

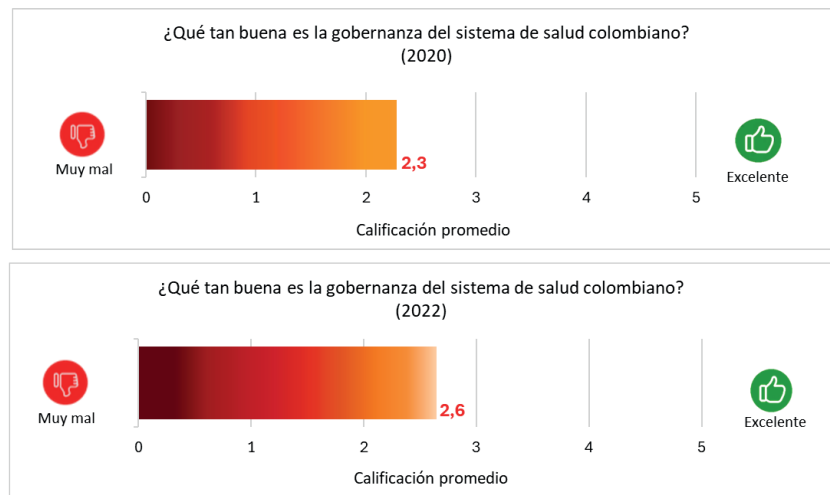


Medellín, Diciembre de 2022 Año 22 N° 42
ISSN 1657-5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Gobernanza en salud: contexto internacional y perspectiva colombiana



Gráfica 1. Opinión de actores del sistema de salud acerca de la calidad de la gobernanza

Fuente: Elaboración del GES con base en las encuestas de gobernanza 2020 y 2022.

Nota: Para cada año (2020 y 2022) se presentan las calificaciones promedio, en una escala de 0 a 5, acerca de qué tan buena es la gobernanza del sistema salud.

Contenido	Pag.
I. Marco de referencia _____	3
A. El concepto de la gobernanza y sus beneficios _____	3
B. Medición y evaluación de la gobernanza _____	3
II. Contexto internacional: casos de gobernanza en salud _____	5
A. Caso de gobernanza global en salud: control de tabaco _____	5
B. Casos de América Latina: México, Ecuador y Argentina _____	7
III. La gobernanza en el sistema de salud colombiano _____	9
A. Una mirada general _____	9
B. Encuesta “Gobernanza del sistema de salud colombiano” versión 2020 y 2022 _____	11
IV. Conclusiones _____	17



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Los sistemas de salud buscan la cobertura universal de servicios de salud y la protección financiera, como mecanismos para mejorar la salud de la población. Sin embargo, a menudo los sistemas se ven enfrentados a retos que inciden en el cumplimiento de estos fines. Uno de los retos está relacionado con la forma en que se toman las decisiones y se implementan las políticas en el sistema, lo cual está directamente vinculado con la gobernanza. Es de anotar que, para un buen funcionamiento de la gobernanza, se deben considerar las características que la componen, como la transparencia, la rendición de cuentas, la participación de las partes interesadas y la coordinación intersectorial. Todos estos elementos de la gobernanza posibilitan la protección del derecho a la salud porque crean un contexto propicio para responder a los derechos y a las necesidades de la población.

En las últimas décadas se viene considerando la gobernanza como una característica importante de los sistemas de salud, a tal punto que se le considera como una función principal y transversal que habilita las demás funciones, en particular la prestación de servicios, la disponibilidad de recursos físicos, humanos

y tecnológicos, y el financiamiento. Dada la importancia de la gobernanza, es posible contar con marcos para evaluarla y dar cuenta de su desempeño. En el caso de Colombia, los estudios han sugerido que la gobernanza en salud es débil y debe mejorar.

En esta Observación se presenta una revisión internacional sobre la gobernanza de los sistemas de salud, y de manera especial, se muestran los principales resultados de dos encuestas realizadas por el GES en 2020 y 2022 con el propósito de conocer la percepción de líderes del sistema colombiano sobre el tema de la gobernanza en salud. Este texto también da cuenta de las variaciones y similitudes entre ambas encuestas, considerando de manea especial los desafíos y aprendizajes que haya dejado la pandemia del covid-19.

Con estas reflexiones y análisis se espera contribuir al debate sobre el desempeño y la reforma del sistema de salud del país, particularmente en lo relacionado con la gobernanza. Asimismo, se aspira a que este documento aporte elementos de utilidad para mejorar la forma o los mecanismos existentes donde se realiza la toma de decisiones del sistema.

Los resultados que se mencionan en esta Observación hacen parte de dos estudios realizados por integrantes del GES en los últimos años. El primero está recogido en el documento de trabajo “Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: una mirada con actores del sistema de salud”, el cual estuvo basado en la encuesta “Gobernanza en el sistema de salud colombiano 2020” y que también está publicado en la Revista del CLAD (<https://clad.org/wp-content/uploads/2023/11/083-08-RZ.pdf>). El segundo estudio corresponde al trabajo de maestría en políticas públicas “La gobernanza del sistema de salud en Colombia: lecciones de la pandemia del COVID-19”, que a su vez analizó la encuesta del GES “Gobernanza del sistema de salud colombiano, 2022”.

Cuadro 1. Encuesta a líderes: gobernanza del sistema de salud colombiano

	2020	2022
# de participantes	141	107
# de preguntas	22	24
Fecha publicación y finalización de la encuesta	octubre – noviembre de 2020	agosto - octubre de 2022
Tipo de encuesta	Formulario en línea	Formulario en línea
Sectores que representan los líderes	Academia, sector público, clínicas y hospitales, organizaciones comunitarias y de pacientes, gremios de profesionales de la salud, y EPS.	
Muestra	Muestreo no probabilístico por conveniencia	

I. Marco de referencia

A. El concepto de gobernanza y sus beneficios

Si bien un sistema de salud está constituido “por todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo propósito principal es mejorar la salud” (WHO, 2010, p. 6), la dinámica de y entre las partes que lo conforman presenta retos que inciden en tal propósito. De manera general, los sistemas de salud se enfrentan a retos en cuestiones como la eficacia y la eficiencia en los servicios de salud, el acceso, las redes de integración de servicios, la articulación entre los diferentes niveles de atención, la sostenibilidad financiera y la rectoría (Cid y Marhino, 2022. UN. CEPAL-OPS, 2020).

Una manera de responder a estos retos es contar con esquemas o formas de gobernanza que permitan influir en las decisiones sobre los principales recursos críticos (financieros, recursos humanos, servicios, medicamentos y tecnología) (OPS, 2017). Para Lewis (2006), la gobernanza es un factor crítico para el adecuado funcionamiento del sistema de salud, en cuanto este propende por una “combinación eficiente de recursos financieros, humanos y suministros, y de la prestación de servicios de manera oportuna, distribuidos espacialmente en todo el país”.

“La gobernanza en salud se refiere a una forma de gobernar el sistema de salud, caracterizada por la participación y la coordinación de actores, la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas de manera negociada y bajo una rectoría con un objetivo común: garantizar el derecho a la salud mediante la prestación de servicios con eficiencia, suficiencia y calidad” (Restrepo y Zapata, 2021, p. 5).

Ahora bien, para poner en marcha un modelo de gobernanza es necesario tener en cuenta unos atributos principales inherentes a esta, como la interrelación entre actores, las reglas de juego para la toma e implementación de decisiones, la visión y política estratégica, la regulación, la rendición de cuentas, la transparencia, la formulación de políticas/dirección estratégica, generación de información/inteligencia, consenso, regulación, participación y capacidad política (Bazzani, 2010; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1997; Barbazza y Tello, 2014; Greer et al., 2016).

La importancia de la gobernanza en salud radica en que da “forma a la capacidad del sistema para hacer frente a

los desafíos cotidianos, así como a las nuevas políticas y problemas (Greer et al, 2016). En términos más generales, la calidad de la gobernanza afecta la capacidad del sistema de salud para ser sostenible, universal y de alta calidad y, en general, puede afectar la capacidad de toda una sociedad para buscar bienes sociales.

B. Medición y evaluación de la gobernanza

Así como existen diversas definiciones sobre gobernanza también se cuenta con diferentes marcos para evaluarla. En cuanto a la medición, aunque no hay indicadores únicos y particulares, se dispone de varios marcos de análisis que proponen o dan una ilustración de posibles indicadores, dejando una ventana abierta para que sean los propios países quienes consideren los indicadores que resultan útiles y convenientes.

En un esfuerzo por evaluar la gobernanza en los sistemas de salud, Marc Hufty desarrolló el Marco Analítico de la Gobernanza (MAG). Este marco analiza la gobernanza con base en cinco unidades analíticas: **problemas, actores, normas, procesos y puntos nodales**. Hufty precisa que los modelos de gobernanza pueden analizarse separando sus elementos constitutivos y ser estudiados por un marco interpretativo y la observación empírica (Hufty, 2010).

Para realizar el análisis sobre los marcos que existen para evaluar la gobernanza en salud, se creó el cuadro 2 para ilustrar las principales categorías que proponen los siguientes dos marcos, además de sus elementos inherentes. Se tiene entonces que un marco específico para la evaluación de la gobernanza en salud lo propusieron Greer et al (2016), llamado marco TAPIC (por sus siglas en inglés), en el cual consideran evaluar cinco categorías: **Transparencia, Rendición de cuentas, Participación, Integridad y Capacidad política**. Los problemas de gobernanza pueden asignarse a uno o más de estos atributos, que pueden significar medidas como demasiado, muy poco o incorrecto. Los autores proponen evaluar la existencia y calidad de elementos inherentes a cada categoría. Por ejemplo, para evaluar la transparencia se propone conocer la existencia y calidad de elementos como informes periódicos, comités de vigilancia e información pública.

Cuadro 2. Marco TAPIC y marco de evaluación de desempeño de los sistemas de salud:
Función de gobernanza (algunos elementos inherentes a cada categoría)

Marco TAPIC				
Transparencia	Rendición de cuentas	Participación	Integridad	Capacidad política
Comités de vigilancia	Mecanismos financieros	Foros de partes interesadas	Mecanismos de elección	Inteligencia sobre el desempeño / Buena toma decisiones o de compra
Marco de evaluación de desempeño de los sistemas de salud				
Visión y política	Voz de las partes interesadas	Información e inteligencia	Legislación y regulación	
Calidad de la dirección estratégica / Existencia de la colaboración multisectorial	Participación de los actores en la formulación de políticas	Decisiones basadas en evidencia	Garantizar el cumplimiento de la legislación	

Fuente: Elaboración propia con datos de Greer et al, 2016 y datos de Papanicolas et al, 2022.

Papanicolas et al (2022), a instancias del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas en Salud y con el apoyo de la OMS, desarrollaron el **marco de evaluación de desempeño de los sistemas de salud**, en el cual consideraron la gobernanza como una de cuatro funciones principales del sistema (gobernanza, prestación de servicio, disponibilidad de recursos y financiamiento), siendo ella transversal a las demás funciones y propósitos.

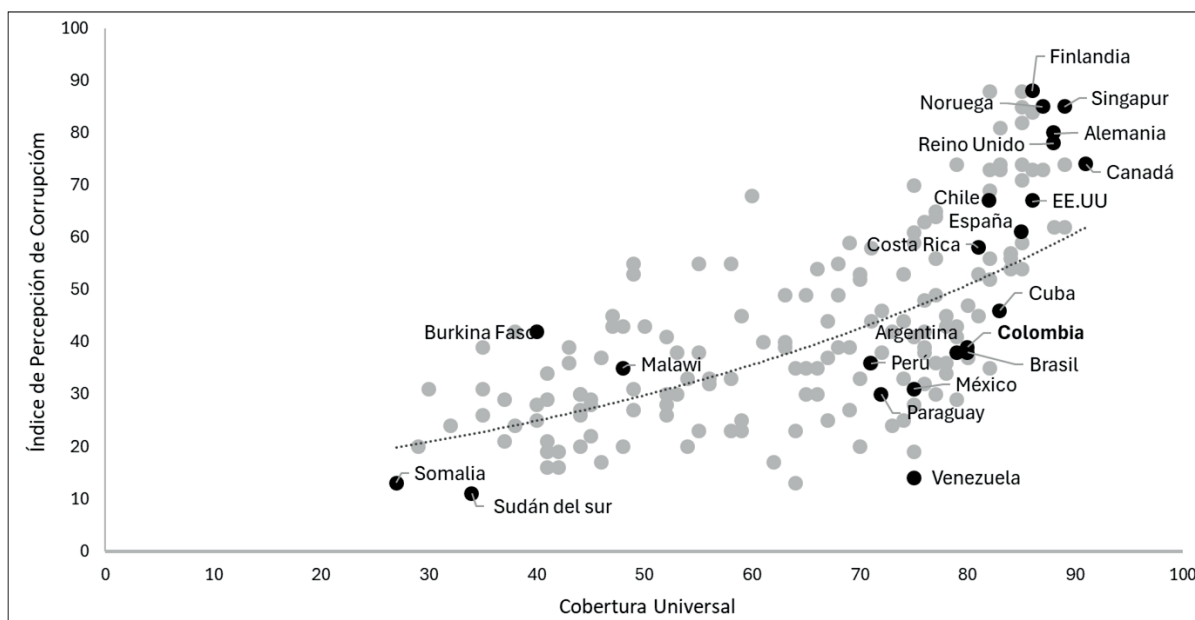
La gobernanza en este marco se presenta con cuatro subfunciones propias: *i) visión y política; ii) voz de las partes interesadas; iii) información e inteligencia; iv) legislación y regulación*. Para valorar cada subfunción, se proponen unas áreas de evaluación, lo que ayuda a determinar en dónde existen fallas y cuáles actores del sistema pueden ser los responsables. La existencia y calidad de estas áreas servirán de punto de partida para determinar el desempeño de la gobernanza en un sistema de salud. En esta concepción la gobernanza a su vez habilita las otras tres funciones.

Anteriormente se mencionó que no son muy comunes los índices de gobernanza en salud. Según Lewis (2006), “la naturaleza variable e impredecible de la demanda de atención médica, los múltiples actores involucrados en asegurar la entrega efectiva de servicios, y la elección limitada de instrumentos para el monitoreo contribuyen al desafío de definir y medir la gobernanza en salud”.

Sin embargo, la autora advierte que es posible relacionar las instituciones y la salud a partir del análisis de las relaciones entre la corrupción y resultados de salud.

Como ejemplo, en la gráfica 2 se relaciona el Índice de Percepción de la Corrupción (IPC), creado por Transparencia Internacional, con el Índice de Cobertura Universal de la Organización Mundial de la Salud; ambos datos obtenidos para el año 2021. En la gráfica se observa la dispersión entre ambas variables para 175 países. Podría señalarse que existe una relación positiva entre ambos índices, de modo que a mejor percepción de integridad en el país mejor son los niveles de cobertura en salud. En esta gráfica se aprecia que Noruega, Finlandia y Singapur son los países mejor calificados en este índice (menor percepción de corrupción), lo cual se corresponde con mayores niveles de cobertura en salud, mientras que Somalia y Sudán del sur tienen índices de corrupción peores, al igual que el índice de cobertura muestra niveles bajos. En el caso de los países de América Latina, se tienen algunos países con IPC menores a 50, lo que corresponde a una mala percepción de la corrupción, sin embargo, los resultados en cobertura en salud tienen resultados más favorables que en otras regiones con IPC similares. Sobre Colombia, es notable que aún con su calificación de corrupción media alta (39), el indicador de cobertura es similar al de Costa Rica (Costa Rica 81, Colombia 80), país con mejor IPC que Colombia.

Gráfica 2. Percepción de corrupción y cobertura universal en salud en 175 países, 2021



Fuente: Elaboración propia con datos de Transparencia Internacional, 2021 y WHO, 2021.

Nota: el índice de Cobertura Universal en Salud se mide en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor), basada en la cobertura promedio de servicios de salud. Respecto al Índice de Percepción de Corrupción, la calificación confiere puntajes entre 0 y 100, donde 100 indica que el país se percibe como muy íntegro, mientras que 0 indica que es percibido como muy corrupto. Una calificación por debajo de 50 indica que el país enfrenta serios problemas de corrupción.

II. Contexto internacional: casos de gobernanza en salud

Hablar de una gobernanza a nivel mundial o global implica examinar las relaciones interestatales formales, la relación entre los procesos de toma de decisiones a nivel global y su implementación nacional o local, y viceversa. También se deben tener en cuenta los arreglos institucionales, redes transgubernamentales y actores privados que crean sus propias instituciones para su gobernanza, que van desde regulaciones voluntarias hasta tribunales de arbitraje (Held, 2014).

Cuando se trata de tomar decisiones para regular una industria que genera daños a la salud a nivel global (como la industria de alimentos ultra procesados, azucarados o la industria del tabaco), los gobiernos deben actuar juntos para que las empresas no enfrenten a las regiones entre sí (Gostin, 2014). Por lo tanto, las naciones deberían

cooperar y crear acuerdos vinculantes que superen los desincentivos políticos. Teniendo en cuenta este contexto, se trae a colación el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), como un ejemplo positivo de gobernanza global en salud que, gracias a sus políticas y lineamientos, los países firmantes han implementado acciones para reducir el consumo de tabaco y controlar la epidemia del tabaquismo.

A. Caso de gobernanza global: Control de tabaco

El Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) se propuso dar lineamientos sobre los incentivos, desincentivos y regulaciones que apuntan a disminuir la prevalencia del tabaco en los países firmantes del convenio.

Este caso de gobernanza global fue un acuerdo voluntario entre países, que contempló medidas como: impuestos, estrictas regulaciones sobre el consumo en espacios públicos y el control de ventas al menudeo. Se trata de un ejemplo de cómo, bajo un contexto internacional, se facilita la aprobación de las políticas de control del tabaco. Los resultados centrados en las personas permitieron que el tabaquismo disminuyera. Según datos de la OMS (2021), a nivel global los porcentajes de prevalencia sobre el tabaquismo (% de personas que fuman) han disminuido, pasando de 50,5% en el año 2000 a 35,1% proyectado para 2025 en el caso de los hombres, y del 16,7% al 6,7% para las mujeres entre uno y otro año.

Además, se extendieron las campañas que tratan temas como las consecuencias nocivas del tabaco en la salud, las enfermedades o disfunciones que trae su consumo, además del etiquetado en los productos de cigarrillo para concientizar a los consumidores y personas jóvenes. Este convenio establece normas mínimas para poner en ejecución el control del tabaco, y al mismo tiempo alienta a los países a elaborar políticas nacionales más estrictas.

En el cuadro 3 se presenta la experiencia del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, y su relación con las características atributos de la gobernanza en salud; como un caso de éxito de gobernanza a nivel global.

Cuadro 3. Gobernanza en salud en la experiencia internacional del control del tabaco

Características de la gobernanza	Materialización en la experiencia del control del tabaco
Participación ciudadana y de actores no estatales en asuntos públicos	La estrategia contempla a la sociedad civil como actor estratégico en la prevención del tabaquismo, así como en la exigencia de responsabilidades a los estados y a la industria tabacalera. Se busca concientizar a los individuos del riesgo de muerte por enfermedades no transmisibles
Trabajo en redes de cooperación horizontales	La OMS ofrece asistencia técnica para evaluar necesidades, redacción de legislación e intercambio de información y tecnologías. Se insta a que los gobiernos nacionales y locales sean protagonistas de la formulación de políticas, y a las empresas para que mediante la responsabilidad social se inserten en estas iniciativas y cumplan las regulaciones normativas.
Deliberación y negociación en la toma de decisiones	Entre las medidas debatidas y formuladas se encuentran: la regulación de la industria (publicidad al consumidor evidenciando los riesgos a la salud), la alteración de los entornos construidos con prohibiciones para fumadores (lugares de trabajo y espacios públicos libres de humo), la promoción de la actividad física y el fomento de la participación de diversos actores.
Legitimidad de actores, mecanismos e instancias en la toma de decisiones	Casi 200 países se han articulado con esta estrategia, y las decisiones se adoptan en instancias formales encargadas de crear la legislación acorde con los objetivos que se persiguen.
Transparencia, integridad, acceso a la información y rendición de cuentas	Se publican datos sobre muertes por tabaquismo y asociados, así como estudios que demuestran que “el control del tabaco ha salvado aproximadamente 8 millones de vidas solo en los Estados Unidos en los últimos 50 años” (Gostin, 2014: 147-148).
Rectoría clara, legítima y estratégica	Esta iniciativa hace parte de la estrategia BEST BUYS (Mejores compras) de la OMS, que busca obtener altos impactos a bajo costo en la prevención de enfermedades no transmisibles.
Coordinación e innovación pública	Algunas iniciativas innovadoras en el marco de esta estrategia estuvieron relacionadas con regular el empaquetado genérico y la exhibición de advertencias gráficas y prohibiciones de venta.
Eficiencia en la aplicación de recursos	Se propone un fondo global para las enfermedades no transmisibles (ENT) y las estrategias relacionadas con la prevención, regulación de la industria tabacalera, promover a los gobiernos y fomentar la actividad física y estilos de vida saludable.

Fuente: Elaboración del GES, 2021, con información de Gostin, 2014.

B. Casos de América Latina: México, Ecuador y Argentina

Para ilustrar la situación de la gobernanza en salud en América Latina, se muestran los hallazgos más importantes de algunas investigaciones en tres países propuestos, que analizan el funcionamiento de la gobernanza bien sea en la salud pública o en algún programa o política.

1. México

El estudio de Díaz-Castro et al (2021), se centra en el análisis sobre la gobernanza en el Sistema Nacional de Salud, utilizando el Marco de Análisis de Gobernanza (MAG) de Hufty (Hufty, 2010) para conocer cómo se desenvuelven los actores, las normas, el proceso y los nodos frente a la toma de decisiones para responder a un problema como la pandemia del covid-19. Mediante entrevistas semiestructuradas a actores del sistema se identifican los actores con decisión en la formulación de políticas (altos mandos), aquellos con participación en el desarrollo de políticas (mandos medios), y los que participan en la ejecución de políticas (mandos medios) (Díaz-Castro et al, 2021).

Se estableció que los actores estaban dentro de un proceso centralizado de decisiones en la emergencia de salud pública, con poca influencia en la formulación de políticas. Sobre las normas, vale decir que “los valores sociales, como el humanismo, la responsabilidad, la sensibilidad en las necesidades de su población, y el liderazgo, se manifestaron y delinearon la toma de decisiones” (Díaz-Castro et al, 2021). Sobre el proceso de la toma de decisiones, los secretarios de salud y los subsecretarios (altos mandos) fueron los actores que tuvieron más influencia sobre la toma de decisiones ante la emergencia.

Por otra parte, los autores reconocieron como liderazgo el ejercicio del poder de convocatoria, las formas de negociar y conseguir acuerdos, además de obtener los recursos para implementarlos. Sobre los nodos, las políticas tuvieron una participación multi intersectorial, pero no todos tuvieron voz en las decisiones, o bien se desconoce el nivel de involucramiento.

Una de las conclusiones del estudio es que “las políticas deben ser adaptadas al contexto social, estructural y funcional del sistema de salud y a las necesidades de atención de la población. Además, es necesario hacer

de dominio público tales políticas, para fortalecer la respuesta social” (Díaz-Castro et al, 2021).

2. Ecuador

El estudio de Molina-Guzmán (2019), que también tomó el marco de análisis de Hufty, muestra la gobernanza en la que se desenvuelve el Sistema Nacional de Salud del Ecuador para establecer cómo esta afecta la implementación de la política pública y de las redes integradas de prestación de servicios (RIPS). De manera similar al caso de México, para el estudio se realizaron entrevistas a actores del sistema. Respecto a los actores se destaca el papel rector del Ministerio de Salud Pública (MSP) “quien cuenta con recursos de poder para impedir, facilitar o modificar las reglas o procedimientos de toma de decisiones” (Molina-Guzmán, 2019). Los demás se definen como actores de interés involucrados en la trama institucional, pero sin el poder suficiente para cambiar las reglas de juego.

A lo largo del estudio se menciona la existencia de asimetrías de información entre los diferentes segmentos del sistema, resaltando la falta de conocimiento del MSP sobre los procesos y procedimientos que aplican en los segmentos privados y del Sistema de Seguridad Social en la provisión del servicio. En lo que respecta a las normas, los autores infieren que falta desarrollar un sistema de seguimiento y control por parte del MSP, que le permita revisar el cumplimiento de la política pública y su supervisión. En cuanto a los procesos, dada la segmentación que presenta el sistema, se afectan los tiempos de espera para la atención en salud y el acceso a los servicios de salud.

De igual manera, en cuanto a los puntos nodales, se afecta la “implementación de las normas (población y territorio definidos a cargo de cada establecimiento de salud; homologación de establecimientos de salud, y un sistema integrado de información) para la construcción de las RIPS y por medio de estas normas al proceso de derivación, referencia y contrarreferencia” (Molina-Guzmán, 2019). Se concluye que la vinculación de los actores por medio de un sistema de información integrado es un elemento necesario para la eliminación de la segmentación y fragmentación.

3. Argentina

Para el caso de Argentina, el estudio de Artaza et al (2017), toma como base las Funciones Esenciales de Salud Pública

para observar la función de la rectoría ejercida por la autoridad sanitaria, reconociendo que la “gobernanza es un concepto más amplio que el de rectoría, el cual solo involucra a los organismos del Estado, tales como los ministerios de salud, mientras que la gobernanza involucra a todos los actores que juegan un papel en el tema de salud, incluyendo a aquellos que afectan los determinantes sociales de la salud” (Artaza et al, 2017).

Como en México y Ecuador, el sistema de salud de Argentina se caracteriza por ser segmentado y fragmentado, lo que influye en el desarrollo del papel de la autoridad sanitaria. A pesar de esto ha existido el Consejo Federal de Salud (COFESA) en el cual se ha dado intercambio entre políticos, técnicos de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales, en los que se comparte información. El estudio señala que es importante garantizar, en el marco del COFESA, la “implementación de los acuerdos y desarrollar una estructura de gestión y coordinación de procesos entre diferentes organizaciones involucradas, y la implementación de una política comunicacional que garantice la transparencia y la legitimidad de este espacio institucional” (Artaza et al, 2017).

De otro lado, se aduce que el ejercicio de la rectoría “por parte de la autoridad sanitaria y el involucramiento de los actores clave que integran la acción colectiva no deben agotarse en la definición de las competencias formales,

sino en el desarrollo de las capacidades críticas que respondan al contexto particular de cada caso” (Artaza et al, 2017). Al respecto, llama la atención que la autoridad sanitaria tiene una capacidad limitada para influir en los poderes provinciales, sin embargo, una forma de resolverlo sería concitar consensos muy amplios y fortalecer el papel del COFESA.

El cuadro 4 resume los principales hallazgos en materia de gobernanza en salud para los países propuestos, lo que permite evidenciar aspectos comunes respecto a las fallas y debilidades en la gobernanza, tales como: el proceso de la toma de decisiones que se realiza de manera centralizada, la falta de claridad en la forma en que son tomadas las decisiones, y el peso del voto de otros actores para influir en las decisiones es bajo. Además, existen fallas en la rendición de cuentas, la credibilidad de la autoridad sanitaria cuando sus mandatos y capacidades no se corresponden, y asimetrías de información.

A pesar de las fallas mencionadas, los estudios también reconocieron aspectos positivos, como: iniciativas para responder a la emergencia sanitaria del covid-19, integración de diversos expertos, aumento del nivel de gasto en salud, cultura de seguridad social, existencia de espacios de discusión que pueden seguirse desarrollando para promover la discusión, análisis y construcción de políticas de salud y de acuerdos interjurisdiccionales etc.

Cuadro 4. Casos de gobernanza en salud: México, Ecuador y Argentina.

México Gobernanza ante el covid-19	Ecuador Gobernanza del sistema de salud	Argentina Funciones esenciales salud pública
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El proceso de toma de decisiones ante la emergencia de salud pública se llevó a cabo de manera centralizada y el plan de respuesta se diseñó desde nivel federal. ▪ Los actores estratégicos tienen cierto poder de convocatoria, pero los convocados desconocen si su voz es tomada en cuenta. ▪ La rendición de cuentas fue parcial, no contaron con un plan de gestión conforme a los recursos ▪ Existen actores con mayor liderazgo, lo cual incide en su mayor autonomía y participación en la toma de decisiones y habilidad para lograr acuerdos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El viceministerio de la gobernanza regula al Sistema Nacional de Salud, lo que ha favorecido que el ministerio se consolide como un actor con mayor poder que influye en los demás actores. ▪ El resto de los actores no poseen el poder suficiente para determinar el cambio de las reglas de juego. ▪ El Ministerio a pesar de ser un actor estratégico, en su papel de regulador del sistema, presenta algunas fallas como la credibilidad de los tipos de incentivos o desincentivos que puede aplicar, las asimetrías de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se observan diferencias estructurales en la composición de la autoridad sanitaria y de sus capacidades en función del carácter federal o unitario del país. ▪ La autoridad sanitaria nacional, tiene limitada capacidad de influir sobre los poderes provinciales y no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes. ▪ Se reconocen fortalezas del sistema como, su nivel de gasto, una cultura de la seguridad social y la solidez de su prestación pública representada

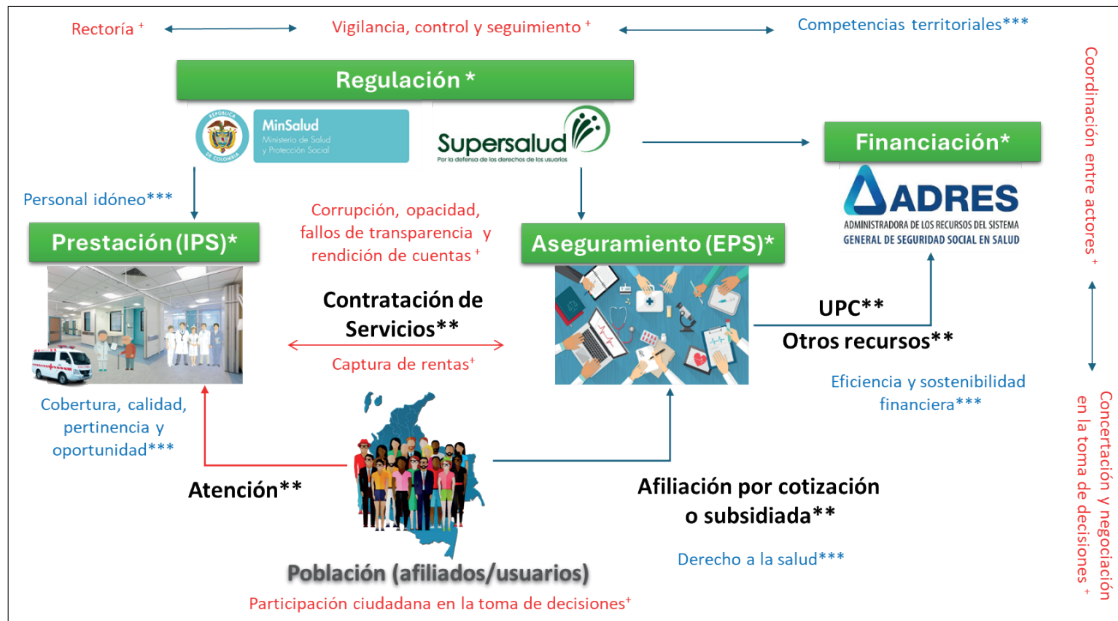
México Gobernanza ante el covid-19	Ecuador Gobernanza del sistema de salud	Argentina Funciones esenciales salud pública
<ul style="list-style-type: none"> Algunos actores crearon iniciativas como el “Comando covid”, la Red Infección Respiratoria Aguda Grave, o la “sala de situación”, con tres componentes: investigación científica, atención médica y vigilancia epidemiológica Se integraron diversos expertos entre intensivistas, infectólogos, neumólogos, etc. para resolver situaciones de atención inmediata. 	<p>información; y el seguimiento y control sobre la provisión del servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> El servicio de salud podría mejorar su calidad y cobertura si “las normas diseñadas para la construcción de redes integrales de servicio fuesen adaptadas a las condiciones de segmentación y fragmentación del sistema”. 	<p>en la valoración social del “hospital público”, y grandes oportunidades como extender el programa médico obligatorio –PMO– de modo universal, actualizado según evidencia y prestado con calidad homogénea.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se requiere fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud de la Nación y de la gobernanza para mejorar la articulación de diversos actores.
Herramienta de análisis: Marco Analítico de la Gobernanza MAG por Hufty / Fuente: Díaz-Castro et al, 2021	Herramienta de análisis: Marco Analítico de la Gobernanza MAG por Hufty / Fuente: Molina-Guzmán, 2019	Herramienta de análisis: Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) / Fuente: Artaza et al, 2017

Fuente: Elaboración propia con datos de Díaz-Castro et al, 2021, Molina-Guzmán, 2019 y Artaza et al, 2017, (2022).

III. La gobernanza en el sistema de salud colombiano

A. Una mirada general

Figura 1. Desafíos para la gobernanza en el sistema de salud colombiano



Fuente: Adaptación del GES, 2020 con base en Mills, A., 2011.

Nota: Las palabras en letra blanca (*) muestran las principales funciones del sistema; en letra negra, la relación principal entre las funciones (**); en letra azul se indican desafíos para el cumplimiento de los propósitos del sistema (***), y en letra roja se representan las debilidades o los problemas que demandan una mejor gobernanza (+).

El sistema de salud de Colombia surgió a partir de la Ley 100 de 1993, la cual se derivó directamente de la Constitución de 1991. En la Constitución los artículos 48 y 49 definen la seguridad social y la salud como servicios públicos, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y le otorgan al Estado responsabilidades en cuanto a dirección, coordinación y control (Restrepo, 2022). Igualmente, la Ley 100 planteó dos objetivos principales para el sistema: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención (Restrepo, 2022).

Sin embargo, el sistema presenta algunos desafíos que resolver, como la crisis migratoria, la corrupción, la informalidad y la fragmentación de la atención (Ramírez, 2018).

En este contexto tenemos, por un lado, un modelo de competencia regulada, y por otro, un sistema que ampara la salud como un derecho fundamental, lo que en ocasiones entra en controversia dada la participación de actores variados, con intereses diferentes. Así lo ilustran Restrepo y Zapata:

“El derecho a la salud queda supeditado a relaciones contractuales entre agentes, privados y también públicos, quienes no necesariamente están alineados con los propósitos del sistema por cuanto poseen sus propios objetivos, algunos legítimos por tratarse de la rentabilidad financiera, y otros que transgreden la ley o la ética, como es el caso de la corrupción” (2021, p. 20)

Para ilustrar estas cuestiones la figura 1 presenta un resumen de las controversias que surgen en: las principales funciones del sistema, las interrelaciones entre estas, los desafíos y las debilidades.

En este escenario de controversias es donde se hace necesario contar con un modelo de gobernanza para el sistema, que permita tramitar las tensiones y tomar las mejores decisiones de manera colectiva e informada. Colombia ha respondido a ello creando diferentes organismos, para abanderar tareas como la concertación entre actores, la regulación y la administración de los recursos financieros (tareas relacionadas con la gobernanza). El primer organismo del sistema con funciones de gobernanza fue el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), que existió desde 1994 y duró hasta el año 2007. Sus principales funciones consistían en la regulación, la administración financiera y la concertación (GES, 2007). Más adelante surgió la

Comisión de Regulación en Salud (CRES), encargada de la regulación del sistema, manteniendo el ejercicio de concertación en el CNSSS, y la administración financiera fue cedida al Ministerio de Salud.

Sin embargo, la CRES solo operó algo más de tres años, entre 2009 y 2012, lo que condujo a que el Ministerio tuviera a su cargo la administración financiera y la regulación del sistema. Luego, con la desaparición del CNSSS y de la CRES, la concertación del sistema también desapareció en tanto no se contó a partir de entonces con una instancia formal para ese ejercicio.

Posteriormente, en 2015 se creó la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), que asumiría la administración financiera del sistema, con participación en su junta directiva de representantes de los gobernadores y los alcaldes. Ese mismo año empezó a operar la Instancia de Coordinación y Asesoría (creada en diciembre del año 2014), como un espacio de diálogo que realiza recomendaciones al Ministerio, las cuales no son vinculantes.

Desde la creación del CNSSS ya se habían efectuado críticas a este tipo de organismos, en especial sobre “la falta de independencia entre reguladores y regulados que estaban mezclados en un mismo organismo, los problemas de información para la toma de decisiones, la inestabilidad debida a la alta rotación de sus integrantes y la poca efectividad de las normas” (GES, 2011).

Es de señalar que la rectoría del sistema está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Por su parte las secretarías municipales y departamentales de salud son las encargadas de la rectoría en su correspondiente jurisdicción.

Como se mencionó anteriormente la función del financiamiento la desempeña la ADRES, mientras que el aseguramiento lo llevan a cabo las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes reciben una unidad de pago per cápita (UPC) dado por la ADRES, para que adelanten la cobertura del plan de beneficios de sus afiliados. La prestación de servicios es tarea de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), quienes contratan con las EPS los servicios que brindan a los afiliados.

De otro lado, sobre el desempeño de la gobernanza en Colombia, es importante destacar los trabajos realizados por Roth y Molina (2013), y Restrepo y Zapata (2021). El primer estudio mostró que la gobernanza en salud

pública es débil, debido a que “la rectoría de la autoridad sanitaria es frágil en la conducción de las instituciones, en la regulación, en la armonización y en la modulación del financiamiento de la salud pública” (Roth y Mollina, 2013). Además, la vigilancia, la inspección y el control son poco transparentes y efectivos.

En el segundo estudio, aunque se reconoce que existe articulación en algunos procesos, los autores hallaron que existe desarticulación, desconfianza, falta de convocatoria y de información por parte de los diferentes niveles de la autoridad sanitaria.

“A pesar de los avances en políticas y estrategias en rendición de cuentas, acceso a la información, estatuto anticorrupción, etc., se continúan evidenciando malas prácticas y actos de corrupción relacionados con favoritismos, tráfico de influencias, conflictos de interés, soborno, desvío de dinero y fraude en la contratación” (Restrepo y Zapata, 2021).

De otro lado, vale destacar que al iniciar un nuevo gobierno para el período 2022-2026 se conoció la intención de realizar una reforma al sistema de salud. Aunque a diciembre de 2022 no se conoce una versión oficial del proyecto, se han conocido algunos argumentos que se han hecho públicos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre los cambios que desean proponer. En un ejercicio de análisis sobre estos cambios, el seminario permanente *¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita?* analizó y realizó propuestas para algunos temas primordiales, siguiendo especialmente las funciones del sistema: gobernanza, disponibilidad de recursos (talento humano), provisión de servicios (salud pública y prestación de servicios), y financiamiento.

Algunas propuestas específicas para la gobernanza fueron:

- Crear un órgano de gobernanza multinivel para fortalecer la interacción entre diversos actores fuera y dentro del sistema de salud.
- Difundir y discutir el rol de los actores, las instancias y los mecanismos para la toma de decisiones como una forma de mejorar la gobernanza.
- Fortalecer la transparencia con información pública sobre resultados con evaluación de desempeño y rendición de cuentas.
- Contar con una estrategia para la prevención y el control de la corrupción, incluida la evasión, los cobros abusivos y el uso inapropiado de los fondos.

Respecto a las Bases del Plan Nacional de Desarrollo del gobierno anterior (2018-2022), se plantearon algunos aspectos para mejorar la gobernanza en el sistema, principalmente con relación a la rectoría.

- Se reconoció la falta de una visión a largo plazo que reúna a la población y a los actores del sistema en torno a un acuerdo, el cual debe ser liderado por el gobierno nacional con la participación de los actores.
- Se mencionó también que, para contar con la transparencia en las transacciones del sistema de salud, es necesario garantizar la solidez técnica y operativa. Además, una inspección, vigilancia y control bajo el contexto de la descentralización, ya que existe una dispersión de las capacidades de las entidades territoriales y algunas competencias no están bien definidas.
- Se reconoció la falta de estandarización de los procesos y asistencia técnica para mejorar las acciones implementadas.

A pesar de estas propuestas, en la realidad no se establecieron los cambios ni estrategias que apuntaran a un cambio contundente en materia de gobernanza. Según Restrepo y Zapata (2021): el caso es que no se concretaron en metas o indicadores para el período de gobierno. En consecuencia, los objetivos de mejorar la rectoría y lograr una buena gobernanza del sistema de salud se quedaron en el discurso.

B. Encuesta del GES: “Gobernanza del sistema de salud colombiano” (2020 y 2022)

Para conocer la percepción sobre la calidad de la gobernanza del sistema de salud, a continuación se compara la encuesta a líderes del estudio mencionado anteriormente (Restrepo y Zapata, 2021) y la encuesta a líderes desarrollada y aplicada por el Grupo Economía de la Salud (2022) que tomó como base la encuesta anterior. Ambas encuestas fueron dirigidas a líderes del sistema de salud, entre profesionales, directivos de entidades como EPS, IPS, gremios económicos, gremios de profesionales, academia y gobierno. Los líderes convocados se escogieron por su trayectoria y nivel de responsabilidad y liderazgo en el desempeño de las funciones del sistema, además de que influyen en la formación de opinión de los representados y la ciudadanía.

La primera encuesta (2020) contó con la respuesta de 141 líderes, y la segunda (2022) contó con 107. Ambas encuestas son no probabilísticas por conveniencia y las respuestas obtenidas provinieron principalmente de las tres principales ciudades del país (Medellín, Bogotá, y Cali). Las encuestas no son iguales en su totalidad, aunque varias de las preguntas son las mismas. Se destaca que en la segunda se quiso hacer énfasis en el impacto de la pandemia sobre la gobernanza.

Valoración de la gobernanza

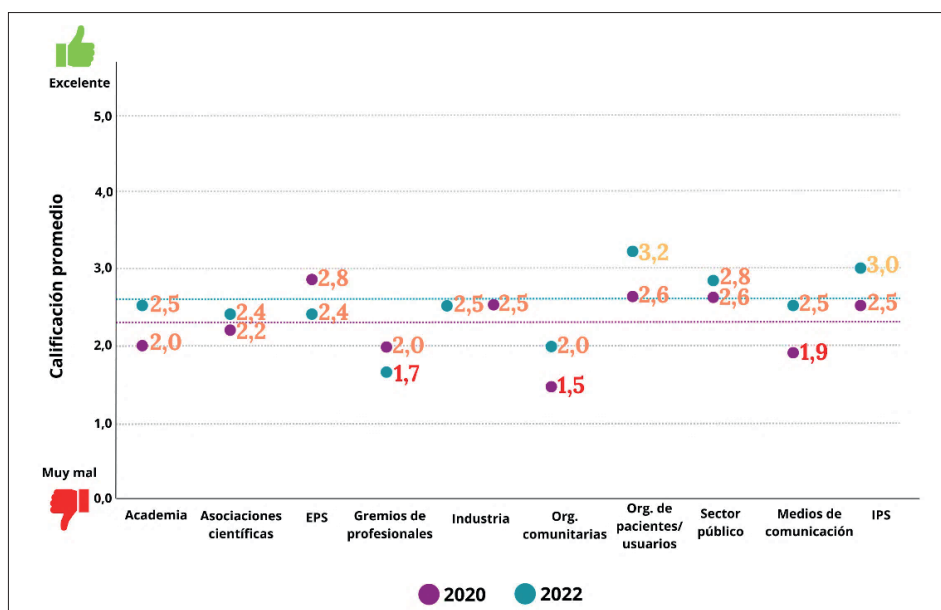
Se preguntó a los líderes que calificaran qué tan buena es la gobernanza del sistema de salud colombiano, con una valoración en una escala de 1 a 5, donde 5 era la

mejor calificación y 1 la peor. La gobernanza pasó de una calificación de 2,3 en el año 2020 a 2,6 en el año 2022 (Ver figura 1), lo que muestra una leve mejora; sin embargo, sigue siendo una puntuación baja y un indicador de que la gobernanza del sistema es débil.

La gráfica 3 permite evidenciar la calificación de la gobernanza según la opinión del sector o gremio encuestado. Las organizaciones comunitarias calificaron de manera más baja la calidad de la gobernanza así: 2,0/5,0 (2020) y en 1,7/5,0 (2022). Mientras que el sector que mejor calificó esta calidad para el año 2020 fueron EPS con un 2,8/5,0 y para el año 2022 fueron las organizaciones de pacientes con una calificación de 3,2/5,0.

Gráfica 3. ¿Qué tan buena es la gobernanza del sistema de salud colombiano?

Respuestas según sectores o gremios



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de gobernanza 2020 y 2022.

Para comprender mejor la calificación sobre gobernanza, tanto la encuesta del año 2020 como la del año 2022, contempló indagar las debilidades y fortalezas que justificaban la calificación en cada caso. Para el año 2020 los actores podían plantear tres debilidades y fortalezas, para el año 2022 podían sugerir hasta 5 debilidades y

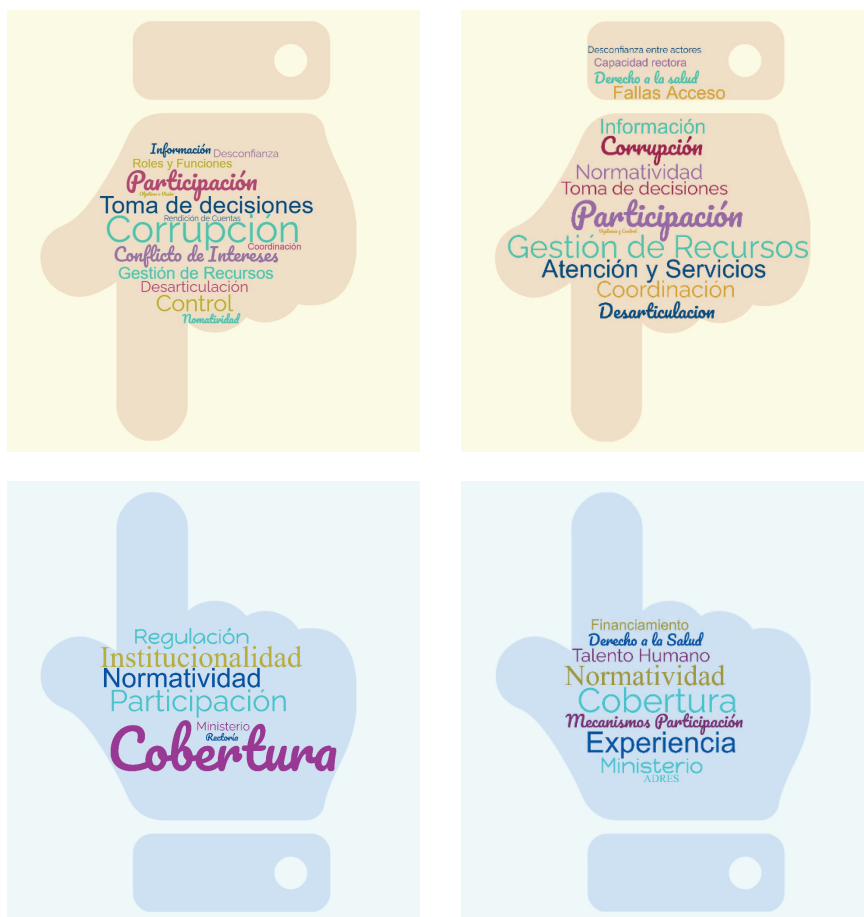
5 fortalezas. Dado que se trataba de preguntas abiertas, se optó por tomar palabras o frases que fuera posible organizar en categorías o atributos de la gobernanza. De esta manera, en la figura 2 se realizó un comparativo entre ambos años, se nota que hay debilidades que coinciden. En el top de las categorías se tienen **debilidades** como:

la corrupción, la participación, la gestión de los recursos (financieros), la toma de decisiones y la desarticulación. Los actores mencionaron la *corrupción* también para hacer referencia a la falta de transparencia en el sistema, la falta de claridad en los roles y funciones, y la corrupción de los agentes del sistema.

En cuanto a la *participación*, se mencionó que existía en la norma, pero que falta una implementación real. También se adujo que la participación existente no vincula las propuestas de los actores en las decisiones cruciales del sistema, y que falta un cuerpo colegiado o espacio donde los actores puedan decidir y que tengan igual peso, es

decir, que existe un desequilibrio en la participación de los actores. Sobre la *gestión de los recursos financieros*, los actores manifestaron que existen problemas de desvío, trazabilidad, deficiencia en asignación, y presupuestos bajos. Respecto a *la toma de decisiones*, estrechamente relacionada con la participación, se expresó que las decisiones del sistema se hacen de manera centralizada, por lo cual no se tienen en cuenta las voces de todos los actores, y no existe un organismo de participación formal o colegiado para la toma de decisiones, lo que representa una debilidad en la concertación y consenso. Por su parte la *desarticulación* fue mencionada porque la articulación entre actores y/o entes territoriales no existe o es débil.

Figura 2. Debilidades y fortalezas 2020 y 2022



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de gobernanza 2020 y 2022.

Nota explicativa: se presentan las categorías a manera de nube de palabras, donde las palabras de mayor tamaño indican una mayor frecuencia en su mención por parte de los encuestados, esto es tanto para las debilidades como de las fortalezas.

Respecto a las fortalezas en gobernanza, ambos años también coinciden en algunos atributos. Principalmente se reconoció la cobertura en salud como el elemento más destacado del sistema, seguido de la normatividad y la experiencia del ministerio de salud. El tema de cobertura de aseguramiento se reconoce como algo positivo, aunque vale la pena mantener presente que tener cobertura de aseguramiento no siempre implica acceso a los servicios.

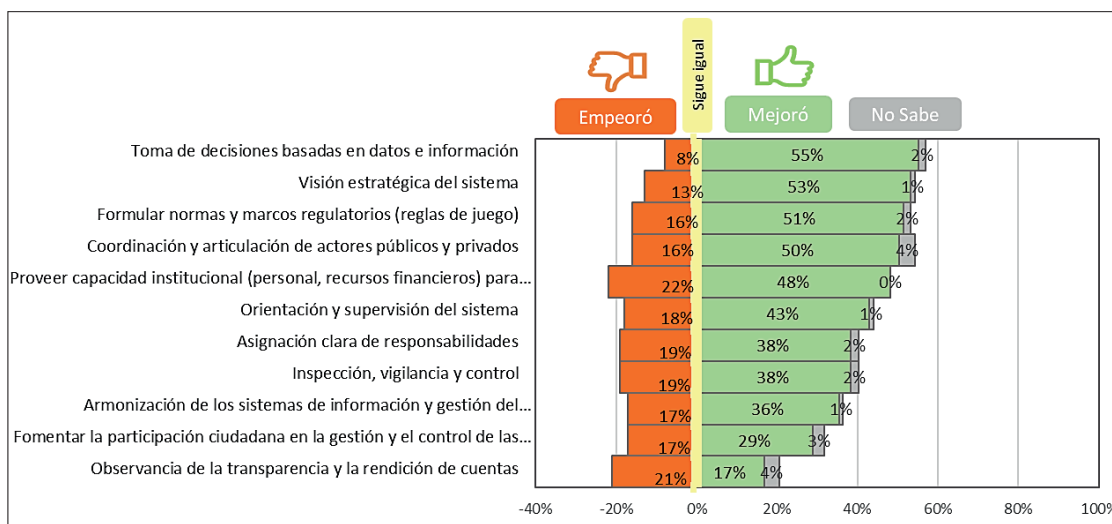
De otro lado, algunos encuestados vieron el tema de la normatividad como algo positivo que tiene el sistema, aunque para otros, como se expresa en las figuras anteriores de las debilidades, la normatividad se considera algo negativo dado el volumen y contradicciones que puede presentar. Sobre la institucionalidad se destaca que los institutos que ayudan al ministerio se han fortalecido y consolidado: Instituto Nacional de Salud (INS), Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Por su parte, al Ministerio de Salud y Protección Social se le reconocieron de manera positiva las capacidades técnicas de las que dispone. La participación en menor medida se mencionó como algo positivo porque existen mecanismo para ser llevada a cabo, aunque en las debilidades se había dicho como un tema negativo debido a la falta de implementación.

En la encuesta del año 2020, el desempeño de las funciones del sistema presentó calificaciones bajas (en una escala de 1 a 5). En funciones como: *Fomentar la participación ciudadana en la gestión y el control de las políticas del sistema de salud*; y la *Observancia de la transparencia y la rendición de cuentas* tuvieron la valoración más baja de 2,4. No muy lejos con una calificación de 2,6 se ubican las funciones de *Incorporar mecanismos de coordinación y articulación de actores en la toma de decisiones*; *Procurar la armonización de los sistemas de información y gestión del conocimiento*; *Inspección, vigilancia y control*; y *Coordinar y articular instituciones y actores públicos y privados*.

Para la encuesta del año 2022, se optó por preguntar por las funciones de desempeño del sistema, pero considerando si había mejorado, empeorado o seguido igual durante la pandemia del covid-19. En las Gráficas 4 y 5 se ilustra los resultados para las opciones de respuesta *empeoró* y *mejoró*, con la finalidad de mostrar un contraste entre estas. Para poder ilustrar de manera que quedaran los datos a la izquierda y a la derecha se omitieron los valores del concepto “sigue igual” de esta forma se tienen los valores de *empeoró* a la izquierda y de *mejoró* a la derecha.

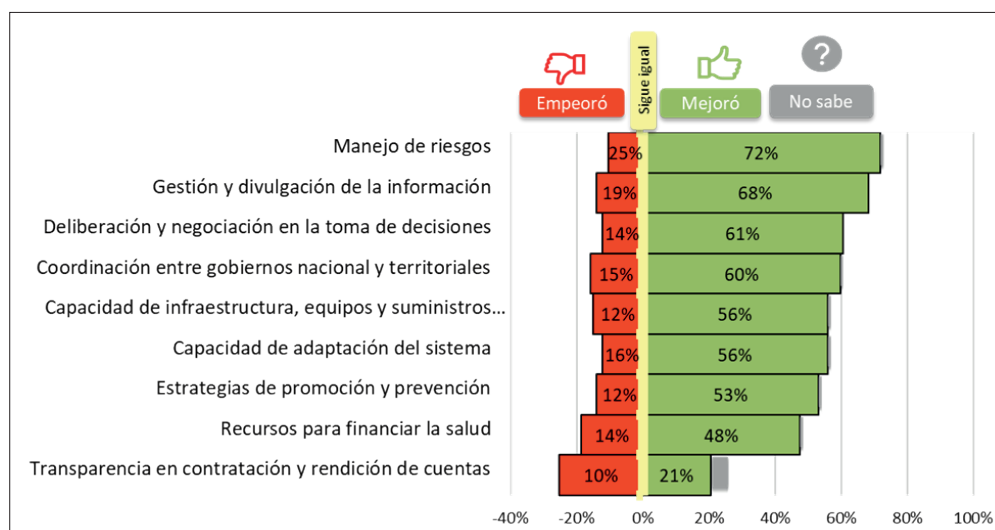
Es de aclarar que se incluyeron tres nuevas funciones indicadas en la gráfica 4 para el análisis del 2022,

Gráfica 4. Desempeño de las funciones o propósitos del sistema, 2022



Fuente: Elaboración del GES, 2022.

Gráfica 5. Capacidades que ha desarrollado el país para enfrentar una situación como la pandemia (2022)



Fuente: Elaboración del GES, 2022.

que fueron: *Toma de decisiones basadas en datos e información*, la cual mejoró con la pandemia según el 55% de los encuestados, la *visión estratégica del sistema* que mejoró según el 53% de los participantes, y *orientación y supervisión del sistema* que mejoró para un 43% de los líderes. Es importante señalar que un 22% de las personas señaló que la función de *proveer capacidad institucional* empeoró con la pandemia. La *observancia de la transparencia y la rendición de cuentas* empeoró según el 21% de los encuestados.

Es de señalar que hay coincidencias con los resultados de la encuesta del año 2020 sobre las peores valoraciones como: *Observancia de la transparencia y la rendición de cuentas*, *Fomentar la participación ciudadana en la gestión y control de políticas*, *la inspección vigilancia y control*.

Es notable que las debilidades de gobernanza reconocidas por los encuestados también se relacionan con el empeoramiento de algunas funciones de desempeño durante el covid-19, como el caso de la corrupción y la gestión de los recursos, que a su vez están relacionadas con la observancia de la transparencia y la rendición de cuentas.

De manera positiva se valoró para el año 2020 y 2022 la *Formulación de normas y marcos regulatorios*. Sin

embargo, se debe recordar que algunos actores señalaron las normas como una debilidad.

En ambos periodos se consideraron calificaciones negativas para la capacidad de la *Transparencia en contratación y rendición de cuentas*. En frecuencias menores, pero igualmente negativas se mencionó las *estrategias de promoción y prevención* y la *coordinación entre gobiernos nacional y territoriales*. La gráfica 5 muestra nuevamente que se marca la transparencia, rendición de cuentas y coordinación como atributos débiles de la gobernanza del sistema.

Las capacidades mejor valoradas en ambos años fueron la *gestión y divulgación de la información*; *el manejo de riesgos*; y la *capacidad de adaptación al sistema*. Estas mejores calificaciones pueden sugerir que las capacidades tuvieron que reforzarse para responder de manera acertada al covid-19.

También se preguntó a los encuestados por la percepción que tenían sobre la participación o incidencia de 19 actores relevantes del sistema sobre la toma de decisiones durante la pandemia del covid-19. Para el año 2020 se reconoció la mayor incidencia en las decisiones en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, seguido por las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Quienes menos

incidieron fueron las organizaciones comunitarias y los hospitales públicos. Para el año 2022 de manera positiva se observó que el actor que más participó e influyó en las decisiones fue el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. Mientras que un 25% adujo que las EPS habían incidido menos.

Finalmente, en el foro: Jornadas de gobernanza en salud, organizado por el grupo GES en diciembre de 2020, se tomaron algunas opiniones resumidas en cuadro 5, que complementan el análisis de las encuestas, ya que las opiniones también enseñan en que subfunciones de la gobernanza hay debilidades.

Cuadro 5. Opiniones de los líderes durante las jornadas de gobernanza

Opiniones de líderes sobre la gobernanza del sistema, durante las jornadas I y II de gobernanza en salud (2020)	Vinculación de las opiniones con las subfunciones de gobernanza
“El tema de participación ha ido mermando a lo largo del tiempo, hemos visto desaparecer órganos de participación en el sistema, quedando solo la Instancia Asesora la cual no ha citado ni una solo vez durante este año 2020” (Olga Lucía Zuluaga, directora ejecutiva Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI).	Voz de las partes interesadas
“La debilidad <...> tiene relación con la descentralización del sistema en sus competencias y en función de las acciones individuales y colectivas. El reto es que se modulen incentivos para que los actores articulen los esfuerzos y acciones hacia un objetivo común”. (German Escobar, jefe de gabinete Ministerio de Salud y Protección Social).	Visión y política
“La toma de decisiones conjuntas sobre todo en materia de aseguramiento es mínima. Existe una desigualdad en las posiciones de poder que hace muy difícil converger” (María Cristina Lesmes, Secretaria de Salud del Valle del Cauca).	Voz de las partes interesadas
“Para consolidar la gobernanza debemos asegurarnos de la calidad de actores que participan en las decisiones y de la calidad de las organizaciones <...> y los estándares éticos que guiarán a los participantes”. (Gustavo Morales, presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral)	Voz de las partes interesadas Legislación y la regulación
“La rectoría del sistema está a cargo del Ministerio, pero los departamentos y municipios están ausentes en esta rectoría”. “La crisis mostró que teníamos capacidad de articularnos y la oportunidad de rescatar la salud pública” (Julio Rincón, director ejecutivo de la corporación de secretarías de salud).	Visión y política Voz de las partes interesadas

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La gobernanza del sistema de salud colombiano pasó de una calificación de 2,3 en el año 2020 a 2,6 en 2022. Aunque eso muestra una leve mejora, sigue siendo una puntuación baja y un indicador de que la gobernanza es débil. En cuanto al desempeño de las funciones del sistema, las calificaciones en 2020 más bajas se refieren a la participación ciudadana, la transparencia y rendición de cuentas, fuertemente vinculadas con la gobernanza. Para 2022, en medio de la pandemia, se reconocen principalmente en la toma de decisiones basadas en datos e información, la visión estratégica del sistema, y la coordinación y articulación de actores públicos y privados.

IV. Conclusiones

Aunque existen diferentes definiciones del concepto gobernanza, es posible destacar puntos o atributos en común que ayudan a establecer cuáles son las funciones o subfunciones de la gobernanza en un sistema de salud. Si bien es cierto que existen diferentes marcos para evaluar la gobernanza, actualmente se consideran herramientas valiosas que, una vez utilizadas, pueden dar aportes importantes sobre cómo es la calidad de la gobernanza en un sistema. Como resultado de la revisión del tema y según el diseño de las encuestas adelantadas por el GES, a líderes del sistema de salud colombiano, se ha adoptado esta definición sobre la gobernanza:

“La gobernanza en salud se refiere a una forma de gobernar el sistema de salud, caracterizada por la participación y la coordinación de actores, la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas de manera negociada y bajo una rectoría con un objetivo común: garantizar el derecho a la salud mediante la prestación de servicios con eficiencia, suficiencia y calidad” (Restrepo y Zapata, 2021).

Es importante evaluar la gobernanza en los sistemas de salud por tratarse de una función primordial que incluso puede habilitar otras funciones como el financiamiento, la prestación de servicios y la disponibilidad de recursos. La evaluación permite además conocer las fallas y realizar correcciones o estrategias para emprender una real gobernanza. Además, la gobernanza mejora la implementación y la formulación de políticas. Como se mencionaba anteriormente, “la calidad de la gobernanza afecta la capacidad del sistema de salud para ser sostenible, universal y de alta calidad y, en general, puede afectar la capacidad de toda una sociedad para buscar bienes sociales” (Greer et al, 2016).

En la región de América Latina se han dado algunos ejercicios e investigaciones para evaluar la gobernanza en los sistemas de salud. Algunos estos estudios han encontrado problemas en la rectoría de la autoridad sanitaria y en temas de fragmentación y segmentación de los sistemas, lo que puede sugerir la existencia de fallas en la gobernanza. Algunas de las fallas se producen por la desconfianza entre los mismos actores, por la posición de poder desigual que ocupan y que determina la incidencia

o no en las decisiones y autonomía frente a otros actores. También se reconoce que existen fallas en los liderazgos en los diferentes niveles del sistema, pues los liderazgos influyen en la capacidad rectora, en generar coordinación y en la capacidad política. Esta última se refiere al desarrollo de políticas acordes con lo que se dispone para alcanzar las mejoras en salud.

Respecto al escenario inicial de la pandemia, se dieron diferentes tomas de decisiones desde los actores estratégicos del nivel central (donde no siempre hubo concertación). Sin embargo, a partir de normas sociales entre otros actores, dado su liderazgo, fue posible emprender acciones de relacionamiento multisectorial para dar respuesta a la pandemia, lo que resulta ser un aspecto positivo. Otros actores, incluso en el nivel más local, pudieron desarrollar estrategias de integración y coordinación para incrementar las respuestas frente al covid-19. Algunas de las respuestas no están contempladas en la normatividad, simplemente surgieron como parte de acuerdos y necesidades reales de los actores.

En América Latina, guardando las proporciones y diferencias en cada uno de los casos, existen fallas institucionales y estructurales en cada sistema de salud. Por lo tanto, la gobernanza, como lo menciona Greer et al, (2016), se debe adaptar de manera particular al sistema, pues no se trata de tener la “mejor gobernanza” sino una gobernanza suficientemente buena que permita que un país avance y administre bien las políticas que debe implementar.

Para el caso colombiano es importante retomar las investigaciones que han reconocido que existe una gobernanza débil en el sistema. Tanto el trabajo de Roth y Molina como las encuestas del 2020 y 2022 del GES, aducen fallas en la vigilancia y el control y en la rendición de cuentas (atributos inherentes de la gobernanza). Realizando un comparativo entre el antes y después de la pandemia, se sugiere que no hay mejoras significativas en estos atributos. Más bien parece haber aumentado la percepción de retrocesos en algunos temas. Por ello se reconoce la corrupción como un flagelo del sistema, o la participación que no ha definido reglas claras para la toma de decisiones colectivas ni los espacios incluyentes y autónomos para hacerlo.

Ahora bien, se reconocen avances en ciertos atributos de la gobernanza. La encuesta a líderes, realizada por el GES en 2022, muestra una leve mejora en la gobernanza respecto a la encuesta del 2020 (se pasó de una calificación de 2,3 a una de 2,6). Aunque la pandemia pudo impulsar algunas mejoras es importante tener en cuenta las lecciones aprendidas y seguirlas implementando. Por ejemplo, la rectoría del sistema en cabeza del Ministerio de Salud y Protección durante la pandemia, o la coordinación entre actores para poder responder frente al covid-19, o la información como base para la toma de decisiones, son ejemplos positivos que no debe perder el sistema, por el contrario, debe capitalizar.

“...es necesario establecer el vínculo entre la recuperación y el aprendizaje de un shock (como la pandemia del

covid-19) y la preparación para shocks futuros, aunque ocurre que una vez que ha pasado el choque, los tomadores de decisiones se olvidan de esto porque vuelven a lidiar con el sistema y las tensiones del día a día” (Sagan et al, 2021)

Lo anterior indica entonces que es posible mejorar sin necesitar de muchos recursos económicos, pues se evidenció que es indispensable la voluntad política, la inteligencia, información, y una visión común y estratégica para realizar acciones de gobernanza. Como aducen Sagan et al, (2021) “la buena gobernanza antes de la pandemia, respaldada por una sólida capacidad estatal, liderazgo político y participación comunitaria, es clave para responder con resiliencia durante un nuevo brote de enfermedad”.

Referencias

- Artaza Barrios, O., Báscolo, E., Aragüés y Oroz, V., Garay, O. E., Bello, J., & Mera, J. (2017). Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal. Representación OPS/OMS Argentina; 70. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34026>
- Atuesta, M. F. Giraldo, J. C. Morales, G. Ortiz, L. C. Rincón, J. Suárez, C. (diciembre, 2020). Sergio Silva (Moderador). Foro II. Jornadas de gobernanza en salud. Universidad de Antioquia, Grupo Economía de la Salud-GES. Foro II Jornadas de Gobernanza en salud
- Barbazza, E., & Tello, J. E. (2014). A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 116(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.007>
- Bazzani, R. (2010). Gobernanza y salud: aportes para la innovación en sistemas de salud. *Revista de Salud Pública*, 12, 1-7.
- Cid, C. y Marinho, M. L. (2022). Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes. Documentos de Proyectos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/prensa/PND-2018-2022.pdf>
- Díaz-Castro L, Ramírez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, Arredondo A, Báscolo EP. Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México. (2021). *Salud Publica Mex.*; 63, 672-681. <https://doi.org/10.21149/12956>
- Escobar, G. Lesmes, M. C. Quintero, A. Vesga, M. A. Zuluaga, O. L. (diciembre, 2020). Jaime Cardona (Moderador). Foro I. *Jornadas de gobernanza en salud*. Universidad de Antioquia, Grupo Economía de la Salud - GES. <https://www.youtube.com/watch?v=mBtswE6xrA&t=1377s>
- Gostin, L. (2014). Non-communicable diseases: healthy living needs global governance. *Nature News*, 511 (7508), 147.
- Greer, S. L., Wismar, M., Figueras, J., & McKee, C. (2016). Governance: a framework. *Strengthening Health System Governance*, 22, 27-56.
- Grupo de Economía de la Salud-GES (2007). Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 16
- Grupo de Economía de la Salud -GES (2011). Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 23
- Held, D. (2014). The diffusion of authority. In T. Weiss & R. Wilkinson (eds). *120 International Organization and Global Governance*, 60-72. New York, NY: Routledge Taylor & Francis Group

- Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Revista de Salud pública*, 12, 39-61. <https://bit.ly/3J2QOYV>
- Jiménez-Barbosa, W. G., Granda-Kuffo, M. L., Ávila-Guzmán, D. M., Cruz-Díaz, L. J., Flórez-Parra, J. C., Mejía, L. S., & Vargas-Suárez, D. C. (2017). *Transformaciones del sistema de salud ecuatoriano*. *Universidad y Salud*, 19(1), 126-139. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107reus-19-01-00126.pdf>
- Lewis, M. (2006). Governance and corruption in public health care systems. *Center for Global Development working paper*, 78.
- Mills, A. (2011). Health systems in low -and middle- income countries. En: *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press, 30-57.
- Molina-Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Íconos. *Revista de Ciencias Sociales*, (63), 185-205. <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>
- NU. CEPAL-OPS. (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Informe covid-19.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Informe mundial de la OMS sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco entre 2000 y 2025. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348537/9789240039322-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. Salud en las Americas+. Washington, D.C.
- Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. (2022). Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; (Health Policy Series, No. 57).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1997). Good governance and sustainable human development. A UNDP policy document. New York. Recuperado el 03 de marzo de 2023 de <https://digitallibrary.un.org/record/492551>
- Ramírez, J. (2018). Reformas al sistema de salud colombiano. En: Reformas, políticas y sostenibilidad de los sistemas de salud: Panorama mundial y latinoamericano. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 37.
- Restrepo-Zea, J. H. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿Qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*, 24(1), 1.
- Restrepo-Zea, J.H, & Zapata-Cortés, O.L. (2021). Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud. Centro de Investigaciones y Consultorías, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.
- Restrepo-Zea, J.H, & Zapata-Cortés, O.L. (2022). La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (83).
- Roth-Deubel, A. N, y Molina-Marín, G. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Revista de salud pública*, 15, 44-55.
- Sagan, A; Webb, E; Rajan, D; Karanikolos, M and Greer, S (2021). Health system resilience during the pandemic: it's mostly about governance. *Journal of the European Observatory on Health Systems and Policies, Special Issue, Volume 27, Número 1*.
- Transparency International. (2022). Corruption Perceptions Index. <https://www.transparency.org/en/cpi/2021>
- World Health Organization. (2007). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva.
- World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland
- World Health Organization. (2023). UHC Service Coverage sub-index on service capacity an access. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-service-capacity-and-access>

Anexo

Encuesta de gobernanza 2022: Pregunta: ¿Cómo se podría mejorar la gobernanza?

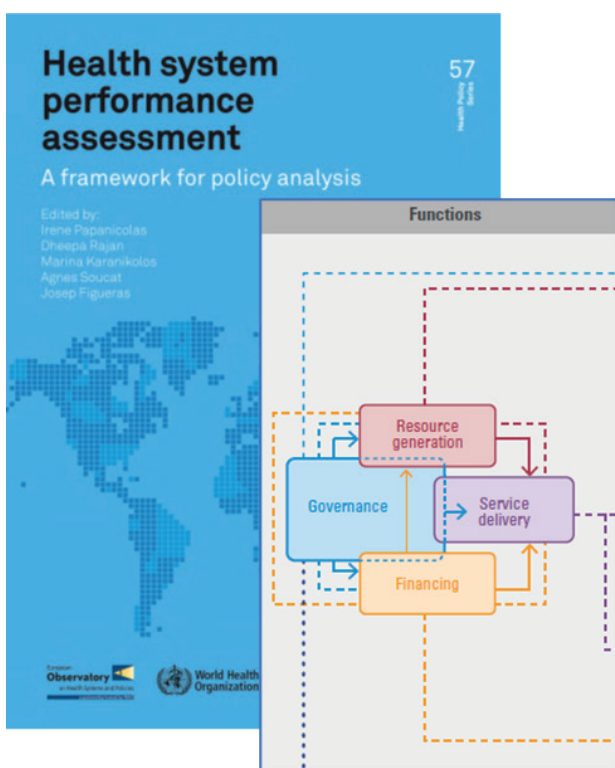
Las respuestas se organizaron en categorías, y se resumieron de la siguiente manera:

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordinación entre actores</i>: se necesita mayor y mejor coordinación del Estado con los diferentes actores, contar con espacios de coordinación que lleguen a resultados de salud concretos, mejorar la coordinación interinstitucional, coordinación para la toma de decisiones, y coordinación entre actores para la atención en salud. (Relación con la subfunción de “Visión y política”).
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Participación</i>: más efectiva y fortalecida. Participación de todos los actores que incidan en la toma de decisiones, y que la participación permita llegar a consensos. Crear un órgano colegiado para la toma de decisiones. (Relación con la subfunción de “Voz de las partes interesadas”).
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Control</i>: fortalecer la vigilancia y control, controlar la pérdida de recursos económicos, controlar la corrupción y controlar la prestación de servicios. (Relación con todas las subfunciones, pero principalmente con la subfunción de “información e inteligencia”)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recursos financiero</i>: mayor transparencia en el manejo de los recursos. Algunas respuestas sobre este tema fueron: “Asignación y flujo de recursos basado en resultados en salud”, “reformas para garantizar el flujo directo de recursos a los prestadores de salud”, “los recursos cumplan con lo destinado” (Relación con la subfunción “Información e inteligencia” y “Visión y política”)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lucha contra la corrupción</i>: sanciones reales y oportunas para los responsables de la prestación de los servicios. (Relación con todas las subfunciones)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Construcción de confianza</i>: los diferentes actores deben relacionarse mejor para construir confianza y así poder avanzar en temas de coordinación, etc. (Relación con la subfunción de “Visión y política”, “Voz de las partes interesadas” y la “Información e inteligencia”)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Información</i>: información para toma de decisiones, mejorar la disponibilidad y calidad de la información, integración de toda la información, mejorar los sistemas de información existentes “Simplificar, unificar y hacer funcional el sistema de información del sistema”. “Un sistema de información eficiente y articulado, que permita la identificación y trazabilidad de todo usuario”. (Relación con la subfunción “Información e inteligencia”).

Observación académica

Evaluación de desempeño del sistema de salud:
un marco para el análisis de políticas

Natalia Arias Monsalve



El fortalecimiento de los sistemas de salud es primordial para alcanzar los objetivos de la cobertura universal y la protección de la población. Es por ello que los formuladores de políticas deben determinar qué áreas del sistema priorizar y hacia dónde dirigir los recursos. Para ello es importante realizar una valoración y evaluación regulares del sistema, de manera que sea posible comprender en donde se encuentran las fortalezas y deficiencias.

Este marco de evaluación de desempeño del sistema de salud contribuye a establecer la relación entre el desempeño de las funciones del sistema, los objetivos intermedios y las metas finales de este. Se trata de una

herramienta práctica para medir el desempeño de las funciones y los resultados a partir de unas áreas de evaluación, vinculadas a indicadores que normalmente se recopilan en los sistemas.

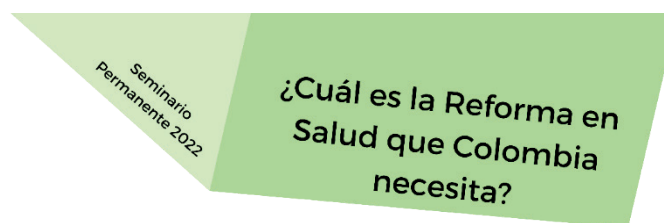
La herramienta es valiosa porque vincula conceptual y prácticamente las funciones del sistema con los resultados claves. Las cinco características principales de este marco son: *i)* adopta una definición y alcance del sistema de salud con límites claros, *ii)* establece los principales objetivos y resultados del sistema, *iii)* identifica y describe las funciones del sistema (y respectivas subfunciones), *iv)* proporciona un marco para evaluar el desempeño de cada función, *v)* describe la relación entre el desempeño de cada función y el logro de objetivos y resultados del sistema.

El marco describe cada una de las cuatro funciones del sistema de salud: **gobernanza, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios**; estableciendo el objetivo general de la función y los procesos clave o **subfunciones** para lograrlo. Las subfunciones a su vez permiten identificar acciones específicas o elementos necesarios de cada función que conllevan al logro de los objetivos de más alto nivel. El marco de evaluación también conduce a responsabilizar a actores específicos dentro del sistema de salud por acciones y procesos.

Para que una evaluación del desempeño sea significativa, las subfunciones deben tener la capacidad de medirse con indicadores cuantitativos o cualitativos apropiados, así como la capacidad de monitorearse a lo largo del tiempo.

Referencia:

Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. (2022). Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; (Health Policy Series, No. 57).



Seminario permanente: ¿Cuál es la reforma en Salud que Colombia necesita?

Entre el 24 de agosto y el 30 de noviembre de 2022 se realizó el Seminario Permanente 2022: ¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita?, que tuvo como propósito contribuir a la discusión sobre reforma y formular propuestas acordes a las posibilidades del país en términos económicos, políticos y sociales. Este espacio fue el resultado del esfuerzo de profesores de la Universidad de Antioquia, la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de los Andes.

Las sesiones fueron desarrolladas en formato híbrido y sirvieron para la contribución de opiniones de diferentes actores del sistema de salud, pues a lo largo de las sesiones se sumaron otras organizaciones como: las universidades de Caldas, Cartagena, EAFIT, Icesi e Industrial de Santander (UIS); la Gobernación de Antioquia, el Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, la Fundación Valle del Lili, la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), la Caja de Compensación Familiar de Antioquia (Comfama), Sura y Acuerdo Vital, que comprende 23 organizaciones del sector salud, entre gremios de prestadores, aseguradores, profesionales de la salud, sociedades científicas, pacientes e industria farmacéutica.

La octava y última sesión del Seminario Permanente, con la cual se concluyó este ejercicio académico y de construcción de política pública, fue programada para discutir los resultados de las sesiones previas, reunidos en torno a cinco temas y haciendo énfasis especial en dos cuestiones: cuál es la reforma en salud que el país requiere y cómo ponerla en marcha.

En esta sesión se contó con una conferencia, un panel y un trabajo en cinco mesas simultáneas con las temáticas de: *Gobernanza, Salud Pública, Prestación*

de Servicios, Talento Humano y Financiamiento. El trabajo en las mesas tuvo dos momentos: el primero, para buscar consensos sobre los cambios que se requieren en el sistema de salud, y el segundo, la discusión sobre cómo lograr estos ideales en un marco de una buena gobernanza del sistema. Estas discusiones sirvieron para que, desde la experiencia de los diferentes actores del sistema de salud, se visibilizaran instrumentos, ideas y recomendaciones para una propuesta de reforma en Colombia, a partir del debate informado y con la intención de recoger los aspectos centrales de la discusión adelantada a lo largo del seminario. En resumen, este espacio fue una muestra de las discusiones que debe adelantarse el país para construir una propuesta de reforma que tenga en cuenta la experiencia, la evidencia y la opinión de actores. Por lo que, resulta fundamental reconocer todos estos avances por el sistema, partiendo de decisiones oportunas y ajustadas a las necesidades del país.

Propuestas de gobernanza durante la última sesión del seminario:

- Crear un Consejo Nacional de Salud, articulado con consejos territoriales.
- Fortalecer colaboración y Comisión Intersectorial de Salud Pública.
- Mejorar la participación de la sociedad civil en la rendición de cuentas.
- Mantener independencia del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).
- Contar con un Sistema de información en salud suficiente, de calidad e interoperable.
- Descentralización de funciones y recursos teniendo en cuenta la capacidad territorial.
- Plan de recuperación de la red pública como proyecto a mediano y largo plazo (10 a 15 años)

Resumen del seminario permanente 2022

Universidad de los Andes
Colombia

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Apuntes de Gestión y Políticas Públicas

Esta serie busca visibilizar y poner en el debate público discusiones sobre instrumentos, ideas y recomendaciones de política que se alimentan desde nuestra propia investigación, desde la experiencia de los hacedores de política y expertos, y desde la literatura de punta en el campo de los asuntos públicos: la gestión y las políticas públicas. Tiene un enfoque de conjuntura y busca contribuir con lecciones, aprendizajes, ideas e instrumentos de política a una discusión amplia entre academia, actores estatales y sociedad civil sobre potenciales respuestas a ingentes problemas colectivos y sociales.

Febrero del 2023 | No. 11

¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita?
Resumen del Seminario Permanente 2022

<https://gobierno.uniandes.edu.co/es/publicaciones/apuntes-de-gestion-y-politicas-publicas/apuntes-de-gestion-y-politicas-publicas-no-11#>

Cuadro 6. Agenda del seminario permanente 2022

Sesión	Fecha	Tema, título y enlace de video	Lugar y organizadores
Apertura	Agosto 24	“Contexto internacional y bases para una reforma a la salud en Colombia” https://www.youtube.com/watch?v=plRCVkmTUHQ	Bogotá Universidad Nacional de Colombia
2	Septiembre 7	Salud Pública “Contexto y bases para una reforma a la salud pública en Colombia” https://www.youtube.com/watch?v=Yjzy-V7IOLY	Bogotá Universidad de los Andes
3	Septiembre 21	Talento humano “Talento humano: base de la reforma en salud” https://www.youtube.com/watch?v=8HHEYIRJeYE	Manizales Universidad Nacional y Universidad de Caldas
4	Octubre 5	Financiamiento “Retos de financiamiento ante una reforma en salud” https://www.youtube.com/watch?v=cUyElZUIKy0	Medellín Universidad de Antioquia, Banco de la República y EAFIT
5	Octubre 19	Prestación de Servicios “Articulación de los servicios de salud en el marco de una reforma” https://www.youtube.com/watch?v=5eGs8-2-Szk	Cali Universidad Javeriana, Fundación Valle del Lili y Universidad Icesi
6	Noviembre 2	Sesión especial en el marco del 7°. Simposio de Health Systems Research “Reformas de sistemas de salud en América Latina: lecciones para Colombia” https://www.youtube.com/watch?v=reQSFMMOX-8&feature=youtu.be	Bogotá Universidad Javeriana
7	Noviembre 23	Territorio y Descentralización “La reforma que la Ley 715 de 2001 requiere” https://www.youtube.com/watch?v=ceVvaMh-_no	Cartagena Universidad de los Andes y Universidad de Cartagena
8	Noviembre 30	Gobernanza y reforma “Reforma en salud: ¿Qué se necesita y cómo lograrlo” Conferencias: https://youtu.be/LP3T-ZTvtWk Conclusiones: https://youtu.be/rwvVKCQELE8	Medellín Universidad de Antioquia y Gobernación de Antioquia

Actualidades del GES

Publicaciones recientes:

Capítulos en el libro: Otálvaro, GJ y Guerrero, JE (editores) (2022). El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991: retos y aprendizajes. Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH.

- Restrepo, JH y Badel, M (2022). “La transparencia y el derecho de acceso a la información pública: garantías del derecho fundamental a la salud” (p. 280-303).
- Restrepo, JH (2022). “Financiación de la seguridad social en salud: Colombia 1991-2021” (p. 304-329).

Restrepo, JH (2022). “Protección financiera en salud: ¿Qué ha pasado en América Latina en medio de la pandemia de covid-19? Seguridad Social Latinoamericana. Boletín del Grupo de Trabajo seguridad social y sistemas de pensiones, CLACSO, Año 3(6), 22-30. <https://www.clacso.org/boletin-6-seguridad-social-latinoamericana/>

Premiación de la Ideatón por la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano:

El 28 de septiembre se desarrolló la premiación de esta Ideatón. Se entregaron premios por \$56 millones, recursos aportados por ANDI, Boheringer, Cruz Verde, Medicarte y Sies Salud. Se reconoció una experiencia significativa y se entregaron los premios a cinco equipos ganadores (https://youtu.be/_Xs0DrN3eN4).

Ponencias en eventos internacionales:

Ponencia en el 7th Global Symposium on Health Systems Global, Bogotá. “Public spending and financial protection in health: How did we react and what did we learn from the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean?”. 4 de noviembre de 2022. JH Restrepo, D Palacios y JJ Espinal.

Conferencia en XXX Jornada Internacional de Economía de la Salud. Universidad Isalud, Buenos Aires 14-15 de septiembre de 2022: “Lecciones de la pandemia: una respuesta regional a una crisis global”. JH Restrepo.

Comentarios al libro Inequidades sociales e interseccionalidad en salud: retos y alternativas, de Ana Escoto. Lanzamiento del libro, webinar del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, 31 de agosto de 2022. JH Restrepo.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

John Jairo Arboleda Céspedes

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Jair Alberto Osorio Agudelo

Jefe, Departamento de Economía

Claudia Cristina Medina Palacios

Director, Centro de Investigaciones y Consultorías:

Mauricio López González

Profesores en el GES:

Jairo Humberto Restrepo Zea (coordinador)

Paula Andrea Castro García

Carlos Felipe Gaviria Garcés

Sara Catalina Atehortúa

Profesionales y estudiantes de maestría:

Andrea Ruíz Molina

Lina Casas Bustamante

Daysi Sanmartín Durango

Carolina Moreno López

Natalia Arias Monsalve

Estudiantes en formación:

Sebastián Londoño Dávila

Mariana Gómez Montoya

Practicante de comunicaciones:

Nataly Matiz Ramos

Elaboración de textos:

Jairo Humberto Restrepo Zea

y Natalia Arias Monsalve

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo Zea

y Natalia Arias Monsalve

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

Imprenta Universidad de Antioquia

E-mail: grupoges@udea.edu.co

Sitio web: www.udea.edu.co/ges; www.gesudea.co

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.

Para el desarrollo de este número del Observatorio se contó con recursos del convenio de cooperación entre Sura y la Universidad de Antioquia (Facultad de Ciencias Económicas) con el objeto de aunar esfuerzos para fortalecer el Observatorio de la Seguridad Social del GES, 2020-2023.