”. Sin embargo, se ha demostrado en diferentes estudios que la principal causa del no uso de los servicios de salud por afiliados y no afiliados al sistema es la falta de dinero, especialmente en países de bajos y medianos

Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB];⁶⁰ reducción de costos de operación mediado por las barreras en acceso; alto grado de corrupción debido a la captura de rentas (*rent-seeking*) por parte de los intermediarios; déficit presupuestal del sistema; y empleo precario producto de la flexibilización laboral, que amenaza con la sostenibilidad del modelo de aseguramiento (Gómez-Arias & Nieto, 2014; Riutort & Cabarcas, 2006; Ruiz, 2012).

En el marco de la crisis, los últimos gobiernos se propusieron reforzar la función rectora del MinSalud⁶¹, como delegado del Estado, impulsando la intervención de los DSS mediante diferentes políticas⁶². Los argumentos de los entrevistados destacaron la labor de diferentes actores gubernamentales y sociales por poner en la agenda pública temas de interés en salud poblacional que no habían sido discutidos hasta el momento.

A nivel territorial, se empieza a proponer dentro de los PD territoriales la articulación del desarrollo económico con el social siguiendo las recomendaciones de la CDSS, atribuyéndole gran importancia en este aspecto; particularmente, porque le permite a los países pobres la oportunidad de obtener recursos e invertirlos en las distintas políticas sociales dirigidas a mejorar la vida de la población(OMS, 2009).

Es el caso de Casanare, que a partir del año 2012 dentro de sus PD contempla la construcción de alianzas estratégicas regionales que promuevan un modelo de crecimiento endógeno con equidad social y una economía diversificada, sostenible y competitiva. No obstante, para el 2014 de acuerdo con el censo realizado a nivel nacional en 2005, se estableció que la mitad de la

ingresos lo que genera inequidades respecto de su utilización y empobrece a las mujeres, a los grupos de bajos ingresos y a los grupos sociales marginados (de Currea-Lugo, 2010; OMS, 2009).

⁶⁰ Dentro de ellas se incluye a las Empresas Promotoras de Salud [EPS].

⁶¹ El artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, establece que la dirección, orientación y conducción del sector salud estará en cabeza del MNS, como órgano rector de dicho sector.

⁶² En ellas se incluye el PDSP y la Política de Atención Integral en Salud [PAIS] que cuenta el Modelo Integral de Atención en Salud [MIAS].

población más pobre experimentaba cerca del 65% de las barreras de acceso a servicios de la primera infancia y el 91,8% de los hogares tenían empleo informal. Panorama que no ha variado mucho en los últimos años, debido, principalmente, a la disminución de la producción petrolera en esta zona del país. De acuerdo con el índice de Pobreza Multidimensional, en 2017 el 56,7% de la población se encontraba en situación de pobreza, superior al promedio nacional con el 49% (Asamblea Departamental de Casanare, 2012, 2013; Contraloría General, 2018).

3.1.3. Contexto institucional que soporta el PDSP

Las instituciones no son edificaciones ni estructuras técnicas neutrales; son organizaciones formalizadas, sujetas a relaciones estrictas y definidas entre sus integrantes y con el resto de la sociedad, las cuales materializan el poder. En tal sentido las instituciones se comportan como dispositivos políticos que materializan las políticas públicas y determinan su desempeño. El estudio examinó la interacción entre los tomadores de decisiones y los grupos de interés, en el marco institucional⁶³ dentro del cual tuvieron que actuar para darle factibilidad política al PDSP⁶⁴. Este análisis trató de caracterizar los *puntos de veto*⁶⁵ en los que la iniciativa de política fue afectada por aquellos actores con capacidad para acceder, en ese momento, a la toma de decisiones dadas las características institucionales de cada uno de los puntos (González & Mogollón, 2002).

⁶³ El contexto institucional se define como la estructura constitucional, institucional y legal, las reglas institucionalizadas y las normas internalizadas [reglas de juego formales e informales] que representan el esquema en el que se desarrollan las interacciones entre los actores; es decir, establece las condiciones dentro de las cuales los tomadores de decisiones y los *grupos de presión* operan durante las innovaciones de política (Dente & Subirats, 2014; González & Mogollón, 2002).

⁶⁴ Como antecedente importante frente a este nuevo acontecimiento político, nos remitimos al Plan Decenal de Salud de las Américas 1971-1980 auspiciado por la OPS en el que se comprometieron todos los ministros de salud de las Américas de esa época para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios. Se destaca como aspecto coyuntural fundamental, el reconocimiento del derecho universal de salud como un fin del ser humano y medio para la sociedad. Algo similar sucedió con el PDSP al enmarcarse en el derecho fundamental a la salud establecido en ese entonces por la Sentencia T-760 de 2008.

⁶⁵ Se define como momentos en los que la esencia de la propuesta puede ser alterada (González & Mogollón, 2002).

Los procesos de reformas a los Estados en la región de las Américas evidenciaron similitudes entre las estrategias políticas usadas por los grupos encargados de la reforma en salud y las aplicadas por los equipos a cargo de la reforma económica⁶⁶. Estas estrategias relegaron a un segundo plano las medidas de promoción y prevención de la salud, auspiciadas en el siglo pasado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS]. El caso de Colombia no fue distinto; una reforma del sistema sanitario de *segunda generación* que privilegió una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva⁶⁷. (González & Mogollón, 2002; Infante et al., 2000; Observatorio Nacional de Salud, 2016). En el marco de estas reformas, el gobierno colombiano adoptó varias estrategias, entre ellas la creación de nuevos actores y organizaciones y la transformación de viejos actores para que funcionaran bajo nuevas regulaciones e incentivos de mercado. Durante este período surgió una similitud de signo político entre el legislativo y ejecutivo, al alinear sus intereses a través de canales de comunicación informales, con el objetivo de obtener suficiente poder de decisión en los asuntos de la agenda de cambio en el sector sanitario y otros asuntos de gobierno (González & Mogollón, 2002).

La reemergencia de la salud pública para enfrentar la crisis del modelo dio lugar al desarrollo de PP nacionales de salud como una estrategia para remediar los problemas. Con los sucesivos cambios incrementales para remediar problemas inherentes al SGSSS, se creó una «ventana de oportunidad»⁶⁸ para dar origen, primero al PNSP 2007 – 2010, y como consecuencia al PDSP.

⁶⁶ Consistía en cambiar la configuración organizacional del sistema de prestación de servicios, modificando el papel que desempeñaba el Estado [reducción de su papel en la oferta] y darle mayor participación a la iniciativa privada

⁶⁷ Esta reforma se dio dentro de una arena política de pugna entre dos grandes coaliciones que apoyaban un modelo promercado y uno estatista, respectivamente, de cómo debería funcionar el sistema de salud. En ambos casos estuvo liderado por agentes que actuaban al interior del gobierno: en el primer caso, tenía una fuerte influencia del Ministerio de hacienda y del apoyo recibido por parte de funcionarios de alto nivel dentro del gobierno; mientras que, en el segundo provenía del ministro de salud y del Instituto de Seguro Social [ISS] quienes recibían el apoyo de burocracias con potencial para ejercer una acción colectiva en defensa de sus intereses y del control sobre la provisión misma de los servicios de salud (Gómez-Arias & Nieto, 2014; González & Mogollón, 2002).

⁶⁸ Generalmente, los cambios institucionales son procesos incrementales e imperceptibles en el corto plazo. Por lo tanto, aunque el cambio institucional es un detonante poderoso que se caracteriza por la acumulación de una gran

Siendo [...] la primera apuesta; porque es abrir el camino es abrir una trocha, inexistente (E2); [...] ahí estuvo bien que la 1438 ya dijera “oiga, esto es un plan decenal”; pero además también, teniendo en cuenta varias cosas y es que: uno, las prioridades en salud pública no son una cosas que cambien en el corto plazo, para uno poder afectar determinantes tanto intermediarios como estructurales debe ser al largo plazo, una cosa de corto plazo no servía y eso que los estructurales nosotros a duras penas los nombramos (E4).

La discusión de la propuesta⁶⁹ en el Congreso fue el primer *punto de veto* importante para lograr la factibilidad política del PDSP. Durante este proceso, existían dos coaliciones en disputa: la primera, conformada por congresistas afines al gobierno de Uribe, defendía la continuidad del modelo de *cuasi mercado* que privilegiaba a las EPS, y, otra propendía eliminarlas, devolviendo al Estado la responsabilidad de administrar la salud. Al final triunfaría en el debate legislativo la coalición mayoritaria, respaldando la propuesta del gobierno, aunque se establecieron mecanismos de control, vigilancia y sanción⁷⁰ y se intentó fortalecer la rectoría del MinSalud (Ahumada, 1998; Congreso de Colombia, 2011; Daza, 2017).

cantidad de fuerza causal, es claro que su activación requiere de un “empujón” (Paz Noguera, 2016). En el caso de estudio, se hace referencia a una «ventana de oportunidad» abierta por la participación de actores políticos y sociales del sector sanitario y la influencia de los *grupos de presión* en las decisiones de política, pues implicó el paso de políticas en salud centralizadas en la provisión de servicios de salud con un extensa consideración de la naturaleza del poder en el Estado a políticas saludables enmarcadas en el derecho fundamental a la salud para buscar mayor equidad en salud y desarrollo humano sostenible con la participación de múltiples actores.

⁶⁹ El PDSP estaba incluido dentro de la reforma 1438 de 2011. Los autores de esta reforma fueron los senadores para ese entonces, Dilian Francisca Toro y Jorge Eliecer Guevara pertenecientes al partido de la U y al partido Alianza Verde, respectivamente. La reforma, en principio, estaba pensada para ser tramitada como ley estatutaria y buscaba poner freno a la acción de tutela como un medio de los usuarios para acceder a los servicios de salud [no POS] que le son negados por las EPS (Bernal & Barbosa, 2015; Montero, 2010); producto de su aumento desmedido, la CC elevó el derecho a la salud a derecho fundamental debido a que el Estado no había tomado medidas para intervenir las inequidades del sistema (Suel & Cote, 2010).

⁷⁰ La reforma fue sancionada el 19 de enero de 2011, durante el primer período presidencial de Juan Manuel Santos.

El segundo punto veto importante fue la demanda de inconstitucionalidad⁷¹ contra la Ley 1438 de 2011, estudiada por la CC. El análisis partió de la doble caracterización de la salud dado por el artículo 49; en el que señala que se trata de un *servicio público* a cargo del Estado que garantiza a los ciudadanos el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Dicho análisis jurisprudencial, concluyó que existe una interrelación entre el derecho a acceder a prestaciones en materia de salud y el carácter de la salud como derecho esencialmente *prestacional*. Y resolviendo que el derecho a la seguridad social se considera un derecho *asistencial*; por lo tanto, su regulación no podía sujetarse a los requisitos propios de una ley estatutaria (Corte Constitucional, 2011).

El “Grupo de cambio” como impulsor del PDSP

El estudio identificó un grupo de cambio responsable de impulsar la política. El grupo de cambio⁷² encargado de formular el PDSP, integrado por equipos técnicos con distintos enfoques multidisciplinarios, fue fundamental para llevar a cabo el proceso⁷³. Con redes verticales y horizontales de apoyo de otros sectores del gobierno, esenciales para; *mover la opinión a alto nivel, entonces, a nivel de Presidencia, a nivel de planeación. Entonces, pudimos entrar en la dinámica de estar trabajando directamente con diferentes ministerios, con planeación nacional, con un grupo de trabajo permanente (E2)*. En general, los grupos de cambio pueden localizarse en

⁷¹ Hecha por el ciudadano Jaime Gañan Ruiz al vulnerar los artículos 152 y 153 de la Constitución Política al ser tramitada como ley ordinaria y no como ley estatutaria por tener la reserva en materia de regulación de derechos fundamentales. Entre los argumentos de los intervinientes, se anotaba que regulaba el derecho fundamental en sí mismo y no simples asuntos relacionados con él; existían grandes coincidencias entre esta ley y el proyecto de ley estatutaria publicada por el MNS en la página web; la Ley 1438 de 2011 no es simplemente una regulación parcial del SGSSS; trata más bien de una regulación en detalle de la prestación del servicio (Corte Constitucional, 2011).

⁷² Como se describe en la literatura, comúnmente, estos equipos técnicos se localizan en el interior mismo de las agencias que quieren introducir el cambio de política, para mantenerse en relación constante con grupos tecnocráticos más poderosos [presidente, ministros, planeación] con el objeto de consolidar su proyecto (González & Mogollón, 2002).

⁷³ Estuvo liderado por Martha Lucía Ospina, directora de epidemiología y demografía, y actual directora del Instituto Nacional de Salud [INS].

diferentes puntos y momentos del proceso dependiendo del marco institucional (González & Mogollón, 2002); en el caso estudiado, se configuraron varios grupos de cambio: uno a nivel del Congreso por facciones del gobierno, en alianza con coaliciones políticas, encargado de impulsar la aprobación de la propuesta de cambio; y otros a nivel del MinSalud, conformado por técnicos y burócratas para guiar el proceso del PM en sus diferentes fases del ciclo. Durante la fase de formulación, el grupo delegado por MinSalud asumió la participación ciudadana como un proceso técnico materializado en una consulta poblacional dirigida a dar legitimidad y gobernabilidad a la política, y donde los técnicos podían validar y evidenciar las necesidades de implementación de los cambios previstos en las propuestas. Algunos entrevistados, integrantes del grupo de cambio, manifestaron que el proceso de consulta fue equilibrado, con participación de los sectores más representativos de la sociedad. Otros entrevistados consideraron que hubo cierto nivel de incidencia, pero sin un conocimiento concreto de la realidad de las regiones.

Las PP son hechos políticos donde diferentes involucrados intentan afectar las decisiones. En relación con el PDSP, el estudio exploró dos hipótesis sobre la participación: 1). La consulta ciudadana pudo tener un alcance limitado porque los convocados no tuvieron la preparación técnica y cognitiva para representar sus propuestas adecuadamente y; 2). La influencia de redes verticales y horizontales de apoyo del gobierno, pudieron cambiar el contenido de la propuesta inicial. A este respecto, algunos testimonios son reveladores, *[...] se hacen unos trabajos que la mayoría de las veces tiene que ver con nivel técnico de Ministerio y la academia muy fuerte; pero eso cambia, digamos, para decirlo coloquialmente, entre el piso doce y el dieciséis del Ministerio (E3); yo me enteré de la consulta que hicieron por la web, y yo participe activamente puntuando en términos de las prioridades y de las preguntas que se hacían. Entonces, seguramente fue una más de las que contestaron, pero, de alguna manera, si hay un nivel de incidencia allí (E4).*

Lo que genera una restricción en la incidencia real de la participación ciudadana sobre la definición del contenido y la viabilidad de las propuestas formuladas. Observándose a un nivel territorial, brechas – *implementation gap* – entre lo planeado y lo ejecutado por los actores locales de salud. Es usual pensar que la formulación de una alternativa de solución y su legitimación es un procesos lineal; sin embargo, aquí interactúan toda una serie de actores políticos, administrativos y especialistas del *lobbying* o del *cabildeo* de todo tipo, en función del grado de apertura o permeabilidad del sistema político (Roth, 2018).

Desde la migración del PTS 2013 – 2015 a la estructura del PDSP, el departamento de Casanare ha tenido en cuenta la participación de diversos actores de la comunidad y de equipos técnicos-metodológicos territoriales de salud que han enriquecido los contenidos formales para la elaboración de estos dispositivos, aportando diferentes perspectivas de análisis y necesidades de cambio. Llevadas a cabo por el modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado [ATRU], diseñado por el MinSalud para la implementación del Plan. En este proceso ha sido fundamental la construcción de los ASIS por las ET, tanto los de profundidad como los generales; ya que son el insumo fundamental para reconocer el estado de salud de su población en cada una de las dimensiones y sus tendencias en el tiempo (Gobernación de Casanare, 2014; Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b, 2014a).

Los PTS se han convertido en el producto de la negociación política, la conducción intra e interinstitucional, la movilización de recursos y la concertación de estrategias, cuyo objetivo principal es contribuir a satisfacer las necesidades en salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

3.2. Análisis de los involucrados en el PDSP

En cumplimiento del objetivo 2 el estudio caracterizó los involucrados que intervinieron en ambas fases del *policy cycle*. Este análisis⁷⁴ se interesó por tres aspectos del PDSP: identificación y caracterización de los involucrados; valoración de su capacidad de influencia y; definición de estrategias dirigidas a incorporar sus intereses promoviendo sus propias agendas de cambio⁷⁵ (Gómez-Arias, 2012).

3.2.1. Identificación y caracterización de los involucrados

Inicialmente se caracterizaron aquellos involucrados que se encuentran obligados a actuar de acuerdo con las normas jurídicas, y los pronunciamientos de las autoridades legislativas y administrativas que conforman el cuerpo formal del PDSP; a estos se les denomina «actores formales» y tienen una *posición de ventaja* respecto a otros, por tener a su favor los recursos legales que contribuyen, en gran parte, a definir las modalidades mediante las que se hacen las políticas y, en consecuencia, condicionan los resultados de la mayor parte de los procesos decisionales. Sin embargo, estos agentes no son los únicos ni los más importantes⁷⁶, pues hay otros involucrados «informales» que intervienen y/o influyen en el PPr. Los involucrados más relevantes en ambas fases, se agruparon de acuerdo con la dimensión de su actuación. Partiendo de una dimensión internacional centrada en actores supraestatales que influyeron de forma indirecta en la formulación del PDSP, a través de acuerdos suscritos por el país; en la dimensión nacional, se

⁷⁴ El objetivo de este análisis es proporcionar una descripción y caracterización de los comportamientos de los involucrados más relevantes dentro del PPr, e identificar sus objetivos (de proceso y de contenido), roles o posiciones, recursos que disponían e hicieron uso y, sus modalidades de interacción.

⁷⁵ Es necesario aclarar que la distinción en la participación que se tiene en ambas fases del ciclo analizado desde el número de involucrados es independiente, en la medida que el aumento o disminución de estos en una fase no implica el aumento o disminución de los mismos en la otra fase.

⁷⁶ Las leyes se limitan a prescribir y, con frecuentemente, a prohibir los comportamientos de los sujetos y atribuyen ciertas ventajas a determinados actores; sin embargo, las reglas informales les permiten a otros actores sin la capacidad legal para intervenir, de participar durante el proceso a través de estrategias que les dan acceso a los tomadores de decisiones. Ambas reglas regulan la dinámica política, impulsando u obstaculizando la participación de los distintos actores (Dente & Subirats, 2014; González & Mogollón, 2002).

identificaron actores gubernamentales, agencias privadas, grupos ordenados de la sociedad civil, el legislativo, y la CC encargados de promover la propuesta de política e influir durante el proceso para promover sus intereses; en la dimensión local, se describen actores locales en salud⁷⁷, grupos políticos locales y gobernantes del departamento de Casanare que participaron en la adopción y ejecución de directrices del PDSP a través de la formulación de los PTS (ver **Anexo 3**).

Es evidente observa en el PPr un enfoque de tipo *top down*, desde la formulación con gran influencia de la dimensión internacional hasta su implementación actual a nivel local. Desde esta perspectiva, la jerarquización del problema de interés público – desigualdades sociales que generan inequidades en salud – es el resultado de procesos políticos y de negociaciones partidarias en función de la influencia de actores externos al sistema estatal (en el orden internacionales, banca y organismos internacionales adscritos al sistema de la ONU; en el orden nacional-local, grupos ordenados de la sociedad y partidos políticos).

Involucrados en el PDSP desde el ámbito internacional

De acuerdo con la narrativa de algunos entrevistados, los organismos vinculados al sistema de la ONU⁷⁸, jugaron un papel muy influyente en la gestión del PDSP, aunque su función estuvo orientada al acompañamiento y asesoría durante el proceso de formulación, y no a la imposición de ninguna directriz. La OMS y OPS se consideran involucrados muy importantes por cuanto sus recomendaciones tocan directamente las políticas sanitarias de los Estados miembros. La CDSS hizo hincapié en la función central que tienen los gobiernos y el sector público en lo que respecta a las acciones que tienen como fin mejorar los DSS y la equidad sanitaria; sin embargo, sus

⁷⁷ Esta categoría comprende a las ET, EAPB, IPS y ARL.

⁷⁸ OMS, UNICEF, UNFPA, FAO, UNESCO, entre otros, hacen parte del sistema de la ONU y son los responsables de promover las directrices establecidas en los acuerdos suscritos por los países miembros. Entre ellos estaba los Objetivos de Desarrollo del Milenio [ODM] y, ahora, los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS].

recomendaciones reconocen la pluralidad de actores que influyen de forma considerable desde el sistema económico y político. Por ello, para actuar con más contundencia sobre los DSS y mejorar la equidad sanitaria, la CDSS propugna por una coherencia intersectorial en la elaboración de políticas en salud pública (OMS, 2009, 2010).

Un aspecto clave para fomentar tal intersectorialidad, es la gobernanza. La relevancia de los factores políticos y del contexto económico internacional que influye sobre la salud, ha llevado a organizaciones como la OMS a asumir el liderazgo de promover nuevos enfoque de gobernanza para fortalecer los procesos de acción colectiva que organicen las dinámicas de los actores y normas sociales alrededor de las PP. Sin embargo, este actual sistema ha sido insuficiente para enfrentar los determinantes y riesgos de la salud; principalmente, porque la toma de decisiones está centrada en los gobiernos del G7 (A. Franco, 2010).

Desde esta perspectiva, el sistema de la ONU debe considerarse como un promotor indirecto de políticas sociales como el PDSP; su participación incluye recursos de tipo político al contar con el apoyo de los estados Miembros; de tipo económico al movilizar recursos⁷⁹ financieros en el apoyo de programas humanitarios, y de tipo cognitivos para asesorar el desarrollo de estrategias que contemplen el mejoramiento de situaciones socialmente problemáticas a nivel mundial. Su lógica de acción es el de un actor político, ya que disponen del consenso de los estados miembros para que se tomen decisiones al asunto tratado; con objetivos de proceso por ser una autoridad a nivel global que facilita la cooperación entre estados y de contenido al estar orientadas sus acciones

⁷⁹ Si bien, los recursos de que disponen cada uno de los involucrados durante el proceso de policy determinan las «relaciones de poder», es necesario reconocer que estos cobran importancia en la medida que interactúen entre ellos; es decir, para quien los recibe deben ser importantes. En este sentido, la influencia efectiva o no de un involucrado durante el proceso de formulación e implementación de la política dependerá de los recursos de que disponga y de su importancia para los demás participantes. Al final, la decisión tomada no será a priori la mejor [más eficaz] para resolver el problema sino la que triunfó en el debate público por la lucha de poderes entre los involucrados por imponer su alternativa (Dente & Subirats, 2014; Pérez et al., 2006; Subirats, 2001).

a resolver la inequidad en salud y desigualdad social, producto de la globalización y el ordenamiento económico mundial. Sin embargo, hay quienes critican su postura *leseferista* sobre los intereses económicos y políticos de los países miembros más poderosos, reduciendo su papel a acciones humanitarias (I. Vargas et al., 2002).

La OMS y la OPS son los organismos internacionales encargados de las cuestiones sanitarias en el mundo y en Latinoamérica, respectivamente. Sus acciones se han enfocado en promover objetivos sanitarios mundiales que comprometan a los estados miembros a adoptar políticas sanitarias en pro de la mejora de la salud de su población, como una respuesta a los problemas de inequidad. Estas nuevas lógicas de acción emergen para cumplir con la exigencia de nuevos desafíos con el fin de generar mejores condiciones a través de la garantía del acceso a la salud y la democratización del conocimiento (Borrell & Artazcoz, 2008; A. Franco, 2010). Sus objetivos apuntan al contenido de las PP, centrándose en acciones orientadas a asegurar la coherencia en las políticas al nivel internacional y nacional, y en recomendaciones que faciliten a los estados miembros la elaboración de medios de acción para garantizar el diseño, formulación y puesta en marcha de sus propias políticas; adicionalmente, han contribuido a que los países conviertan la equidad sanitaria en uno de los principales resultados de todas las políticas sociales, fijando metas para su seguimiento (OMS, 2009). Su lógica de acción es de tipo burocrático pues disponen de competencias formales para intervenir en los problemas de interés en salud a nivel global. Poseen recursos de tipo políticos y cognitivos que le permite asesorar a los países para implementar políticas sociales a nivel nacional bajo el modelo de los DSS⁸⁰. Sin embargo, su enfoque ha sido

⁸⁰ Bajo el nombre de “salud global” basada en la protección social de la salud y en la salud como derecho humano, se han planteado dos estrategias básicas: Atención Primaria en Salud (APS) y la promoción de la salud. La primera fundamental para la transformación y la reorientación de los servicios de salud, y la segunda, para actuar sobre los determinantes de la salud en el contexto intersectorial. La convergencia de estas estrategias ha sido importante debido a su costo-eficacia para reducir la carga de movilidad y la mitigación del impacto social y económico de las enfermedades (A. Franco, 2010).

cuestionado por incorporar también políticas neoliberales en el campo de la salud internacional, orientadas en proteger intereses económicos y de liberalización del comercio internacional (Borrell & Artazcoz, 2008).

Los organismos multilaterales como el BM y el BID han tenido una injerencia aún mayor en la salud, promoviendo las reformas estructurales que se implantaron en la región de acuerdo con los lineamientos del CW. La lógica de acción de estos organismos se caracteriza por la defensa de *intereses especiales*, al conceder préstamos a los países receptores para financiar sus reformas y subordinar las políticas sociales al principio de costo-efectividad de las políticas macroeconómicas; estas condiciones reducen el impacto de las PP a un rol netamente *compensatorio*, que las aparta de su alcance universal para focalizarlas solo en los sectores más pobres y vulnerables de la población (Homedes & Ugalde, 2005).

El gran poder de *enforcement* que tienen estos organismos es grande, especialmente en países de medianos y bajos ingresos. Su influencia, desde la década de los años 80, en la construcción de políticas sociales de los Estados deudores ha generado una distorsión en el principio de equidad al no diferenciar entre equidad en salud y equidad en los servicios de salud. De este modo, se crean dispositivos que se orientan hacia una *acción asistencialista* como suficientes para superar las desigualdades sociales (Almeida, 2005; Homedes & Ugalde, 2005).

La literatura ha destacado que los intereses de estos organismos están orientados a mantener el modelo de NPM que acogen tanto el SGSSS como las instituciones gubernamentales y económicas del país. En el estudio se consideró a estas organizaciones como *aliadas*, específicamente en la fase de formulación, al apoyar el diseño de políticas sociales bajo la noción de *desarrollo con equidad* que ha ganado fuerzas en los últimos años como respuesta a la crisis del modelo de cuasi mercado en salud. No obstante, se ha cuestionado su injerencia al influenciar la construcción de

estos dispositivos como una medida compensatoria a los problemas del modelo que no lo hieren *a priori* y donde el avance a la superación de la inequidad puede ser lentos y graduales (Almeida, 2005).

Un testimonio del equipo formulador asegura que se tuvieron, *claros los límites de la influencia internacional en el proceso; [...] y equilibrio de poderes sin recibirle plata a nadie para hacer el PDSP (E2).*

Involucrados en el PDSP desde el ámbito nacional

El estudio identificó varios actores nacionales involucrados en el PDSP cuyos intereses e intervenciones fueron en ocasiones divergentes: El Minsalud, el Congreso, las Cortes, otras agencias gubernamentales externas al sector salud y las Entidades territoriales.

El papel del Ministerio. El MinSalud es un actor burocrático que por disposición de la ley fue el encargado de dirigir la formulación del PDSP y liderar su implementación con la coordinación de todos los sectores públicos y privados relacionados con la salud. Este organismo cuenta con recursos de tipo legal, económico y técnico que utiliza para llevar a cabo estas acciones: en la fase de formulación, creó el grupo de cambio para diseñar el contenido de la política, a partir de la caracterización del estado de salud de la población colombiana y las condiciones socioeconómicas y de los servicios de salud, además del análisis de las propuestas y necesidades de cambio planteadas por los participantes de la consulta ciudadana; durante la implementación actual, su papel ha consistido en asistir técnicamente a las ET en la instrumentalización de lineamientos, capacitación en el uso de metodologías y en el seguimiento del sistema de monitorización y evaluación de los objetivos y metas formuladas en sus diez dimensiones. Sus objetivos se centran en el contenido del PDSP ya que su interés está relacionado al problema abordado por la política

para lograr su meta central. En su papel de *director*; el MinSalud demanda el compromiso y liderazgo de las ET, de otros ministros, gobernantes a nivel territorial para convocar a todos los sectores públicos y privados con el objetivo de confluir recursos, obligaciones y la adopción y adaptación de las estrategias priorizadas para su implementación en los territorios, a partir de las necesidades detectadas en los Análisis de Situación de Salud [ASIS].

El papel del Congreso. Las fuentes consultadas destacan que el Congreso y el ejecutivo se configuraron como *aliados* para aprobar las transformaciones al sistema de salud y darle factibilidad política al PDSP, propuesta que estaba incluida dentro del paquete de reforma de la Ley 1438 de 2011. Esta alianza no es nueva. La dinámica política desde la reforma estructural del SGSS con la Ley 100 de 1993, ha mostrado una cercanía entre estos dos poderes para llegar a un consenso en la aplicación de cambios incrementales gracias a su *filiación política* y a sus relaciones informales que les permite negociar su participación a fin de favorecer sus intereses estratégicos y proteger el *papel* de la intermediación de las EAPB (Á. Franco, 2012; González & Mogollón, 2002; Riutort & Cabarcas, 2006).

Como *actor político*, el Congreso posee recursos de tipo legal y políticos que le dan la facultad de participar durante el proceso y se le atribuye la responsabilidad de aprobar o no la decisión; al estar conformado por miembros de partidos políticos, su lógica de acción está orientada a escoger la alternativa de solución que mejore su capacidad de obtener consenso y, de esta forma, ampliar o mantener su margen de representatividad.

El estudio identificó objetivos diferentes en las dos grandes coaliciones conformadas en el Congreso: Un primer objetivo defendido por la coalición promercado, que finalmente triunfaría por mayoría en el debate, pretendía mantener consensos previos (objetivo de proceso) para no alterar el *statu quo*; la coalición minoritaria apelaba por un cambio de modelo que eliminara el

papel de intermediación de las EPS y asegurara el acceso efectivo a los servicios y la garantía del derecho a la salud como un fin en sí mismo del Estado Social de Derecho (objetivo de contenido). En este sentido, la aprobación de la Ley 1438 de 2011 se configuró como una *modificación incremental* que pretendía abordar y solucionar un problema estructural del sistema.

El papel de las cortes. La CC ha jugado un papel preponderante en la definición de la noción del derecho a la salud a pesar de enmarcarse en una concepción circunscrita al principio de sostenibilidad y de su carácter prestacional⁸¹, y en su reconocimiento como fundamental por el legislativo con la LES de 2015 producto de la sentencia T- 760 de 2008. Aunque no fue un actor directo en el proceso del PM del PDSP; por ser un actor burocrático en el contexto institucional del sistema sanitario, se configuró como un *veto player*⁸² con la autoridad para declarar o no inconstitucional la reforma sancionada por el legislativo.

El papel de otros sectores. Los actores transectoriales, como aliados del PPr, formulación e implementación, cumplen funciones de inspección, vigilancia y control [IVC] dentro del SGSSS y tienen tareas específicas de monitoreo y evaluación al PDSP, de acuerdo con las disposiciones legales⁸³ al ser de tipo burocráticos. Sus objetivos son de contenido al tener la función de

⁸¹ La constituyente del 91 por su *naturaleza ecléctica* dio paso a diferentes interpretaciones de la naturaleza del derecho a la salud. La CC ha tenido varias líneas jurisprudenciales que definen la naturaleza del derecho y coexisten entre sí, las más importantes: las que destacan su carácter fundamental bien sea por su conexidad con otros derechos fundamentales [v.g. con la vida], por la integridad personal o dignidad humana, respecto de ciertas prestaciones o respecto de ciertos sujetos de especial protección; las que afirman su carácter de derecho fundamental autónomo; y las que reconocen el derecho fundamental a la salud pero con una connotación prestacional. Esta última línea jurisprudencial, adoptada en la sentencia C-791 de 2011 y C-641 de 2012, se argumenta en la doble caracterización que da la Constitución Política a la salud al señalar el carácter de servicio público de la salud a cargo del Estado y garantizar el acceso a las prestaciones en materia de salud.

⁸² En la tipología empleada por Dente y Subirats (2014), podrían considerarse gatekeeper. La democracia supone una multiplicidad de *actores de veto* en la toma de decisiones sobre PP. Los actores de veto son aquellos cuyo acuerdo es requerido para aprobar una decisión que modifica el *statu quo* (Jaime, Dufour, Alessandro, & Amaya, 2013). Aunque, para este caso, el cambio esperado producto de la reforma al SGSSS fuera de tipo incremental; es decir, un cambio gradual y progresivo los mecanismos de mercado que sustentan al modelo de aseguramiento

⁸³ Se dividen en dos grupos: los primeros, corresponden a entidades como el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos [INVIMA], la SuperSalud y el defensor del usuario en salud y, los segundos, encargados del monitoreo y evaluación del PDSP son el INS y ONS, como una dependencia del primero. Con la creación del ONS

monitorear y evaluar el cumplimiento de las directrices del Plan a través de indicadores de salud pública para cada ET y contar con información desagregada de resultados por cada actor del sistema.

Entre los actores intersectoriales se encuentran diferentes ministerios⁸⁴ y el Departamento Nacional de Planeación [DNP] involucrados en la fase de formulación e implementación, además de la Comisión Intersectorial en Salud Pública creada para coordinar estos esfuerzos⁸⁵. El papel de estos agentes burocráticos fue el de apoyar el proceso, a través de recursos legales que les permitió el trabajo y la comunicación entre facciones burocráticas de esas agencias para incorporar en la agenda temas de su dominio, de recursos políticos para apoyar al grupo de cambio que promovía la propuesta de cambio, y recursos económicos para financiar la implementación del PDSP desde su competencia. Sus objetivos se centran en el contenido explícito del plan, al coordinar y gestionar las acciones intersectoriales en pro de la salud y de proceso al apoyar la propuesta con el fin de mantener su poder de influencia en las decisiones públicas.

Según los entrevistados, la acción intersectorial puede considerarse un acierto importante del Plan: *eso fue una gran transformación, el haber abierto esa resonancia a nivel de planeación nacional y el involucramiento de las necesidades de cambio desde planeación nacional a los diferentes ministerios liderado por la Comisión Intersectorial de Salud (E1).*

a partir de la ley 1430 de 2011, se le encargó la tarea de realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública como base para la evaluación del impacto de gestión de resultados de los actores del sistema; además, de brindar apoyo técnico a las autoridades sanitarias del país en materia de construcción del ASIS para la toma de decisiones y la formulación e implementación del PDSP.

⁸⁴ Dentro de los ministerios involucrados en el PM, se encuentran: educación, medio ambiente, agricultura, hacienda, transporte, trabajo y justicia.

⁸⁵ De acuerdo al parágrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011, a nivel territorial esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (Congreso de Colombia, 2011).

El estudio no logró establecer la incidencia explícita de la industria farmacéutica y de la academia. No obstante, se considera que el primer actor no tiene un rol definido dentro del PPr, y no se movilizó abiertamente; posiblemente porque no tenía un propósito específico en esta PP o por la escasa posibilidad de obtener un beneficio. La participación de la academia se dio a través de expertos⁸⁶ que apoyaron el proceso de validación del documento técnico del PDSP; enriqueciendo sus contenidos con el recurso cognitivo del cual disponen, *su participación generó una revisión muy detallada, punto por punto de todos los asuntos que quedaron contemplados dentro del plan (E2)*. Su papel, incluso, *ayudó a que las universidades empezaron a hablar de determinantes sociales. Se ha permeado en la academia (E2)*.

El papel de las Entidades territoriales en el PDSP

El MinSalud se apoya en la red de instituciones adscritas al SGSSS en los departamentos, distritos y municipios, que están a cargo de las ET como máxima autoridad en salud. Estas agencias desempeñan un papel de apoyo fundamental con el objetivo (de contenido) de desplegar las directrices del PDSP a través de la elaboración de los ASIS que, al menos formalmente, debe soportar la construcción de los PTS con el modelo de DSS; permitiendo la toma de decisiones a partir de las líneas de base para la planificación territorial, con la elaboración de PP sectoriales, y las acciones de regulación y de IVC. Como actores burocráticos, cuentan con recursos de tipo legal que le dan potestad para liderar la toma de decisiones en salud a nivel territorial; recursos económicos del Sistema General de Participaciones [SGP] y propios ocasionales⁸⁷ para financiar las estrategias priorizadas y; recursos cognitivos para asesorar técnicamente a los demás actores

⁸⁶ El papel que desempeñan los expertos durante la formulación y evaluación de resultados de política es fundamental, en el sentido de tener un valor prescriptivo para indicar cómo deben ser tomadas las decisiones si se quiere maximizar la eficiencia y eficacia en la solución del problema a partir de la información obtenida.

⁸⁷ Producto del monopolio de juegos de azar, rentas cedidas y regalías, en el caso de municipios grandes [categoría 1, 2 y 3].

locales en la formulación de sus Planes de Acción [PA]. Las ET tienen además la responsabilidad de establecer los objetivos, metas e indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en salud de las estrategias implementadas.

Los gobernantes territoriales son actores burocráticos que desempeñan una función muy importante en la factibilidad y viabilidad del proceso de implementación del PDSP, pues deben comprometer a las asambleas y concejos territoriales (departamentales y municipales) para garantizar la voluntad política en torno a la planeación integral en salud a través de la aprobación de PTS y los PD territoriales. Deben además lograr la aprobación del presupuesto general para financiar estrategias dirigidas a la *producción social de la salud*. En relación con el PDSP los gobernantes territoriales cuentan con diferentes recursos: legales, dado que constituyen la máxima autoridad al frente de la administración pública de un territorio; recursos políticos, en la medida en que reciben el respaldo de su partido político y son elegidos por elección popular; a este respecto sus decisiones en los asuntos públicos se apoyan en su popularidad y su capacidad para mantener o aumentar la hegemonía de su partido político; y recursos económicos propios, particularmente en los municipios grandes, que les permiten complementar la inversión en acciones en salud. Sus objetivos se centran en el contenido y el proceso de la PP: adoptando el PTS al PDSP en el marco del PD territorial, a través de la selección de alternativas que mejore su capacidad de consenso. Algunos entrevistados resaltan un aspecto importante y es que, *hay una cosa que todavía no es muy clara, y es que el alcalde es la primera autoridad en salud pública del municipio; y hay muchos alcaldes que no lo tienen muy claro. Todavía creen que es del secretario de salud, y que eso es una cosa de la gente, y eso es una cosa del Plan de Intervenciones Colectivas [PIC] (E4).*

Los grupos políticos locales que inciden en el proceso de implementación persiguen exclusivamente objetivos de procesos y están interesados en ser mediadores entre los intereses de

los gobernantes y los intereses del grupo de ciudadanos que representa con la finalidad de llegar a un acuerdo. A pesar de no cumplir un rol explícito dentro de la arena de acción a nivel territorial, definido por el documento técnico del PDSP; son claves para ayudar a visibilizar e incluir en la agenda los problemas y necesidades que mayor consenso obtenga en su comunidad, además de hacer cierto control político con fines estratégicos.

En Colombia las EAPB son actores centrales del sector salud, porque administran la mayor parte de los recursos del sector y están en la categoría de burocracias proveedoras de servicios y de *intereses generales*. A pesar de tener funciones explícitas en la ejecución de las directrices del PDSP a nivel local, de acuerdo con las competencias establecidas en la normatividad, su objetivo central prevalece alrededor del proceso, específicamente en la administración de los recursos destinados a salud, sin un compromiso evidente en intervenir las inequidades en salud, *creo que hace falta mucho. Y es hacer caer en cuenta a las EPS, que ellas forman una parte muy importante del recurso del PDSP, que la administración de los recursos lo tienen ellos. Yo creo que las EPS todavía creen que el POS es una cosa muy asistencial y que ellos no están impactando la salud pública; y mientras nosotros no desliguemos ese vínculo de la EPS como simplemente un asegurador, y no logremos darle ese rol y además pedirle cuentas sobre eso que tiene que dar cuenta en términos de la salud pública de la población, eso se va a seguir quedando ahí y finalmente el recurso más grande de la salud está en el POS no en el PIC (E4)*. Al no existir un compromiso efectivo en planear la atención en salud de la población con base en las necesidades diferenciales de atención, la organización y funcionamiento de la oferta de servicios no está enfocada en mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios sino en la reducir los costos de atención. Por lo tanto, se consideran como actores con *intereses especiales*. Se ha discutido mucho su función dentro del sistema de salud, especialmente en los riesgos morales que incurren

al administrar los recursos públicos destinados a la salud (Dinero, 2017; Portafolio, 2018; Suárez, Puerto, Rodríguez, & Ramírez, 2017).

El apoyo de las Instituciones Prestadoras de Salud [IPS] al PDSP, se enmarca en generar información al Sistema Integral de Información de la Protección Social [SISPRO] sobre los indicadores para medir logros en salud, participar en acciones de vigilancia en salud pública, coordinar con las EAPB las metas y acciones a cumplir de las 10 dimensiones e implementar acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos. Disponen de competencias legales para ser los proveedores de los servicios de salud y cumplir con las estrategias y acciones propuestas para lograr las metas del Plan; no obstante, están sujetas a las limitaciones presupuestales a causa de la imposición de condiciones contractuales por las EPS⁸⁸ y su mala gestión administrativa.

Los grupos ordenados de la sociedad⁸⁹ entran en la categoría de *intereses generales* al representar los intereses de comunidades, grupos de usuarios del sistema⁹⁰ y sujetos de especial protección que no pueden defenderse por ellos mismos. Su propósito de intervención está basado en el recurso legal que tiene todo ciudadano para participar en las decisiones públicas que los afectan de acuerdo con la Constitución (art. 2); ya la Ley 1438 de 2011 toma en cuenta la participación comunitaria. Su objetivo formal se centra en el contenido, al dirigir sus esfuerzos en

⁸⁸ A nivel rural, las IPS privadas monopolizan el mercado gracias al mecanismo de la integración vertical que les permite a las EPS ser dueñas hasta de un 30% de hospitales y clínicas. Esto limita el poder de negociación de las IPS, llevando a distorsiones de competencia por el incentivo perverso del “mecanismo de compensación” bajo el supuesto: «las EPS ganan por el número de afiliados y pierden cuando estos se enferman» (Dinero, 2017).

⁸⁹ Dentro de los grupos ordenados de la sociedad civil identificados se encuentran: líderes comunales, [...] representantes de familia, jóvenes, niños, víctimas del conflicto armado, pacientes de enfermedades huérfanas. Yo tengo que resaltar grupos de presión, bueno me faltaron otros, los indígenas, los afros; entonces, estas poblaciones tuvieron una influencia muy fuerte [...] Y dentro de los otros grupos, estuvieron incluso las iglesias de las distintas confesiones participando (E2), grupos LGBTI, organizaciones de la tercera edad, grupos de personas con discapacidad, pacientes de alto costo y movimientos nacionales por el derecho a la salud.

⁹⁰ v.g. pacientes de alto costo, enfermedades huérfanas.

visibilizar las necesidades de cambio desde su condición como afiliados al sistema, ciudadanos de especial protección y demás grupos minoritarios; además, de hacer veeduría a la incorporación de esas propuestas en el documento técnico. Algunos señalan la importancia de su participación durante el PM, *las asociaciones de usuarios tuvieron un papel importantísimo (E2)*. Otros, consideran que esta participación no fue suficiente, *yo creo que hay dos cosas: uno, hay gente que no la conoce y; dos, algunos que las conocen y no les interesa hacerla (E5)*.

En el departamento de Casanare, los testimonios de varios involucrados en el proceso de implementación del Plan desde el sector público destacan la participación de diferentes actores del sector salud (ET municipales, y la red prestadora de los servicios de salud como las Empresas Sociales del Estado [ESE] y las IPS), y otras secretarías (v.g. hacienda, gobierno y desarrollo comunitario, entre otras); en su opinión la participación de estos actores ha sido fundamental para definir el curso de acción a seguir en la construcción de los PTS y planes de acción institucionales, además de otras estrategias en salud pública en el marco de las diez dimensiones definidas. Dichas estrategias se encuentran incluidas dentro de la gestión de salud pública y financiadas, en su mayoría, con recursos del PIC de acuerdo con las disposiciones de la Resolución 518 de 2015. No obstante, los entrevistados destacan que hace falta mayor compromiso de otros sectores (especialmente de las EAPB y empresas del sector comercial) para generar acciones de complementariedad y concurrencia en la gestión de acciones en salud y respuesta inmediatas ante emergencias y desastres que tengan impacto en la salud de la población procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental. Conocido como Gestión Integral del Riesgo.

Los PD departamentales formulados a partir del año 2012, cuentan con el imperativo de desarrollar y fortalecer las acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud pública como principios fundamentales para la garantía del derecho a la salud pública y la disminución de las

inequidades en la modificación de los DSS en el marco del enfoque diferencial; con el objeto de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva de la población. Para el cumplimiento de estas acciones dentro de la estrategia de APS, la participación de la sociedad es esencial al momento de reconocer los determinantes e intervenirlos dadas sus necesidades. Por ello, el fortalecimiento de las ET se ha enfocado en lo relacionado con la participación social y ciudadanía (Asamblea Departamental de Casanare, 2012, 2013).

3.2.2. Estrategias de los involucrados

El estudio exploró las estrategias asumidas por los diferentes involucrados, tanto en la formulación del PDSP como en la implementación en Casanare.

La fase de formulación estuvo caracterizada por un juego de *suma positiva*⁹¹ donde el contenido de la decisión no perjudica a un sector en particular de la sociedad con los costes asumidos para solucionar el problema y establece un margen de ganancia para todos los sectores de la sociedad. Se estableció como *modalidad de interacción* una coordinación negativa en donde la mayoría de involucrados buscaban sus propios objetivos con el único límite de evitar generar externalidades negativas para el resto de los participantes en el proceso⁹². En este escenario, se buscó la necesidad de mantener un equilibrio entre los involucrados para concertar la planificación e integración de las necesidades de cambio. [...] *te podría decir que hubo como un equilibrio, [...] esa actividad de reconversión de los procesos; primero del rescate de la planificación, con*

⁹¹ Dente y Subirats (2014) han establecido una tipología de juegos que caracteriza la toma de decisiones más frecuentes en el proceso político, entre ellas se encuentran: suma cero, suma positiva y conflicto puro.

⁹² Los juegos asimétricos han servido para entender que las capacidades de los actores para resolver un problema están relacionadas con la modalidad de interacción. Scharpf (1997), definió cuatro modalidades de interacción que se asocian a diferentes configuraciones del problema, de acuerdo con la relevancia dada a la distribución de valor y los costos y beneficios atribuidos a cada participante. La coordinación negativa es bastante común dada la complejidad del proceso decisional donde involucra a diferentes poderes de veto. Obligando a los *policy makers* a estar atentos a las posibles consecuencias en los participantes de las decisiones a tomar (Dente & Subirats, 2014).

participación y equilibrio de poderes sin recibirle plata a nadie para hacer el PDSP. Teniendo claros los límites de la influencia internacional en el proceso (E9).

El análisis de centralidad⁹³ muestra al MinSalud como el actor que posee más relaciones con una proporción del 45% en comparación a otros involucrados (ministerios u otros actores de la arena internacional) (ver **Anexo 4**). Como ente rector y director encargado de la formulación y articulación del PDSP en todo el territorio; esta centralidad, se explica en parte por el carácter determinístico de las normas que establecen cómo se deben tomar las decisiones controlando el proceso y, de esta manera, incrementando la posibilidad de aceptación y éxito del dispositivo al ser unidireccional.

La densidad⁹⁴, como otra propiedad de la red, fue del 17,5%. A nivel general, se observó gran número de actores tanto nacionales como internacionales en la fase de formulación. Aumentando la pluralidad de los puntos de vista que pudieron incidir o no en el proceso de toma de decisiones; aunque se debe tener en cuenta que el acceso se delimitó a ciertos puntos de la fase debido a una significativa centralidad de la toma de decisiones en funcionarios de alto nivel del gobierno con el apoyo de aliados políticos y por el contexto institucional que definen la forma de participación. A partir de la pluralidad de estos puntos de vista, se establece la complejidad con un índice de 15⁹⁵. Este indicador sintético demuestra que el proceso durante la fase de formulación se caracterizó por ser *complejo*, incluyendo a diversos actores con intereses (de proceso y contenido) en la alternativa de solución planteada.

⁹³ La centralidad de la *network* (red) será igual al coeficiente más alto verificado y/o al que más se aleja de la media. El cálculo de la centralidad ayuda a comprender si en una determinada configuración decisional existe uno o más actores centrales que, presumiblemente, deberían corresponder al director del proceso (Dente & Subirats, 2014).

⁹⁴ La densidad de la *network* (red) puede medirse como la proporción de relaciones entre los actores sobre el total de las relaciones posibles (Dente & Subirats, 2014).

⁹⁵ De acuerdo con Dente y Subirats (2014), el índice de complejidad varía con un rango entre 1, si todos los actores se encuentran en la misma celda, y 15, si al menos hay un actor por cada dimensión y por cada tipo.

En la fase de implementación se observa un desplazamiento del ámbito de acción, de un enfoque *top-down* donde se centralizaba las decisiones a un enfoque territorial donde la máxima autoridad son las ET con la tarea de promover una acción colectiva con los diferentes actores locales en salud y de otros sectores. Estas nuevas orientaciones de la gobernanza, aunado en apoyos intersectoriales, fue un aspecto clave incorporado en el Plan. Sin embargo, la premisa de la intersectorialidad para la planificación en salud en los territorios en cabeza del liderazgo de las ET, como delegados del gobierno responsable de la rectoría en salud, se limita por la pérdida de autonomía en la toma de decisiones y descentralización de funciones endilgando la responsabilidad exclusivamente a ellos. Esta estrategia de redistribución de funciones, acogida en el contexto de la reforma al sistema de salud, ha conducido al empeoramiento del desarrollo institucional y a la baja participación comunitaria a causa del clientelismo (Gloria Molina & Spurgeon, 2007).

En este sentido, el proceso refleja un *juego de suma cero*, en donde se evidencia diferentes estrategias usadas por los involucrados para obtener mayores beneficios y reducir los costes, determinadas por el contenido. El modo en que interactuaron unos con otros estuvo mediado por una *coordinación negativa*. Por otro lado, en esta fase, el MinSalud cumple la función de hacer seguimiento a las actividades a través del reporte periódico de los indicadores de gestión y resultados y de capacitación a equipos territoriales sobre los instrumentos y lineamientos para la ejecución.

El *coeficiente de centralidad* muestra a las ET y al MinSalud con las mayores interacciones representadas en un 61% y 27%, respectivamente (ver **Anexo 5**). A pesar de aplicarse una perspectiva *bottom-up* en los territorios, que tiende a favorecer una mayor participación de los grupos directamente afectados por la política, se evidencia un mayor grado de responsabilidad en

las decisiones colectivas en las ET para materializar las directrices del PDSP y, fundamentalmente, en la planeación integral para la producción social de la salud basado en la gestión del riesgo.

Algunos entrevistados manifestaron que el peso de la coordinación y responsabilidad de llevar a cabo acciones intersectoriales se concentraba en las autoridades sanitarias, especialmente en los equipos de las ET a través de la asistencia técnica y las acciones de IVC de los demás actores en salud, *la sectorialización que tradicionalmente se ha venido manejando, en donde se cree que los problemas de salud-enfermedad son exclusivamente responsabilidad del sector salud y especialmente de las autoridades sanitarias (E1)*. Por lo demás, en lo que atañe a las acciones de otros sectores públicos como vivienda, agricultura, ambiente, entre otros, se encuentra supeditada a la voluntad de políticos y de los intereses del gobierno.

3.3. Análisis del contenido formal del PDSP

En cumplimiento del objetivo 3, se realizó un análisis formal y de proceso del PDSP en las dos subunidades de análisis seleccionadas como ilustrativas. Este análisis da cuenta de varios aspectos: i) antecedentes normativos; ii) disposiciones y lineamientos administrativos para la acción intersectorial coordinada por las ET; y iii) el contenido del dispositivo político-administrativo. Se advierte que el análisis de los *aspectos formales* busca resaltar los hitos más relevantes del dispositivo, sus inconsistencias y *vacíos* desde la norma; sin embargo, sus contenidos explícitos no siempre coinciden con la situación real, especialmente cuando la PP se lleva a cabo.

3.3.1. Antecedentes normativos que soportan el PDSP

La formulación y puesta en marcha del PDSP se sustenta en compromisos internacionales⁹⁶. En el plano nacional, diversas leyes y documentos de política han reiterado el compromiso estatal

⁹⁶ Entre los que tienen primordial relevancia los ODM; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994); la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995); el Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003); el

de garantizar el acceso y prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS y el cumplimiento del goce efectivo del derecho bajo el principio de equidad. Desde la Constitución Política⁹⁷ hasta la reciente LES de 2015, se ha reconocido y se ha reglamentado el derecho fundamental a la salud. Como punto culminante, el PDSP, en términos de PP, incorpora esta narrativa en la misma dirección de la jurisprudencia y del legislativo.

La Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993 desmontaron el sistema estatal de salud con el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, así como el empoderamiento de las ET y la Nación. La Ley 100 de 1993 creó el SGSSS que buscaba la privatización de todas las instituciones de salud y seguridad social; instaurándose un sistema de atención sanitaria basado en dos principios estratégicos complementarios: la competencia regulada que ordena a los agentes estatales y privados competir por los recursos del sistema mediante la facturación de servicios, y el «pluralismo estructurado» que reorganiza los servicios y las relaciones entre los actores con criterios de mercado (de Currea-Lugo, 2010; Gómez-Arias & Nieto, 2014; Suárez et al., 2017).

Con el fin de materializar las acciones descentralizadas de los servicios públicos por la Nación, la Ley 152 de 1994 y la Resolución 5165 de 1994 establecieron los procedimientos y mecanismos para poner en marcha los PD y las directrices para la elaboración de los planes sectoriales y de descentralización de la salud por las ET. Ya la Ley 715 de 2001, define la distribución y las competencias de las ET en salud, y se establece la obligatoriedad de la Nación y de las ET para priorizar, a partir de la situación de salud en el territorio, las acciones y elaborar un Planes de

protocolo de Kioto sobre el Cambio Climático (1992); y el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y; ahora, los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS], se cambia este enfoque.

⁹⁷ Con la Constitución Política de 1991, se consagra a la salud como un derecho económico, social y cultural, es decir, de segunda generación; que posteriormente fue reconocido por la CC como derecho fundamental, a través de la Sentencia T-760 de 2008, por tres vías: 1). Por su conexidad a la vida; 2). Reconociendo su naturaleza fundamental a niños, niñas, adulto mayor y sujetos en condición de discapacidad y; 3). La afirmación en general de la «fundamentalidad» del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico.

Atención Básica [PAB], con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta los resultados acumulados del SGSSS en sus años de implementación, se reglamenta la Ley 1122 de 2007 con el propósito de mejorar la prestación del servicio, estableciendo que “[...] *El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrenio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo [art. 33]*” (Congreso de Colombia, 2007). Mediante el Decreto 3039 de 2007 se adopta el primer PNSP para el cuatrenio 2007-2010; a partir de este momento, se pretende que la construcción de los planes sean el producto de la movilización social de actores gubernamentales y no gubernamentales, además de la articulación de acciones sectoriales e intersectoriales para afectar los DSS.

La ley 1438 de 2011, propuso cambios al SGSSS implementando el modelo de APS y unificando los planes de beneficio de los dos regímenes en un marco de sostenibilidad financiera e hizo responsable al MinSalud de adelantar el proceso de formulación del PDSP a través de un proceso amplio de participación social. Con el Decreto 4107 de 2011 se le otorga competencias al MinSalud de dirigir, orientar, coordinar y evaluar el SGSSS.

En 2015, el MinSalud expidió la Resolución 1536 que establece disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral en Salud [PIS] a cargo de las ET y de las organizaciones del Gobierno Nacional y, también, las obligaciones de las EAPB y las ARL para contribuir con este propósito. Según dicha normativa, las ET deben formular los PTS para cada cuatrenio, contando con el

ASIS⁹⁸, a través de la estrategia PASE a la Equidad⁹⁹. La diferencia con los anteriores boletines epidemiológicos es que el ASIS incorpora los DSS como un enfoque que permite comprender las causas de los problemas de salud más allá del sistema sanitario¹⁰⁰ (Observatorio Nacional de Salud, 2016).

3.3.2. Aspectos administrativos que afectan el desempeño del PDSP

Con base en el conjunto de normas, lineamientos y procedimientos, las ET en sus distintos niveles administrativos disponen de ciertas herramientas que, respetando su autonomía, les permite articular y armonizar las estrategias definidas en cada una de las dimensiones del PDSP en coherencia con otras PP sectoriales y nacionales (ver **Anexo 6**). En la planeación cuatrienal, que corresponde al período de gobierno de alcaldes y gobernadores, se formulan los PTS articulados dentro del PD territorial. En estos se establecen los compromisos de gobierno que contribuirán con el logro de los propósitos de corto y mediano plazo del PDSP, a través de un componente estratégico y de inversión plurianual¹⁰¹.

⁹⁸ Esta metodología se ha convertido en una importante herramienta para los tomadores de decisiones y hacedores de políticas de salud, no sólo para el organismo rector del sistema sino también para las ET, en el sentido de que les permite hacer seguimiento a los indicadores en salud y analizar el impacto de las políticas públicas sobre los DSS. La incorporación de esta herramienta se hizo posible por el avance de la integración de la información en salud con la creación del SISPRO.

⁹⁹ El proceso de planificación integral en salud comprende: 1). Alistamiento institucional; 2). Formulación del PTS con su componente estratégico y de inversión plurianual y; 3). La gestión operativa anual con la elaboración del Componente Operativo Anual de Inversiones [COAI] y el Plan de Acción en Salud [PAS]. El ASIS será el insumo transversal durante este proceso que será actualizado cada año para hacer la priorización de las tensiones en salud presentes en el territorio bajo el modelo de DSS.

¹⁰⁰ Es necesario advertir que, dependiendo del tipo de nivel en el que se encuentre la planificación, el ASIS será en profundidad por cada dimensión del PDSP en el que se hace una descripción global de las características demográficas más relevantes de la población y se realiza cada cuatrenio para la elaboración del PTS, y; el general en el que se hace una actualización anual de la información disponible para hacer un balance de los objetivos propuestos en los PAS. Toda esta información será actualizada en la plataforma SISPRO periódicamente.

¹⁰¹ El componente estratégico contempla la visión, metas estratégicas y la identificación de la *cadena de valor* con sus objetivos y metas por cada dimensión (resultado) y componente (producto); los cuales serán vinculantes con los objetivos y metas estratégicas del PDSP. Este componente tiene un carácter transectorial que le permite a los equipos territoriales identificar cambios importantes durante el proceso de planeación y nuevas apuestas ajustándose a la visión de 2021. En cuanto al componente de inversión plurianual, su propósito es garantizar la viabilidad financiera del PTS al definir la proyección de los recursos financieros a través de los cuales el sector sanitario ejecutará las metas que se

La capacidad institucional como factor crítico de éxito del PDSP

Para la formulación de los PTS el MinSalud adoptó oficialmente la estrategia Pase a la Equidad en Salud, diseñada con el fin de fortalecer la capacidad institucional de las ET para la formulación de los PTS, mediante una secuencia lógica de procedimientos, momentos, pasos y actividades. La estrategia propone avanzar en la ejecución del PDSP, incorporando la identificación de tensiones en salud presentes en el territorio como un aspecto clave (Ministerio de Salud y Protección, n.d.). No obstante, al basarse en el marco de la metodología PHVA, esta estrategia refuerza la tendencia a caracterizar los procesos en salud como algo simplemente técnico orientados a indicadores de *performance*, de cumplimiento de metas y de resultados. Según algunos entrevistados, la intención de tecnificar la planificación por parte del MinSalud, ha impedido que las decisiones se asuman de forma inteligente limitándose los agentes en salud locales a llenar *formatos* y cumplir con los requerimientos del gobierno central, [...] ellos [MinSalud] dan la norma, los lineamientos y hay que cumplirlos. Ellos dan las órdenes (E7).

Además, se observa que estos instrumentos se tornan incomprensibles para ellos debido a su alta complejidad, la baja capacidad institucional de las ET y la falta de movilización de las EAPB para involucrasen en el proceso de gestión de la salud pública, *pues a mí se me hizo fácil, pero porque estuve desde sus inicios allá en el ministerio recibiendo la capacitación y todo. Pero yo veo a los municipios, pues de hecho a nosotros nos corresponde a los municipios y lo hicimos, pero a los municipios si los veo con muchas falencias frente a ese proceso (E9)*. A pesar de las limitaciones evidenciadas a nivel institucional, se reconoce su valor, *me pareció una buena*

prevé alcanzar durante el periodo de gobierno con fundamento en el marco fiscal de mediano plazo y el PFTS (Ministerio de Salud y Protección, n.d.).

metodología lo que hizo el ministerio cuando empezó a hablar del PDSP y lo ligó a la metodología PASE a la Equidad, afortunadamente la metodología es muy buena (E7).

En coherencia con lo anteriormente expuesto, dentro de la narrativa se identifica una evidente carencia de capacidades institucionales por parte de las ET, y en general, de los actores locales en salud para llevar a cabo estos lineamientos. En respuesta a esta situación, algunos equipos territoriales de los municipios del departamento de Casanare, como Aguazul y Paz de Ariporo, han recurrido a implementar *estrategias informales* producto de la experiencia y las enseñanzas compartidas. Dentro de las empleadas por ellos se encuentra la contratación de profesionales *expertos* en el tema, para que los apoyen en la construcción del ASIS y la formulación de los PTS.

Sin embargo, un factor que puede limitar el alcance de esta estrategia es que muchos de esos profesionales externos desconocen la trayectoria histórica del territorio, y el análisis es suplido únicamente con información estadística disponible, *desde el 2016 se inició con dos profesionales, ellos fueron los que estructuraron el PTS además de otros documentos. Y cada año, son ellos quienes han hecho ese ejercicio con acompañamiento de nosotros o bajo supervisión (E7).*

Algunos entrevistados manifiestan que han adoptado esta práctica, debido a que el MinSalud ofrece poco acompañamiento y asesoramiento técnico durante el proceso, *ellos son los que dan las indicaciones, toca hacerlo; pero ya cuando hablamos de asistencia, de seguimiento y demás, deberían hacérsela a los municipios porque ellos siempre dicen que el principal canal es el departamento, la secretaria de salud departamental. [...] Pero sí sería bueno que ellos hicieran realmente el seguimiento, el apoyo y la asistencia técnica en los municipios (E7).*

Según algunos testimonios, las capacitaciones desarrolladas con los equipos territoriales se han enfocado en dar una asistencia técnica de los instrumentos para llevar a cabo las estrategias del

PDSP, sin que contribuyan a una comprensión clara de lo que se está realizando; *lo que suele hacer el ministerio en términos de la asistencia técnica es una cosa muy instrumental (E6).*

Otros concuerdan al decir, que pueden ser capaces de desarrollarlo operativamente siguiendo el *paso a paso*, pero tienen el problema de no ser replicables al ser dependiente del operador e involucra un desgaste al equipo técnico-metodológico territorial al tratar de ajustarse a una normatividad que no entienden bien y que cambia con frecuencia, *es mucho el desgaste en términos administrativos, económicos, logísticos para hacer una formulación de una cosa de esa envergadura para que dure tan poquito tiempo [...] en la formulación se está apenas empezando a implementar cuando ya alguien dice “hay que evaluarlo” (E4).*

El caso de Casanare no es ajeno a esta realidad. Aunque no se tienen datos concretos del seguimiento y evaluación estadística de las estrategias acogidas por los municipios para la materialización del PDSP, se observa en el último ASIS departamental 2018 que en el consenso técnico realizado con el área de epidemiología se identificaron y se priorizaron necesidades urgentes en salud que requieren la gestión de acciones intersectoriales, entre ellas: la atención de partos y cobertura de controles prenatales, las barreras de acceso relacionadas con el acceso a los servicios de salud en población afiliada y la ausencia de una estructura fortalecida de la red prestadora de servicios en el primer nivel de atención. Igualmente, reconocen la necesidad de desarrollar entre las ET y las IPS estrategias para facilitar la atención integral de personas y población en general, con eventos infecciosos de interés en salud pública endemoepidémicas (Gobernación de Casanare, 2018).

3.3.3. El contenido formal del PDSP como regla de decisión

El PDSP representa un cambio de paradigma en la forma de comprender la salud bajo el modelo de DSS y la planeación territorial, *aquí es muy importante que el PDSP tocó lo que tenía*

que ver con la equidad, avanzando en esa mirada y en esa construcción en lo que se terminó consolidando en el MIAS que recogió la estructura de lo que se planteó en el PDSP (E2). Sin embargo, la ejecución de las directrices del PDSP a través de estos instrumentos es muy complicado a nivel local; uno puede decir “eso que está escrito está hermoso, bello, es muy coherente, pero vaya ejecútelo a ver cómo le va”. Entonces, es bien complicado; sí, yo entiendo lo de la consulta y fue amplia, eso fue muchos meses que estuvieron, participó el que quería; y de hecho si fue un buen Plan, [...] pero entonces la ejecución es muy complicada. Por ejemplo, ahorita con el MIAS y las RIAS¹⁰², hermoso; uno dice “Dios mío esto se diera, pero aplíquelo en un territorio de esos” (E9).

Algunas fuentes consideran que el horizonte de tiempo establecido para la implementación del PDSP, es muy corto dadas las condiciones de los territorios, la complejidad de los instrumentos y las capacidades de los agentes, *yo pienso que este Plan es como para unos seis decenios (E2)*. Resaltando que las estrategias y acciones son *cosas muy ambiguas, muy generales, sabiendo que pueden hacer cosas muy puntuales que sí van a impactar (E7)*. Cuando deberían ser más específicas por cada territorio en coherencia con las necesidades urgentes y problemáticas priorizadas en salud y sus determinantes.

El problema público definido por el PDSP como su objeto

La clave de cualquier política radica en el problema que pretende resolverse con la directriz. La formulación de la política estará determinada por la formulación del problema. La situación problemática que se definió para el Plan obedece principalmente a una necesidad mundial de

¹⁰² Actualmente, este modelo MIAS es reemplazado por el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) que deroga las Resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019. Esto es un claro ejemplo de las incoherencias del gobierno central que no permite establecer una normatividad clara y sencilla de seguir por parte de las ET, quienes no acaban de adaptarse al anterior modelo y ahora tienen que implementar otro comprometiendo sus recursos sin acciones coordinadas.

buscar justicia social más que a una reforma estructural que corrija las fallas del SGSSS. Es indudable que el escenario mundial, con sus profundas desigualdades en las relaciones de fuerza y los acuerdos económicos, influye en demasía en la equidad sanitaria al interior de un país y entre ellos (OMS, 2009, 2011). Colombia, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina [CEPAL], es uno de los países con mayores desigualdades e inequidades en salud; avanzando poco en el cierre de brechas entre ricos y pobres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Aunque el Gobierno y el MinSalud definieron un conjunto de intervenciones dirigidas a impactar positivamente los DSS y disminuir la inequidad en salud, el análisis histórico del sistema sanitario desde su implementación (Ley 100 de 1993), sugiere que las reformas contenidas en el PDSP corresponden más a una estrategia política del *establishment* para dar una respuesta a la presión ejercida por la incidencia política de grupos ordenados de la sociedad civil, al incremento de las tutelas de los ciudadanos para defender su derecho a la salud, y al reconocimiento de la corte de su *fundamentalidad* a causa de los fallos estructurales que viene presentando el SGSSS. Siendo el modelo de DSS la bandera y eje articulador de la intervención en salud pública, de acuerdo con los lineamientos internacionales¹⁰³.

El PDSP adoptó dentro de sus tres objetivos estratégicos los principios establecidos por la CDSS¹⁰⁴ y acoge la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, como un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública. También acoge el imperativo de apropiar los valores relacionados con los derechos fundamentales propios del

¹⁰³ Durante la 62ª Asamblea Mundial de Salud, realizada en 2009, se instó a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en los países y entre estos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de «*subsana las desigualdades en una generación*» (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; OMS, 2009).

¹⁰⁴ La CDSS (2009), propuso algunos objetivos como principios de toda política pública: reducir las desigualdades de salud, mejorar el estado de salud, mejorar la respuesta del sistema de salud a las legítimas expectativas de la población, proteger a las personas de un modo equitativo de las consecuencias financieras derivadas del cuidado de la salud.

Estado Social de Derecho y del marco jurídico-político propuesto por la Constitución de 1991. Su acción está orientada a suprimir la desigualdad de todo tipo, y en primer plano la social, con el fin de garantizar a la población condiciones de vida digna. Además, propone una visión holística de la salud, donde considera diversos enfoques complementarios ¹⁰⁵. Como es indicativo en todo el país, los distintos niveles administrativos deben adoptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución a través del ASIS y el PTS.

En este sentido, el PDSP promueve una acción intersectorial y transectorial en salud agrupando políticas sectoriales entre el sector sanitario y otros sectores como estrategia clave para lograr una equidad social y sanitaria¹⁰⁶. Como declara la CDSS, la acción intersectorial en pro de la salud representa una estrategia primordial para lograr la coherencia política y mejorar los DSS y la equidad sanitaria (OMS, 2009). Sin embargo, todavía se observa una *[...] pobre participación intersectorial. El concepto de que salud es responsabilidad del sector salud; que las condiciones de salud de una población son responsabilidad de lo que tiene que hacer salud, y en realidad no se ha podido avanzar de manera importante en lo que es la comprensión de que la salud es el resultado de una serie de determinantes (E8)*. Otro apunta que *hay otra cosa importante y es que el PDSP trabaja mucho la individualidad, y tenemos que trabajar en familias. Si nosotros no trabajamos en familias no serán perdurables y eficaces las acciones en salud (E7)*.

El Plan tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los DSS y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los

¹⁰⁵ 1). El enfoque de derechos; 2). El enfoque de perspectiva de género; 3). El enfoque diferencial; 4). El modelo DSS y; 5): enfoque regional. Esto permitió establecer estrategias para abordar aspectos desde las diferencias territoriales, culturales, poblacionales y políticas obligadas para formular los PTS y programas acordes características, capacidades específicas de las regiones.

¹⁰⁶ Todos estos principios se tomaron de lo concertado en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud de Río de Janeiro en 2011 y la Declaración de Adelaida sobre la *Salud en Todas las Políticas* en 2010; con el que reiteran su compromiso en la resolución WHA62.14 de «reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los DSS» (OMS, 2010, 2011).

años de vida saludables [AVISA]. Enfocado en «*las causas de las causas*», este Plan señala la necesidad de ampliar el alcance de las intervenciones hacia las causas que generan los problemas; y reconoce que es fundamental, ante todo, destacar que la equidad en salud comprende mucho más que el acceso a los servicios de salud; su análisis presupone que existe un desequilibrio subyacente, generado por las formas de organización social y la desigual distribución de la riqueza entre los individuos y las comunidades.

No obstante, los problemas conceptuales para diferenciar la equidad sanitaria de la equidad en salud, y para materializar sus concepciones a través de los PTS, constituyen un gran desafío para los equipos territoriales, pues varios de los objetivos de los planes, conservan la influencia del enfoque neoliberal que expresa los resultados esperados en términos de niveles mínimos y máximos del bienestar agregado; priorizando a los grupos poblacionales más necesitados mediante acciones asistencialistas focalizadas, con enfoque de riesgo a nivel individual y colectivo.

Esto ha generado una PTS asistencialista ajustada a la búsqueda de rentabilidad del modelo, a través de la monitorización y definición del riesgo de enfermar según la posición social del individuo con la finalidad de disminuir los costos en la provisión de los servicios. Esta despolitización del PPr, caracterizándolo como un proceso técnico, ha permitido que la gestión de los recursos del sistema se articule bajo el principio de costo-efectividad, con las EAPB al mando como agentes ordenadores del gasto.

Tanto el PTS departamental como algunos planes municipales, evidencian un corte asistencialista al tener por objeto mejorar la prestación de servicios de salud a la población a través de un modelo de red que favorezca la oportunidad, accesibilidad y calidad en la atención y, de esta manera, garantizar el derecho a la salud. No obstante, las acciones colectivas en salud pública a

cargo de los municipios se desarrollan a través de acciones del PIC con enfoque en la estrategia APS.

A partir del análisis etiológico de los problemas en salud pública¹⁰⁷, el PDSP estableció diez dimensiones según su influencia teórica sobre las condiciones de bienestar y salud de la población. Estas dimensiones son entendidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación del PDSP, y desarrollan dos componentes, uno sectorial y otro transversal, a excepción de la cuarta y sexta dimensión. Las ocho dimensiones prioritarias se encuentran entrecruzadas por dos dimensiones transversales, competencias a cargo del Estado, que dan cuenta de los desarrollos diferenciales específicos para algunas fases del ciclo de vida y de poblaciones étnicas (ver **Anexo 7**).

Al nivel estratégico, el PDSP se despliega mediante tres componentes, considerados esenciales: los enfoques conceptuales, el diseño estratégico y las acciones para cada una de las dimensiones prioritarias que permiten llevar a la práctica en los PTS. En aras de consolidar la participación social efectiva en las decisiones para generar sinérgicas sectoriales público-privadas, el PDSP definió las orientaciones operativas de las acciones de los PTS a través de tres líneas: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y de la salud pública.

Adicionalmente, el PDSP contempla un Sistema de Monitoreo y Evaluación [SME] con el fin de informar sobre los progresos y dificultades en el cumplimiento de los objetivos y metas. El sistema se apoya en los datos suministrados por el ONS, el SISPRO, y otras fuentes de información de otros sectores (v.g. DNP, DANE y ministerios). Los informes de seguimiento y evaluación se

¹⁰⁷ El ASIS de 2007-2010 fue la línea base para la construcción del PDSP, además de otras fuentes de información provenientes del SISPRO. Este análisis permitió caracterizar de manera inicial el estado de salud de la población en lo referente al histórico y tendencia de los daños, y las condiciones socioeconómicas y de los servicios de salud [factibilidad, efectividad y resultado de las intervenciones].

dispondrán para todos los actores interesados, en las fechas de corte para evaluación bianual establecidas por el MinSalud. Cuya finalidad es profundizar en el análisis de la situación y avance en cada dimensión y componente, con un enfoque explícito hacia la interpretación de las brechas de equidad en salud que aún persistan, así como los ajustes en las estrategias para reducirlas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Con este sistema de vigilancia, el MinSalud pretende monitorizar durante la implementación el logro y cumplimiento de objetivos y metas del PDSP y emitir recomendaciones basadas en la evidencia que permitan optimizar la asignación del gasto en salud potencializando los alcances de las estrategias de intervención de los DSS identificados. Sin embargo, este sistema de evaluación no es implementado de manera permanente por el MinSalud en todo el territorio.

Dentro de las fuentes consultadas se destaca una excesiva complejidad formal de este sistema, con un total de 86 objetivos, 301 metas, 395 estrategias y 216 indicadores; que resulta difícil de cumplir por los municipios más pequeños incapaces de abarcar todas las dimensiones (ver **Anexo 8**). Algunos manifiestan, *el municipio pequeño me dice “yo tengo que abordar 10 dimensiones con 17 millones, ¿cómo lo hago?” uno le dice “no, pues priorice”; pero igual, siempre le van a llegar a pedir cuentas de 10 dimensiones, por ejemplo. Yo siempre les digo: “mire, haga una estrategia que usted englobe todo: una atención primaria en salud que usted tenga un equipo de dos personas” (E9)*. Que por falta de recursos y capacidades institucionales no pueden llevar a buen término, *yo estoy segura de que muchísimas de esas actividades, metas y estrategias que están en ese Plan en todas las administraciones no tocamos muchas (E6)*.

Los municipios pequeños (categoría 4, 5 y 6), con recursos económicos, físicos y humanos escasos ha impedido que se diseñen planes, estrategias y programas de mayor alcance que logren impactar positivamente los DSS. Enfocándose en acciones de gestión del riesgo. En Casanare, los

testimonios de los entrevistados dejan entrever un inconformismo con respecto a las acciones y estrategias llevadas a cabo por los actores de salud locales, especialmente por las ET. Demostrando que muchas de ellas son la continuación de las mismas fórmulas utilizadas año a año por los equipos territoriales sin ninguna adaptación a las tensiones en salud presentes en el territorio.

3.4. Análisis del proceso adelantado en la gestión del PDSP

En cumplimiento del objetivo 3 se realizó un análisis formal y de proceso del PDSP en las dos subunidades de análisis seleccionadas como ilustrativas. Este componente del estudio describe la forma como se desarrolló el PDSP desde la construcción del problema hasta su implementación actual. El análisis implicó la reconstrucción de las acciones y no acciones llevadas a cabo por los involucrados en términos generales¹⁰⁸. Reconociendo que el proceso político raramente es secuencial, para fines analíticos se identificaron cuatro momentos claves: a). Visibilización y posicionamiento en la agenda gubernamental; b). Argumentación de la propuesta; c). Formulación e; d). Implementación actual.

3.4.1. Visibilización y posicionamiento del problema

La determinación del problema de interés público, su inclusión en la agenda y su posterior factibilidad política a nivel legislativo han estado supeditados a las formas como se materializa el poder en el sector sanitario. Las reformas al sistema y formulación de políticas de salud han operado como un instrumento de coacción para mantener un *estado de las cosas*, dejando en una posición privilegiada a actores con intereses de tipo económico, industrial y político sobre otros

¹⁰⁸ Las PP se consideran un proceso decisional, configuradas por un conjunto de decisiones a tomar en el transcurso de un proceso temporal, más allá del período inicial de formulación (Pérez et al., 2006). De acuerdo con Franco (2010), este proceso político se entiende como *la toma de decisiones comunes para un grupo, por medio del uso del poder*, bien sea como búsqueda cooperativa de respuestas a problemas comunes o como un acto de imposición de la voluntad de unos actores sobre otros.

con intereses sociales en favor de la generación del fomento de la salud como un motor de desarrollo económico más allá de una forma de desarrollo social (Daza, 2017).

La necesidad de reformar las PP en salud pública se hizo visible por la confluencia de dos condiciones inicialmente independientes: A nivel mundial, la idea de recuperar la salud pública, promovida por la OMS desde 2008, comprometió formalmente a los Estados miembros estimulándolos a lograr la equidad en salud basado en el marco de los DSS mediante el desarrollo de intervenciones articuladas de políticas sociales y de desarrollo económico. Al nivel nacional, la crisis de sostenibilidad del SGSSS y presión de diversos sectores de la sociedad obligaron al gobierno y al Congreso a promover modificaciones incrementales que incluyeran el principio de equidad en salud como resultado central de todas las PP. Este *reformismo no revolucionario*, se configuró más como una *estrategia reactiva*¹⁰⁹ que desviaba la atención de la opinión pública hacia políticas sociales, sin modificar el modelo de administración y prestación de los servicios articulado bajo el principio de costo-efectividad con las EAPB como actores centrales que racionalizan los costos para obtener mayor rentabilidad¹¹⁰.

Este movimiento mundial que permeó todas las instancias de los gobiernos, permitió crear una «ventana de oportunidad» para la inclusión del PDSP en el paquete de reforma; lo que significó

¹⁰⁹ Como sugiere Parsons (2007), las PP son estrategias en sí mismas diseñadas por los actores (*decision makers* y *policy makers*) para el logro de metas. La fuente real de legitimidad en tanto efectividad de la PP no radica en el hecho de que sea acertada o no para abordar el problema definido como de interés público; su importancia está en el objetivo para el que fueron diseñadas. En este sentido, y considerando que el PM es un proceso político donde se enfrentan intereses de diferentes involucrados, se negocia y se llega a un consenso; los grupos de interés que triunfan en el debate público, incluyendo al Gobierno, moldean el dispositivo en virtud del tipo de metas que persiguen y de otras condiciones (coyunturales y contextuales) que se consideran para no truncar el proceso. Muchas veces las propuestas *de* política, producto de esta interacción, son de naturaleza incremental que no afectan el *statu quo* o genera cambios muy lentos. De acuerdo con la naturaleza del problema a tratar y su relevancia social, se formulan PP como respuesta a problemáticas sociales con horizontes de tiempo de corto, mediano y largo plazo de intervención. Dentro de estas PP se identifican las políticas propositivas y reactivas, la primera con un horizonte más amplio que la otra (Dente & Subirats, 2014; Lindblom, 1991; Roth, 2018).

¹¹⁰ Además de otras características de la ortodoxia neoliberal, como la flexibilización laboral, la intermediación de los procesos y la privatización de los servicios en salud; que son el origen de los fallos estructurales de un sistema que legitima las formas de exclusión y de inequidad para las personas.

más una modificación marginal o incremental del *statu quo* del SGSSS trayendo consigo nuevos lineamientos para la planeación y gestión integral en salud a nivel territorial (Borrell & Artazcoz, 2008; Observatorio Nacional de Salud, 2015). El posicionamiento del PDSP dentro de la agenda reformista del 2011, más que una voluntad política por seguir “al pie de la letra” las recomendaciones de la CDSS, se debió a la confluencia de varias condiciones: la similitud de intereses políticos y económicos que tenían el gobierno y el Congreso para mantener la hegemonía de su posición privilegiada dentro de la arena política, y la presión de la sociedad civil que propendía por cambios urgentes en un sistema de salud que luego de más de dos décadas de implementado no ha logrado los objetivos propuestos de cobertura universal y acceso equitativo en atención de alta calidad.

De acuerdo con lo expresado en el documento técnico, el problema de interés público se definió en una forma implícita expresándose de la siguiente forma:

Colombia enfrenta el gran desafío de dar respuesta a los problemas en salud pública que aquejan a toda la sociedad, donde se reflejan una jerarquía de diferencias sociales que crea profundas desigualdades en la distribución de la riqueza, el acceso a bienes y servicios y de condiciones de vida dignas¹¹¹. Estas desigualdades¹¹², injustas y evitables, generan inequidades en salud y deben ser corregidas por acciones del Estado y la sociedad en conjunto.

El Estado Social de Derecho, reconoce que la sociedad no es un ente compuesto por sujetos abstractos, sino un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real, por lo

¹¹¹ Nuestro país, en relación con el contexto socioeconómico, político y cultural en el cual crece y se desarrolla la población, se encuentra entre los países que exhiben mayores desigualdades sociales e inequidades en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

¹¹² En el PDSP, la desigualdad es entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

tanto, debe crear los supuestos sociales de la misma libertad para todos suprimiendo la desigualdad de cualquier tipo, y en primer plano la social. De este modo, el PDSP representa la expresión concreta de la política de Estado por reconocer la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano y acoge el principio de equidad, entendida en su fundamento operativo, como darle a cada quien lo que necesita, en una relación íntima con la justicia, cuyo fin es reducir inequidades basadas en las diferencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Esta ambigüedad en la definición de la problemática, su gran relevancia social a un largo plazo y de interés especial para el país en términos de articular el desarrollo económico con el social y, la carencia de un abordaje claro del tema en los últimos años; permitió la expansión de la atención del público en general y su consolidación en la agenda gubernamental sin mayores resistencias.

Varias fuentes consideran que las alternativas de solución propuestas para el PDSP¹¹³ fueron adecuadas de acuerdo con el enfoque diferencial y de DSS, *pienso que el Ministerio de salud a través de un grupo de consultores vieron esa necesidad de que se reformara, se modificara las políticas en salud, y que se hicieran cambios de fondo (E3)*. Uno de los mecanismos fundamentales por los cuales se consiguió el consenso de la mayoría en el Congreso con el respaldo de altos funcionarios del gobierno, estuvo dado por las relaciones informales establecidas a través del *lobby*.

Por otro lado, las fuentes destacan avances importantes como la integración de la información a través del SISPRO, incluida en la reforma, convirtiéndose en un recurso ineludible para la construcción de los ASIS a nivel nacional y territorial, *poder tener disponibles en este momento*

¹¹³ La definición y selección de alternativas de solución propuestas para el PDSP se basaron en la recopilación y sistematización de la información disponible sobre la situación problemática que se pretendía intervenir.

un sistema de información, de monitoreo y evaluación que todavía no es visible para el ciudadano de a pie pero que lo va a ser pronto porque todo es por etapas (E4); considero que hoy día se ha avanzado mucho en eso. O sea, antes, estoy hablando de unos cuatro o cinco años, tus consultabas cuatro o cinco fuentes de información y todas eran diferentes. Ahora, pues uno ya tiene un referente que es SISPRO; entonces, uno ya sabe que el ASIS en su mayoría se alimenta del SISPRO (E9); hicimos un esfuerzo muy grande con los ASIS, y se crearon unas capacidades importantísimas en este sentido, se desarrollaron herramientas, se dispuso de información (E2). Sin embargo, en zonas donde el acceso a internet se dificulta llevar a cabo estas acciones en el sistema integrado de información es un reto, *pero entonces, también se limita un poco en las zonas donde no tienen acceso fácil a internet, ellos si la ven grave (E6).* Esta etapa culmina con la recolección de la información como insumo para el análisis cualitativo y con los acuerdos pactados entre los grupos técnicos y académicos para que se vincularan las propuestas de la consultad ciudadana en el contenido de la política.

En las ET se llevaron a cabo procesos de divulgación y consultas sobre el PDSP y las herramientas para su implementación como la Estrategia PASE a la Equidad y la guía para la elaboración del ASIS, a cargo de delegados del MinSalud en colaboración con la *Unión Temporal Unidecenal*. No obstante, este proceso consultivo e informativo sólo se realizó en los equipos territoriales del departamento.

3.4.2. Formulación de propuestas para el PDSP

Estructurada en cinco pasos, la fase de formulación se llevó a cabo entre mayo de 2011 hasta marzo de 2013 (ver **Anexo 9**). La primera fase, de aprestamiento, realizada en mayo de 2011 hasta julio de 2012 estuvo a cargo del MinSalud con el apoyo de consultores externos; consistió en una revisión sistemática de la literatura sobre el abordaje del modelo de los DSS y frente a las ventajas

de los enfoques existentes para su evaluación; de la normatividad vigente y; la evaluación de las capacidades de vigilancia y de respuesta. Con base en esta revisión técnica se definieron los enfoques, las orientaciones estratégicas y la propuesta metodológica para la construcción del PDSP a partir de las alternativas de abordaje existentes, de las experiencias nacionales e internacionales, y de los resultados de la gestión de la salud pública obtenidos en 17 años de desarrollo del SGSSS y de la evaluación del PNSP 2007-2010¹¹⁴.

La experiencia del primer Plan nacional fue reconocida como positiva por la mayoría de los actores territoriales consultados; sin embargo, no logró trascender el sector y, por lo tanto, no consiguió modificar, por sí sola, los DSS que son el verdadero origen de la pérdida de salud de los individuos y de la perpetuación de las situaciones de vulnerabilidad. De las 35 metas de salud incluidas en los 10 objetivos del Plan, de manera global, sólo el 49% de las metas se cumplieron con resultados óptimos y aceptables a nivel nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Este fue el punto de inflexión central para que en el PDSP se incorporara el modelo de DSS como la piedra angular de la planificación en salud; *mientras no haya un cambio de esos paradigmas de que la enfermedad, discapacidad y muerte son el resultado de la interacción de unos determinantes; y se logre obtener la participación de todos los sectores involucrados, pues definitivamente tendremos unos resultados que no son acordes con lo deseado (E1).*

Entre las dificultades observadas en el PNSP, se destacaron: la debilidad técnica de las ET que tienen en materia de gestión sanitaria; la falta de información que permitiera soportar las

¹¹⁴ Esta evaluación estuvo a cargo del MNS juntamente con la Red Colombiana de Investigación en Políticas y sistemas de salud y en convenio de cooperación técnica con la OPS, evaluando 32 departamentos y el distrito capital desde una mirada de política pública utilizando diferentes metodologías cualitativas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

decisiones; la escasez de recursos técnicos, financieros y de infraestructura; la ausencia de una coordinación con los distintos planes que convergen en el nivel local; y la ausencia y falta de compromiso de las EAPB y de otros sectores de la administración territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

A raíz de esta evidencia, se identificó la necesidad de fortalecer algunos factores como la necesidad de mejorar la calidad de los análisis relacionados con la salud de la población y la forma de enfrentarla; la articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios; la integración de la política de salud con el resto de las políticas sociales; la optimización de los recursos disponibles y requeridos y; el apoyo técnico y el compromiso político de la autoridad sanitaria implicada.

En consecuencia, el MinSalud propuso el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, estableciendo entre otras acciones: delimitar el marco de competencias territoriales; fortalecer el sistema de información en salud; fortalecer la asistencia técnica en los territorios; controlar los recursos de financiación y; evaluar la gestión territorial y los resultados en salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). No obstante, pese a identificarse y proponerse mejoras de cambio; las dificultades persistieron, especialmente en la coordinación y apoyo por parte de las EAPB según los testimonios encontrados, *hemos tenido esa dificultad en ocasiones y no logramos garantizar esa atención oportuna. Incluso hemos tenido que llegar a utilizar mecanismos, como es la acción de tutela [...] (E6).*

La fase de definición técnica, de octubre de 2011 hasta octubre de 2012, utilizó el ASIS 2002 – 2007 como línea base para el análisis etiológico de la situación de salud de la población. A partir de esta caracterización, se denominaron *familias de problemas* a ciertos grupos de eventos y factores prioritarios en salud, de los cuales surgieron las diez dimensiones de abordaje. Luego, se

inició el análisis de los DSS, donde se identificaron los determinadores estructurales e intermedios a través de las brechas existentes en salud, enfermedad, atención y cuidado; también se identificaron los actores claves para ser informados sobre las inequidades documentadas y se revisó la teoría de acción usada hasta el momento por cada dimensión.

Los autores coinciden en destacar que la información es un insumo importante para responder a las problemáticas que afectan a las sociedades. Sin embargo, el *policy maker*, rara vez cuenta con la información necesaria, ni tiene en cuenta otros factores explícitos que afectan el proceso, de acuerdo con el modelo de racionalidad limitada. El sector sanitario no es la excepción, las decisiones tomadas en función de administrar los servicios de salud se encuentra influenciadas por intereses políticos y económicos que inciden más que la experticia técnica (Dente & Subirats, 2014; Observatorio Nacional de Salud, 2016). Por esto Walt (1994) asume que es un proceso político más que técnico, propio del modelo gerencial.

La fase de consulta ciudadana, efectuada desde marzo hasta octubre de 2012, tuvo una participación amplia de los diferentes actores de la sociedad con el fin de otorgarle legitimidad y gobernabilidad al PDSP¹¹⁵, *156.000 ciudadanos opinaron y participaron y se ven reflejados en lo que quedó en la política. Estoy convencida y están en la evidencia (E2); la consulta como tal, la difusión, pues, que se llevó a cabo, en la medida de las posibilidades, fue adecuada (E1)*. Sin embargo, estuvo orientada a dar información sobre el proceso, pero no involucró plenamente a las comunidades locales¹¹⁶; *El gobierno nacional involucro a diferentes partes, pero no se hace*

¹¹⁵ Realizada a través de cuatro estrategias: 1). Consulta territorial presencial dirigida a población general a cargo del convenio *Unión Temporal Unidecenal* conformado por universidades públicas del país; 2). Consulta ciudadana con mecanismo virtual; 3). Consulta a los actores del SGSSS y grupos ordenados de la sociedad y; 4). Consulta con niños, niñas y adolescentes. Posteriormente se abriría una quinta consulta con grupos diferenciales de la sociedad

¹¹⁶ Los sectores que hicieron presencia en la discusión de los talleres de concertación fueron: sector salud (56,5%), comunidad (29,4%) y otros sectores (14,1%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

consenso, finalmente se invita, se informa, se da la información, pero no se escucha como debería escucharse a las personas afectadas (E3). Se les preguntó a los participantes del cuestionario si su opinión como involucrado en la fase de formulación y/o posible afectado por la política fue consultada por las autoridades sanitarias responsables; 39% (11) y 61% (17) respondieron si y no, respectivamente. En los casos afirmativos, se indagó en qué aspectos fueron consultados; siendo el factor común los procesos de operacionalización de los instrumentos y directrices a nivel territorial¹¹⁷.

Lo que lleva a considerar que la consulta con la ciudadanía en general y los equipos territoriales, estuvo caracterizada por ser una fase consultiva y de socialización de los lineamientos e instrumentos metodológicos dispuestos para la ejecución de las directrices del PDSP, más que un espacio de consenso y deliberación. Dejando la toma de decisiones en temas de contenido, diseño y financiación al grupo de cambio designado por el MinSalud; dicha estrategia se logró gracias al control que el contexto institucional les otorga durante el proceso. El caso de Casanare no ha sido distinto, donde los únicos consultados fueron los profesionales de epidemiología y personas encargadas de la vigilancia en salud pública. La participación de otras áreas de la ET fue muy heterogénea.

3.4.3. Formulación del contenido del PDSP

La fase de formulación se realizó entre noviembre de 2012 y febrero de 2013. Durante esta fase las propuestas se integraron para precisar: los objetivos estratégicos y sanitarios de cada dimensión, sus metas y estrategias por componente, recursos, responsables sectoriales, sistema de indicadores, mecanismos de seguimiento y evaluación, y las necesidades de gestión sectorial,

¹¹⁷ La mayoría de los factores consultados se concentra en el diagnóstico general de la situación de salud con relación al ASIS (43%), aspectos técnicos y administrativos (29%) y definición de problemas prioritarios (14%).

transectorial y comunitaria. Cuando se preguntó a los entrevistados sobre el papel desempeñado en la fase de formulación e implementación, el 69% (18) respondió que su función consistió en gestionar la aplicación de lineamientos e instrumentos dispuestos desde el MinSalud, tanto desde su posición como ejecutor de actividades, como de apoyo técnico a las actividades administrativas. El 21,9% (6) participó como informante en la consulta.

En la fase de validación, de febrero hasta marzo de 2013, se revisó el documento técnico por las diferentes áreas del MinSalud y grupos de expertos nacionales e internacionales con el fin de enriquecer los contenidos desde sus diferentes saberes. La participación de este grupo, comúnmente alejado de las decisiones públicas, contribuyó a la difusión del plan en otros sectores; *en las universidades empezaron a hablar de determinantes sociales. Se ha permeado en la academia (E2).*

En septiembre de 2012 el MinSalud, mediante la Resolución 1841 de 2013, adoptó oficialmente el PDSP y expidió los manuales correspondientes para su puesta en marcha. La fase de presentación del documento y divulgación se realizó entre febrero y diciembre de 2013; durante este período se presentaron a otros ministerios las propuestas de acciones conjuntas, y se hicieron negociaciones para el abordaje de los DSS mediante acciones intersectoriales y compromisos de trabajo colaborativo por la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, 2013). Aunque es de resaltar que todo el proceso estuvo liderado por el MinSalud, sin mayor compromiso de otros ministerios, incluido el DNP, que el de mostrar respaldo a la gestión.

No se encontraron datos que ilustren el costo financiero del diseño e implantación del PDSP. No obstante, de acuerdo con el director del grupo técnico encargado de la formulación, los recursos destinados a este proceso oscilaron alrededor de los *63.000.000.000 de pesos: fue el presupuesto destinado para esos años y fueron recursos propios, no hubo recursos de terceros. Y se manejaron*

en un 90% a través de un convenio externo Unión Temporal Unidecenal (E2). Sin embargo, la participación de otros agentes pudo involucrar recursos propios cuyo monto es difícil de establecer.

3.4.4. Fase de implementación del PDSP

La fase de instauración inició desde mayo de 2013 hasta la fecha. Aunque el párrafo transitorio del artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 establecía que el Plan “*deberá ponerse en vigencia en el año 2012*” sólo fue hasta mayo del 2013 que se empezó a acompañar, asesorar técnicamente y a capacitar al talento humano en los territorios para hacer la incorporación de las directrices del PDSP (Congreso de Colombia, 2011).

El proceso de implementación de las estrategias en los territorios se realiza con base en varias herramientas: los instrumentos PASE a la Equidad; la guía para la construcción del ASIS; y la guía para la caracterización poblacional; este último producto es requerido a las EAPB para la priorización y la gestión del riesgo individual. En este lapso de tiempo, el MinSalud estableció tres hitos que delimitan el horizonte de la ejecución: i) Del período 2012-2015 las ET armonizaron las directrices del PDSP a las condiciones del PD territorial y PTS vigentes; ii) En el período 2016-2019, que coincide con la elección de nuevos gobernantes, se formularon los nuevos PTS en armonía con el PDSP; y iii) Entre 2020 y 2023, se deben establecer nuevos PTS y se evaluará el impacto de la ejecución del PDSP (Ministerio de Salud y Protección, n.d.).

Entre 2013 y 2014, durante el proceso de transición de gobiernos territoriales, y con el fin de armonizar las directrices del Plan con los PTS ya formulados, el MinSalud adelantó una estrategia de preparación de condiciones institucionales para adoptar, armonizar y adaptar el dispositivo en los territorios. La estrategia contempló el desarrollo del modelo ATRU que se llevó a cabo en

colaboración con la OPS y UNFPA¹¹⁸. Su objetivo era generar las condiciones político-institucionales para garantizar que el proceso de armonización fuera participativo y transectorial, respondiendo a la normatividad vigente.

Se trabajó en el acompañamiento, asesoría técnica y capacitación al talento humano de los territorios; promoviendo el reordenamiento de las plantas de talento humano para enfrentar el proceso. En los testimonios, se identifica la necesidad de intervención, *encontramos unas estructuras totalmente delgadas o ausentes en algunos casos en el tema de planeación [...] Ahora, acuérdate que el Plan no sólo es la planeación, sino que están todos los actores involucrados allí (E2)*. A este respecto no hubo consenso entre los entrevistados. Desde su experiencia al nivel territorial o como expertos del tema, algunos testimonios discuten los resultados de la asistencia técnica, y la pertinencia de los instrumentos empleados, sugiriendo que su alcance estuvo limitado a personas encargadas a nivel departamental. La tarea de replicar el proceso a los municipios recayó en las ET departamentales; *ellos [MinSalud] son los que dan las indicaciones, toca hacerlo; pero ya cuando hablamos de asistencia, de seguimiento y demás, deberían hacérsola a los municipios porque ellos siempre dicen que el principal canal es el departamento, la secretaria de salud departamental (E7)*. La mayoría de las veces, quienes trabajan en la asistencia técnica a los municipios son profesionales epidemiólogos que no son suficientes para realizar un acompañamiento continuo.

En este sentido, un testimonio refiere *[...] de la misma manera como lo hacía el ministerio con nosotros, nosotros con los municipios. No tan personalizado porque no había las personas*

¹¹⁸ Además, de manera simultánea se adelantó el proceso de adaptación del Modelo BIT-PASE y de la estrategia de Asistencia Técnica y Formación Activa “PASE al Desarrollo” para la formulación de los planes territoriales e instituciones de salud en el marco del PDSP, junto con los instrumentos para la gestión del desarrollo en el ámbito territorial.

suficientes; nosotros como tres personas que habíamos recibido la capacitación para todos los municipios (E9).

El análisis de los ASIS realizado por el INS a partir de las experiencias departamentales en su construcción para el año 2016, evidenció que, frente a las capacidades percibidas, hay diferencias entre las ET con respecto a los recursos humanos y económicos que influyen en el proceso. Principalmente, porque las capacitaciones al inicio estuvieron fuertemente focalizadas en las instancias departamentales. Esta centralización dio lugar, en algunos casos, a que los municipios no tuvieran un acercamiento apropiado, ni asumieran sus responsabilidades en la implementación de esta metodología acorde con sus competencias. Por lo tanto, los municipios no contaron con un proceso preparatorio sólido para la adopción de los ASIS (Observatorio Nacional de Salud, 2016).

Una de las principales dificultades de la fase de implementación, se refiere a la falta de capacidad para desarrollar los lineamientos, por parte de los equipos territoriales en salud, especialmente en municipios pequeños; debido a su falta de recurso humano capacitado e insuficiente formación académica; *acá por lo menos en el departamento hay varios profesionales que se encargan de eso, pero en los municipios pequeños es una persona que se encarga de absolutamente todo; de todas las dimensiones de la ejecución, de la planeación; entonces el tiempo para sentarse como nosotros hicimos en leer 500 hojas, todos esos lineamientos, no lo tiene (E5).* Muchas de estas dificultades se debieron a la manera de enfocar los procesos de planeación y al desarrollo centralizado de los instrumentos que desconocían las realidades locales de los municipios; *se planea mucho desde el escritorio, desde Bogotá, casi siempre lo ven como un Bogotá (E6).* En definitiva, las capacitaciones fueron enfocadas de una forma más instrumental que formativa; sin promover entre los agentes ejecutores de la PP un nivel de comprensión

suficiente sobre la importancia que tienen los procesos de diagnóstico situacional y planificación en salud.

El segundo momento, corresponde a la formulación de los nuevos PTS para el período 2016-2019 y su armonización con las directrices del PDSP. Algunos testimonios sugieren que la armonización fue exitosa: *más del 70% de estos planes de desarrollo en el componente de salud, incluso si no estoy mal más del 90% lo dijeron en la evaluación, que los planes de salud en los planes de desarrollo responden a las políticas del PDSP (E2)*. Sin embargo, otros consideran que esta articulación se limitó a los aspectos formales e instrumentales y que la diferencia en los procesos de formulación no permitió la coordinación entre lo programado en el sector salud y otros sectores, especialmente con planeación. Lo anterior, principalmente porque el MinSalud enfocó sus esfuerzos en realizar un ejercicio académico de socialización y capacitación con los funcionarios de salud, olvidando a otros sectores¹¹⁹ importantes para la integración de las acciones para la producción social de la salud, *realmente el Ministerio sí hizo un ejercicio juicioso porque inició antes de que iniciaran los nuevos gobiernos como una especie de migración al nuevo contexto (E9); pero lo hicimos los de salud. [...] porque cuando ya tocó hacer el ejercicio real, [...] vi en muchos territorios esa falencia cuando tenían que en el 2016 montar su Plan de Desarrollo y aparte, lo desconocían totalmente las personas de planeación (E9)*.

¹¹⁹ De los principales resultados del proceso de alistamiento institucional se destacan: 1). El posicionamiento regional del PDSP, entre agosto de 2013 y junio de 2014 se visitaron todos los departamentos y el 66% de los municipios priorizados socializando la política y desplegando la asistencia técnica a funcionarios que les permitió adquirir capacidades básicas tendientes a formular sus planes; 2). Se firmaron actas para consolidar los acuerdos de compromiso con las gobernaciones, distritos y municipios priorizados; 3). Se realizó la autoevaluación de los procesos de planeación integral en salud a partir de los PTS 2012-2015 y los PD vigentes para identificar las potencialidades y oportunidades de mejora; 4). Se realizó la migración de los PTS de 2012-2015 a la estructura del PDSP con el objetivo de documentar la línea de base de planeación que permita medir el salto cualitativo; 5). Se construyó el “kit de comunicaciones y análisis de matriz vinculante” para el relacionamiento con grupos de presión y; 6). Se implementó la estrategia PASE a la Equidad y se brindó asistencia técnica a las ET para realizar el proceso de planeación integral en salud y adelantar la armonización de los PTS (Ministerio de Salud y Protección, n.d.).

La poca capacitación y socialización que recibieron los funcionarios de planeación acerca de los instrumentos y estrategias llevó a una confusión operativa que resultaría en formular PTS y PD incoherentes entre ellos; *se suponía que era el Plan de Desarrollo y que el PTS estaba enfocado en el PDSP, era un anexo. Y tú puedes ver planes de desarrollo con unas metas y por allá un PTS con otras metas. Pero eso fue un error del ministerio y del DNP, yo vi eso en muchísimos territorios (E6); todos los expertos de planeación que llegaron a apoyar los planes de desarrollo, ninguno conocía de esta metodología de los PTS (E9).*

Se preguntó a los encuestados sobre el grado de adopción de las directrices del PDSP de acuerdo con sus experiencias en la ejecución territorial. De los 27 encuestados, el 40,7% (11) coinciden en que el grado de adopción por los agentes locales en salud es aceptable; seguido con un 22,2% (6) que consideran que es bueno, y poco con un 11,1% (3).

Adicionalmente se indagó sobre la capacidad estatal para asumir la implementación del Plan, en los diferentes niveles administrativos. En este caso, el 48% (14) de los encuestados valora la capacidad del MinSalud entre el rango de bueno y medio; la gestión de las ET fue calificada por los entrevistados en el rango medio y satisfactorio con un 42% (12); mientras que las EAPB e IPS fueron clasificadas como regular y buena con un 42% (12) y 25% (7), respectivamente. Estas respuestas podrían reflejar también la heterogeneidad de los entrevistados frente a lo que entienden por capacidad, y frente a las responsabilidades específicas de los agentes locales encargados de la planeación. En cualquier caso, los argumentos de los entrevistados enfatizan la escasa capacidad institucional de las ET en los territorios para liderar y coordinar con los actores locales el desarrollo y ejecución de las acciones y estrategias planteadas en los PTS. Los entrevistados destacan también el desinterés de otros sectores, especialmente del sector privado, por el PDSP: *Especialmente con las EAPB, como ordenadores del gasto; difícilmente se llevarán a cabo las acciones contempladas*

en el PDSP porque ellas tienen una responsabilidad, pero no las están cumpliendo y las evaden todo el tiempo; [...] Yo la verdad les achaco mucho de lo que está sucediendo actualmente en salud (E9).

El tercer hito que comprende una visión prospectiva del período 2020 y 2023, donde se formularán nuevos PTS y se evaluará el cumplimiento de las metas propuestas e impacto de la ejecución global del PDSP. Cuando se indagó al respecto a los encuestados; el 66,7% de los participantes consideran que el nivel de cumplimiento actual se encuentra entre el rango de aceptable-medio.

Están de acuerdo al decir que se han logrado unos resultados tangibles, pero de forma asimétrica entre cada dimensión; *puede haber cosas concretas, donde seguramente los indicadores mostraran que se ha logrado impactar. Pero no creo que haya una unicidad entre todas las dimensiones. Debe haber unas más hipertrofiadas que otras, que tienen que ver con las prioridades del gobierno y necesariamente con los recursos que se destinaron (E4).*

Incluso atreviéndose a señalar que, para obtener mejores resultados en términos de cumplimiento de metas, *tendríamos que ser más hábiles en, una vez que se formula, nombrar responsables de acuerdo con las dimensiones para sacar eso al sector y ponerlo en responsabilidad de los ministerios (E4).*

Rutinas informales como experiencias positivas de las ET

Finalmente, en la narrativa de algunos entrevistados se identificó la existencia de *rutinas informales* que se han implementado como apoyo para resolver los problemas de gestión de las estrategias definidas a nivel territorial. Muchas de ellas, surgidas producto del aprendizaje de los equipos territoriales; fundamentalmente, por la ejecución de los lineamientos en años anteriores.

Dentro de las rutinas, se identificó acciones preventivas y asistenciales llevadas a cabo como forma de cumplimiento de las dimensiones del PDSP ante la ausencia de recursos (económicos) suficientes.

Dentro de las experiencias de quienes participaron en la construcción de los ASIS y el acompañamiento de las ET en otros estudios, se han identificado rutinas informales similares. Principalmente, la contratación de un profesional externo a la ET se debe porque quienes trabajan en la construcción de estas herramientas son profesionales con dedicación parcial a esta actividad y cumplen regularmente con otras funciones (Observatorio Nacional de Salud, 2016).

Por otro lado, el estudio señala, como también se ha resaltado a lo largo de estos hallazgos, que la participación de otras áreas, dependencias u instancias del gobierno local fue ausente en la construcción de los ASIS y en el diseño de acciones concretas desde cada uno de sus ámbitos para intervenir en problemáticas en salud o referente a ellas. Su participación se ciñó al suministro de información o a la participación en los comités locales convocados por la ET como respuesta a eventos de interés público. Igualmente, la participación comunitaria fue vista como un punto crucial argumentando que es la misma comunidad quien mejor conoce su situación de salud; sin embargo, estas herramientas y directrices propuestas desde el orden central no enuncian con detalle la incorporación de la perspectiva comunitaria, ante la falta de claridad metodológica. Percibiéndose como una desventaja en los análisis de salud (Observatorio Nacional de Salud, 2016).

La actitud es predominantemente positiva: *en los municipios pequeños que tienen pocos recursos, nos hemos ido, cosa que no se había hecho antes, a prácticamente llevarles la mayoría de las acciones (E9); son cositas que uno va armando, dependiendo de la necesidad como de que*

“bueno, hagamos esto, hagamos lo otro, trabajemos con esta población” Pero si hemos ido haciendo otro tipo de actividades diferentes a las que nos dan las directrices a nivel nacional (E7).

Otro aspecto que han propiciado la generación de *rutinas informales* para responder a los procesos de ejecución ante la falta de una planificación acertada, de acuerdo con los testimonios recogidos, son las limitaciones de la metodología ASIS por su naturaleza descriptiva que no permite dar cuenta de la relación entre los habitantes y el territorio y la identificación de necesidades *ocultas*, que traspasan el sector salud. No obstante, como lo señala el estudio realizado por el ONS, el éxito de esta estrategia informal derivada de la experiencia de los equipos territoriales depende de las posibilidades de seguimiento y acompañamiento, así como la generación de espacios para la discusión e integración de la mirada de quien conoce el territorio, lo que otorga mayor profundidad al análisis (Observatorio Nacional de Salud, 2016).

Las condiciones actuales de los equipos territoriales encargados de la planificación en salud y respuesta ante eventos y desastres se deben a la alta rotación de los tomadores de decisiones y de los profesionales encargados de la planificación integral en salud, como consecuencia del cambio de gabinete de gobierno cada cuatro años¹²⁰ y la modalidad de contratación adoptada. De hecho, la flexibilización de la relación laboral, el clientelismo, la tercerización de los procesos de contratación y la privatización de los servicios en salud, ha conducido a la disminución de la capacidad institucional para responder a los desafíos y necesidades a intervenir de manera colectiva e individual.

¹²⁰ Se ha documentado que cuando funcionarios públicos permanecen en sus puestos durante un período de tiempo prolongado, y cuando las reglas electorales garantizan que van a perdurar; estas condiciones les permite aprender y coordinar más eficazmente sus acciones, aún ante la ausencia de mecanismos formales e institucionalizados. Generando un desarrollo de capacidades institucionales directamente ligadas al saber específico que obtuvieron los funcionarios a partir del intercambio sostenido y regular (Chudnovsky, 2014).

Casanare es un departamento que ha sufrido el fenómeno del clientelismo y la corrupción en el manejo inadecuado de los recursos públicos, incluidos los del sector sanitario, como lo demuestra su historia reciente. Sin embargo, esta realidad no es ajena a todo el contexto nacional. La *politización* de la arena sectorial – de la salud y su sistema – en cierto modo ha sido producto de la política de descentralización que se planteaba bajo el supuesto que la delegación de responsabilidades al orden territorial permitiría administrar los recursos de forma eficiente, efectiva y mejoraría la cobertura de los servicios de salud. Además, de establecer los mecanismos para lograr una participación efectiva de la comunidad en todo el proceso de prestación y control de los servicios de salud (Gloria Molina & Spurgeon, 2007).

Al contrario de lo antes señalado, los hallazgos empíricos de esta investigación y otros estudios muestran una tendencia hacia la ausencia de mecanismos meritocráticos dentro de las ET que afecta la posibilidad de una mejora en la capacidad técnica del personal profesional y técnico contratado y, por ende, de la capacidad de gestión y planificación en salud. Principalmente porque un gran porcentaje de la estructura burocrática está bajo la modalidad de contratación de prestación de servicios. Permitiendo que grupos de interés (políticos y económicos) locales, con objetivos específicos, incidan en ellos para favorecer sus objetivos organizacionales. De este modo, es común observar sectores políticos infiltrados en las ET y otras instituciones, que pertenecen generalmente al gobierno de turno, y que tienen en ella un botín clientelista y por intermediarios. Estos *círculos de poder* pueden obstaculizar su funcionamiento y desviarlo de los objetivos institucionales (Rodríguez, 2012).

4. Discusión

El objetivo 4 se proponía extraer lecciones aprendidas de los hallazgos encontrados y descritos en ambas fases del caso en estudio. En este capítulo se discute la evidencia empírica recogida y analizada para el estudio de caso, producto de la revisión narrativa de las fuentes bibliográficas secundarias y de los testimonios recogidos de las entrevistas semiestructuradas y cuestionarios con escala tipo Likert, a la luz de otros estudios gubernamentales e investigaciones científicas con respecto al dispositivo político-administrativo y de políticas de salud nacionales e internacionales en el marco de los DSS. A continuación, se describen los hallazgos principales del estudio.

4.1. Compatibilización de principios: equidad y mercado en las políticas de salud

Uno de los hallazgos más importantes del estudio se refiere al intento que se observa en el PDSP de compatibilizar la equidad y los principios de mercado. La OMS ha tratado de recuperar su liderazgo en el ámbito mundial aminorado por el papel hegemónico de organismos financiadores desde la aplicación de las reformas con inspiración neoliberal a los sistemas de salud en el mundo, especialmente en países de bajos ingresos. Con la creación de la CDSS, se ha promovido la reemergencia de la salud pública y la adopción de una nueva gobernanza global que trasciendan los intereses económicos propuestos por las agencias internacionales; permitiendo a todos ejercer su influencia en los procesos de decisión en pie de igualdad.

Gracias a este movimiento mundial, y al compromiso de la OMS para actuar sobre los DSS se exhortó a todos los países a que lucharan contra las inequidades de la salud desarrollando políticas de protección social integrales e instrumentos de medición que permitieran cuantificar el impacto de dichas intervenciones (García & Velez, 2013). No obstante, la reticencia de organismos multilaterales y de poderes económicos para regular la globalización y sus efectos negativos en la

distribución del poder y el dinero para garantizar una mayor equidad, han sido grandes. Con su poder de *enforcement*, estas agencias han propendido por la protección de la ideología neoliberal bajo la noción de desarrollo con equidad que ha ganado fuerza en las últimas décadas bajo la expectativa de ser el camino de cambio para aumentar la eficiencia y, supuestamente, la calidad de los sistemas sanitarios.

Con el tiempo la intención de convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial y adoptar un marco basado en los DSS que permita potenciar las acciones multilaterales en favor del desarrollo, ha quedado en el vacío. La descentralización en la administración de los servicios propuesta como el mecanismo para promover la equidad en los territorios, ha resultado perjudicial en el contexto de políticas sociales pautadas por intereses económicos y formuladas con grandes imprecisiones conceptuales en lo atinente al concepto de equidad en salud y equidad en los servicios de salud. Esta imprecisión conceptual y estratégica ha permitido que se identifique a cualquier política social con acciones asistencialistas o focalizadas para la población más vulnerable, como la mejor forma de subsanar las desigualdades sanitarias existentes en y a través de los países (Almeida, 2005; A. Franco, 2010; Riutort & Cabarcas, 2006).

El PDSP como política de Estado fue promovida por el Gobierno de turno (primero con la Ley 1438 de 2011 y luego con su formulación y puesta en marcha en el año 2013) como una estrategia reactiva frente a la persistente crisis del modelo de cuasi mercado; sin embargo, se planteó formalmente como una estrategia intersectorial, un pacto social, que apostara por la reducción de inequidades en salud enmarcada dentro del derecho fundamental reconocido por la CC previamente y reglamentado por la LES en 2017. En el ámbito sanitario, se configura como un hito clave, en términos de diseño institucional, al estructurarse bajo el modelo de los DSS que considera la existencia de un contexto sociopolítico que genera desigualdades socioeconómicas y

responden a una estratificación social. Estas diferencias sociales han creado disparidades en el acceso al sistema de salud y en su garantía y goce efectivo que son evitables y, por tanto, inaceptables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; Observatorio Nacional de Salud, 2015).

4.2. Incorporación de objetivos estructurales en el PDSP

Otro hallazgo digno de resaltar se refiere al intento formal de incorporar en el PDSP asuntos de tipo estructural como los DSS. Esta medida dirigida en principio a mejorar la equidad implica sin embargo dos grandes retos: superar el modelo asistencialista vigente en el modelo de mercado y avanzar en la coordinación interinstitucional en las ET.

Junto al Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016, estas políticas de Estado ayudaron a impulsar nuevas iniciativas en otros ministerios bajo el marco de los DSS. En la región, también se han emprendido acciones para avanzar en la reducción de estas brechas de inequidades; elaborando sus propios planes nacionales de acción. El panorama de aplicación de estas políticas de abordaje hacia los determinantes ha sido desigual en los países, con una intervención segmentada principalmente hacia los determinantes intermedios de la salud; sin mayor impacto en los determinadores estructurales. Por ende, la gran mayoría de estos dispositivos, sin excepción del PDSP, han optado por definir este problema a través de la focalización de la población más pobre y la gestión del riesgo individual (Bertona, 2010; García & Velez, 2013; Observatorio Nacional de Salud, 2015; OPS/OMS, 2014).

En el mundo se han observado experiencias importantes que muestran la importancia creciente del trabajo intersectorial y de una mirada integral frente a problemas sociales complejos relacionados con la salud. Los países de la región también tienen una experiencia sustancial en la acción intersectorial con diferentes enfoques de alcance, intensidad y gestión para mejorar los

resultados de salud de la población. Sin embargo, factores como las acciones gubernamentales limitadas en el tiempo, la inversión en capacidad administrativa y política, el compromiso político y de gestión, y los programas estatales son indispensables para respaldar su éxito (Monteiro et al., 2015; Zuliani, Bastidas, & Ariza, 2015).

4.3. Complejidad de la red de decisores

El PPr, tanto en la formulación como en la implementación actual del Plan (hasta el 2018), se caracterizó por la complejidad y densidad de la red de decisores, como resultado de la gran cantidad de actores que intervinieron en el proceso y por el tipo de interacciones entre los distintos niveles (internacional, nacional y local). Pese a la diversidad de actores formales e informales presentes en el proceso, la evidencia encontrada en esta investigación y en estudios previos, sugiere que prevalecen intereses políticos y económicos de los *decision makers* a nivel nacional por encima de las necesidades reales en salud de los territorios.

En la fase de formulación, los intereses nacionales se acoplan a la tendencia internacional por proteger modelos de cuasi mercado en los sistemas sanitarios (Á. Franco, 2014). Observándose un encadenamiento de «relaciones de poder» con el cual pretenden promover dispositivos políticos-administrativos que compensen, como moneda de cambio, las consecuencias del modelo de cuasi mercado implementado en el SGSSS sin herir *a priori* los intereses económicos de las EAPB, ordenadoras del gasto y actores centrales del sistema (Almeida, 2005; Echeverri, 2008; Gómez-Arias, 2014). En este sentido, el plan se constituyó más como una *estrategia reactiva* en respuesta a las presiones generadas por distintos sectores de la sociedad – entre ellos la CC al declarar la salud como un derecho fundamental y negar la declaratoria de estado de emergencia social en 2009 – ante la evidente crisis del modelo de aseguramiento; más que por una voluntad política por seguir las recomendaciones de la DSS. La similitud de intereses políticos y económicos que tenían el

Gobierno y el Congreso, por un lado, y el consenso de la sociedad civil que exigía cambios urgentes, permitió el posicionamiento del PDSP en la agenda reformista sancionada a través de la Ley 1438 de 2011. En el contexto sanitario nacional, el signo político y la ideología de los Gobiernos que se han venido sucediendo a partir de la creación del SGSSS con la Ley 100 de 1993 ha sido fundamental para proteger los intereses de grupos económicos y políticos dejando la participación de los actores sociales con una incidencia marginal en las decisiones públicas (Daza, 2017; Suárez et al., 2017).

El análisis del proceso de implementación actual sugiere que los intereses de las EAPB, de los gobernantes y grupos políticos locales han jugado un papel estratégico en el Plan; fundamentalmente, en el apoyo o no, aprobación o no de las acciones en salud pública dirigidas a intervenir de forma individual y colectiva las necesidades urgentes en salud en el marco de los PTS. Por lo tanto, su movilización ha estado supeditada a la obtención de beneficios propios y/o de un sector de la sociedad, especialmente del sector privado dentro del sistema de salud. Sumado a esto la *politización* de las ET, que con la descentralización de sus funciones administrativas y los recursos cada vez más escasos para las actividades de planificación han afectado el desarrollo de capacidades institucionales en lugar de fortalecerlas. En Casanare, como subunidad de análisis de estudio, se evidencian PTS departamentales y municipales con un enfoque asistencial que consisten en el mantenimiento de la gestión de la red prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención y la ampliación en la cobertura de la población afiliada sin una garantía efectiva y de calidad de la atención (Gobernación de Casanare, 2018). Varios autores señalan que con las reformas impuestas al sistema de salud siguiendo las directrices del CW, el sector privado se ha desarrollado y no existen adecuados mecanismos de regulación que permitan reducir el impacto

negativo de las imperfecciones del mercado, particularmente aquellas asociadas a problemas de información (Á. Franco, 2014; M. Hernández, 2001).

Siguiendo las recomendaciones de la CDSS, el Estado colombiano ha intentado fortalecer la función rectora del MinSalud como una medida para que se constituyan un conjunto de políticas que busquen de manera integral garantizar la salud de la población y coordinar los esfuerzos entre los actores del sistema, especialmente en la prestación de servicios. Dentro de sus funciones en salud pública, comprendía la creación del PDSP y su coordinación intersectorial para intervenir los DSS. En su fase de formulación, el grupo técnico encargado se enfocó en establecer los lineamientos y diseñar los instrumentos para la materialización de la política a nivel territorial; contando con el apoyo y la colaboración de funcionarios de alto nivel del gobierno y de facciones burocráticas que tuvieran interés en la determinación de su contenido (redes verticales y horizontales de apoyo). Durante su implementación, el MinSalud se ha encargado de hacer seguimiento y evaluación al cumplimiento de las estrategias y metas, a través de la aplicación de un sistema de monitoreo intermitente que genere evidencia de avances, progresos y dificultades durante la implementación del Plan. Asimismo, su acompañamiento a las ET ha consistido en el asesoramiento técnico y capacitaciones de su personal en la utilización de los instrumentos para llevar a cabo las estrategias del PDSP.

El objetivo fundamental de este acompañamiento era generar las condiciones político-institucionales para garantizar que el proceso de formulación de los PTS fuera participativo y transectorial, respondiendo a la normatividad vigente para contribuir con el cumplimiento de las metas previstas en el PDSP. No obstante, como lo sugiere la evidencia, las experiencias recogidas desde el ámbito central, por integrantes del equipo técnico del ministerio, y las obtenidas desde el ámbito territorial son disímiles. En Casanare, se evidencia un proceso de implementación

discontinuo y fragmentado del Plan: a nivel nacional, por un lado, entre las directrices del MinSalud y los requerimientos de organismos encargados de la IVC con las ET departamentales y estas, a su vez, con los entes municipales; por el otro lado, en el orden local, entre los diferentes actores del sistema de salud (v.g. EAPB e IPS) y las demás sectores de gobierno que no demuestran una articulación en temas prioritarios en salud a fin de poder mejorar el nivel de bienestar de la población como condición esencial para la vida. Muchas de las acciones y estrategias desarrolladas se caracterizan por ser circunstanciales (v.g. salud pública en emergencias y desastres) o supeditadas a intereses clientelares dentro y fuera de la esfera pública en época electoral.

Esta heterogeneidad de visiones sobre el proceso planificador desde el nivel nacional hacia el local demuestra una falta de coordinación y entendimiento entre el ente rector y sus unidades territoriales. Principalmente, debido a que quienes toman las decisiones y diseñan el Plan, entre otras políticas nacionales, no tienen un contacto directo y permanente con los formuladores locales de los PTS y ASIS; además, de desconocer las realidades de los territorios: recursos, infraestructura, geografía y su situación sociocultural. Limitándose a procesos consultivos y de socialización de las propuestas *de* política a lo largo de la cadena de valor. Proceso que se transmite como una cadena de mando, que comienza desde el ministerio a las ET departamentales; y de estas a los municipios. La participación de los grupos de la sociedad civil y de la comunidad en general ha sido marginal; supeditada a la apertura del proceso decisonal en ciertos puntos dentro del contexto institucional como por ejemplo los órganos colegiados de decisión (consejos y asambleas) y a la difusión de la información por medios de comunicación oficiales del gobierno. Estudios a nivel nacional han explorado el fenómeno de la participación social en salud, encontrando que el concepto de participación presenta diferentes sentidos según el actor involucrado en el PPr (v.g. líderes comunitarios, personal de salud, técnicos y expertos,

académicos y políticos). Demostrando que los distintos conceptos de participación muestran diferencias entre el sentido de la política y lo que entienden y asumen los diversos agentes sociales en su interacción con los servicios de salud (Zuliani et al., 2015). Esta heterogeneidad en la comprensión de la realidad social por los diferentes actores, el tipo de racionalidad que utilizan para interpretar la salud y el nivel cognitivo son variables importantes para la coordinación, liderazgo y apropiación de las políticas públicas y su buen funcionamiento.

El Plan se ha convertido en la fase de implementación en un proceso netamente instrumental y técnico que es replicado desde el nivel departamental a todos los municipios. Los cuales han enfocado todos sus esfuerzos al cumplimiento de los lineamientos y directrices técnicas orientados al cumplimiento de indicadores de *performance*. Concepto que ha sido tomado del modelo de gestión adoptado por el SGSSS a partir del NPM, el cual ubica la prestación de los servicios de salud por terceros legitimando el modelo de mercado (Echeverri, 2008; Á. Franco, 2014).

Muchas veces estos instrumentos suelen ser demasiado complejos y están acompañados por una normatividad igualmente densa que, en ocasiones, las ET no son capaces de entender ni desarrollar; optando por contratar a profesionales externos para apoyar esta gestión en la construcción del ASIS y los planes en salud anuales y plurianuales. Sin embargo, el producto generado se limita a un análisis estadístico descriptivo de información que no profundiza en la comprensión de las tensiones en salud para la toma de decisiones desconociendo la evolución histórica del territorio (Observatorio Nacional de Salud, 2015, 2016). Algunos testimonios recogidos de personal técnico-metodológico de las ET municipales, están de acuerdo al decir que la construcción de los ASIS es un tema muy técnico que se ciñe a la información cuantitativa consignada en plataformas digitales como el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública [SIVIGILA], el SISPRO, entre otras fuentes de datos. Sin alcanzar una profundización al detalle

de las condiciones socioculturales de la población, su comportamiento demográfico, el cambio climático, el subregistro de eventos de interés pública enmascarados por un inadecuado diagnóstico, entre otras variables que se deben tener en cuenta al momento de la toma de decisiones públicas. Por ello, la utilidad de estos documentos como insumos para la planeación en salud es limitado; considerándose como una mera compilación organizada de la situación en salud de la población.

4.4. El PDSP como respuesta a la crisis estructural del sistema de salud

La crisis del sector de la salud, agudizada en 2008, abrió una «ventana de oportunidad» para incluir iniciativas como el PDSP que permitieran cambiar el *statu quo* del sistema sanitario. Teóricamente, la participación en la construcción de políticas públicas integrales que reduzcan la factorización, es concebida, como una construcción interinstitucional entre entidades del gobierno; con una participación más de tipo político, técnico-metodológico e institucional, donde el interés fundamental es el compromiso político y no la necesidad sentida de la comunidad (Zuliani et al., 2015). Este enfoque es adoptado por el PPr del PDSP, pretendiendo no solo resolver la fragmentación del modelo de salud vigente sino también atender los compromisos suscritos a nivel internacional.

Sin embargo, los sectores de la administración corresponden a espacios políticos que controlan sus propios recursos y ámbitos de influencia y no están dispuestos a cederlos fácilmente. A este respecto, durante la fase de formulación se identificaron dos puntos de veto importantes. Uno de ellos estuvo mediado por el Congreso y el Gobierno que, desde la aplicación del modelo neoliberal, se han enfocado en promover la privatización del sistema y proteger los intereses económicos de los agentes de mercado, especialmente de las EAPB. Sin embargo, en su intento por salvar este modelo de cuasi mercado se han generado reformas incrementales y sectoriales que no han

abordado los problemas estructurales del sistema en cuanto a la multiplicidad de barreras de acceso y los problemas de aseguramiento, de garantía de la equidad y de financiación. Esta epidemia de reformas ha optado por seguir las recomendaciones de la OMS para mejorar la situación sanitaria promedio eliminando todas las desigualdades evitables, como una forma de justificar el discurso reformista no revolucionario.

Como factor detonante del PDSP, se destaca el estado de emergencia social decretado en el 2009 por el segundo mandato de Álvaro Uribe en la presidencia. No obstante, la CC consideró los hechos expuestos por el Gobierno, como condiciones estructurales al sistema que debían solucionarse a través de las atribuciones ordinarias del Estado y no como sobrevinientes, rechazando la declaratoria de emergencia (Suelte & Cote, 2010). Como respuesta, el Gobierno se vio obligado a replantear el modelo de prestación del servicio en el sistema de salud bajo el marco de la estrategia APS y en diseñar una política ordenadora del abordaje en salud pública que resolviera en parte la crisis del modelo de mercado.

Aunque no fue un actor directo, el papel de la CC ha estado enmarcado en reconocer el derecho a la salud como fundamental, al observar que el Estado no había tomado suficientes medidas de intervención y regulación para corregir dichos fallos; dando vía libre a procesos legislativos que incluyeran el enfoque de derechos para avanzar en su goce efectivo (Suárez et al., 2017). En este sentido, la CC se ha convertido en un actor relevante en el SGSSS y en la PPS al conminar al Gobierno, a través de la Sentencia T-760 de 2008, en la formulación de un dispositivo político-administrativo que abordara los DSS y permitiera reducir las inequidades en salud exacerbadas en los últimos años gracias al modelo de aseguramiento.

Sin embargo, la naturaleza del derecho se ha analizado por diferentes líneas jurisprudenciales donde prevalece el argumento de reconocerlo como de carácter prestacional. Siendo su límite de

aplicación los recursos escasos del sector salud y su distribución a través de las EAPB, principalmente. Esta concepción privilegia la ideología neoliberal al determinar la exigibilidad del derecho desde el ámbito de la economía y no desde el derecho en sí, dejando su materialización a la interpretación de los aseguradores (de Currea-Lugo, 2003).

La prestación de servicios de salud es posible teniendo como eje lo financiero y garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario. Sin embargo, el derecho es la única vía para hablar de *politics* dentro del Estado Social de Derecho que derivan luego en acciones *de* política. Lo anterior a generado un contrasentido en la definición del derecho fundamental a la salud y su aplicabilidad dentro del SGSSS: existe la noción del derecho dentro del marco constitucional, pero sin medios y recursos para materializarlo, regularlo y garantizarlo; causando la pérdida de legitimidad del sistema y credibilidad de la sociedad con el Estado como responsable constitucional de su prestación (de Currea-Lugo, 2010; Suárez et al., 2017; Suelte & Cote, 2010). Esto se ha dado, principalmente, a causa de un marco normativo en salud que opera como un instrumento de coacción al crear restricciones en los actores para determinar un *estado de las cosas* dejando en posición privilegiada a las EAPB y a sus intereses económicos, por sobre los intereses de las ET e IPS y las necesidades en salud de la población (Daza, 2017).

Las ET como responsables de implementar las directrices del PDSP y promover la corresponsabilidad de todos los sectores en torno a su materialización, han manifestado que tienen a su cargo un gran peso que no corresponde con sus capacidades institucionales; que, sumado a una falta de voluntad de los demás actores internos y externos al sistema, especialmente con las EAPB e IPS, hace difícil la gestión.

Las EAPB con el poder negociador para ordenar el gasto en salud, incurren en riesgos morales al no agregar valor social sino, al contrario, restringir el acceso a los servicios de salud, obligando

a los *clientes* a acudir a tutelas y luego exigir recobros al Administrador de Recursos del SGSSS [ADRES]; antiguo Fondo de Solidaridad y Garantía [FOSYGA] (F. Gómez, 2016). Estas prácticas indebidas toleradas en el sistema son debidas a la insuficiencia en la capacidad reguladora de los organismos de control por la intromisión de sectores privados en el gobierno y por la ambigüedad de la norma que permite flexibilidad en su interpretación (de Currea-Lugo, 2003; Gómez-Arias & Nieto, 2014; F. Gómez, 2016).

4.5. La intersectorialidad en los territorios y el desarrollo del PDSP

Al nivel mundial, el abordaje intersectorial que se ha promovido desde la OMS, a partir de las recomendaciones dadas por la CDSS, en las políticas públicas como estrategias para coordinar esfuerzos entre el sector sanitario y los sectores no sanitarios, se considera clave para alcanzar el objetivo de reducir la inequidad en salud impactando positivamente los DSS (OMS, 2009). En este estudio se observó el interés de los entes gubernamentales del sistema sanitario, en cabeza del MinSalud, por incorporar estas recomendaciones al Plan. No obstante, a nivel territorial se observa que la responsabilidad de dar cumplimiento a los lineamientos y directrices prescritos desde el Ministerio ha recaído en las ET departamentales y, a su vez, a las unidades técnicas-metodológicas municipales. Dichas instituciones presentan estructuras administrativas frágiles e insuficientes ante la falta de recursos humanos, físicos y económicos; además, de un escaso compromiso y voluntad de otros actores locales en salud y políticos.

En términos de cumplimiento con las directrices del PDSP, las acciones de las EAPB se han orientado a la focalización de acciones a grupos específicos de su población, especialmente en intervenciones que fomentan la gestión del riesgo individual; todo ello gracias a la caracterización de su población afiliada. Por otro lado, las IPS como proveedores de los servicios de salud tratan

de ahorrar costos ante los malos arreglos económicos con las EAPB y la mala gestión administrativa y financiera.

En este contexto de fragmentación, la realidad de las ET es preocupante. Sumado al hecho de que cada vez los recursos económicos son más escasos ante la disminución en la participación paulatina del Estado en este rubro, producto de la descentralización, y su limitada capacidad para hacer un uso eficiente de los mismos. Por este motivo, se han visto en la necesidad de recurrir a *estrategias informales* de emergencia que les permita reducir costos para cumplir con las metas propuestas en sus PTS que abordan las diez (10) dimensiones (Contraloría General, 2017; Riutort & Cabarcas, 2006).

Con frecuencia, estas rutinas informales son producto de la experiencia de los funcionarios territoriales ante problemas específicos que surgen a lo largo del proceso planificador. Dos aspectos caracterizan a estas estrategias: son respuestas temporales a problemas inmediatos y dependen de la estabilidad de los funcionarios en los cargos públicos. Dichas estrategias han sido descritas en varios estudios, los cuales sugieren que este tipo de prácticas demuestran capacidad institucional al intentar responder y solucionar problemas de interés público ante la ausencia de mecanismos formales (Chudnovsky, 2014). Sin embargo, los efectos negativos de la descentralización han conllevado a la flexibilización laboral precarizando las condiciones laborales de los trabajadores y optando por reducir personal de planta para reclutar personal por prestación de servicios, sin otorgar prestaciones ni generar antigüedad y sólo por periodos cortos y renovables (Gloria Molina & Spurgeon, 2007).

Aunque la descentralización puede considerarse *a priori* como un mecanismo poderoso en la promoción de la equidad en salud, estudios demuestran que sus logros por alcanzar este propósito son cuestionables. La principal razón se sustenta en el hecho de transferirse la ejecución de

acciones de un nivel del gobierno a otro, sin transferencia de autonomía de las decisiones (Gloria Molina & Spurgeon, 2007; Riutort & Cabarcas, 2006). En definitiva, a las ET se les ha transferido la responsabilidad de llevar a cabo las acciones colectivas de salud pública y de concertar con otros sectores la implementación del PDSP y de otros dispositivos como la Política de Atención Integral en Salud [PAIS]; sin una influencia efectiva en el proceso decisional y autonomía financiera.

Debido al carácter determinístico de la normatividad que asume como actor responsable de la salud al MinSalud, se ha centralizado la toma de decisiones y la formulación de las políticas, estrategias e instrumentos a grupos técnicos y a burócratas de altos cargos del gobierno que no han sido consecuentes con las limitaciones y posibilidades que ofrecen los municipios en materia de capacidades. Pese a incluirse el fortalecimiento institucional dentro de las dimensiones transversales, por medio del reordenamiento del talento humano con el apoyo de organizaciones internacionales; estos esfuerzos se han enfocado en mejorar el desempeño orientado a resultados en coherencia con estudios que demuestran esta práctica (Chudnovsky, 2014; Duque, 2012; Grisales & Giraldo, 2008). Sin tener en cuenta factores como la alta rotación de personal, la flexibilización laboral, el clientelismo y la escasa formación académica que no han permitido la consolidación de estas capacidades. Condiciones que afectan la elaboración de PTS y ASIS más consistentes con la realidad y que logren dar una respuesta más efectiva las necesidades urgentes en salud identificadas.

Si bien, durante las dos fases analizadas se observaron espacios de participación para los actores sociales interesados en el resultado de la política, éstos se caracterizaron por ser espacios consultivos donde sólo plasmaron sus necesidades de implementación de cambio y no tuvieron una incidencia efectiva en los contenidos formales del dispositivo debido a la visión *top-down* del

Gobierno frente al proceso de PM y a factores como el nivel de preparación técnica y cognitiva de las comunidades para presentar sus propuestas.

La limitación de los espacios de consulta a puntos específicos dentro del proceso fue el resultado de una estrategia implementada por el grupo de cambio con el propósito de concentrar las decisiones del contenido del Plan a funcionarios de altos cargos del MinSalud y de otros sectores. Contrariando los elementos jurídicos que se han integrado en el devenir de las reformas al sistema, los cuales garantizan la participación de la población en la toma de decisiones públicas.

En general, la evidencia sugiere que los procesos participativos son importantes para mejorar la salud pública a través de PP que hagan posible una verdadera integración social (Buse et al., 2005; A. Franco, 2010; M. Hernández, 2001). Esta disparidad entre lo propuesto en el contenido del PDSP y su ejecución en los territorios ha ocasionado brechas importantes, lo que se conoce como *implementation gap*. Fundamentalmente, por los objetivos corporativos que persiguen las EAPB y la falta de herramientas jurídicas de las ET para vincular y exigir a los actores del sistema de salud en la planeación y cumplimiento de metas y objetivos estratégicos en los PTS y PD. Gran parte de estas brechas se deben a factores tales como la pobre intersectorialidad, la centralidad en las decisiones, la baja capacidad institucional de las ET y la falta de movilización de las EAPB. Factores que no permiten la consolidación de acciones que incidan positivamente en la salud pública a nivel individual y colectivo, haciendo que el proceso de planeación integral en salud para materializar las directrices del PDSP se limite a esfuerzos focalizados para los más pobres y necesitados. Muchos testimonios son conscientes de esta situación, y manifiestan que para que haya un verdadero impacto de los DSS, por lo menos aquellos intermedios o moduladores de los productores primarios de la estratificación y división social que generan las inequidades en salud; es necesario una reestructuración parcial o completa del sistema sanitario actual. En su propuesta

de cambio sugieren fortalecer la responsabilidad de las EAPB por la planificación en salud pública a nivel colectivo, y la determinación de reglas de juego más claras con mecanismos de sanción frente al incumplimiento.

En coherencia con otros estudios, se observa que los contenidos y la trayectoria de implementación del PDSP han dependido más de las características de las interacciones entre los involucrados del sector salud y fuera de este, que de los lineamientos y propósitos trazados en su fase de formulación (Borrell & Artazcoz, 2008; M. Hernández, 2001; Uribe-Gómez, 2009). En este sentido, el PDSP es una política que desde la planificación se propuso como un gran paso para identificar los DSS que impactan en la salud de la población y permitir su modificación. Sin embargo, se encuentra en la paradoja de materializarse dentro de un modelo de mercado regulado en salud que propende por la individualización de los riesgos bajo el control del gasto con la excusa de buscar la eficiencia.

No obstante, en el neoliberalismo y bajo una perspectiva foucaultiana, las políticas sociales tienen una naturaleza contradictoria con referencia a los procesos económicos, que en sí mismos van a inducir efectos de desigualdad. Por lo tanto, la política social no combate la política económica, sino que la integra, compensando los efectos de este proceso económico a través de ciertos elementos de consumo que tienen un carácter muy limitado. De este modo, trata de garantizar un mínimo vital en beneficio de quienes no puedan asegurar su propia existencia, dejando actuar a la desigualdad (Daza, 2017; Foucault, 1980, 2008; Gómez-Arias, 2019). Bajo esta premisa, el Plan se ajusta a este criterio: al nivel formal se planteó como la solución a problemas urgentes y coyunturales generados por un modelo basado en las reglas del mercado, que quienes toman las decisiones a nivel de gobierno y del Congreso no quieren modificar realmente.

Finalmente, de acuerdo con el análisis del contenido y a la interpretación de los testimonios de los entrevistados, el Plan fortalece el enfoque de riesgo en todos los procesos de atención con la finalidad de monitorizar y definir el *riesgo individual de enfermar*. Este enfoque se inscribe dentro de las políticas neoliberales que fomenta la individualidad, con efectos adversos para la equidad y la eficiencia, nocivos para los intereses generales de la población.

5. Conclusiones

El análisis de los documentos y testimonios de los involucrados sugiere que el PDSP constituye una estrategia conservadora que pretende responder a la crisis del modelo sanitario sin modificar su estructura de mercado, y que a la fecha no parece apuntar a sus fallas. La **Tabla 4** resume los principales hallazgos del estudio descritos en la discusión, los cuales podrían constituir lecciones aprendidas para la gestión de políticas públicas en general y políticas sanitarias en particular. Adicionalmente, el **Anexo 10** representa de forma esquemática un infográfico histórico con los momentos claves que impulsaron o retrasaron el proceso de PM del PDSP.

Tabla 4

Principales hallazgos del análisis del PDSP en su fase de formulación e implementación actual

Hallazgos principales	
	La crisis del modelo de cuasi mercado en salud y las profundas desigualdades sociales, condujo a la adopción de nuevas concepciones de salud pública al nivel global, bajo el imperativo <i>Salud para Todas las Políticas</i> , promovido por la OMS/OPS.
Contexto decisional	Organismos internacionales impulsan una nueva gobernanza mundial que favorezca la participación equitativa de todos los Estados para formular e implementar PP, y generar escenarios de concertación y apoyo de todos los sectores para impactar positivamente los DSS. Sin embargo, ha sido insuficiente ante las resistencias al cambio en el sistema económico mundial.

Hallazgos principales

En Colombia, bajo la presión de la crisis de sostenibilidad del SGSSS y, en concordancia con los compromisos suscritos a nivel internacional, el Gobierno nacional, con apoyo del Congreso, impulsó la creación del PDSP como una *estrategia reactiva*, ante la negativa de la CC a la declaratoria del *estado de emergencia social* en el 2009.

El PDSP retoma formalmente el papel de la salud pública en el marco de la estrategia de APS. No obstante, algunos académicos consideran que su contenido mantiene un enfoque *preventivista de corte individual*.

El PDSP refleja una apuesta política a mediano plazo que prioriza los asuntos en salud pública del territorio nacional e intenta modificar positivamente los DSS.

Involucrados

El grupo de cambio encargado de formular el PDSP, tuvo el respaldo de redes de apoyo horizontales y verticales del Gobierno, lo cual les confirió legitimidad y poder.

En el proceso de consulta y participación social, hubo posiciones divididas: algunos entrevistados manifestaron que el proceso fue equilibrado. Otros consideraron que existió cierto nivel de incidencia, pero sin un conocimiento concreto de la realidad de las regiones, y sin considerar la preparación técnica de la población consultada.

La fase de formulación se caracterizó por la centralidad del MinSalud en las decisiones, y una restricción del acceso a ciertos puntos del proceso que pudieran afectar el modelo de mercado. En la fase de implementación, se evidenció una participación más amplia de actores locales; sin embargo, la responsabilidad de llevar a cabo acciones en salud pública se concentra en las ET, generando una brecha entre lo planeado y lo ejecutado.

Contenido

En sus aspectos formales, el PDSP incorpora el derecho fundamental a la salud, de acuerdo con el análisis jurisprudencial hecho por la CC en la Sentencia t-760 de 2008.

El PNSP 2007-2010, incluido en la Ley 1122 de 2007, se configura como la primera Política Nacional de Salud de Colombia que hace énfasis en el abordaje de los DSS a partir de la acción intersectorial. Abriendo el camino al PDSP.

El Ministerio propuso la Estrategia PASE a la Equidad y la Guía para la elaboración del ASIS, como herramientas metodológicas para la implementación del PDSP en las regiones. Según los entrevistados estas herramientas presentan serios inconvenientes, entre ellos: desconocen las capacidades de los equipos territoriales de salud y convierten la toma de decisiones en un proceso tecnocrático orientado a indicadores de resultados.

Desde su experiencia territorial, algunos entrevistados consideran que el acompañamiento y capacitaciones realizadas por el MinSalud a las ET durante el proceso de implementación se han enfocado en ofrecer asistencia técnica sobre las herramientas metodológicas, sin ayudar a su comprensión. Otros consideran que se hizo un gran esfuerzo desde el MinSalud para acompañar a los ET en el empalme de las directrices del PDSP con sus PTS. En definitiva, no hubo consenso entre los participantes acerca de este asunto que amerita otros estudios.

Algunas fuentes consideran que el horizonte de tiempo establecido para la ejecución del PDSP es muy corto, dadas las condiciones de los territorios, las capacidades de los agentes y la complejidad de los instrumentos.

Testimonios de actores locales concuerdan en reconocer que la intersectorialidad es precaria, atribuyendo sus limitaciones a los tomadores de decisiones del sector salud.

Hallazgos principales

La confluencia de dos condiciones inicialmente independientes, el movimiento internacional por recuperar el papel de la salud pública y la crisis de sostenibilidad del SGSSS, permitió crear una *ventana de oportunidad* para la inclusión del PDSP dentro del paquete de reformas ordenado por la Ley 1438 de 2011.

De acuerdo con algunos testimonios, se destaca el esfuerzo del MinSalud y del grupo de cambio por seleccionar alternativas de solución adecuadas, y por integrar la información necesaria para la construcción del ASIS. No obstante, aún existen dificultades para el uso de estas plataformas en lugares con acceso internet limitado o por insuficiencia tecnológica.

En la narrativa de los actores locales se identifica la persistencia de algunos problemas presentados en el PNSP. Especialmente en el apoyo por parte de las EAPB e IPS, por falta de voluntad y de reglas claras de juego que permitan una mejor coordinación.

La consulta ciudadana territorial fue más un proceso orientada a informar sobre el proceso, sin involucrar plenamente a las comunidades y equipos territoriales en la toma de decisiones. De acuerdo con algunos testimonios, hubo algún grado de incidencia y socialización; sin embargo, la toma de decisiones real se centró en el grupo de cambio que lideraba el proceso desde el MinSalud.

Proceso

Muchas de las dificultades de las ET, particularmente en los municipios más pequeños, se presentan por la falta de capacidad institucional y de recurso financiero que no permiten llevar a cabo las directrices del PDSP. Sumado a la manera de enfocar los procesos de planeación y desarrollo centralizado desde el MinSalud, que desconoce las realidades locales con sus limitantes.

Al nivel territorial, los involucrados consultados consideran que el proceso de armonización de los nuevos PTS y los PD no se hizo de manera articulada entre el sector de planeación y los equipos territoriales de salud, generando confusiones operativas al momento de ejecutar las acciones contempladas en el PDSP.

Se identificó el uso de *estrategias informales* por parte de las ET, como una respuesta alternativa, ante la falta de capacidad institucional, para llevar a cabo los lineamientos y aplicar las herramientas metodológicas dispuestas por el MinSalud. Principalmente, por la contratación de profesionales externos a las ET que apoyen en la elaboración de los ASIS, y otras herramientas para la materialización del PDSP.

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, en el **Anexo 10** se representa de forma esquemática un infográfico histórico con los momentos claves que impulsaron o retrasaron el proceso de PM del PDSP. Para futuros estudios, surgen algunos interrogantes desbordar los objetivos planteados y no pudieron tener respuesta en esta investigación:

- ¿De qué manera las estrategias informales pueden ayudar a mejorar la capacidad institucional en los equipos territoriales, como mecanismos para responder a problemáticas presentadas y mejorar los procesos de planificación?
- ¿Existe una relación causal entre la alta rotación del recurso humano en las ET, departamental y municipal, y la escasa capacidad institucional para implementar los lineamientos e instrumentos dispuestos por el MinSalud?
- De acuerdo con la experiencia de los territorios, ¿Qué características del PPr, factores y condiciones del contexto e involucrados, fueron determinantes para el éxito en la implementación de las estrategias contempladas en el PDSP?
- Como proceso político de concertación de intereses entre los actores políticos (asambleas y consejos territoriales) y actores burocráticos (gobernadores y alcaldes) a nivel territorial, ¿En qué medida lo que se decide en los PTS abordan las situaciones problemáticas priorizadas a partir de los ASIS e incluye las propuestas de cambio de las comunidades y *policy makers*?
- ¿El PDSP logró impactar positivamente los DSS identificados a partir del ASIS nacional?

6. Recomendaciones

A continuación, se presentan algunas recomendaciones a los *policy makers* y *decision makers* en calidad de lecciones aprendidas que podrían facilitar procesos futuros:

- Como política de Estado debería tener un horizonte de tiempo más amplio para lograr un cumplimiento mayor y sostenible de las metas planteadas y evitar, de esta forma, el

desgaste de los equipos territoriales ante la evidente falta de capacidad institucional y de recurso financiero.

- Ajustar los alcances de la PP reconociendo la diversidad de contextos y enfatizando la necesidad de enfrentar asuntos prioritarios para cada región que puedan ser fácilmente abordados por los equipos territoriales de salud.
- Definir *reglas de juego* claras para cada uno de los actores públicos (Ministerios y órganos de IVC) y privados (EAPB, IPS, ARL) que permita asumir responsabilidades específicas durante el proceso de formulación e implementación de la PP. Lo que permitirá mejorar la coordinación intersectorial, evitando el desgaste del sector salud.
- Fortalecer la capacidad técnica, política y jurídica de las ET, e incorporar *mecanismos sancionatorios* que fortalezca a las ET y autoridades sanitarias en la exigencia de lo pactado a nivel local frente a otros actores (especialmente privados). Si no se fortalece la autoridad sanitaria en los territorios es difícil asegurar la aplicación y ejecución de las PP.
- Ampliar la participación ciudadana a toda la cadena de valor de la PP con una incidencia efectiva en las decisiones técnicas y no como simples espacios consultivos.
- Desarrollar instrumentos y lineamiento más sencillos que se puedan adaptar y adoptar teniendo en cuenta las realidades locales y las capacidades institucionales de las ET.
- Generar mejores capacidades en los equipos territoriales como condición necesaria para la adecuada planificación en salud, replanteando el modelo de gestión por resultados.

- Reconociendo que el contexto determina en gran parte su éxito, es necesario estructurar la protección social con base en sistemas redistributivos que sean financiados con fondo público y extendido a toda la población como lo recomienda la CDSS.
- Ampliar y mantener activo el proceso planificador y participativo a través de mesas nacionales de salud en lo que queda del proceso de implementación del PDSP, con el objetivo de recoger las experiencias de los diferentes actores locales en salud y de otros sectores sobre éxitos y fracasos.
- Impulsar desde el MinSalud la expedición de disposiciones normativas que aseguren a los niveles territoriales los recursos económicos, técnicos y operativos para llevar a cabo las acciones en salud pública contempladas en los PTS y en los Planes Operativos Anuales [POA].
- El MinSalud, como ente rector en salud del país, debe considerar la consolidación de equipos técnicos permanentes en las ET departamentales para la capacitación y asesoramiento en la planificación de las acciones en salud pública, sin desconocer la autonomía territorial.
 - Para futuros procesos *de* política, se debe constituir un sistema de evaluación permanente a nivel nacional y territorial, que monitorice y haga seguimiento al cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por macropolíticas nacionales.

7. Lista de referencias

- Ahumada, C. (1998). Política social y reforma de la salud en Colombia. *Papel Político*, 7, 9–35.
- Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9), 6–60.
- Arrubla, D., Ballesteros, M., Barreto, L., Calderón, V., Camacho, M., Cano, L., ... Zornoza, J. (2010). *Enfoques para el análisis de políticas públicas*. (A.-N. Roth, Ed.) (Primera). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Asamblea Departamental de Casanare. Ordenanza No. 006 “Por el cual se adopta y aprueba el Plan Departamental de Desarrollo 2012-2015: La que gana es la gente” (2012). Yopal.
- Asamblea Departamental de Casanare. Ordenanza No. 010 "Por el cual se adopta y aprueba el Plan departamental de Desarrollo de Casanare 2013-2015 (2013). Yopal.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2011). *Pautas para la elaboración de Estudios de Caso*. Washington. Retrieved from <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13744/pautas-para-la-elaboracion-de-estudios-de-caso>
- Bardach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de Políticas Públicas. Un manual apra la práctica*. (Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Ed.) (Primera Ed). México.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). [Ensayo] La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*, 57(5), 433–440.
- Bertona, M. (2010). Políticas públicas en salud. Análisis del modelo argentino desde el trabajo

social. *Documentos de Trabajo Social*, (54), 137–152.

Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*, 22(5), 465–473.

Brugha, R., & Varvasovsky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239–246. Retrieved from https://watermark.silverchair.com/150239.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAcgwgGHEBggkqhkiG9w0BBwagggG1MIIBsQIBADCC AaoGCSqGSIB3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQMt6eo0HJjsPdHIisuAgEQgIIBezGzmF-KDfRkuEsIE9uhF5PZZgxkMyq2S48jLHd1QhEhUObC

Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). *Making health policy* (First publ). New York. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.6452&rep=rep1&type=pdf>

Chan, M. (2008). Globalización y salud. Retrieved April 21, 2019, from <https://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/>

Chudnovsky, M. (2014). *Régimen político, estado y políticas públicas: el rol de los gabinetes en el desarrollo de capacidades estatales*. Universidad Torcuato Di Tella. Retrieved from <https://repositorio.utdt.edu/handle/utdt/2217?locale-attribute=en>

Collins, K. (2010). Advanced sampling designs in mixed research. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (Second Edition, pp. 353–377). New York.

Congreso de Colombia. Ley 1122 (2007). Bogotá.

Congreso de Colombia. Ley 1438 (2011). Bogotá.

Contraloría General. (2017). *Efecto redistributivo del Sistema General de Participaciones. Resultados y perspectivas en los sectores de Salud y Educación*. Bogotá.

Contraloría General. (2018). *Resultados del SGR: Informes departamentales. 6. Casanare 2012-2017*. Bogotá.

Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008 (2008). Colombia.

Corte Constitucional. Sentencia C-791 de 2011 (2011). Bogotá. Retrieved from <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/C-791-11.htm>

Daza, L. (2017). Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reorma a la salud de 2013. *Papel Político*, 22(1), 77–104. <https://doi.org/10.11144>

de Currea-Lugo, V. (2003). *El derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones*. Retrieved from <http://victordecurrealugo.com/el-derecho-a-la-salud-en-colombia-diez-anos-de-frustraciones-tesis-doctoral/>

de Currea-Lugo, V. (2010). *Salud y neoliberalismo*. (Universidad El Bosque, Ed.) (Primera ed). Bogotá.

De las Heras, P., & Cortajarena, E. (1978). *Introducción al Bienestar Social. Federación Española de asociaciones de Asistentes Sociales*. Madrid.

Dente, B., & Subirats, J. (2014). *Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. (G. Planeta, Ed.) (Primera Ed). Barcelona. Retrieved from https://books.google.com.co/books/about/Decisiones_públicas_análisis_y_estudio.html?id=d9bMAgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage

&q&f=false

- Dinero. (2017, March 29). “Los recursos públicos son sagrados, pero más los de la salud”: gerente EPS Sura. Retrieved from <https://www.dinero.com/pais/articulo/corrupcion-en-el-sector-de-la-salud-en-colombia/243376>
- Duque, N. (2012). Análisis de factores de capacidad institucional en municipios pequeños de los departamentos de Boyacá y Cundinamarca. *Cuadernos de Administración*, 28(47), 11–24.
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública*, 24(3), 210–216.
- Feo, O. (2002). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 887–896. Retrieved from https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400011
- Fontaine, G. (2015). *El análisis de políticas públicas: Conceptos, teorías y métodos*. (FLACSO Ecuador, Ed.) (Primera ed). Quito: Anthropos Editorial.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del Poder*. (J. Varela & F. Alvarez-Uría, Eds.) (Segunda Ed). Madrid.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II*. (J. Varela & F. Álvarez, Eds.). Barcelona: Ediciones Paidós Básica. Retrieved from http://www.medicinayarte.com/img/foucault_estrategias_de_poder.pdf
- Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. (Fondo de cultura económica, Ed.) (Primera re). Buenos Aires.
- Franco, A. (2010). *Salud global: Política pública, derechos sociales y globalidad*. (Editorial

- Universidad de Antioquia, Ed.) (Primera Ed). Medellín. Retrieved from https://books.google.com.co/books/about/Salud_global.html?id=TNZGa8cOTOMC&redir_esc=y
- Franco, Á. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. *Rev. Salud Pública*, 14(5), 865–877.
- Franco, Á. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(1), 95–107.
- García, J., & Velez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev. Salud Pública*, 15(5), 13.
- Gerring, J. (2004). What is a case study and what is it good for? *American Political Science Review*, 98(2), 341–353. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/what-is-a-case-study-and-what-is-it-good-for/C5B2D9930B94600EC0DAC93EB2361863>
- Gobernación de Casanare. (2014). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud*. Yopal.
- Gobernación de Casanare. (2018). *Análisis de Situación de Salud en el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2018*. Yopal.
- Gómez-Arias, R. (2012). Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(2), 14. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a11.pdf>
- Gómez-Arias, R. (2014). *Análisis de políticas públicas relacionadas con la salud. Notas de clase*. Medellín.

- Gómez-Arias, R. (2017a). *Políticas públicas*-. (UAMVIRTUAL, Ed.). Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.
- Gómez-Arias, R. (2017b). *Políticas públicas. Análisis de políticas públicas relacionadas con la salud*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.
- Gómez-Arias, R. (2019). Las políticas públicas entre la teoría y la práctica. *Ánfora*, 26(46), 189–214. <https://doi.org/https://doi.org/10.30854/anf.v26.n46.2019.561>
- Gómez-Arias, R., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿Qué ha pasado con su reforma de salud? *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 31(4), 733–739.
- Gómez, A. (2011). *El juego de las políticas públicas. Reglas y decisiones sociales* (Primera ed). Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Gómez, F. (2016). La crisis de la salud en Colombia: un problema moral. *Rev Colomb Salud Libre*, 11(1), 48–56.
- Gómez, Rubén, Orozco, D., Rodríguez, F., & Velásquez, W. (2006). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 14. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2006000200011
- Gómez, Ruben, Rodríguez, F., Martínez, O., Agudelo, N., Zea, L., & Gonzalez, E. (2005). Gestión de políticas públicas y salud. *Promoción de La Salud*, 15. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/3091/309125498001/>
- González, A., & Mogollón, O. (2002). La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. *Gac Sanit*, 16(1), 39–47.
- Gordon, I., Lewis, J., & Young, K. (2002). Perspective on policy analysis. In S. Osborne (Ed.),

- Public Management. Critical perspectives. Volume V* (pp. 11–22). London and New York: Routledge. Retrieved from [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IL6Nx8x0OtcC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Gordon,+I.,+Lewis,+J.+%26+Young,+R.+\(1977\).+Perspectives+on+policy+analysis.+Public+Administration+Bulletin,+25,+26-35&ots=04fpj3REa7&sig=UZrUohZOxTXmeKf5npr5f_tmHNY#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IL6Nx8x0OtcC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Gordon,+I.,+Lewis,+J.+%26+Young,+R.+(1977).+Perspectives+on+policy+analysis.+Public+Administration+Bulletin,+25,+26-35&ots=04fpj3REa7&sig=UZrUohZOxTXmeKf5npr5f_tmHNY#v=onepage&q&f=false)
- Grisales, L., & Giraldo, L. (2008). Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio agines con el sector salud, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 26(1), 78–89.
- Guerra, D. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 24(2), 142–146.
- Gutiérrez, J., & Restrepo, R. (2012). El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del SGSSS en Colombia. *Sociedad y Economía*, 23, 183–204.
- Hernández, M. (2001). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 57–70.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (M. G. Hill, Ed.) (5^o Edición). México D.F. Retrieved from [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia de la investigación 5ta Edición.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edicion.pdf)
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71, 83–96. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851004001174>

- Infante, A., de la Mata, I., & López-Acuña, D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública*, 8(1/2), 13–20.
- Jaime, F., Dufour, G., Alessandro, M., & Amaya, P. (2013). *Introducción al análisis de políticas públicas*. (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Ed.) (Primera ed). Buenos Aires.
- Lindblom, C. (1991). *El proceso de elaboración de Políticas Públicas*. (Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, Ed.) (Primera ed). Madrid.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165–193. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Meny, I., & Thoenig, J.-C. (1992). *Las políticas públicas*. (Editorial Ariel S.A., Ed.). Barcelona.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, 237. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012 – 2021*. Bogotá. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). *Informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora del proceso de planeación territorial para la migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2015*. Departamento de Casanare. Bogotá.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *Migración Plan Territorial de Salud 2012-2015 Departamento de Casanare*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección. (n.d.). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estratégica PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Metodológicos, técnicos y operativos*. Bogotá.
- Molina, G., & Cabrera, G. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. (Facultad Nacional de Salud Pública “Hector Abad Gómez,” Ed.). Colombia. Retrieved from http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas_publicas_en_salud_aproximacion_a_un_analisis.pdf
- Molina, Gloria, & Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y Política Pública*, 16(1), 171–201.
- Monteiro, L., Pellegrini, A., Solar, O., Rígoli, F., Malagon, L., Castell-Florit, P., ... Atun, R. (2015). Universal health coverage in Latin America 3 (Series). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*, 385, 1334–1351.
- Montero, D. (2010, September 29). Dilian Francisca Toro, la baronesa de la salud. *La Silla Vacía*. Retrieved from <https://lasillavacia.com/historia/18284>
- Naranjo, L., & Garzón, E. (2010). Las privatizaciones en el sector salud colombiano. Una realidad que se ocultó tras el discurso (1990/2005). *Umbral Científico*, (16), 77–84.
- Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Informe técnico. Desigualdades sociales en salud en*

Colombia (Sexta edición). Bogotá. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/6to-informe-ons.pdf>

Observatorio Nacional de Salud. (2016). *Una mirada al ASIS y análisis en profundidad. Informe Técnico / Séptima Edición*. Bogotá.

OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Panorama general*. Ginebra.

OMS. (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Retrieved from file:///C:/Users/skoko/Dropbox/Posgrado/Maestría en Políticas Públicas/SEMESTRE IV/Bibliografía Políticas públicas en salud/La atención primaria de salud, OMS.pdf

OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. (Ediciones Journal S.A., Ed.). Buenos Aires. Retrieved from http://apps.who.int/iris/handle/10665/44084?search-result=true&query=Subsanar+las+desigualdades+en+una+generación&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc

OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

OMS. (2011). *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Todos por la equidad*. Rio de Janeiro. Retrieved from http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

- OPS/OMS. (2014). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019*. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/paho-strategic-plan-spa-2014-2019.pdf>
- Ostrom, E. (2014). Más allá de los mercados y los Estados: gobernanza policéntrica de los sistemas económicos complejos. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(5), 15–70. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32132112002>
- Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de las políticas públicas*. (Miño y Dávila Editores, Ed.). Buenos Aires. Retrieved from [https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/1097951/mod_resource/content/1/Parsons Wayne - Politicas Publicas.pdf](https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/1097951/mod_resource/content/1/Parsons%20Wayne%20-%20Politic%20Publicas.pdf)
- Paz Noguera, B. (2016). *Innovación en el diseño de políticas públicas: formalización bayesiana de process tracing aplicada a la política de regalías en Colombia*. Flacso Ecuador. Retrieved from <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/10768>
- Pérez, M., Pérez, E., Real, J., Ruiz, S., Ortega, N., Mondragón, J., ... Gelambí, M. (2006). *Análisis de políticas públicas*. (M. Pérez, Ed.). España: Universidad de Granada.
- Portafolio. (2018, May 3). La corrupción, el mayor mal del sistema de salud. Retrieved from <https://www.portafolio.co/economia/la-corrupcion-el-mayor-mal-del-sistema-de-salud-516800>
- Riutort, M., & Cabarcas, F. (2006). Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11, 22–36.
- Rodríguez, C. (2012). La paradoja de las instituciones en Colombia: un análisis sociológico. In

Las instituciones en Colombia (pp. 56–88).

Roth, A.-N. (2018). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. (Ediciones Aurora, Ed.) (Decimoterc). Bogotá.

Ruiz, F. (2012, July 19). Los tres males del sistema de salud. *El Espectador*, p. Salud. Retrieved from <https://www.elespectador.com/noticias/salud/los-tres-males-del-sistema-de-salud-articulo-361405>

Schwartz, P. (1984). *El Estado liberal*. Madrid: Centros de Estudios Políticos. Retrieved from <https://www.cepchile.cl/el-estado-liberal/cep/2016-03-03/183404.html>

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (Editorial Universidad de Antioquia, Ed.) (Primera ed).

Suárez, L., Puerto, S., Rodríguez, L., & Ramírez, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 16(32), 34–50.

Subirats, J. (2001). El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit*, 15(3), 259–264.

Suelt, V., & Cote, G. (2010). Análisis constitucional y legal del estado de emergencia social y los decretos que reforman el sistema de salud. *Rev Gerenc Polit Salud*, 9(18), 18–29.

Teddle, C., & Tashakkori, A. (2009). Mixed methods research Design. In *Foundations of Mixed Methods Research* (pp. 137–167). Los Angeles.

Umaña, F. (2009, November 20). Uribe declara la emergencia social. *El Tiempo*. Retrieved from <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3724428>

- Uribe-Gómez, M. (2009). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 44–68.
- Urra, E., Muñoz, A., & Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 50–57. Retrieved from Discourse analysis
- Vargas, A., & Méndez, C. (2014). Health care privatization in Latin America: Comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia and Mexico. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39(4), 841–886. <https://doi.org/1.1215/03616878-2743063>
- Vargas, I., Vázquez, M. L., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 927–937.
- Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública.” *Desafíos*, (20), 149–187. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/3596/359633165006.pdf>
- Velsco, M. (n.d.). *Distintos instrumentos para un mismo fin. Los instrumentos de las políticas como herramientas para el análisis*. Madrid. Retrieved from https://eprints.ucm.es/12184/2/velasco_Instrumentos_políticas.pdf
- Walt, G. (1994a). *Health Policy: An introduction to process and power*. (Zeed Books, Ed.). London. Retrieved from <https://www.zedbooks.net/shop/book/health-policy/>
- Walt, G. (1994b). *Políticas salud: Una introducción al proceso y al poder*. (W. U. P. Johannesburg. & Z. Books, Eds.) (Primera). London and New Jersey.
- Wildavsky, A. (2018). *The art and craft of policy analysis*. (P. Macmillan, Ed.) (Reeditado).

Berkeley. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-58619-9>

Yin, R. (2009). Investigación con Estudios de Caso. Diseño y Métodos. *Applied Social Research Methods Series*, 5, 17. Retrieved from [https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/YIN ROBERT .pdf](https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/YIN%20ROBERT.pdf)

Zuliani, L., Bastidas, M., & Ariza, G. (2015). La participación: determinante social en la construcción de políticas públicas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(1), 75–84.

8. Anexos

Anexo 1

Formato de entrevista semiestructurada

 <p>TRABAJO DE GRADO MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS "Análisis del Plan Decenal de Salud Pública: Caracterización y condiciones determinantes de su formulación e implementación actual"</p> <p>Universidad de Antioquia – Facultad de Economía Estudio: "Análisis de la política pública 'Plan Decenal de Salud Pública' adelantado en Colombia desde 2012 hasta 2021: caracterización de los factores y condiciones determinantes en su formulación e implementación actual"</p> <p>Entrevista a involucrados del PDSP Investigación para la Maestría en Políticas públicas</p> <p>Elaborado por: Leandro A. Plazas Cris­tancho.</p> <p>En una entrevista semiestructurada se fija el objetivo general de la información que se quiere obtener del entrevistado/a. Este objetivo se pone de manifiesto a través de una batería de preguntas básicas que deben ser planteadas al entrevistado. No obstante, de las preguntas, y de acuerdo con la dinámica de la entrevista, se debe tener mucha flexibilidad para matizar o entrelazar otros temas que el entrevistado/a plantea como importantes, eso sí, buscando asociarlas al objetivo de la entrevista (Hernández et al., 2010).</p> <p>Objetivos de la entrevista:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Conocer la versión de los expertos e involucrados en la gestión del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia, sobre los factores y condiciones, estructurales y coyunturales, que influyeron en esta política durante la fase de formulación, adelantada entre 2012 y 2013, y la fase de implementación actual (entre 2012 y 2017).2. Caracterizar los stakeholders, actores decisionales y afectados (positiva y negativamente: indirecta o directamente), involucrados en el proceso destacando su papel en la toma de decisiones y en la configuración de una red de policy encaminada a favorecer sus intereses.3. Identificar a través de los expertos entrevistados, otros actores que pudieron haber incidido en el proceso.	<p>Análisis del Plan Decenal de Salud Pública Leandro Augusto Plazas Cris­tancho</p> <p>Dirigido a: los actores e involucrados (organismos gubernamentales y no gubernamentales) en el proceso de formulación e implementación de la política de salud "Plan Decenal de Salud Pública", a expertos sobre el sistema sanitario, a académicos del área de la salud pública y, en fin, a personas con conocimientos y cercanía al tema señalado.</p> <p>Tiempo aproximado de la entrevista: 15 a 20 minutos.</p> <p>Recursos: la guía de entrevista, audio grabadora y/o cámara fotográfica exclusivamente para registro de contextos y documentos (opcional).</p> <p>Esta entrevista se compone de algunas preguntas abiertas y otras preguntas de tipo Likert, con respuestas cerradas para puntuar en una escala de 1 (mínima valoración) a 7 (máxima valoración).</p> <p>Nota: Antes de comenzar la entrevista, se debe preparar una breve introducción (10 líneas) presentando al (la) entrevistado/a: quién es, dónde y qué actividad desarrolla, así como el lugar y la fecha de la entrevista.</p> <p>Guía de presentación:</p> <p>Entrevistador: _____</p> <p>- Buenos días/tardes. Me llamo Leandro Plazas, estudiante de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad de Antioquia. En estos momentos, me encuentro realizando un estudio sobre el análisis de la política de salud "Plan Decenal de Salud Pública" enfocada en la caracterización de los factores y condiciones que fueron determinantes para determinar los resultados del proceso de policy durante la fase de formulación y en el desempeño de su actual implementación.</p> <p>- Nos encontramos en _____, el día ____ del mes de _____ del año 2018.</p> <p>- Como se refinó en el consentimiento informado, el origen de la información obtenida será completamente confidencial y no comprometeré de ninguna manera a las personas o empresas que participen.</p> <p>- Antes de iniciar la entrevista, me gustaría que nos indicara ¿Cuál es su nombre y qué funciones desempeña actualmente dentro de la organización? Esta información es solamente para organizar el reporte y no se hará conocer de terceras personas.</p>
--	---



* Respuesta del entrevistado.

- A continuación, voy a enunciar cada una de las preguntas (son 18 preguntas en total), seguido de sus respuestas. Algunas preguntas son abiertas y otras cerradas de tipo Likert.

Preguntas:

Primera parte: Hablemos un poco sobre el proceso de formulación del Plan.

1). ¿Cuál fue su papel/rol durante el proceso de formulación y/o el actual proceso de implementación/ejecución de la política de salud "Plan Decenal de Salud Pública"? (puede anotar varias respuestas).

1. Coordinación o supervisión
2. Ejecutor de actividades
3. Apoyo técnico a las actividades programadas
4. Informante
5. Evaluador
6. Tomador de decisiones
7. Otro papel _____

2). ¿De dónde cree Usted que surgió la idea de formular el Plan?

3). ¿Durante el proceso de formulación de la política de salud "Plan Decenal de Salud Pública" su opinión como involucrado y/o afectado fue consultada por las autoridades sanitarias y administrativas responsables? En caso afirmativo, en qué aspectos fue consultado.

- Análisis de situación de salud
- Definición de problemas prioritarios
- Diseño de la política pública
- Asignación de recursos
- Aspectos técnicos o administrativos
- Otro aspecto _____

4). ¿Quiénes considera usted que fueron los principales agentes individuales o grupales (stakeholders) locales e internacionales involucrados durante la fase de formulación?

5). ¿Cuáles cree que fueron los actores gubernamentales y no gubernamentales que tuvieron 'mayor' poder en las decisiones del proceso de policy, durante la fase de formulación y en el desempeño actual de la política de salud en su fase de implementación?

A continuación, se incluyen los principales actores e involucrados en el proceso de policy. Valore su participación de Cero (0) a Seis (6). A mayor puntaje mayor participación.

Funcionarios del Gobierno central	0	1	2	3	4	5	6
Funcionarios del Gobierno territorial (local)	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de las comunidades	0	1	2	3	4	5	6

3



Grupos políticos locales	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de la academia	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de otras organizaciones sociales	0	1	2	3	4	5	6
Otros agentes (¿Cuál?)	0	1	2	3	4	5	6

En su concepto, ¿por qué se dieron estas diferencias en el poder?

6). ¿Cuáles fueron las principales estrategias o recursos de acción¹ en los que se apoyaron los participantes para posicionar sus intereses y cumplir sus objetivos?

Califiquelos según su importancia. A mayor puntaje mayor importancia.

Información: educación, discusiones, debates, foros	0	1	2	3	4	5	6
Recursos financieros: fondos, partidas específicas para la formulación	0	1	2	3	4	5	6
Recomendaciones de expertos	0	1	2	3	4	5	6
Seguimiento de normas jurídicas obligatorias	0	1	2	3	4	5	6

¿Qué efectos relevantes, usted cree, tuvieron los recursos de acción utilizados para los tomadores de decisiones (agentes decisoriales)?

¹ Según Walt (1996), hay tres tipos de recursos: información, expertise y finanzas.

5

7). ¿De cero (0) a seis (6) valore cuánto poder² tuvieron los stakeholders para "influir" en los tomadores de decisiones durante el proceso de formulación de la política de salud? Califiquelos según su poder. A mayor puntaje mayor poder.

Funcionarios del Gobierno central	0	1	2	3	4	5	6
Funcionarios del Gobierno territorial (local)	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de las comunidades	0	1	2	3	4	5	6
Grupos políticos locales	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de la academia	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de otras organizaciones sociales	0	1	2	3	4	5	6
Otros agentes (¿Cuál?)	0	1	2	3	4	5	6

¿Cree usted que fue un proceso inclusivo y abierto durante la fase de formulación y en el proceso de implementación actual de la política de salud?

8). En su concepto, ¿La alternativa de solución elegida en la fase de formulación de la política de salud se ajusta a las problemáticas de los territorios a nivel regional?

² Buse, Mays y Wall (2005), entienden el poder como la capacidad de lograr un resultado deseado. En la elaboración de políticas, el poder es pasado como tener "poder sobre" otros.

³ Como menciona Subritzin (2001), muchas veces, lo que se acaba haciendo o decidiendo no tiene que considerarse como la solución más racional u óptima (*first best*), sino simplemente como la definición de problema que ha resultado triunfante en el debate público entre actores y sus definiciones del problema.



La política formulada dio respuesta a los problemas y condiciones locales

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Por favor justifique su concepto.

9). ¿Qué factores y/o condiciones, estructurales o coyunturales, del entorno contribuyeron a determinar los contenidos del Plan?

¿Qué aspectos del contexto decisional ayudaron a formar las preferencias de los agentes decisionales y los stakeholders? Califíquelos de cero (0) a seis (6).

Intereses personales	0	1	2	3	4	5	6
Intereses institucionales	0	1	2	3	4	5	6
Intereses de grupos o agentes políticos	0	1	2	3	4	5	6
Contextos culturales	0	1	2	3	4	5	6
Condiciones de organización de las comunidades en la localidad	0	1	2	3	4	5	6
Aspectos técnicos	0	1	2	3	4	5	6
Aspectos normativos (cumplimiento de normas)	0	1	2	3	4	5	6
Otras condiciones coyunturales (¿Cuál?)	0	1	2	3	4	5	6
Otras condiciones estructurales (¿Cuál?)	0	1	2	3	4	5	6

¿Podría ampliar este concepto por favor?

7

Segunda parte. Hablemos ahora de la implementación y puesta en marcha del plan.

10). En su concepto, ¿Qué actores han influenciado la implementación y ejecución del plan? Califíque su influencia de cero (0) a seis (6). A mayor puntaje mayor influencia.

Funcionarios del Gobierno central	0	1	2	3	4	5	6
Funcionarios del Gobierno territorial (local)	0	1	2	3	4	5	6
Actores locales del sector salud	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de las comunidades	0	1	2	3	4	5	6
Grupos políticos locales	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de la academia	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de otras organizaciones sociales	0	1	2	3	4	5	6
Otros agentes (¿Cuál?)	0	1	2	3	4	5	6

Otros agentes: _____

11). En su opinión ¿Cuáles han sido los principales aciertos del Plan?

¿Por qué?



12). En su opinión ¿Cuáles han sido las principales fallas o limitaciones del Plan? ¿Por qué?

¿Por qué?

13). ¿Usted considera que, a la fecha, se observan resultados tangibles de la implementación/ejecución del "Plan Decenal de Salud Pública" para avanzar en la reducción de la inequidad en salud y lograr mejores condiciones de salud en la población en los territorios del país?

¿Qué efectos ha tenido sobre los Determinantes Sociales de la Salud para mejorar el bienestar integral y la calidad de vida de la población del territorio colombiano?

14). De acuerdo con la situación actual de infraestructura sanitaria del país, cuáles son los principales problemas que afectan el desempeño logístico en la fase de implementación/ejecución de la política de salud "Plan Decenal de Salud Pública"?

15). Una de las dimensiones transversales del "Plan Decenal de Salud Pública" es el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. Para usted ¿Cuáles han sido los principales avances en materia de fortalecimiento de la autoridad sanitaria para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos de la política de salud?

16). De cero (0) a siete (6) valore la influencia que han tenido diferentes actores sociales y comunitarios en el control de la ejecución del Plan.

Líderes comunales	0	1	2	3	4	5	6
Comunidad LGBTIQ	0	1	2	3	4	5	6
Población indígena, Rrom, raizal, palenquero y afrocolombiano	0	1	2	3	4	5	6
Grupos ordenados de la sociedad	0	1	2	3	4	5	6
Representantes de otras organizaciones sociales	0	1	2	3	4	5	6
Otros agentes (¿Cuál?)	0	1	2	3	4	5	6

9



TRABAJO DE GRADO MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
 Análisis del Plan Decenal de Salud Pública: Características y condiciones determinantes de su implementación e implementación exitosa

Análisis del Plan Decenal de Salud Pública | Leandro Augusto Pizaras Crisóstomo

17). El "Plan Decenal de Salud Pública" como política de Estado, es la carta de navegación para las regiones del país que plantea los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, ¿Considera usted que, en la actualidad, las entidades territoriales han adoptado los lineamientos del PDSP de acuerdo con sus competencias, necesidades, condiciones y características de la población y el territorio, para el cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados?

Califique de cero (0) a seis (6) su respuesta. A mayor puntaje mayor el nivel de acuerdo.

Grado de adopción del Plan en el nivel local	0	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---	---

¿Por qué?

17). De cero (0) a siete (6) valore la capacidad⁴ que ha tenido el Estado para asumir la implementación del "Plan Decenal de Salud Pública" hasta el momento. Desde la acción intersectorial, como una responsabilidad compartida de las autoridades administrativas y sanitarias en sus distintos niveles territoriales y de las empresas privadas vinculadas al sector salud, en compañía de la participación social. A mayor puntaje mayor capacidad.

Ministerio de Salud y Protección Social (como ente rector)	0	1	2	3	4	5	6
Entes territoriales (Distritales, Departamentales y Municipales)	0	1	2	3	4	5	6
Instituciones Prestadoras de Salud – IPS.	0	1	2	3	4	5	6
Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB ⁵ .	0	1	2	3	4	5	6
Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías – AFP.	0	1	2	3	4	5	6
Otros agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS o del Sistema de Protección Social (¿Cuál?)	0	1	2	3	4	5	6

En su opinión, ¿Cree que el aparato estatal, en sus distintos niveles territoriales, tiene una adecuada capacidad para implementar el Plan y tener éxito en el logro de los objetivos estratégicos planteados?

⁴ Para Chudnovsky (2014), una manera de disminuir la capacidad de un Estado es a través de las políticas públicas implementadas. De acuerdo con la literatura, se considera a la capacidad estatal como un concepto compuesto por: características burocráticas y características del diseño y de la implementación de políticas. En esta sentido, la capacidad se encuentra alineada con aquellas características de la burocracia ligadas a la definición de poder institucional, que le permite al Estado penetrar efectivamente la sociedad civil e implementar sus acciones a través del territorio.

⁵ De acuerdo con numeral 1 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 en concordancia con el numeral 17 del artículo 6 del Decreto 2462 de 2013. Se atiende por entidades administradoras de planes de beneficios las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las empresas solidarias, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las cajas de compensación familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan los aseguradores, las entidades que suministran planes voluntarios de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adscritas de salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

11



TRABAJO DE GRADO MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
 Análisis del Plan Decenal de Salud Pública: Características y condiciones determinantes de su implementación e implementación exitosa

Análisis del Plan Decenal de Salud Pública | Leandro Augusto Pizaras Crisóstomo

¿Por qué?

https://books.google.com.co/books/about/Decisiones_públicas_análisis_y_estudio.html?id=d9bMAgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=hp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Subiretz, J. (2001). El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit*, 15(3), 259–264.

Walt, G. (1994). *Health Policy: An introduction to process and power*. (Zed Books, Ed.). London. Retrieved from <https://www.zedbooks.net/shop/book/health-policy/>

Chudnovsky, M. (2014). Régimen político, estado y políticas públicas: el rol de los gabinetes en el desarrollo de capacidades estatales (Tesis presentada para obtener el doctorado en Ciencia Política). Capítulo 1. Buenos Aires, Argentina. Pp. 1-21.

Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Bogotá, Colombia.

Después de la entrevista:

- Haga un resumen.
- Coloque a quien entrevistó en su contexto (¿qué me dijo?, ¿por qué me lo dijo?, ¿quién era el entrevistado realmente?, ¿cómo transcurrió la entrevista?)
- Revise sus anotaciones de campo.
- Transcriba la entrevista lo más rápido posible
- Envíe una carta de agradecimiento o e-mail.
- Analice la entrevista.
- Revise la guía y la entrevista. Mejore la guía.
- Repita el proceso hasta que tenga una guía adecuada y suficientes casos (lograr la saturación).

18). Pregunta abierta para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados durante la entrevista. ¿Tendrá Usted algo más que comentaron sobre el Plan?

Mil gracias por su entrevista.

Bibliografía

Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). *Making health policy* (First publ). New York.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (M. G. Hill, Ed.) (5ª Edición). México D.F. Retrieved from [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia de la investigación 5ta Edición.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion.pdf)

Dente, B., & Subiretz, J. (2014). *Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. (G. Planeta, Ed.) (Primera Ed). Barcelona. Retrieved from

13

Anexo 2

Consentimiento informado entrevista



TRABAJO DE GRADO MAestrÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
Escuela del Plan Decenal de Salud Pública:
 Caracterización y condiciones determinantes en su formulación e implementación actual

Universidad de Antioquia – Facultad de Economía
 Estudio:
 "Análisis de la política pública "Plan Decenal de Salud Pública" adelantado en Colombia desde 2012 hasta 2021: caracterización de los factores y condiciones determinantes en su formulación e implementación actual"

Consentimiento informado

Bogotá, julio ____ de 2018

Estimado(a) participante:

Reciba un cordial saludo.

Por este medio ponemos en su conocimiento la realización del proyecto de investigación científica "Análisis de la política pública "Plan Decenal de Salud Pública" adelantado en Colombia desde 2012 hasta 2021: caracterización de los factores y condiciones determinantes en su formulación e implementación actual", realizado en el marco de la Maestría en Políticas Públicas de la Facultad de Economía de la Universidad de Antioquia, Sede Medellín, y dirigido por el Profesor Rubén Darío Gómez.

En la fase actual del proyecto nos encontramos realizando entrevistas a los involucrados en el proceso de formulación e implementación de la política de salud, a expertos sobre el sistema sanitario, a académicos del área de la salud pública y, en fin, a personas con conocimientos y cercanía al tema citado. Por ello, agradecemos su disponibilidad para contribuir con la entrevista pactada previamente. Para continuar con el proceso le agradeceríamos confirmarnos por escrito su voluntad de participar libre y conscientemente en el estudio suministrando sus opiniones y conceptos personales sobre el asunto en estudio.

Al respecto le informamos lo siguiente:

1. La entrevista es anónima. En ningún caso se revelará su identidad como autor de algún comentario.
2. Esta entrevista podrá ser grabada y posteriormente transcrita, solamente si Usted lo autoriza. En caso de que usted no autorice la grabación de la entrevista nos limitaremos a tomar notas.



TRABAJO DE GRADO MAestrÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
Escuela del Plan Decenal de Salud Pública:
 Caracterización y condiciones determinantes en su formulación e implementación actual

3. La información proveniente de la entrevista podrá ser utilizada para fines de difusión estrictamente académica (artículos en revistas indexadas, capítulos en libros o ponencias).
4. Este documento donde aparece su firma como participante libre, consciente e informado sobre el estudio, se archivará de manera separada e independiente de su testimonio de manera que terceras personas no puedan establecerse relación entre ambos.

Agradecemos su atención,



Leandro Augusto Plazas Cristancho
 Estudiante de M.Sc. Políticas públicas
 Universidad de Antioquia
 leandro.plazas@udea.edu.co
 Cel: (+57) 310 8817834



César Augusto Valderrama Gómez
 Coordinador Maestría en Políticas Públicas
 Universidad de Antioquia
 maestríapoliticas@udea.edu.co
 Tel: 219-8821

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y, en consecuencia:

Dejo constancia de que la información que voy a suministrar refleja mis opiniones sobre el tema, y se emite libre de presiones.	Si	No
Autorizo que la entrevista sea grabada guardando mi identidad anónima.	Si	No
Autorizo que la entrevista sea transcrita guardando mi identidad anónima.	Si	No

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

Anexo 3

Caracterización de los involucrados en el proceso del PDSP

Dimensión del Interés	Involucrados	Actor	Recursos	Objetivos	Rol
Internacional	<i>Banca Internacional</i>	Intereses especiales	Económicos	Proceso	Aliado
	<i>ONU</i>	Burocrático	Políticos, Económicos, Cognitivos	Proceso y contenido	Promotor
	<i>OMS & OPS</i>	Burocrático	Políticos, Cognitivos	Contenido	Promotor y aliado
Nacional	<i>MINSALUD</i>	Burocrático	Legales, Cognitivos, Económicos	Contenido	Director
	<i>Congreso de la República</i>	Político	Políticos y Legales	Proceso y contenido ¹²¹	Actor de veto o Gatekeeper

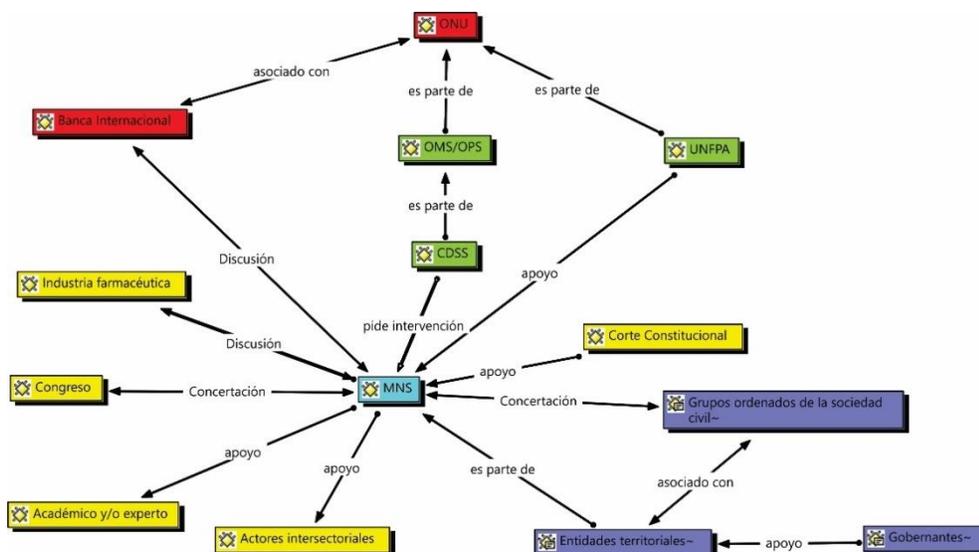
¹²¹ A menudo, en los procesos de PM, los actores tienen simultáneamente preferencias y objetivos que se refieren tanto a la cuestión a tratar como a las relaciones con otros actores (Dente y Subirats, 2014).

Local	<i>Corte Constitucional</i>	Burocráticos	Legales	Contenido	Actor de veto o Gatekeeper
	<i>Actores transectoriales (v.g. organismos de control y vigilancia)</i>	Burocrático	Legales y cognitivos	Contenido	Aliado
	<i>Actores intersectoriales (v.g. ministerios, DNP y Comisión Intersectorial en Salud Pública)</i>	Burocráticos	Legales, económicos y políticos	Proceso y contenido	Aliado
	<i>Industria farmacéutica</i>	Intereses especiales	Económicos	Contenido	No movilizado
	<i>Academia y expertos en Salud Pública</i>	Expertos	Cognitivos	Contenido	Aliado
	<i>ET</i>	Burocrático	Legales, económicos y cognitivos	Contenido	Aliado
	<i>EAPB</i>	Burocrático e intereses especiales	Económicos y legales	Proceso	No movilizado
	<i>Grupos políticos</i>	Político	Políticos y económicos	Proceso	Mediador
	<i>Gobernantes (alcaldes y gobernadores)</i>	Burocrático	Legales y políticos	Proceso y contenido	Aliado
	<i>IPS</i>	Burocrático	Legales	Proceso	Aliado
	<i>Otras secretarías</i>	Burocrático	Legales y cognitivos	Contenido	Aliado
<i>Grupos ordenados de la sociedad</i>	Intereses generales	Legales	Contenido	Aliado	

Modificado de: (Dente & Subirats, 2014).

Anexo 4

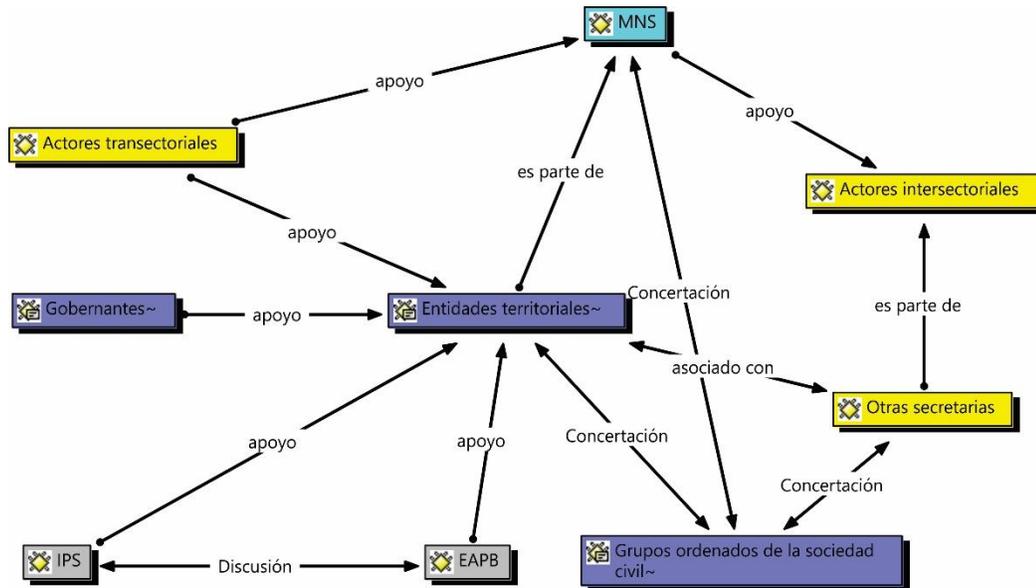
Red de involucrados en la fase de formulación



Fuente: Elaboración propia, programa Atlas.ti.

Anexo 5

Red de involucrados en la fase de implementación actual



Fuente: Elaboración propia, programa Atlas.ti.

Anexo 6

Dimensiones del PDSP

Dimensiones		Objetivos	Metas
PRIORITARIAS	1 <i>Salud ambiental</i>	Promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales. Promover el desarrollo sostenible. Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida.	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.
	2 <i>Vida saludable y condiciones no transmisibles</i>	Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que incluya como prioridad promoción de la salud, control de enfermedades no transmisibles, entre otras. Disminuir la exposición a factores de riesgo modificables en el ciclo de vida. Fortalecer la capacidad del país para gestionar la vigilancia, el monitoreo social y económico de políticas de salud pública. Apoyar y fomentar el desarrollo de las capacidades para la investigación.	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.
	3 <i>Convivencia social y salud mental</i>	Generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades humanas. Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social. Disminuir el impacto que tienen sobre las personas los eventos, problemas y trastornos mentales.	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.

TRANSVERSALES	4	<i>Seguridad alimentaria y nutricional</i>	Propender por la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.
	5	<i>Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</i>	Promover, generar y desarrollar los medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.
	6	<i>Vida saludable y enfermedades transmisibles</i>	Garantizar y materializar el derecho de la población a vivir libre de enfermedades transmisibles. Reducir la exposición a condiciones y situaciones de riesgo ambientales, sanitarios y biológicos. Crear condiciones y capacidades en el sector en el nivel transectorial y la comunidad para gestionar planes, programas y proyectos que reduzcan el riesgo a exposiciones y vulnerabilidades diferenciales y a las enfermedades transmisibles.	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.
	7	<i>Salud Pública en emergencias y desastres</i>	Promover la gestión del riesgo de desastres como una práctica sistemática.	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.
	8	<i>Salud y ámbito laboral</i>	Ampliar la cobertura en el Sistema de Riesgos Laborales. Mejorar las condiciones de salud y medio ambiente de la población trabajadora. Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial.	Objetivos, metas y estrategias por cada componente.
	1	<i>Gestión diferencial de poblaciones vulnerables</i>	Atender los determinantes particulares que conllevan a inequidades sociales y sanitarias persistentes en poblaciones vulnerables. Fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social de todos los sectores, participación social y de grupos organizados en los procesos de planeación y control en ejecución de intervenciones y recursos.	A 2021 contar con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con al ciclo de vida, género, etnia y necesidades diferenciales de la población. A 2021 ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de la población. A 2021 ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables. A 2021 consolida la participación social en salud a través de redes de

		organizaciones sociales que influyan en políticas públicas a intervenir los DSS.
2	<p><i>Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud</i></p>	<p>Cobertura universal en salud equiparable entre zona urbana y rural.</p> <p>Modelo de atención en salud basado en la estratégica APS.</p> <p>Acceso universal a la prestación de servicios farmacéuticos esenciales.</p> <p>Sistema de vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional integrado a los sistemas de las ET.</p> <p>Los servicios de salud competirán, basándose en los resultados de salud que producen.</p>

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013^a).

Anexo 7

Marco normativo del PDSP

Causas		Fenómenos	Consecuencias
Norma	Año		
<i>Constitución Política de Colombia</i>	1991	<p>Art. 48 y 49: La seguridad social es obligación del Estado Social de Derecho. Los derechos de los niños prevalecen sobre los demás [art. 44 y 50].</p> <p>Art. 49: Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p>	<p>Por su naturaleza ecléctica, involucra tanto concepciones desde el punto de vista de la protección del derecho como de la introducción de las lógicas del mercado para la prestación de los servicios de salud.</p> <p>El PDSP se enmarca en la protección y desarrollo integral del derecho fundamental a la salud, reconocido en la sentencia T-760 de 2008 y reglamentado por la LES de 2015.</p>

<i>Ley 152</i>	1994	Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, indicativa a la Nación, ET y organismos públicos.	<p>Los PD Nacional y territoriales deberán estar alineados a fin de tener coherencia en la elaboración de políticas y estrategias en materia económica, social y ambiental.</p> <p>Art. 41: Los PAS de las ET programarán anualmente los proyectos y recursos que contribuirán con los objetivos estratégicos del PDSP.</p>
<i>Resolución 5165</i>	1994	Se expiden los criterios metodológicos para la elaboración de los PTS de las ET.	<p>La elección de la mejor alternativa de solución para intervenir los factores condicionantes de la salud en la respectiva jurisdicción será bajo el criterio de orientar la transformación del estado de salud de la población mediante la definición de <u>objetivos, metas, estrategias y proyectos.</u></p>
<i>Ley 1122</i>	2007	Por el cual se hace algunas modificaciones en el SGSSS, teniendo como prioridad el mejoramiento de los servicios a los usuarios.	<p>Se creo la Comisión de Regulación en Salud (CRES), liquidada mediante el Decreto 2560.</p> <p>Se garantiza la atención inicial de urgencias [art. 20] y se obliga a las aseguradoras a garantizar la integralidad en la prestación de los servicios [art. 23]. Además de encargar al MINSALUD definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS [art. 25].</p> <p>El artículo 32 y 33 establece la prioridad de desarrollar políticas orientadas a salud pública [poblacional]. Para ello, se definirá un PNSP para cada cuatrenio.</p>
<i>Decreto 3039 [PNSP]</i>	2007	Por el cual se adopta el PNSP 2007-2010.	<p>El MINSALUD a cargo de su diseño e implementación a través de las ET, articulando sus estrategias en los PTS que comprende acciones del PIC y las acciones previstas en el antiguo POS.</p> <p>Su propósito fue garantizar las condiciones para mejorar la salud de la población, recogiendo los compromisos internacionales adquiridos para favorecer la salud pública.</p>
<i>Resolución 425</i>	2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución seguimiento, evaluación y control de los PTS y las acciones que integran el PIC.	<p>Los PTS tienen se registrarán por los enfoques y principios previstos en el PNSP.</p> <p>El eje programático de Salud Pública contiene acciones de promoción de la salud y de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP.</p>
<i>Ley 1438</i>	2011	Por medio del cual se reforma el SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio en salud en el marco de la estrategia de APS.	<p>El sistema estará orientado a proteger la salud de la población; para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>

			<p>Para este propósito, se unifico el plan de beneficios en los dos regímenes, se estableció la garantía de la universalidad y portabilidad de los beneficios y se preservará la sostenibilidad del sistema.</p> <p>Artículos 4, 6 y 7 establece la rectoría del Sector Salud a cargo del Ministerio de Salud y su obligación de formular el PDSP a través de un proceso amplio de participación, en el que concurren todas las instancias que hacen parte del sistema y actores de otros sectores.</p>
<i>Ley 1450</i>	2011	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010 – 2014.	<p>Integra las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo, otorgándole una hoja de ruta a los <i>policy makers</i> en el diseño y formulación del PDSP.</p>
<i>Decreto 4107</i>	2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del MINSALUD y se integra al Sector Administrativo de salud y protección social.	El MINSALUD tendrá como objetivos, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud pública y promoción social en salud.
<i>Resolución 4110</i>	2012	Por la cual se define la Misión, Visión y Política del Sistema Integrado de Gestión Institucional del MINSALUD.	En procura de fortalecer el desempeño institucional del MINSALUD para el logro de la misión y objetivos que le han sido encomendados, la misión será dirigir el sistema a través de políticas de promoción de la salud, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los DSS. Con el fin de que a 2021, sea reconocida como la entidad rectora que responda a las necesidades y expectativas en materia de salud de la población.
<i>Resolución 1841</i>	2013	Por el cual se adopta el PDSP.	<p>Se aprueba el proceso técnico para formular y adoptar el PDSP, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del SGSSS como del Sistema de Protección Social.</p> <p>Las ET deberán adoptar los contenidos establecidos en el Plan, en cada cuatrenio a través del PTS y coordinar su implementación en su área de influencia. Además, deberá ser ejecutado por las EAPB, IPS y las entidades adscritas al MINSALUD en coordinación con los demás sectores que ejerzan acciones relacionadas con los DSS.</p>
<i>Resolución 4015</i>	2013	Se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los PFTS.	Tiene por objeto la elaboración de los PFTS presentados por cada nivel de gestión administrativa.
<i>Resolución 1536</i>	2015	Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral de la Salud.	La planeación integral de la salud a cargo de las ET, a través de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud” necesarios para la formulación de PTS en el marco del PDSP.

			Esta herramienta, de manera participativa, contribuye al reconocimiento de características y necesidades de la población para el logro de las metas estratégicas propuestas en el Plan.
<i>Ley Estatutaria de Salud 1751</i>	2015	Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud.	<p>Se reglamenta el derecho a la salud donde el Estado es el responsable de proteger y garantizar el goce efectivo de este. Para ello deberá hacer uso de dispositivos políticos como formular políticas de salud dirigidas a garantizarlo y que propendan por la promoción, prevención y atención de la enfermedad. Asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.</p> <p>Se incluye el enfoque de DSS que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, orientando las políticas al logro de la equidad en salud.</p> <p>Se garantiza el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan.</p>
<i>Resolución 518</i>	2015	Por el cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del PIC.	A partir de las estrategias individuales y colectivas en salud pública definidas por el PDSP, el MINSALUD se ve en la necesidad de establecer procesos para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a lo largo del curso de vida en vista de la diferencia entre la gestión en salud pública y el PIC.
<i>Resolución 429</i>	2016	Por la cual se adopta el PAIS.	Con el fin de materializar el derecho fundamental a la salud dentro del SGSSS, se organizan los principios, normas e instituciones en anteriores reformas bajo la estrategia de APS y el modelo de DSS. De esta forma, surge el PAIS que orienta los objetivos del sistema hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8

Categorías operativas de los componentes definidos en cada dimensión prioritaria

Dimensiones	Componentes	Objetivos	Metas	Estrategias	Indicadores		
		Por componente			Resultado	Gestión	Total
a)	Hábitat saludable.	10	20	22	7	34	41
		4	10	8			

TRANSVE	b) Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.						
	a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables.	4	17	14	11	17	28
	b) Condiciones crónicas prevalentes.	3	20	13			
	a) Promoción de la salud mental y la convivencia.	4	8	8	8	10	18
	b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.	5	10	11			
	a) Disponibilidad y acceso a los alimentos.	2	6	7			
	b) Consumo y aprovechamiento biológico	2	8	7*	9	8	17
	c) Inocuidad y calidad de alimentos.	4	2	6			
	a) Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género.	1	3	8			
	b) Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.	5	21	33 [†]	7	17	24
	a) Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.	4	7	4			
	b) Enfermedades inmunoprevenibles.	1	3	4	9	15	24
	c) Enfermedades endemo-epidémicas.	2	10	14 [‡]			
	a) Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres.	4	4	5			
	b) Respuesta en salud ante situaciones de urgencias, emergencias en salud pública y desastres.	1	4	4	1	6	7
	a) Seguridad y salud en el trabajo.	4	4	8			
	b) Situaciones prevalentes de origen laboral.	3	4	6	3	-	3
	a) Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.	3	18	45 [‡]			
	b) Envejecimiento y vejez.	6	16	34			
	c) Salud y género.	2	1	8	7	38	45
d) Salud en población étnica.	1	2	11				
e) Discapacidad.	6	1	27				
f) Víctimas del conflicto armado.	1	2	12				
a) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.	4	0	76 [‡]	1	8	9	
Total	86	301	395	94	127	216	
<p>* En este componente se aplicaron las mismas estrategias del primer componente.</p> <p>† Este componente divide sus estrategias en cuatro abordajes diferentes.</p> <p>‡ Para los tres componentes se definieron estrategias transversales.</p> <p>‡ Las estrategias de los componentes de esta dimensión se dividen en varios ítems, a excepción del componente d y f.</p> <p>‡ Las estrategias del componente se divide en varios ítems.</p>							

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Anexo 9

Fases para la construcción del PDSP

Fases	Descripción
<i>Aprestamiento</i>	Revisión normativa, evaluación de capacidades de las ET y resultados de la gestión en salud pública en 17 años.
<i>Consulta ciudadana</i>	Participación de diferentes actores sociales, comunitarios, académicos y políticos que a nivel local

	expresaron sus necesidades de implementación de cambio.
<i>Definición técnica</i>	Se realiza un diagnóstico y caracterización de la situación de salud a nivel nacional por medio del ASIS y el análisis de los DSS. Permitiendo la definición de las 10 dimensiones.
<i>Formulación</i>	Se construye la plataforma estratégica y operativa del PDSP.
<i>Validación</i>	Revisión del documento técnico por expertos del MINSALUD, académicos y asesores internacionales.

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, 2013).

Anexo 10

Infografía del PDSP con hitos claves del PPr

HITOS CLAVES DEL PDSP

En esta línea histórica muestra los acontecimientos más relevantes dentro del *policy process* que impulsaron o modificaron la Política Pública

Marco Internacional

2008

Con el informe presentado por la **CDSS** se insta a los Estados miembros a alcanzar la equidad en salud y sanitaria. A través de Políticas sociales bajo el imperativo *Salud en Todas las Políticas*.

2010

Con la **Declaración de Adelaida**, se hizo hincapié en añadir la salud y bienestar como componente esencial en la formulación de PP en todos los sectores

2011

Conferencia Mundial sobre DSS celebrada en *Rio de Janeiro*, donde todos se comprometen con un principio a escala mundial: «todos por la equidad» y «salud para todos»

2007

La **Ley 1122** establece, en sus artículos 32 y 33, la prioridad de desarrollar políticas orientadas a salud pública. Para ello, se definirá un **PNSP** para cada cuatrenio

2007

Se adopta el primer **PNSP, 2007 - 2010**. Recoge compromisos internacionales: *FESP, ODM* y el *Reglamento Sanitario Internacional*. Y hace énfasis en la acción internacional como manera de abordar los DSS

2008

La CC en la **Sentencia T-760** hace evidente la problemática crónica y estructural del SGSSS, señalando fallas en la rectoría. Y ordena la corrección de los problemas, reconociendo la salud como *derecho fundamental autónomo*

2009

Por medio del **Decreto 4975** se declara el **estado de emergencia social** y se dictan otros decretos (126 a 135 de 2010) con los cuales se pretende superar la crisis

2009

La CC no autoriza la declaratoria del estado de emergencia social, al no ser considerados como sobrevinientes sino estructurales del SGSSS (**Sentencia C-135**)

2010

Proyecto de Ley 247 de 2010 por el cual es radicada la iniciativa de reforma en el Congreso

2011

Se expide y sanciona la **Ley 1438** que realiza modificaciones al SGSSS y ordena la formulación del PDSP

2013

Con la **Resolución 1841** se adopta el PDSP

2013

En Mayo de 2013 se inicia su *implementación* con el asesoramiento técnico a las **ET**

Marco Nacional



9. Glosario de términos

Actores: a nivel general, son aquellos que llevan acciones relevantes. Hay que advertir sobre la diversidad de conceptos utilizados a la hora de referirse a aquellos actores que toman parte en el proceso de las PP. Existen diferentes tipos de actores según la naturaleza del propósito o de la pretensión que anima al involucrado a intervenir. Los actores se clasifican en: actores políticos, actores burocráticos, aquellos que representan intereses especiales y generales, y expertos (Dente & Subirats, 2014; Pérez et al., 2006).

Agenda setting o establecimiento de la agenda: acá se hace hincapié en dos cuestiones: qué problemas van a ser designados por el gobierno para ser merecedores de una atención especial, es decir, qué problemas van a ser designados como problemas públicos, y cómo van a ser definidos tales problemas. Por establecimiento de la agenda, se debe entender como el proceso a través del cual problemas y cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno como asuntos posibles de PP. Este tránsito, de “hecho problemático” a “problema público”, necesita de actores que tienen un peso decisivo, son los denominados *agedan setters*. Es decir, aquellos grupos e individuos que poseen el suficiente poder como para influir en la configuración de la agenda de los poderes públicos. Estos actores y una serie de factores vienen a hacer de filtro, determinando la agenda gubernamental o institucional (Pérez et al., 2006; Wildavsky, 2018). Por lo tanto, este proceso suele estar bastante sesgado y favorecer determinados problemas e intereses. Muchos teóricos argumentan que el verdadero poder en el proceso de las PP es el poder de no toma de decisiones, es decir, la capacidad de determinado grupo de evitar que las ideas, preocupaciones, los intereses o problemas de otro grupo lleguen a la agenda. Asimismo, esta postura puede

ampliarse para afirmar que, si se quiere comprender la forma en que se definen los problemas y las agendas, es necesario ir mucho más allá de lo que se ve en la superficie de las relaciones de poder para profundizar en la manera en que las fuerzas inadvertidas empírica o conductualmente delinear los valores y las creencias de las personas (Parsons, 2007). Entre las condiciones que influyen en el posicionamiento de un asunto en la agenda pública están: a). los intereses particulares de los gobernantes; b). los intereses de los grupos económicos, políticos y sociales capaces de presionar sobre los gobiernos; c). las presiones que ejercen los organismos internacionales y; d). los medios de comunicación (Gómez-Arias, 2012).

Arena decisional: según Lowi los lugares donde se deciden las PP son múltiples gracias a la diferenciación interna del sistema político, con protagonistas y modalidades de funcionamiento diferentes entre sí; a estos lugares les llamó “arenas de poder”. Cada arena se caracteriza por tener actores del mismo tipo, donde las interacciones tienden a ser homogéneas, y se interviene en algún momento específico del ciclo para la solución de problemas *de* políticas. Se incluyen como subcategorías (subredes) de las *decisional networks*, en las cuales actúan diferentes modalidades de comunicar y discutir (interacción) entre los involucrados. Las arenas decisionales se pueden clasificar en: arenas técnicas, arenas políticas, arenas sociales y arenas institucionales (Dente & Subirats, 2014).

Asignación de valores: de acuerdo con Walt (1994), es el proceso mediante el cual los gobiernos eligen qué valores otorgar y cuáles denegar en el proceso de creación o modificación de políticas. Para Easton (1965), las *asignaciones de valor autoritativas* son aquellas opciones que son aceptadas como legítimas por las personas afectadas por las políticas, generalmente hechas por el gobierno.

Contexto decisional: Es el conjunto de factores y condiciones, estructurales o coyunturales, que influyen en los procesos decisionales y contribuyen a determinar los resultados. Dichos factores no pueden ser modificados por los actores y por aquellos interesados o afectados por las decisiones de política pública a debate (Dente & Subirats, 2014). Según Gómez (2012) da cuenta de las condiciones sociales, económicas, culturales y administrativas en que se genera el problema y se formula la política. Sin embargo, Dente y Subirats (2014) aclaran que los factores contextuales que pueden influenciar en un proceso decisional son potencialmente infinitos. Por ello, su análisis se debe simplificar a elementos contextuales que importan, que son aquellos que actúan como limitaciones en el comportamiento de los actores y, por tanto, es de la reconstrucción de las acciones llevadas a cabo por estos últimos de donde se debe partir.

Decision makers o tomadores de decisiones: las decisiones de política son conducidas por una pluralidad de actores con valores, objetivos y lógicas de acción diferentes. Aun cuando la elección afecte o implique solo a un decisor individual, éste seguramente habrá tenido en cuenta las preferencias y los recursos de otros actores en la selección de las alternativas, y lo hará, al menos, para evitar que esos actores ejerzan poderes de veto o de obstrucción en la fase de puesta en práctica de la decisión (Fontaine, 2015). En todos los sistemas políticos, los *decision makers* actúan de modo inmediato y próximo a las PP. Dado su control sobre la elaboración de las políticas ésta constituye una élite compuesta por jefes del ejecutivo, miembros del gabinete y parlamento, miembros de la administración que elaboran las PP, altos niveles de la judicatura y, en algunos sistemas, cargos militares (Lindblom, 1991).

Decision making: para Harrop (1992), una decisión es una “selección más o menos explicativa de un rango de opciones, mientras la política envuelve un paquete de decisiones y la manera como deben ser puestas en práctica”. Para Walt (1994), en la vida cotidiana

usamos ambos términos como sinónimos, y la estrecha relación que existe entre la toma de decisiones y la formulación de PP hace innecesario diferenciar estas nociones.

Definición del problema: La génesis de una PP implica el reconocimiento de un problema. Qué cuenta como problema y cómo se define depende de la manera en que los diseñadores de las políticas buscan aproximarse a un tema o evento. Como lo expresó James Jones en el contexto de los problemas sociales: “quien sea el primero en identificar un problema social será también el primero en delinear los términos para su discusión”. Siguiendo la lección de los reformistas del siglo XIX, los problemas tienden a existir en un sentido político cuando afectan y amenazan a otro grupo. Por tanto, un problema debe ser definido, estructurado, colocado dentro de ciertos límites, además de recibir un nombre o etiqueta. La forma en que se lleva a cabo este proceso es crucial para la formulación de una política de respuesta. Las palabras y los conceptos a los que se recurre para describir, analizar o clasificar un problema enmarcan y moldean la realidad a la que se desea aplicar una política o “solución” (Parsons, 2007).

Dispositivo político-administrativo: las PP son un tipo particular de dispositivo político-administrativo, desarrollado por la modernidad tardía para controlar los recursos tangibles e intangibles de la sociedad. Al tener relación con el poder, entonces, se configuran como un escenario para el conflicto, el consenso y la negociación y no como un simple producto que se obtiene luego de la activación de unos dispositivos técnicos (A. Franco, 2010; Gómez-Arias, 2019; A. Gómez, 2011).

Dispositivos de poder: son entendidos como una red de relaciones dadas entre elementos heterogéneos, los cuales pueden ser discursos, instituciones, leyes, medidas administrativas, entre otras; que constituyen un espacio de saber y de poder, donde tienen lugar un actor y su discurso (Daza, 2017; Foucault, 1980).

Estado: Según Walt (1994), se reconoce como una idea abstracta que la mayoría de la gente reconoce como una sociedad dentro de un límite geográfico. Se preocupa por las políticas domésticas que afectan a su sociedad nacional y las políticas internacionales que afectan su lugar en el mundo. Para ello, se constituye por todos los cuerpos autoritarios de toma de decisiones de la sociedad; legalmente supremos que pueden usar la coerción para lograr sus fines. El Estado y las PP son dos conceptos y dos realidades sociopolíticas e institucionales concomitantes. La pregunta fundamental que se debe responder todo gobiernos es *¿cuánto y cómo debe intervenir el Estado en la sociedad?* Las PP constituyen la respuesta concreta dada a este interrogante. Los Estados enfrentan problemáticas siempre renovadas en los nuevos contextos internacionales, nacionales, regionales y locales: exigencias para fortalecer la democracia, la participación ciudadana, la autonomía regional y, por ejemplo, reforzar las medidas para la protección del medio ambiente y la seguridad ciudadana. Esta nueva agenda política, que se suma a los habituales problemas de las políticas sociales y económicas, de inequidad, desigualdad, pobreza, violencia, terrorismo, corrupción e inseguridad influye sobre el funcionamiento del Estado, donde las PP son el dispositivo político-administrativo para dar respuesta a estas problemáticas (Roth, 2018).

Estado y estado: Según la Real Academia Española (RAE), «Estado» se escribe con mayúscula cuando se refiere a la unidad y entidad política de un país o a su territorio. De este modo, se escribe con minúscula en el resto de sus acepciones, incluida la que se refiere a la

porción del territorio de un Estado cuyos habitantes se rigen, en algunos asuntos, por leyes propias (como ocurre con las demás entidades territoriales: comunidad autónoma, departamento, provincia, región, etc., que se escriben con inicial minúscula). Generalmente, estado equivale a “situación”.

Estrategia decisional: según Dente y Subirats (2014), se define como el intento intencionado de los actores *-policy makers-* de generar la coordinación necesaria mediante la modificación de los elementos del proceso decisional que están a su disposición. Las estrategias de estos actores van a depender, por un lado, de las capacidades materializadas por la posesión de determinados recursos, así como por la presencia de otros actores que persiguen sus propios objetivos (Pérez et al., 2006).

Globalización: Hace referencia a la intensificación de la transnacionalización de fenómenos de diferente orden, y el globalismo designa la ideología liberal de expansión del mercado único, la globalización económica. Por tanto, tiene que ver con lo universal o la universalización, aunque con algunas diferencias: mientras que lo universal implicaría valores compartidos por todos, la globalización implica una tendencia hacia procesos de homogeneización, lo que no significa valores compartidos sino, en muchos casos, una imposición de la tendencia por parte de los más poderosos. Que, en consecuencia, conlleva cambios estructurales en la sociedad, el trabajo, la política y la economía; muchos de esos cambios han sido determinados a priori (de manera programática), y tienen consecuencias impredecibles. En una definición operativa, se diría que es la “creciente gravitación de los procesos económicos, sociales y culturales de carácter mundial sobre aquellos de carácter nacional o regional” (A. Franco, 2010).

Gobernabilidad: hace alusión a las relaciones de política que se establecen entre un Estado, su gobierno y los ciudadanos. Prast, citado por Franco (2010), entiende la gobernabilidad como la capacidad de formular e implementar políticas públicas por parte de un gobierno. Pero es indudable que dicha capacidad estará condicionada por el conflicto, la lucha de clases y el juego de actores que se dan en la arena política. En este sentido, la gobernabilidad está relacionada con la gobernanza. Prast demuestra que hay condiciones entre gobernanza (o entramado institucional) y gobernabilidad (capacidad de gobierno conferida por dicho entramado institucional): la gobernabilidad es entendida como variable dependiente, y la gobernanza como independiente.

Gobernanza: se entiende como los procesos de acción colectiva que organizan las dinámicas de actores y normas sociales, con los cuales una sociedad determina su conducta política. Se refiere a la manera de tomar y ejecutar decisiones del conjunto social, y a los arreglos de los actores entre sí; sus categorías analíticas o dimensiones observables son los actores, las normas sociales (formales e informales), los puntos nodales y los procesos y acciones colectivas. De este modo, la gobernanza explica las interacciones entre actores, procesos y reglas de juego, para lograr un mejor entendimiento de las conductas de la sociedad y de la toma de decisiones al interior de ella (A. Franco, 2010).

Gobierno: Para Walt (1994), es un concepto más estrecho que el de Estado e incluye las instituciones públicas en las que las decisiones colectivas se hacen en leyes que afectan a toda la sociedad. Estos suelen ser el parlamento, el ejecutivo, la burocracia y los ministros o departamentos de estado.

Grupos de cambio: es una estrategia del gobierno concebida como una medida para incrementar su autonomía respecto de los grupos de interés dentro y fuera del Estado, y con ello incrementar la posibilidad de lograr cambios de políticas planeados. Las características de grupo, el respaldo político con el que cuenten – del cual se deriva su poder -, y el lugar en el contexto institucional donde se localice determinan su capacidad de maniobra política y su habilidad para conseguir apoyo a favor de la reforma, tanto en el Estado como entre los grupos sociales. La capacidad del grupo de cambio para diseñar e instrumentar estrategias políticas a favor de la propuesta de reforma al margen de los intereses creados en el sector, tendrá un impacto significativo sobre la capacidad del Estado para lograr el cambio. En este sentido, su influencia sobre la factibilidad política de la agenda de reforma es determinante (González & Mogollón, 2002).

Implementación: muchos creen que la implementación de las decisiones públicas es un problema técnico de simple ejecución de tareas. Sin embargo, desde la perspectiva del análisis de las políticas públicas, esta etapa es fundamental porque en ella la política se transforma de discursos en hechos concretos. Por lo tanto, menospreciar este proceso es olvidar que es la determinante definitiva del resultado de una decisión. Formalmente, la fase de implementación ha sido definida como “qué ocurre entre las expectativas de las políticas y los resultados (percibidos) de las políticas”. Durante mucho tiempo el proceso de implementación ha sido el gran ausente en la discusión. Sin embargo, cada vez es más evidente que muchas PP no han funcionado en la práctica, así como sus defensores habían esperado. Entonces, aparece lo que se llamó el *implementation gap*, que es la brecha entre la decisión y la realidad de su aplicación (Buse et al., 2005; Pérez et al., 2006; Roth, 2018). Es claro que todas las instituciones involucradas en un proceso de política pública tienen características sociales y políticas e intereses que hace a cada una un actor más del juego político-administrativo. De manera que rara vez corresponde a una realidad observada la pretendida neutralidad de una administración pública que busca plasmar sus propios

objetivos organizacionales durante el proceso de *policy* y, que en definitiva genera una brecha entre lo planeado y lo que ocurrió (Roth, 2018).

Instrumento de política: se entienden como categorías ideales que agrupan iniciativas desiguales que son utilizadas de manera combinada por los responsables de las políticas. Cada instrumento responde a una naturaleza, objetivos y carácter propio, y es su uso alternativo o simultáneo el que permitiría conocer estrategias concretas de las PP. En este sentido, encontramos que existen, en general, tres destinatarios habituales de los distintos instrumentos que se aprueban e implantan desde el gobierno: Las propias organizaciones públicas, los actores privados y los ciudadanos, de manera individual, o colectivos determinados. Muchos autores hacen referencia a instrumentos de una política concreta cuando realiza un análisis pormenorizado de la acción pública centrada en los ámbitos de actuación específicos (Velsco, n.d.).

Involucrados: Dente y Subirats (2014), sugieren que son el conjunto de individuos o sujetos (actores compuestos) que están interesados en actuar directa o indirectamente para llevar a cabo acciones relevantes durante el PPr que contribuyeron a determinar los resultados de la política a través de las estrategias empleadas. Las acciones relevantes tienen que ver tanto con el *policy making* y con el *decision making*. Los involucrados tienen formas directas e indirectas de participar en el PPr dependiendo del rol que desempeñen. Por un lado, formas directas comprenden a los “hacedores”, responsables de la construcción del contenido de la política, o de los actores burocráticos en la definición e inclusión del problema de interés público en la agenda gubernamental, entre otros, que actúan en el *policy making*; y otras agentes, que pueden tener el mismo rol dentro del proceso, actúan en el *decision making*, como es el caso de actores políticos y

burocráticos al seleccionar alternativas o estrategias de solución. También, existen formas de participación más sutiles para influir sobre las decisiones de otros participantes o sobre el mismo contexto. Todo dependerá de sus objetivos y tipos de recursos que le dan la capacidad (el poder) de influir o modificar el contenido a favor de sus intereses. Es importante reconocer la diferencia entre involucrado y actor en el proceso de *policy* que, aunque se utilicen indistintamente en la literatura científica, para esta investigación supone una distinción particular. El término de actor aquí refiere al individuo o sujeto que tiene las facultades y características específicas para participar dentro del proceso de *decision making* y *policy making* a través de todo el *policy cycle*; por otro lado, el término involucrado que, siendo un actor, participa directamente o no, voluntariamente o no, en un proceso de *policy*. La distinción radica en su participación actual dentro del proceso de *policy*; esto para facilitar el análisis de la política.

Juego de poder: Con la denominación del “juego de poder” se hace referencia a las interacciones políticas por medio de las cuales se controla a los demás, como ya hemos señalado antes. El término sugiere unas interconexiones más complejas y estrechas que las sugeridas por el simple término “interacciones” o por el término general “política”. La mayoría de la gente conoce en gran medida por el juego de poder: quién posee la autoridad formal y cuáles son las hábiles maniobras legales e ilegales posibles entre los diversos tipos de *decision makers* y demás involucrados (*stakeholders* y partidos políticos) (Lindblom, 1991).

Modalidades de interacción: el resultado de los proceso decisionales dependen ciertamente de los involucrados, de los recursos que estén en condiciones de usar y del contenido de las decisiones. Sin embargo, las formas como interactúan entre sí estos participantes adquieren un protagonismo fundamental para determinar los resultados del proceso del *policy making*. Jeremy Richardson (1982),

propuso una clasificación a los diferentes tipos de procesos decisionales que denominó *policy styles* o «estilos de tomas de decisión en políticas públicas», con una triple connotación: confrontación (confrontation), negociación (bargaining) y colaboración (problema solving). Cada uno de estos estilos, se caracteriza por una serie de directrices específicas respecto a los valores y el uso de determinadas estrategias sancionatorias. En definitiva, se definen las modalidades de interacción como las reglas, sólo parcialmente modificables por un actor a título individual, que regulan el uso de los recursos dentro del proceso decisional (Dente & Subirats, 2014).

Decisional network: para Roth (2018), una red se define como un conjunto de relaciones de un tipo específico (de apoyo, de control, colaboración o de influencia) entre un conjunto de actores. Esta concepción tiende a considerar que las fronteras entre lo estatal y lo no estatal son movedizas y que existe una serie de puentes entre estas dos esferas. En esta concepción de análisis tiene mayor importancia las relaciones entre actores que sus características (atributos) individuales. Dente y Subirats (2014), se preguntan si existe algunas características de ese conjunto de actores que pueden contribuir a arrojar luz sobre las dinámicas de solución de los problemas colectivos. En consecuencia, una red de *policy* se define por sus actores, relaciones, lazos y límites.

Pluralismo estructurado o modelos de cuasi mercado: es un modelo que propone la posibilidad de que diferentes agentes y sujetos puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel. En la salud, surgió para desarrollar opciones que reestructuraran los sistemas utilizando para ello un enfoque sistemático y sistémico, enfatizando en las relaciones entre sus principales componentes: financiamiento, prestación, modulación y articulación. Aunque puede decirse que el pluralismo estructurado es más bien una adaptación de la propuesta de Enthoven denominada “competencia reglada o administrada” los dos modelos incluyen los criterios

básicos adoptados por el BM. El SGSSS, creado por la Ley 100 de 1993, viene a ser una autoafirmación del modelo hegemónico neoliberal. En consecuencia, “los modelos de la competencia regulada o administrada” y el del “pluralismo estructurado” pretende resolver el dilema mediante la valoración de la eficiencia sobre la equidad. Esto es, la convicción de que se logra mayor equidad entre más eficiente sea el uso de los recursos. Para esto, se supone que los mercados tienden a favorecer la eficiencia, si se deja que la libre elección, es decir, la demanda, presione a los oferentes. Pero al mismo tiempo, se reconoce que estos mercados son imperfectos en el campo de la salud, por lo cual deben ser regulados por el Estado mediante una serie de estrategias minuciosas (Gutiérrez & Restrepo, 2012; M. Hernández, 2001).

Poder: ¿Qué es el poder? se podría definir como una relación que se establece entre dos o más personas, mediante la cual influenciamos y somos influenciados que dependerá de la posición que tenemos en una situación específica -voluntaria o involuntaria- y los recursos de que se dispone. Estas influencias mutuas van configurando una red compleja y dinámica que resulta de la historia del grupo (Gómez-Arias, 2017a, 2019). Para Foucault el poder es el despliegue de una relación de fuerza, es guerra continuada con otros medios. Lejos de circunscribirse en lo que él denominó la concepción jurídica [liberal] del poder político y de la concepción considerada marxista del poder, su análisis se centra fundamentalmente en la idea que el poder es represión y las relaciones de poder serán el enfrentamiento belicoso de la fuerza, articulado a través de la política mediante una “guerra silenciosa” que perpetúe el desequilibrio de las fuerzas que se manifiestan en la guerra. En este caso, la represión vendría siendo en la práctica, en el seno de la pseudo-paz, una relación perpetua de fuerza (Foucault, 1980, 1999). El poder se ejerce de cuatro maneras diferentes: a). la dominación sobre el otro; b). la sumisión al otro; c). la resistencia frente al otro y; d). la cooperación con el otro. Estas dimensiones no se ejercen en abstracto, más bien se materializan

en interacciones cotidianas, particularmente en interacciones, significados y recursos materiales que configuran “dispositivos de poder” y que permite a las personas relacionarse políticamente con los demás (Gómez-Arias, 2017a).

Policy Analysis: el análisis de PP constituye un enfoque de aproximación a las propias PP reales que busca integrar y contextualizar modelos e investigaciones desde aquellas disciplinas que tienen una orientación hacia la problematización y las PP. Así, siguiendo la definición de Wildavsky: “El análisis de las PP es un subcampo aplicado cuyo contenido no puede ser definido a partir de límites entre disciplinas, sino como base en aquello que parece adecuado a las circunstancias del momento y a la naturaleza del problema (Parsons, 2007). Para Walt (1994), que se inscribe en una corriente institucionalista, el análisis de una PP debe centrarse en la manera como los gobiernos definen y aplican sus políticas y en la forma como el poder se ejerce al interior del grupo. Por lo tanto, no deben limitarse solo a la descripción formal de PP en marcha ni evaluar sus efectos, sino que deben preocuparse por eventos que han ocurrido antes y donde puede estar la clave de los cambios. De modo, que las preguntas se derivan entonces hacia los actores y sus intereses, hacia la forma como éstos perciben o no las situaciones como problemas, hacia sus interacciones de poder y los sistemas políticos que estas interacciones configuran, en fin, al proceso político y sus diferentes componentes (Ruben Gómez et al., 2005).

Policy cycle o ciclo de las políticas públicas: también conocido como marco referencial, comprende un conjunto de fases integradas en un ciclo reiterativo. Cada fase representa decisiones acerca de ciertos asuntos específicos que influyen en su configuración y en el contenido (Gómez-Arias, 2012; Parsons, 2007; Roth, 2018). Como elemento central, el ciclo sugerido por Laswell consistía en dividir el proceso en etapas, para entender mejor lo que ocurre, quién interviene y qué resultados se pueden esperar en cada momento.

Paradójicamente, en su afán de llegar a un conocimiento más exacto para mejorar las políticas; se convirtió en una forma de separar los problemas (Fontaine, 2015). Así, la PP se concibe como un conjunto de fases integradas en un ciclo reiterativo. Esta lectura tiene la ventaja, y la desventaja, de presentarla como una sucesión de secuencias que corresponden a una representación clásica, lineal y racional de la política con sus distintos escenarios y actores. Sin embargo, hay que aclarar que la clasificación no es exhaustiva y se ofrece como una guía orientadora de estudios *de* políticas, antes que prescripciones inobjetables (Arrubla et al., 2010; Gómez-Arias, 2012; A. Gómez, 2011; Roth, 2018).

Policy makers o hacedores de política: designa a quienes participan efectivamente en el diseño y la aplicación de las PP, pueden ser: políticos, gobernantes, funcionarios públicos, organismos internacionales, grupos de presión, entre otros (Ruben Gómez et al., 2005).

Policy making o formulación de PP: es uno de los componentes más complejos, dentro del *policy cycle*, del proceso pues involucra múltiples situaciones, actores e intereses relacionados entre sí de forma incierta (Gómez-Arias, 2012). La expresión *policy making* (literalmente “hacer políticas”), es ampliamente utilizada por la literatura anglosajona para referirse no solamente a la formulación de políticas, sino a aquellos procesos y actividades involucrados en su origen, desarrollo y aplicación (Ruben Gómez et al., 2005).

Política de salud: Para Buse y Gill (2005) las políticas de salud abarcan los cursos de acción (y la inacción) que afectan el conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y arreglos de financiación del sistema de salud. Incluye la política hecha en el sector público (por el gobierno), así como las políticas en el sector privado. Pero debido a que la salud está influenciada por muchos determinantes fuera del sistema de salud, los analistas de políticas de salud también están interesados en las acciones y acciones previstas de las

organizaciones externas al sistema de salud que tienen un impacto en la salud. Por otro lado, Walt (1994), considera la Política de salud como sinónimo de politics y trata explícitamente sobre quién influye en la formulación de políticas, sobre cómo ejercen esa influencia y en qué condiciones.

Política pública de Estado: de acuerdo con Roth (2018), tiene la pretensión de durar más que el tiempo que dura un Gobierno. Generalmente los gobiernos pretenden hacer PP que las sobrevivan. Otra interpretación, podría considerar la política de Estado como una política que obtiene un consenso general, o por lo menos más amplio; es decir, que dispone del respaldo no solamente del o de los partidos que conforman la coalición de gobierno, sino también de la oposición.

Política pública de Gobierno: es un dispositivo político-administrativo propuesto por un gobierno en un período dado. Generalmente, estas se enmarcan o se desarrollan en las políticas de Estado (Roth, 2018).

Política Pública: para Parsons (2007), las PP se refieren a aquello que alguna vez Dewey (1927) expresará como “lo público y sus problemas”. Se refiere a la forma en que se definen y se construyen cuestiones y problemas, y a la forma en que llegan a la agenda política y a la agenda de las políticas públicas. Asimismo, estudian “cómo, por qué y para qué los gobiernos adoptan determinadas medidas y actúan o no actúan” o, en palabras de Dye (1976), estudian qué hacen los gobiernos, por qué lo hacen y cuál es su efecto”. Por lo tanto, la noción de *policy* no se refiere a decisiones aisladas que afectan al colectivo y a las consecuencias intencionales y no intencionales que tienen sobre aquellos a quienes conciernen (Ruben Gómez et al., 2005).

Políticas Públicas de salud: se refieren a políticas sectoriales de los ministerios del ramo, y se definen como aquellas directrices emanadas de uno o varios actores públicos, que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo y que directa o indirectamente afectan su salud, no solo favorable sino desfavorablemente. Por otra parte, no son públicas por ser estatales sino por afectar los intereses colectivos (Ruben Gómez et al., 2005).

Políticas Públicas Saludables: se define como toda política, generada o no en el sector sanitario, y dirigida a promover la salud y/o prevenir la enfermedad cuyos objetivos deberían estar orientados a reducir equitativamente en la población los riesgos de enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables (Ruben Gómez et al., 2005).

Problema público: situación de insatisfacción social, objeto de controversia política en cuyo origen coinciden una demanda social, un debate público y un conflicto entre actores sociales y autoridades públicas. Corresponde a la primera fase del ciclo del *policy cycle*; inicialmente no se consideraba de mayor importancia debido a que consideraban los *policy makers* que el problema existía objetivamente y era posible definirlo de un modo aséptico con cierta facilidad, y que se circunscribía a determinados aspectos técnicos superables. No obstante, durante el desarrollo del análisis de las PP se ha demostrado que la definición de los problemas no sólo es una fase más del ciclo, sino que determina la solución/decisión a tomar por el directivo público. La experiencia en análisis muestra que los problemas no existen sino que son contruidos; son definidos subjetivamente e interesadamente por los implicados (Pérez et al., 2006).

Proceso de política o Policy process: se propone como una herramienta que permite determinar el análisis, de acuerdo con un conjunto de etapas que dan forma al desarrollo de las PP (Parsons, 2007). El proceso se centra en la forma como se desarrolló la política desde

la construcción del problema hasta la evaluación de sus efectos. Se interesa por aspectos como la participación, la transparencia, la solución de conflictos, las estrategias utilizadas por los involucrados para imponer sus intereses y el papel asumido por los actores (Gómez-Arias, 2012; A. Gómez, 2011). De este modo, el curso de las políticas públicas se ha descrito como el producto de un proceso político complejo y dinámico que obedece a los intereses de los actores sociales y con frecuencia involucra eventos imprescindibles que rara vez ocurre de manera secuencial. Más que un proceso técnicamente dirigido, las políticas son el producto de múltiples maniobras dirigidas a controlar los recursos. Algunas socialmente aceptables, otras ilícitas e inmorales (Gómez-Arias, 2012).

Proceso político: Todas las instituciones involucradas en un proceso de PP, o sea administración, parlamento, ejecutivo, gremios, etc., tienen características sociales y políticas e intereses que hace a cada una un actor más del juego político-administrativo (Roth, 2018). Para Walt (1994), la formulación de una PP es en sí misma un proceso político, no simplemente un proceso analítico de resolución de problemas; es, ante todo, un proceso de negociación, acomodación y concertación de muchos intereses, los cuales reflejan la ideología del gobierno en el poder (A. Franco, 2010; Walt, 1994a). Durante este proceso el Estado reviste especial importancia, debido a la función dominante que generalmente desempeña en el proceso de la política. Muchos teóricos han cuestionado los intereses que representa durante este procesos, en dos aspectos importantes: 1). En su evaluación de si el Estado es independiente de la sociedad o un reflejo de la distribución de poder en la sociedad (estado-céntrica y socio-céntrica, respectivamente), y; 2). En su visión del Estado al servicio del bien común o los intereses de un grupo privilegiado. Muchos abogan por un Estado donde su papel sea arbitrar entre intereses en conflicto en el desarrollo y gestión de PP; seleccionando las iniciativas y propuestas presentadas por los grupos de interés de acuerdo con lo que es mejor para la sociedad. Sin embargo, teóricos de la escuela de la elección pública, afirman que el Estado es en sí mismo

un grupo de interés que ejerce poder sobre el proceso de política en la búsqueda de los intereses de quienes lo ejecutan: funcionarios públicos electos y tecnócratas (Buse et al., 2005; Parsons, 2007; Walt, 1994a).

Programa: se entiende como un “proyecto ordenado de actividades” o también como una #serie ordenada de operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto”. En suma, es un proyecto o una serie ordenada de operaciones o actividades necesarias para llevar a cabo un proyecto (Roth, 2018).

Proyecto: se considera como la “planta y disposición que se forma para la realización de un tratado, o para la ejecución de algo de importancia” o el “diseño o pensamiento de ejecutar algo”. De esta forma, un proyecto es un pensamiento, plan o disposición para ejecutar algo (Roth, 2018).

Plan: es “el que elaboran los técnicos y las administraciones públicas para ordenar la previsión y ejecución de sus respectivas obras” o servicios (Roth, 2018).

Recursos: para que un involucrado pueda efectivamente influir sobre los resultados de un proceso de toma de decisiones es necesario que sus acciones puedan generar, al menos potencialmente, efectos relevantes para los otros participantes en la decisión. Esos efectos vendrán determinados por los recursos de que disponga. Es importante aclarar que los recursos deben ser importantes para quien los recibe. Según Dente y Subirats (2014), es casi imposible hacer una clasificación completa de los recursos que no necesariamente entra en las interacciones de *policy*. Sin embargo, se pueden englobar en cuatro categorías: políticos, económicos, legales y cognitivos.

Sistema político: corresponde a una noción abstracta de muchas fuerzas que inciden en el estado y el gobierno; incluyendo al sector privado (v.g. grupos de interés), partidos políticos, votantes individuales y al Estado, que también es otra idea abstracta. Por lo tanto, cuando las personas establecen entre sí relaciones de poder configuran un sistema político. Este sistema se preocupa por decidir qué bienes, servicios, libertades, derechos y privilegios se otorgan o se niegan, y a quienes se otorgarán o se negarán (Gómez-Arias, 2017b; Lindblom, 1991; Walt, 1994a).

Stakeholders o grupos de interés/presión: el término no es total mente preciso, quienes cumplen esta función durante el proceso de *policy* pueden ser individuos o también grupos (Buse et al., 2005). Analistas de políticas públicas pensaban que la vida política también debe ser un producto de la participación en grupo, una idea que dio nuevo impulso a los *stakeholders* y con ella a la teoría pluralista. La categoría principal de estos grupos en los sistemas democráticos es la empresa privada (Lindblom, 1991). Walt (1994), está de acuerdo en afirmar que todos los *stakeholders* comparten las siguientes características: es voluntario – personas u organizaciones que eligen unirse a ellos-; pretenden alcanzar algunos objetivos deseados y; no intentan infiltrarse en el proceso de toma de decisiones en la medida de ser parte del proceso formal del gobierno. A diferencia de los partidos políticos que también son voluntarios y orientados a objetivos, los *stakeholders* no planean tomar el poder político formal. Hoy es común describirlos como existentes en la sociedad civil, lo que significa que están localizados entre el espacio privado de la familia y la esfera pública del gobierno. No obstante, no todos los grupos de la sociedad civil son necesariamente *stakeholders*; aunque las cuestiones de política pública pueden ser muy, los grupos de la sociedad civil tomaran una posición sólo cuando corren el riesgo de verse afectados por las decisiones de *policy* (Buse et al., 2005).

Valores: Para Walt (1994), son aquellas cosas que tienen importancia e importancia para las personas. Pueden ser materiales (bienes de consumo, como refrigeradores o teléfonos), o servicios (educación o salud de buena calidad), o simbólicos, o espirituales (el derecho a expresar tu opinión públicamente, el derecho a un juicio justo).

Ventana de oportunidad: entendida como el conocimiento de hechos o sucesos que van en la línea deseada y se presentan alternativas que pueden ser positivas para los intereses de un actor o el conjunto de involucrados. Esta asociación de hechos posibilita la oportunidad de adoptar nuevas decisiones que puede, o no, ser aprovechada por algunos involucrados que tratarán de impulsar su resolución mientras que será bloqueada por otros que consideran van en contra de sus intereses y la modificación del *statu quo* (Subirats, 2001). De acuerdo con el modelo propuesto por Kingdon (1984) de las tres corrientes de políticas públicas, las ventanas de las políticas públicas se abren cuando hay un problema innegable (una ventana problemática) o en respuesta a algo que sucede en la corriente política (una ventana política). En esas condiciones, la corriente de las políticas públicas tiene la oportunidad de avanzar una alternativa y emparejarla con un problema. Si las tres corrientes (problema, propuesta y receptividad política) forman pares en el mismo paquete, entonces, el punto tiene grandes probabilidades de llegar a la superficie y a las prioridades de la agenda de decisiones, e incluso derramarse hacia otras áreas relacionadas (Parsons, 2007).