Gobernanza y garantía del derecho a la salud: el caso de Colombia

Research Article

Open access

Governance and guarantee of the right to health: the case of Colombia

Governança e garantia do direito à saúde: o caso da Colômbia

Como citar este artículo:

Rangel-Carrero David Octavio, Posada-Zapata Isabel Cristina, Agudelo-Flórez Piedad. Gobernanza y garantía del derecho a la salud: el caso de Colombia. Revista Cuidarte. 2026;17(3):e5491. https://doi.org/10.15649/cuidarte.5491

Highlights

- La gobernanza es un concepto de gran relevancia que se sustenta en la gobernabilidad, la cual tiene su origen en el ejercicio del gobierno.
- En el sistema de salud, la gobernanza se caracteriza por la tensión entre un marco regulatorio sólido y una capacidad operativa insuficiente para aplicarlo eficazmente.
- Actualmente, la rendición de cuentas responde a una lógica formalista centrada en los entes reguladores, lo que debilita el control social y deriva en metas de baja exigencia.
- El gobierno confunde el concepto de aseguramiento al reducirlo a la Entidad Promotora de Salud, pese a que se trata de una función propia de todo sistema de salud.

Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2026; 17(3): e5491

https://doi.org/10.15649/cuidarte.5491

E-ISSN: 2346-3414

David Octavio Rangel-Carrero[1]

Isabel Cristina Posada-Zapata[2]

Piedad Agudelo-Flórez[3]

1. Universidad CES, Medellín, Colombia. E-mail: dorangel@ces.edu.co
2. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: isabel.posada@udea.edu.co
3. Universidad CES, Medellín, Colombia. E-mail: pagudelo@ces.edu.co

Resumen

Introducción: La gobernanza se refiere a la forma en que se toman decisiones que inciden en lo público, particularmente en el sistema de salud y gestión de recursos. Debe ser vinculante y fomentar la coadministración entre actores involucrados. Así, contribuye a la construcción del Estado y al fortalecimiento de la ciudadanía. **Objetivo:** Analizar el proceso de gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la toma de decisiones de los actores involucrados en un estudio de caso mediante la evaluación de las normas, puntos nodales y procesos, con el fin de garantizar el derecho a la salud de la población colombiana. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de caso con enfoque cualitativo descriptivo-interpretativo, basado en entrevistas semiestructuradas a dieciséis actores clave del sistema de salud. El tipo de análisis cualitativo correspondió a herramientas analíticas de teoría fundamentada siguiendo los principios teóricos del Marco Analítico de la Gobernanza. **Resultados:** Los participantes señalan que la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha debilitado y la participación ciudadana se limitó, incidiendo en la garantía del derecho fundamental a la salud. **Discusión:** La investigación reconoce que las fallas en la gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud no están únicamente asociadas a la rectoría del sistema, por ende, se requieren marcos de análisis multinivel de la gobernanza para proponer reformas. **Conclusión:** Se reconoce la necesidad de reconstruir capacidades estatales, fortalecer la gobernanza territorial y reestablecer mecanismos de participación amplia para avanzar hacia un sistema de salud orientado a la garantía del derecho fundamental a la salud.

Palabras Clave: Gobernanza; Corrupción; Sistemas de Salud; Modelos de Atención de Salud; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.

Recibido: 16 de julio de 2025
Aceptado: 7 de abril de 2026
Publicado: 24 de noviembre de 2026

*Autor de Correspondencia
David Octavio Rangel-Carrero
Email: dorangel@ces.edu.co

Governance and guarantee of the right to health: the case of Colombia

Abstract

Introduction: Governance refers to the way in which decisions affecting public affairs are made, particularly within the health system and in resource management. It should be binding and promote co-management among actors involved. In this way, governance contributes to state-building and the strengthening of citizenship. **Objective:** To analyze the governance process of the General Social Security System in Health from the perspective of the decision-making by the actors involved in a case study, through the assessment of norms, nodal points, and processes, to ensure the Colombian population's right to health. **Materials and Methods:** A case study using a descriptive-interpretive qualitative approach was conducted based on semi-structured interviews with sixteen key actors in the health system. Qualitative analysis drew on analytical tools from grounded theory and followed the theoretical principles of the Governance Analytical Framework. **Results:** Participants indicated that stewardship of the General System of Social Security in Health has weakened and that citizen participation has become limited, affecting the guarantee of the fundamental right to health. **Discussion:** The study recognizes that shortcomings in the governance of the General System of Social Security in Health are not solely associated with system stewardship; therefore, multilevel analytical frameworks for governance are needed to inform proposed reforms. **Conclusion:** There is a recognized need to rebuild state capacities, strengthen territorial governance, and reestablish mechanisms for broad participation in order to move toward a health system oriented toward guaranteeing the fundamental right to health.

Keywords: Governance; Corruption; Health System; Health Care Models; Barriers to Access to Health Services.

Governança e garantia do direito à saúde: o caso da Colômbia

Resumo

Introdução: Governança refere-se à forma como as decisões que afetam os cidadãos são tomadas, particularmente no âmbito do sistema de saúde e da gestão de recursos. Ela deve ser vinculativa e fomentar a cogestão entre os atores envolvidos. Portanto, deve contribuir para a construção do Estado e o fortalecimento da cidade. **Objetivo:** Analisar o processo de governança do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde, com foco na tomada de decisões dos atores envolvidos em um estudo de caso, por meio da avaliação de regulamentos, componentes-chave e processos, a fim de garantir o direito à saúde da população colombiana. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo de caso utilizando uma abordagem qualitativa descritiva-interpretativa, baseada em entrevistas semiestruturadas com atores-chave do sistema de saúde. A análise qualitativa empregou as ferramentas analíticas da teoria fundamentada, seguindo os princípios teóricos do Quadro Analítico de Governança. **Resultados:** Os participantes percebem que a governança do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde está fragilizada e a participação cidadã é limitada, o que afeta a garantia dos direitos fundamentais à saúde. **Discussão:** A pesquisa reconhece que as deficiências na governança do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde não estão associadas apenas à gestão do sistema; portanto, são necessários marcos de governança multinível para propor reformas. **Conclusão:** Reconhece-se a necessidade de reconstruir as capacidades do Estado, fortalecer a governança territorial e restabelecer mecanismos para maior participação, a fim de promover um sistema de saúde orientado para a garantia dos direitos fundamentais à saúde.

Palavras-Chave: Governança; Corrupção; Sistema de Saúde; Modelos de Cuidados de Saúde; Barreiras ao Acesso aos Serviços de Saúde.

Introducción

La gobernanza en salud se entiende como el proceso mediante el cual diversos actores interactúan en la toma de decisiones y en la formulación de marcos normativos relacionados con políticas sanitarias[1–3]. En América Latina se han desarrollado marcos analíticos para estudiar estos procesos en contextos locales, pero la literatura también evidencia falta de coherencia conceptual en los términos utilizados y barreras estructurales para la implementación efectiva de políticas de salud integrales[4–6]. El aporte más influyente es el Marco Analítico de la Gobernanza (MAG) de Marc Hufty, que propone unidades analíticas como problemas, actores, normas, procesos y puntos nodales para analizar la interacción entre actores involucrados en las decisiones sobre la dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud [7,8].

Este enfoque ha sido aplicado en Latinoamérica para examinar las decisiones de poder y los mecanismos de decisión en sistemas de salud evidenciando que la participación de diversos actores puede democratizar la gobernanza local y transformar el diseño e implementación de políticas públicas, especialmente cuando existen mecanismos de colaboración, participación, comunitaria y coordinación interinstitucional[9,10]. Asimismo, se han identificado limitaciones como la débil participación de los usuarios, centralización de la decisiones, la fragmentación institucional, insuficiente coordinación entre niveles de gobierno, así como deficiencias en rectoría, liderazgo, capacidades técnicas y gestión financiera que afectan la formulación e implementación de políticas, así como la conformación de redes integradas de servicios[11–13].

Estas dinámicas generan tensiones entre los principios formales de los sistemas y las decisiones efectivas que toman los actores en contextos de alta desigualdad social y restricciones de recursos[14–17]. Por lo anterior, el estudio de la gobernanza ha cobrado relevancia con el fin de establecer lineamientos para mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud y la toma de decisiones en salud[18–20].

Aunque la literatura sobre gobernanza en salud en América Latina ha crecido de forma importante, siguen siendo escasos los estudios que analizan de manera detallada los procesos de toma de decisiones entre actores clave en sistemas específicos, y en particular en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Lo anterior, refleja un vacío del conocimiento y limita la comprensión de como las relaciones de poder, intereses particulares y las consideraciones políticas inciden en las capacidades del sistema para garantizar el derecho a la salud reconocido en la Ley 1751 de 2015[21].

En este contexto, el objetivo de este artículo es analizar la gobernanza del SGSSS a partir de las decisiones de los actores involucrados, aplicando el marco conceptual de Hufty. Se busca comprender de qué manera las dinámicas de gobernanza inciden en la garantía del derecho a la salud de los colombianos y por qué, dado el marco normativo existente, persisten problemas de acceso asociados con las decisiones políticas en el funcionamiento del sistema por lo que a través esta investigación se da respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo se desarrolla el proceso de gobernanza en el SGSSS para garantizar el derecho a la salud de la población colombiana, a partir de la Ley 1751 de 2015?

Materiales y Métodos

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo de carácter descriptivo-interpretativo[22], siguiendo el paradigma constructivista[23]. El trabajo se orientó por un lógica hermenéutica y dialéctica donde se analizaron los resultados obtenidos con las herramientas analíticas de la teoría fundamentada, empleadas para codificar, categorizar y relacionar los datos con el fin de generar comprensiones teóricas sobre el fenómeno estudiado[24].

El tipo de abordaje de esta investigación fue un estudio de caso intrínseco[25] sobre el sistema de salud de Colombia, examinado desde la perspectiva de la gobernanza, con el propósito de identificar los problemas políticos, obstáculos y factores que inciden en las decisiones relacionadas con la garantía al derecho a la salud, en el marco de la Ley 1751 de 2015.

Se empleó inicialmente un muestreo por conveniencia[26] con participantes clave para la primera fase de la investigación. Posteriormente, y en función de las necesidades analíticas, el muestreo evolucionó hacia un muestreo teórico[27], lo que permitió seleccionar participantes con características pertinentes para profundizar en la comprensión de las categorías emergentes durante el análisis. La muestra se amplió progresivamente de ocho a un total de 16 participantes, alcanzándose la saturación teórica, entendida como el punto en el cual las categorías analíticas no incorporan nuevos elementos ni en sus propiedades ni en sus dimensiones[28].

Los criterios de inclusión fueron: (a) participación directa o indirecta en el SGSSS, (b) representación de ámbitos de adscripción, (c) diversidad de roles profesionales (gerenciales, operativos, técnicos, administrativos), (d) aceptación en participar y firmar el consentimiento informado, y (e) formación académica y nivel de liderazgo. Las posibles fuentes de perdida de los participantes fueron: (a) Poseer alteraciones del estado mental evidente, no estar orientadas y con compromiso de la memoria reciente y remota y, (b) poseer alteraciones en la comprensión y expresión del lenguaje oral. Las entrevistas fueron realizadas entre mayo del 2024 y mayo 2025 con una duración promedio de 62 minutos.

Los dieciséis participantes estuvieron involucrados en las decisiones sobre SGSSS y la política de salud, principalmente en el ámbito nacional. Diez de los entrevistados fueron hombres, la mayoría contaba con estudios en el área de la salud y trayectoria en dirección o gestión de servicios con un rango de 20 a 50 años de experiencia y cuatro de ellos tienen doctorado. Se identificaron diez actores estratégicos con cargos formales SGSSS, quienes movilizan distintos tipos de capital dentro del sistema de salud, entendido como un campo social. Estos incluyen el capital económico (recursos monetarios), el capital social (redes y organizaciones), el capital cultural (conocimiento del sistema) y el capital simbólico o de interés (reconocimiento, percepciones y valores sociales)[29]. Por su parte, los actores con un nivel de influencia medio participan en decisiones o políticas de alcance local Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de los participantes

Consecutivo actor	Folio Identificador	Tipo de Actor	Ámbito de adscripción	Trayectoria académica	
				Estudios en salud	Posgrado
1	EN1VPS-1	E	N	Si	Si
2	EN2ANSP	E	N	Si	Si
3	EN3ONG-1	I	I		Si
4	EN4IPS	I	N		Si
5	EN5SDS	E	D	Si	Si
6	EN6ONG-2	E	I	Si	Si
7	EN7MS-1	E	N		Si
8	EN8VPS-2	E	N		Si
9	EN9MS-2	E	N	Si	Si
10	EN10EPS	E	N		Si
11	EN11SOCIV-1	I	N	No	No
12	EN12EXP-1	I	N		Si
13	EN13SOCIV-2	I	N	No	No
14	EN14VPS-3	E	N	No	Si
15	EN15ASOGRE	E	N		Si
16	EN16EXP-2	I	N	Si	Si

E: Estratégico, I: De interés, N: Nacional, D: Departamental, I: Internacional

Las guías para las entrevistas se diseñaron siguiendo los principios teórico-metodológico del MAG)[7,8] con la supervisión del comité tutorial. Se realizó un testeo en el que participaron dos directivos de instituciones de salud lo que permitió la validación del instrumento Tabla 2.

Tabla 2. Categorías empleadas en el diseño de las guías para entrevistas

Unidad Temática	Categoría analítica	Subcategorías de análisis
1. Los actores (Son capaces de tomar decisiones e influir en los procesos, pueden ser estratégicos, secundarios o relevantes).	1.Actores del sistema de salud	Características presentes en los actores, y que determinan su nivel de participación en el proceso de gobernanza: género, tipo de actor (estratégico o de interés), formación académica y gerencial, capacidad de liderazgo, administrativa y de gobernanza; nivel de competencia internacional, nacional, departamental, municipal; recursos de poder.
2. El problema (se refiere a lo que está en juego, en este caso la gobernanza del SGSSS)	2.El problema desde un enfoque de gobernanza	Analizar el proceso de la gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la toma de decisiones de los actores involucrados mediante la evaluación de las normas, puntos nodales y procesos.
3. Las normas (Construcción de las reglas de juego entre los actores que explican sus decisiones)	3.Formales: Marco normativo	Conjunto de normas formales y/o meta-normas, constitutivas (leyes, normas, reglamentos) que orientan las decisiones y/o el comportamiento de los actores.
	3.Informales: valores y creencias	Conjunto de normas informales y/o regulativas (sistema de valores sociales y creencias) que orientan las decisiones y/o el comportamiento de los actores.
4: El proceso (sucesiones de estados por los cuales pasa un sistema, que permitan evaluar la dirección por la cual evolucionan esos procesos)	4. Proceso de la toma de decisiones	Nivel de participación en la formulación, participación y ejecución de políticas ante el proceso de gobernanza.
5: Puntos nodales (espacios físicos o virtuales en donde convergen los procesos de decisión, actores y normas)	5. Vinculación formal e informal	Nivel de convocatoria del acto en espacios formales e informales y su respuesta en la participación de diversos sectores de la sociedad en la formulación de políticas orientadas a la gobernanza del SGSSS.
	5. Participación	Mecanismos o instancias donde se toman las decisiones para la garantía del derecho a la salud.
	5. Niveles de nodo	Nivel de nivel participación del actor con/sin voz y voto.
	5. Transparencia y rendición de cuentas	La transparencia se basa en el libre flujo de información; los procesos y la información de las instituciones deben ser directamente accesibles para los interesados, y se debe proporcionar suficiente información para comprender y monitorear los asuntos de salud.

Los criterios de rigor[30] que se utilizaron para evaluar la calidad científica del estudio fueron: I) Credibilidad: Se sustentó mediante la triangulación con tres codificadores independientes, la verificación con los participantes y el uso de descripciones extensas con extractos textuales, II) Auditabilidad: el comité tutorial examinó los datos y llegaron a conclusiones iguales o similares a las de los investigadores, III) La transferibilidad se consiguió cuando los datos obtenidos como producto del estudio fueron representativos, y tuvieron la posibilidad de ser útiles y aplicables para otros estudios.

El análisis de los datos requirió detallar todas las entrevistas, a través del análisis, comparación y categorización de los datos[31]. La codificación se desarrolló en tres etapas; en la primera, se realizó la codificación abierta obteniendo 13 categorías descriptivas a partir de 1030 códigos[32]. En la segunda, se realizó la codificación axial obteniendo 4 categorías analíticas. Finalmente, en la codificación selectiva se obtuvo una categoría central que corresponde al fenómeno de investigación. Para fortalecer la transparencia metodológica, los investigadores registraron y sistematizaron la información mediante herramientas de Microsoft Office. En la investigación cualitativa se reconoce que los principales instrumentos son los propios investigadores, quienes interpretan y otorgan sentido hermenéutico a

los hallazgos. Así, la credibilidad no depende del uso de software especializado, sino del rigor analítico, la triangulación y el método de comparación constante[33]. En este estudio, Word se utilizó para la codificación y Excel para la organización de categorías, en coherencia con el análisis de los datos[34-36].

Esta investigación siguió los principios éticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y su realización fue aprobada por el Comité de Ética de la Escuela de Graduados de la Universidad CES mediante acta 190 del 04 de abril de 2022 dadas las consideraciones establecidas por el investigador para proteger la dignidad e intimidad de los participantes. Los datos recogidos en su totalidad se disponen para libre acceso y consulta en Mendeley Data[37].

Resultados

Esta sección describe las categorías temáticas que surgieron de las entrevistas, los cuatro temas interrelacionados y su eje central: *"Más gobernanza y menos gobernabilidad",* que configuran la aproximación teórica a la explicación de la pregunta planteada.

La categorización descriptiva

En la primera fase se identificaron trece categorías analíticas. La categoría modelo de atención concentró el mayor número de códigos (n = 204), seguida de gestión de gobierno (n = 114) y participación ciudadana (n = 108), lo que sugiere que la organización y gestión de la atención en salud, así como los espacios de participación, constituyen ejes centrales para comprender la gobernanza del SGSSS. Asimismo, categorías como acceso a los servicios de salud, agentes del sector, control y regulación y derecho a la salud presentaron un peso significativo, indicando que las experiencias de uso del sistema y las actuaciones de los distintos actores configuran de manera relevante los relatos de los entrevistados.

La primera categorización evidencia la complejidad de la gobernanza del SGSSS: mientras predominan temas como el acceso y el derecho a la salud, categorías menos frecuentes —como gestión territorial y corrupción— concentran experiencias críticas que complementan el análisis en fases posteriores. Figura 1.

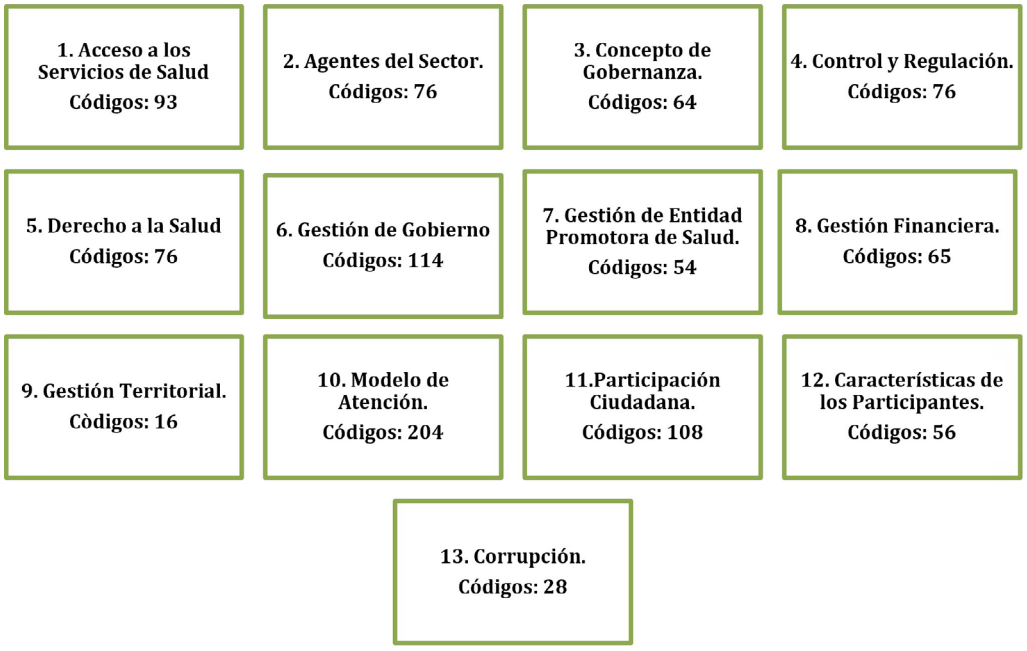


Figura 1. Categorías descriptivas

Las categorías analíticas

En la fase de codificación axial, a partir de los nexos entre las categorías descriptivas se generaron cuatro categorías analíticas, a continuación, en la Figura 2 se describe la primera categoría analítica.

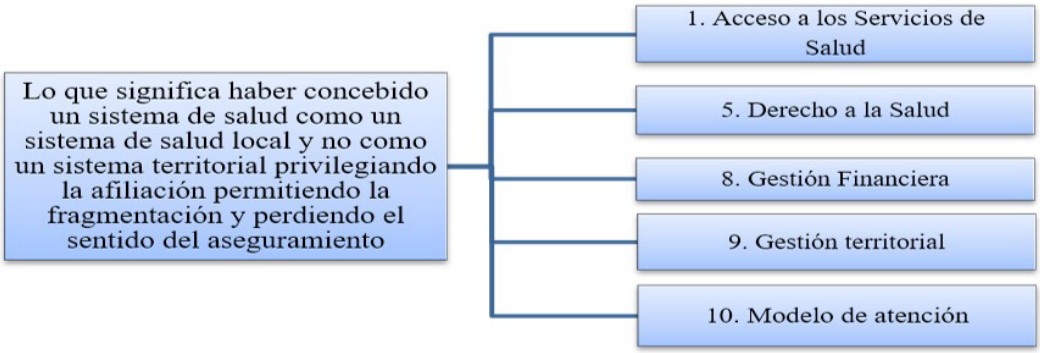


Figura 2. Primera Categoría analítica

El modelo actual se ha concebido como un sistema local de salud y no como un modelo de salud territorial, el primero privilegia la afiliación, presta el servicio según su aseguramiento, el segundo se ofrece donde se reproduzca biológica y socialmente el individuo, esto ha permitido una alteración del modelo lo cual conlleva a barreras geográficas, socioeconómicas y barreras de tipo administrativo. En otras palabras, el centralismo gubernamental junto con la desarticulación multinivel, resultan en la falta de asistencia técnica a los entes territoriales. A continuación, apartes de las entrevistas:

> *la principal barrera en el modelo antiguo…, es el modelo de sistema locales territoriales, silos poblacionales versus silos territoriales... entonces si Sura o Sanitas va a ir a un barrio tiene que ser 3 o 4 equipos, y cada uno de una aseguradora, no, debería ser una sola, la respuesta es territorial, no donde esté afiliado, es una distorsión y eso causa barreras de acceso* (EN16EXP-2)

> *la principal barrera hoy es la barrera geográfica, …hay una gran concentración de servicios y sobre todo de alta complejidad en las ciudades principales* (EN10EPS)
> *ahí hay unas limitantes en el tema de acceso, …me refiero a talento humano, …la geografía nuestra es tan compleja que para que un médico especialista, pueda hacer un proyecto de vida en la Colombia profunda es complicado, que vaya a tratar de educar a sus hijos, tener una familia… allá no van a llegar los especialistas* (EN8VPS-2)

En la Figura 3 se desarrolla la descripción de la segunda categoría analítica.

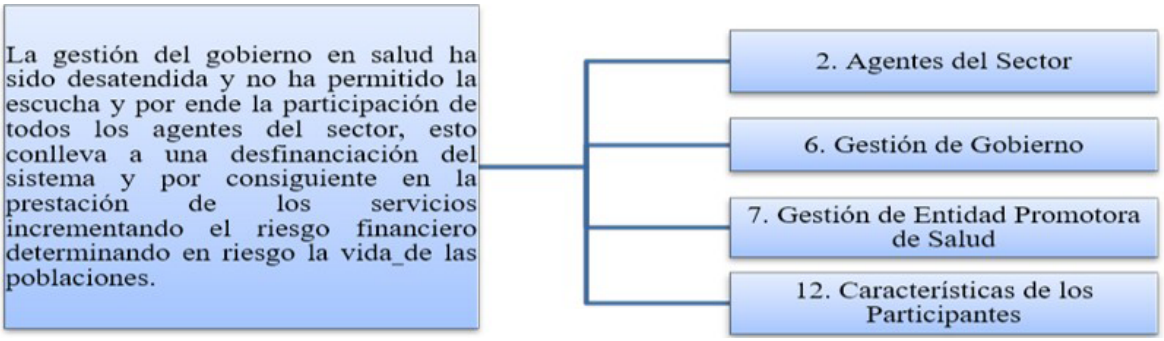


Figura 3. Segunda Categoría analítica

Se requiere del trabajo y la participación de manera intersectorial de todos los actores del sistema para lograr planes de acción con seguimiento transparente para la rendición de cuentas, que permitan evaluar estructuralmente la viabilidad financiera del sistema de salud en el largo plazo. Así mismo trabajar sobre elementos de sostenibilidad con una visión clara que permita seguir evolucionando el sistema, se debe trabajar sobre la visión de hacia dónde va el sistema, cuáles son los puntos de partida y los temas sobre los que se debe mejorar y así tener un sistema que siga generando salud a las poblaciones. A continuación, apartes de las entrevistas:

> *"…hubo una falla regulatoria desde el inicio, donde no se hicieron requisitos de solvencia real para que las EPS manejaran un patrimonio y una liquidez, y registraran las reservas técnicas…"* (EN8VPS-2)

> *el ministerio no es que no escuche a la sociedad civil, sino que no escucha pacientes Colombia…, a nosotros no nos reciben…, han considerado que nuestra voz no es una voz propositiva sino una voz de oposición ha dificultado enormemente la participación en esos espacios* (EN13SOCIV-2)

En la Figura 4 se presenta la descripción de la tercera categoría analítica.

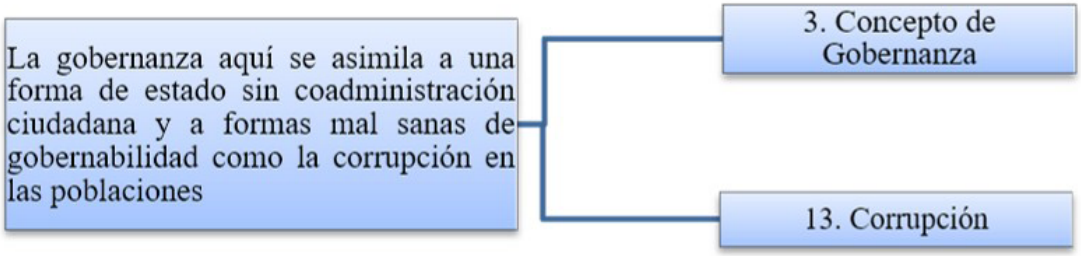


Figura 4. Tercera Categoría analítica

La gobernanza es el Estado y obedece a un proceso de toma de decisiones en políticas centralizadas, formuladas y coordinadas desde las máximas autoridades y la gobernabilidad es gobierno. Los altos mandos ejercen su poder para convocar a representantes del SGSSS y otros actores de interés social. Para fortalecer la gobernanza es necesario brindar mayor autonomía a los tomadores de decisión, para formular y coadministrar sus políticas, incorporar estrategias de manera coordinada y colaborativa tanto con actores nacionales, como con las organizaciones civiles, incorporar actores sociales dentro del contexto local, como las organizaciones civiles, fortalece que las políticas sean integrales y sustentables a largo plazo, además de fomentar los valores de equidad reciprocidad, corresponsabilidad y solidaridad. En pocas palabras, la gobernanza implica ser vinculante.

Este escenario de confianza incentivaría mayor compromiso y responsabilidad entre actores, fortalecería la transparencia y la rendición de cuentas. De lo contrario, se infiere que existe una confusión en los niveles de responsabilidad de los tomadores de decisiones, y un alcance limitado en ellas configurándose fenómenos de corrupción y clientelismo como formas mal sanas de gobernabilidad. A continuación, apartes de las entrevistas:

> *"… con débiles controles, y que depende del buen juicio, del ordenador del gasto... Entonces tenemos un sistema que es muy proclive a la corrupción…"* (EN1VPS-1)

> *"la gobernanza y la gobernabilidad están relacionadas también con un término que es el empoderamiento ciudadano, … esto también quiere decir que el gobierno se des-empodera y gana poder el ciudadano"* (EN16EXP-2)

Los actores hacen parte de procesos del gobierno, procesos de la política pública, de la planeación, la ejecución, la formulación, la evaluación, pero no son vinculantes… la gobernanza implica ser vinculante (EN16EXP-2)

La Figura 5 presenta la descripción de la cuarta categoría analítica.

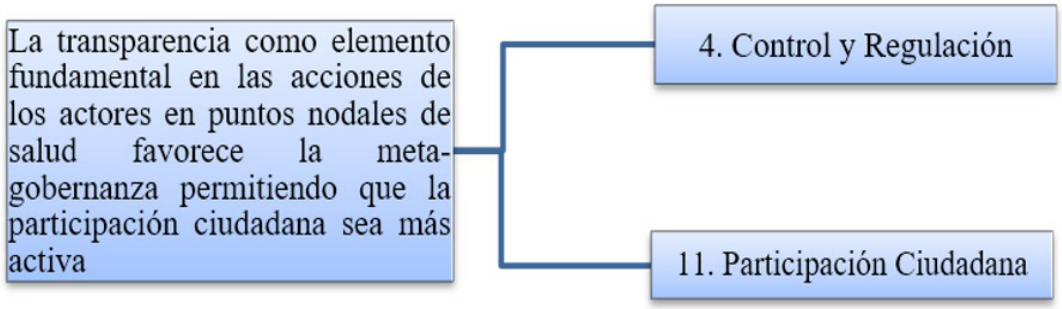


Figura 5. Cuarta Categoría analítica

Una mayor transparencia no significa ausencia de autoridad, sino una reconfiguración de las formas de poder, donde la legitimidad se construye mediante la apertura, el diálogo y la rendición de cuentas. La confianza entre los actores en los espacios físicos y virtuales permea las decisiones y actuaciones de estos por lo que se facilitan una gobernanza más distribuida y participativa para gestionar los problemas de salud desde una mirada más integral, donde se incorporan las experiencias ciudadanas. Es un modelo de dirección abierto y flexible que facilitan el empoderamiento ciudadano y el Estado desconcentra su papel rector del sistema. En consecuencia, el fortalecimiento de la transparencia contribuye a la sostenibilidad de la meta-gobernanza, entendida esta como el nivel superior de coordinación y aprendizaje colectivo que permite al sistema autorregularse, innovar y adaptarse. A continuación, apartes de las entrevistas:

Algunos actores hablan de que la función del gobierno debería ser, favorecer ejercicios de gobernanza…, pero el gobierno no lo hace porque no le conviene, porque la estructura es vertical, rectoría, secretaría, ministerio de salud, y el ciudadano por allá a lo último, el paciente por allá abajo es un receptor pasivo (EN9MS-2)

"… la meta-gobernanza es propiciar, con un enfoque de curso de vida, la afectación de los determinantes, o sea, que el individuo pueda modificar su entorno…, o sea, ganar autonomía política" (EN16EXP-2)

"el ciudadano no conoce ese inventario de entidades, el ciudadano no tiene acceso a eso, entonces es parte de la función del gobierno…, hacer una meta-gobernanza…" (EN16EXP-2)

Las categorías analíticas, integradas mediante la codificación selectiva, dieron lugar a una interpretación final articulada como una aproximación teórica a la pregunta planteada: «*más gobernanza y menos gobernabilidad*» Figura 6.

La gobernanza del sistema de salud colombiano constituye uno de los desafíos más importantes para el gobierno nacional y los subnacionales dado que, el modelo de salud es mixto, los actores señalan que la rectoría del SGSSS ha experimentado un proceso de debilitamiento que ha incidido en la organización de los servicios, la financiación y la garantía del derecho fundamental a la salud. Para los participantes el gobierno ha limitado los espacios de participación ciudadana afectando la legitimidad de las decisiones. Toda esta situación refuerza desigualdades geográficas, económicas y sociales por lo que es necesario reconstruir capacidades estatales, fortalecer la gobernanza territorial, recuperar la autoridad sanitaria y reestablecer mecanismos de participación amplia que permitan el tránsito hacia *"más gobernanza*

y menos gobernabilidad" lo cual no implica una pérdida de control estatal, sino la evolución hacia un modelo de dirección del SGSSS basado en principios de inclusión, colaboración y transparencia, que reviste de autonomía política a los actores y fortalece la descentralización del sistema del sistema de salud.

En el sistema de salud, la gobernabilidad alude a la capacidad del Estado para dirigir y regular el sistema, asegurar el cumplimiento normativo y ejercer la rectoría. En contraste, la gobernanza se refiere a los procesos de interacción, coordinación y negociación entre los actores del sistema, así como a los arreglos institucionales y reglas de juego que posibilitan la formulación e implementación colaborativa, eficiente y transparente de las políticas para garantizar el derecho a la salud.

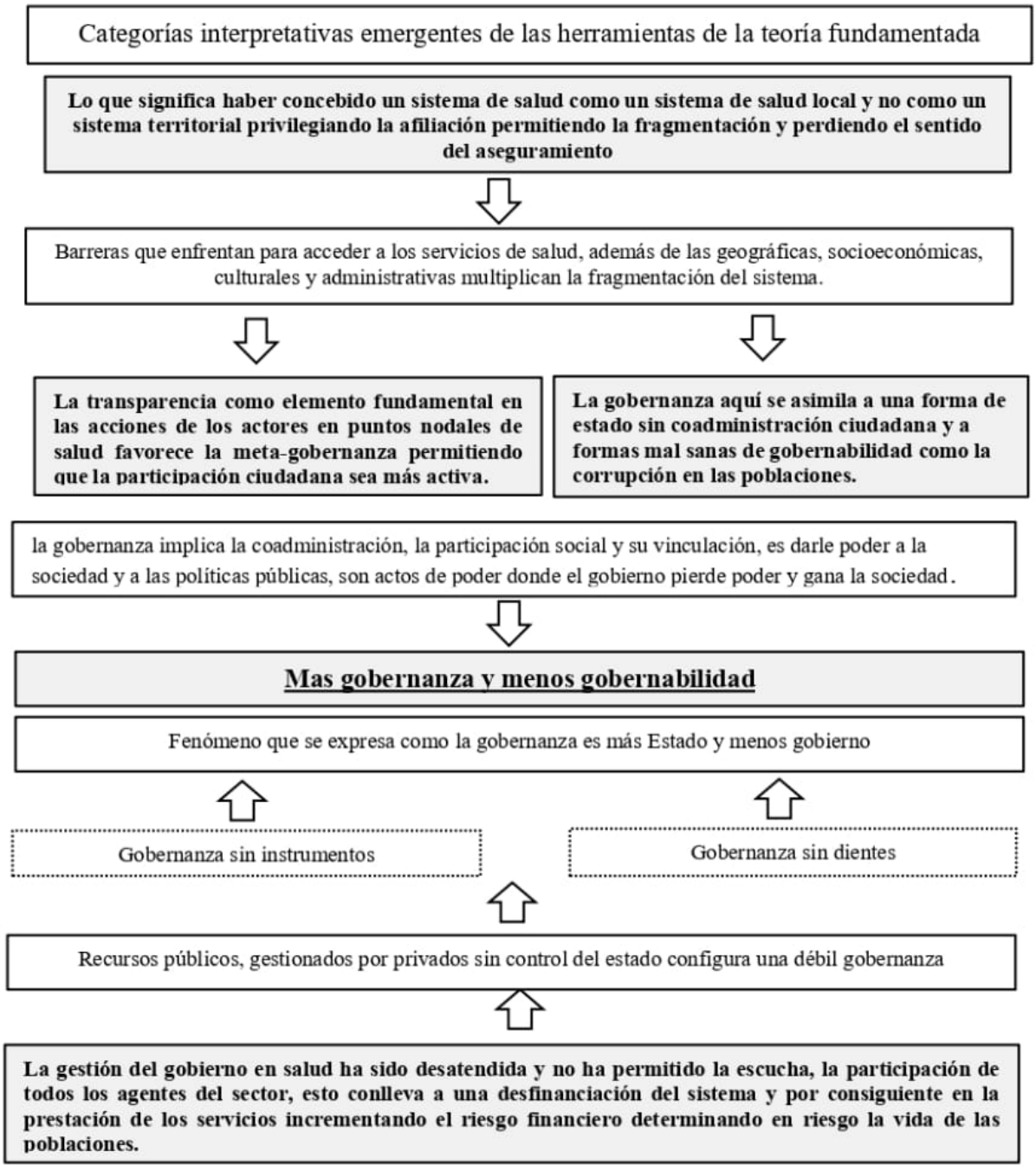


Figura 6. Aproximación teórica a la explicación de la pregunta planteada

Discusión

Entre los resultados de la investigación, los participantes identificaron la necesidad de reformar el SGSSS dado que, así como ha sido reconocido en trabajos como el López-Mallana et al.[38], persisten barreras de acceso en los territorios originadas en la gran concentración de servicios en las ciudades principales. En el 90 % del territorio nacional no hay capacidades para que el sistema pueda atender las necesidades de salud de sus habitantes, en especial en las zonas rurales donde los pacientes detienen sus tratamientos médicos a causa de los procesos administrativos y las dificultades en el seguimiento de su estado de salud[38]. En lo anterior, se reflejan fallos de mercado y fallos de política que se originan en la gobernabilidad y gobernanza del SGSSS y representan un determinante central de la operación del sistema y la relación entre actores[39,40].

Sin embargo, las fallas en la gobernanza del SGSSS no está únicamente asociadas con la rectoría, por ende, los marcos de análisis de la gobernanza en salud que se enfocan solo en la regulación, como Vian et al.[41] y Cleary et al.[42], presentan una visión limitada dado que la gobernanza es un concepto multidimensional[43]. Ante esto, los marcos multinivel como el de Hufty et al.[7] y Hufty[8], Abimbola et al[44] y Brinkerhoff y Bossert[45] y Siddiqi et al[46] representa un mejor mecanismo de análisis.

Según Hernández Flórez[3] la gobernanza tiene unas implicaciones más profundas en el papel de la ciudadanía en salud mientras la gobernabilidad es más institucional, por tanto, si tomamos estos conceptos como equivalentes se desactiva el constructo que tiene la gobernanza como formación de más Estado. En este sentido, el MAG permite analizar los componentes de la gobernanza del SGSSS identificando los niveles de responsabilidad de los actores con injerencia en las políticas de salud y distinguiendo entre la capacidad de gobernar (gobernabilidad) y los mecanismos de toma de decisiones y coordinación (gobernanza). El alcance de esta investigación no revela la naturaleza interrelacionada de las cinco dimensiones de gobernanza del modelo TAPIC (Transparencia, Rendición de Cuentas, Participación, Integridad, Capacidad)[47]. No obstante, el MAG permite analizar la interacción entre actores, normas y procesos en el sector salud.

En síntesis, el SGSSS demanda más espacios de gobernanza que sean vinculantes. No se busca suplir al gobierno sino fortalecer políticas de Estado para el sector salud, lo anterior define la necesidad de un marco de análisis sobre el sistema que no se focalice solo en la transparencia. Es decir, se propone un enfoque multidimensional que permita realizar una reforma que integre las demandas de todos los actores.

Limitación

El proceso de convocatoria presentó demoras debido a las múltiples ocupaciones de los participantes y, en algunos casos, a la necesidad de coordinar previamente con sus asesores; la aceptación de las entrevistas tomó entre uno y cuatro meses.

Conclusiones

Esta investigación es de gran trascendencia para la discusión política sobre la reforma al sistema de salud colombiano dado que se evidencian fallos en el proceso de gobernanza del SGSSS que inciden en la persistencia de inequidades en salud. La dirección y la toma de decisiones sobre el sistema de salud en Colombia ha limitado la participación multifactorial afectando la legitimidad de las decisiones y la inteligencia colectiva del sistema puesto que la calidad de las decisiones mejora cuando existe intercambio entre nodos diversos. Siendo el SGSSS un sistema complejo se requiere de la participación amplia para gestionarlo.

La rectoría del SGSSS se ha debilitado, lo cual ha estado relacionado con la operación del modelo mixto entre el mercado y el Estado, incidiendo en los servicios, el financiamiento y la garantía del derecho fundamental a la salud por lo que la gobernanza del sistema de salud se constituye en uno de los mayores desafíos de la política pública en Colombia. La pérdida de rectoría representa un problema de gobernanza dada la incapacidad para coordinar redes integradas, gestionar información, regular la solvencia del sistema y supervisar la calidad del servicio. Este vacío en las capacidades del Estado requiere de marcos analíticos que se enfoquen en el estudio del problema desde una mirada multidimensional, este sentido, los marcos analíticos que faciliten una evaluación integral contribuyen a diseñar reformas al SGSSS y políticas públicas pertinentes.

Por otra parte, la falta de transparencia en el sistema de salud genera asimetrías de información por lo que facilitar la participación e incidencia de los ciudadanos en la toma de decisiones mediante el acceso a la información permite mayor incidencia en la dirección del SGSSS y su reforma, ya sea a través de la veeduría sobre los recursos o participando en los escenarios de discusión y concertación que se establezcan.

Finalmente, se reconoce la necesidad urgente de reconstruir capacidades estatales, fortalecer la gobernanza territorial, recuperar la autoridad sanitaria y reestablecer mecanismos de participación amplia para avanzar hacia un sistema de salud orientado a la garantía plena del derecho fundamental a la salud.

Conflicto de interés: Declaramos no tener conflictos de intereses financieros ni personales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de este artículo.

Financiamiento: Esta investigación no recibió ningún tipo de subvención por parte de parte de organizaciones públicas, comerciales o sin fines de lucro.

Contribución de los autores: DOR-C: Conceptualización; Curación de Datos; Análisis Formal; Investigación; Administración del Proyecto; Redacción-Preparación del Borrador Original. ICP-Z: Metodología; Recursos; Validación; Visualización. PA-F: Supervisión; Redacción-Revisión y Edición.

Referencias

1. **Mandl Stangl J.** Gobernanza de políticas públicas saludables en los ámbitos locales: una propuesta para el debate. *Cuadernos del CENDES.* 2017;34(96):65-86. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40354944003
2. **Rodríguez C, Lamothe L, Barten F, Haggerty J.** Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Rev Salud Pública.* 2010;12(1s):151-159. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33507
3. **Hernández Flórez LJ.** La gobernanza en la salud: un término arrebatado a la ciudadanía. La Silla Vacía. 2024. Consulta: julio 10, 2025. Disponible en: http://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-de-ciencia-e-innovacion/la-gobernanza-en-la-salud-un-termino-arrebatado-a-la-ciudadania/
4. **Lopez-Zambrano JY, Liccioni EJ.** Principios de la nueva gobernanza en la administración pública. Una oportunidad para la transparencia en el sector salud.: Unidad de estudio: Hospital del IESS de Manta. 593. *Digital Publisher CEIT.* 2023;8(3-1):36-51. https://doi.org/10.33386/593dp.2023.3-1.1844

5. **Báscolo E.** Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev Salud Pública.* 2010;12(1s):8-27. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33450
6. **Repullo JR, Freire JM.** Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22:118-25. https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76083-7
7. **Hufty M, Báscolo E, Bazzani R.** Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cadernos de Saúde Pública.* 2006;(22):35-45. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001300013
8. **Hufty M.** Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Rev Salud Publica*. 2010;12(1s):39-61. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33453
9. **Naranjo Giraldo G, Lopera Morales JE, Granada Vahos J.** Las políticas públicas territoriales como redes de política pública y gobernanza local: la experiencia de diseño y formulación de las políticas públicas sobre desplazamiento forzado en el departamento de Antioquia y la ciudad de Medellín. *Estudios Políticos.* 2009;(35):81-105. https://doi.org/10.17533/udea.espo.5157
10. **Rojas Rojas BG, Sánchez Dávila K.** Gobernabilidad local en épocas de pandemia en la región San Martin. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar.* 2021;5(4): 6211-6247. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i4.768
11. **Minoletti A, Sepulveda R, Gómez M, Toro O, Irarrazabal M, Díaz R, Hernández V, Chacón S.** Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;(42). Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131
12. **Cabral-Bejarano MS, Nigenda G, Arredondo A, Conill E.** Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(7):2229-2238. https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09242018
13. **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. *Salud Pública México.* 2021;63(5):672-681. https://doi.org/10.21149/12956
14. **Arenas-Monreal L, Jasso-Victoria R, Villanueva-Borbolla MA, Bonilla P.** Experiencias de promoción de la salud y gobernanza en el ámbito local de México: retos y limitaciones. *Global Health Promotion.* 2012;19(1):83-89. https://doi.org/10.1177/1757975911429869
15. **Silva Morocho, MA.** Comités ciudadanos locales de salud: incidencia en el proceso de participación ciudadana del Cantón Palora, 2018 – 2021. [Especialización en Gestión y Gobernanza Territorial] Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales-IAEN, Universidad de posgrado del Estado; 2022. http://repositorio.iaen.edu.ec/handle/24000/6040
16. **Molina Guzmán A.** Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos Revista de Ciencias Sociales*. 2019;(63):185-205. https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070
17. **Flores W, Gomez-Sánchez I.** La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. *Salud Pública.* 2010;12(1s):138-150. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33506
18. **Chanturidze T, Obermann K.** Governance in Health – The Need for Exchange and Evidence Comment on «Governance, Government, and the Search for New Provider Models». *Int J Health Policy Manag.* 2016;5(8):507-510. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.60
19. **Osei Afriyie D, Hooley B, Mhalu G, Tediosi F, Mtenga SM.** Governance factors that affect the implementation of health financing reforms in Tanzania: an exploratory study of stakeholders' perspectives. *BMJ Glob Health.* 2021;6(8):e005964. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005964

20. **World Health Organization.** Health systems governance for universal health coverage action plan: Department of health systems governance and financing. [Internet] 2014 [cited 2025 Jun 22]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01

21. **Congreso de Colombia.** Ley Estatutaria 1751: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Consulta: junio 22, 2025. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733

22. **Castro R.** En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo En: I. Szasz y S. Lerner. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: COLMEX; 1996. p. 57-85.

23. **Guba E, Lincoln Y.** Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: C. Denman y J. Haro, (comps). Por los rincones Antología de métodos cualitativos en la investigación social. México: Colegio de Sonora; 2002. p. 113-145.

24. **Vives Varela T, Hamui Sutton L.** La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación En Educación Médica*. 2021;10(40):97-104. https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367

25. **Stake R.** Investigación con estudios de Caso. 6.a ed. Madrid: Ediciones Morata; 2020.

26. **Tamayo G.** Diseños muestrales en la investigación. *Semestre Económico*. 2000;4(7). https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410

27. **da Silva Barreto M, Simon BS, Marquete VF, de Souza RR, Girardon-Perlini NMO, Marcon SS.** Proceso de muestreo teórico en investigación de Teoría Fundamenta vertiente. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210212. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0212

28. **Gibbs G.** El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2012.

29. **Álvarez Sousa A.** El constructivismo estructuralista: La teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu. *Rev Esp Investigaciones Sociológicas*. 1996;(75):145-72. https://doi.org/10.2307/40184032

30. **Castillo E, Vásquez M.** El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 2003;34(3):164-7. https://doi.org/10.25100/cm.v34i.3.269

31. **Strauss A, Corbin J.** Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1.a ed. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2002

32. **Flick U.** Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2018.

33. **García PD.** El método comparativo constante y sus potencialidades para el estudio de políticas educativas para la escuela secundaria en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Estudios Comparados en Educación*. 2019;10(15):27-43. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7075519

34. **Gutiérrez Builes FA.** Ruta para la atención de la persona con accidente cerebrovascular en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Colombia, bajo el enfoque de Atención en Salud Basada en el Valor (ASBV) [Tesis Doctorado en Salud Pública] Medellín. Universidad CES; 2025. https://hdl.handle.net/10946/9576

35. **Posada Zapata IC, Carmona Parra JA.** Cuando el dolor se vuelve político. [Tesis Doctorado en Ciencias Sociales] Manizales: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud, Universidad de Manizales; 2022. https://ridum.umanizales.edu.co/handle/20.500.12746/6269

36. **Osorno Navarro MM.** Significados de las violencias sexuales ejercidas por paramilitares y su relación con las formas de afrontamiento y procesos de construcción de paz en las mujeres víctimas expuestas al conflicto armado interno en San Onofre, Sucre (1990-2005) [Tesis Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud] Medellín: Observatorio de la Salud Pública. Universidad CES; 2024. https://hdl.handle.net/10946/8454

37. **Rangel-Carrero DO, Posada-Zapata IC, Agudelo-Flórez P.** Archivos de entrevistas, diagramas y codificación de tesis Gobernanza del SGSSS. *Mendeley Data, V1*. 2025. https://doi.org/10.17632/rcjnv2w3m9.1

38. **Lopez-Mallama OM, Zapata Loboa YA, Banguero Mejía KY, Andrade Díaz KV, Salazar Villegas B.** Análisis de la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2022 – 2026: una Mirada desde el Plan Decenal de Salud Publica. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar.* 2024;8(1):1650-1664. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9560

39. **Báscolo E, Debrott Sánchez D, Houghton N, Vance C.** Regulación y desempeño de los sistemas de salud: una revisión de los marcos de análisis. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2024;48. https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.42

40. **Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S, Wendt C.** The changing role of the state in healthcare systems. *Eur Rev*. 2005;13(S1):187-212. https://doi.org/10.1017/S1062798705000256

41. **Vian T, Bicknell WJ.** Good governance and budget reform in Lesotho Public Hospitals: performance, root causes and reality. *Health Policy Plan.* 2014;9(6):673-84. https://doi.org/10.1093/heapol/czs121

42. **Cleary SM, Molyneux S, Gilson L.** Resources, attitudes and culture: an understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(320). https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-320

43. **Pyone T, Smith H, Van den Broek N.** Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(5):710-22. https://doi.org/10.1093/heapol/czx007

44. **Abimbola S, Olanipekun T, Schaaf M, Negin J, Jan S, Martiniuk A.** Where there is no policy: governing the posting and transfer of primary health care workers in Nigeria. *Int J Health Plann Manage*. 2016;32(4):492-508. https://doi.org/10.1002/hpm.2356

45. **Brinkerhoff D, Bossert T.** Health governance: principal–agent linkages and health system strengthening. *Health Policy Plan.* 2013;29(6):685-93. https://doi.org/10.1093/heapol/czs132

46. **Siddiqi S, Masud T, Nishtar S, Peters D, Sabri B, Bile K, et al.** Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy*. 2009;90(1):13-25. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005

47. **Greer S, Wismar M, Figueras J.** Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance. [Internet] 2016 [cited 2026 Jan 16]. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf#page=42