

# **La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores**

**Jairo Humberto Restrepo-Zea  
y Olga Lucía Zapata-Cortés**

### **Jairo Humberto Restrepo-Zea**

Economista de la Universidad de Antioquia (Colombia) y magíster en Gobierno y Asuntos Públicos de FLACSO, México. Profesor titular y coordinador del Grupo de Economía de la Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Fue vicerrector de Investigación, director del Centro de Investigaciones Económicas y jefe del Departamento de Economía en la misma universidad. En el ámbito internacional, fue asesor temporario de OPS/OMS y consultor del BID. Su trabajo académico se concentra en la economía de la salud, con dedicación en la docencia de pregrado y posgrado, la coordinación del Grupo de Economía de la Salud (GES), la Presidencia de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES) y de la Asociación de Economía de la Salud de Latinoamérica y el Caribe (AES - LAC). En su obra se destaca el libro "Introducción a la economía de la salud en Colombia" y el "Observatorio de la Seguridad Social", del cual se han publicado 40 números en los últimos 20 años. Entre las investigaciones realizadas en los últimos años se encuentran estudios sobre financiación, integridad y transparencia de los sistemas de salud, en particular del sistema colombiano en el entorno latinoamericano.

### **Olga Lucía Zapata-Cortés**

Candidata al doctorado en Estudios Urbanos y Territoriales por la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Ciencia Política, y economista de la Universidad de Antioquia (Colombia). Es especialista en métodos y técnicas de investigación social de CLACSO y FLACSO, Brasil. Profesora asociada de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia. Tiene más de diez años de experiencia como investigadora. Participó en los Grupos de Economía de la Salud (GES) e Instituciones y Transparencia (GIT), así como en diferentes investigaciones y consultorías nacionales e internacionales. Asimismo, publicó capítulos de libros y artículos en diversas revistas nacionales y extranjeras con perspectiva interdisciplinaria. También participó como ponente en congresos y otros eventos académicos. Sus intereses académicos se centran en las políticas públicas, las relaciones intergubernamentales, la gobernanza territorial y la planeación del desarrollo regional.

Las comunicaciones con los autores pueden dirigirse a:

E-mails: [jairo.restrepo@udea.edu.co](mailto:jairo.restrepo@udea.edu.co)

[lucia.zapata@udea.edu.co](mailto:lucia.zapata@udea.edu.co)

## La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores\*

*Aunque la gobernanza en salud puede traer beneficios, como un mayor gasto público, el control de la corrupción, mayores niveles de participación y una mejor rectoría, no existe una noción unificada del término ni de los procesos asociados. El objetivo de esta investigación es conocer la mirada de los actores sobre la gobernanza del sistema de salud colombiano. Para eso, se realiza un estudio cualitativo basado en la aplicación de una encuesta con preguntas estructuradas y abiertas a 141 líderes del sistema de salud, bajo un muestreo no probabilístico por conveniencia. Del análisis resulta que el conocimiento del término gobernanza es bajo. La gobernanza es calificada en un nivel bajo (2,5/5,0) al igual que sus funciones clave (2,6), siendo la participación ciudadana, la transparencia y la rendición de cuentas las que fueron peor calificadas. Además, falta conocimiento de la Instancia de Coordinación y Asesoría y de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, y el aporte de ambas a los objetivos del sistema se consideran bajos. La mayoría de los participantes señaló la corrupción como principal problema del sistema (72%), además de la articulación de actores (41%) y el desfinanciamiento (30%). Entre las fortalezas y oportunidades se destacan el marco regulatorio y la Ley Estatutaria de Salud. Se concluye que, a pesar de los logros, el sistema de salud tiene dificultades y situaciones por resolver, como la corrupción, dando cuenta de la débil gobernanza. Es notoria la falta de instancias o espacios apropiados y eficaces para la discusión, la coordinación y la toma de decisiones, de cara al propósito de garantizar el derecho a la salud.*

**Palabras clave:** Gobernanza; Sistema de Salud; Administración de la Salud; Servicios de Salud; Participación Ciudadana; Cooperación; Encuestas; Colombia

### The Governance of the Colombian Health System from the Stakeholders' Perspective

*Although health governance can bring benefits, such as higher public spending, control of corruption, higher levels of participation and better management, there is no unified notion of the term or the associated*

Recibido: 11-09-2021 y 26-07-2022 (segunda versión). Aceptado: 27-07-2022.

(\* Este artículo deriva de la investigación "Gobernanza en salud en Colombia", realizada entre agosto de 2020 y febrero de 2021 como parte de la agenda del Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Un avance de la investigación fue presentado en Documento de Trabajo del GES, con la discusión del seminario sobre Gobernanza en salud que se realizó en la Universidad de Antioquia del 14 al 16 de diciembre de 2020. Los autores agradecen la colaboración de Yessica Valencia y de los demás integrantes del GES, así como el apoyo de la Junta Directiva de la EPS Sura, y de Ernesto Báscolo y Tatiana Andia por sus valiosos comentarios en el marco del seminario de diciembre de 2020.

processes. The aim of this research is to understand the actors' perspective on the governance of the Colombian health system. To this end, a qualitative study is carried out, based on the application of a survey with structured and open questions to 141 leaders of the health system, under a non-probabilistic convenience sampling. The analysis shows a low knowledge of the term governance. Governance is rated at a low level (2.5/5.0), as are its key functions (2.6); with citizen participation, transparency and accountability being the worst rated. In addition, there knowledge of the Coordination and Advisory Body and the Intersectoral Commission on Public Health is lacking, and the contribution of both to the system's objectives is considered low. Most of the participants pointed out corruption as the main problem of the system (72%), in addition to the articulation of actors (41%) and lack of financing (30%). Among the strengths and opportunities, the regulatory framework and the Statutory Health Law stand out. It is concluded that, despite the achievements, the health system has difficulties and situations to be solve, such as corruption, showing weak governance. The lack of appropriate and effective bodies or spaces for discussion, coordination and decision-making is notorious, in order to guarantee the right to health.

**Key words:** Governance; Health System; Health Administration; Health Services; Citizen Participation; Cooperation; Surveys; Colombia

## Introducción

Un sistema de salud está conformado por el conjunto de instituciones, organizaciones y recursos destinados a realizar acciones para un propósito fundamental: mejorar la salud de la población (OMS, 2010). En el sistema confluyen diversos actores -de naturaleza estatal, social o privada- con intereses y visiones diferentes, lo que enmarca tensiones o conflictos que deben ser resueltos para facilitar el cumplimiento del propósito fundamental.

En este contexto de complejidad, la gobernanza es una forma de gobernar con la participación de distintos actores junto con la coordinación y la negociación como claves para la toma de decisiones, lo que trae beneficios para alcanzar el bien común (Alva, Kleinau, Pomeroy y Rowan, 2009; Hufty, 2010; Gostin, 2014; Lewis, 2006). Sin embargo, el término es muy empleado y toma fuerza en el discurso político, pero no existe una noción clara y unificada del mismo (Camou, 2019; Porras, 2016; Rodríguez, Lamothe, Barten y Haggerty, 2010).

La gobernanza es un fenómeno político y un enfoque analítico. Como *fenómeno* se trata de una forma de gobernar, y como *enfoque* refiere a un objeto de estudio "con pretensiones de científicidad" (Vásquez, 2010: 246). Desde ambas perspectivas, el mayor reto

es lograr una identidad conceptual propia, pues suele asociarse o confundirse con términos como gobernabilidad, buen gobierno, institucionalidad, legitimidad o rectoría.

Inicialmente el término de gobernanza se acuñó para identificar la incapacidad de gobernar, pronto se asoció con nuevas formas de gobernar, y actualmente está enfocado a formas de relacionamiento entre gobierno y sociedad (Chanturidze y Obermann, 2016; World Bank, 1992). Sin embargo, existe una multiplicidad de definiciones que dificulta la discusión y el consenso alrededor de posibles reformas al sistema de salud, pues no se aborda el tema de gobernanza o se hace como un mero formalismo, sin concretar cambios o ajustes.

En este estudio se acoge la definición de Cerrillo (2005: 29): “Una forma de gobernar basada en la participación y la coordinación de múltiples actores y en la articulación multinivel en el proceso de toma de decisiones e implementación de políticas públicas que buscan el bienestar colectivo”. Siguiendo esta definición, las palabras clave que se encuentran asociadas a la gobernanza, y que en conjunto son una expresión de ella o constituyen características suyas, son: participación, coordinación-articulación, deliberación-negociación, transparencia, rectoría, trabajo en red y objetivos colectivos (Fernández, 2019). Estas características sirven para diferenciar la gobernanza de las formas tradicionales de gobierno que están centradas en el ejercicio del poder por agentes estatales (Vásquez, 2010) (ver Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Del gobierno a la gobernanza: características principales**

<b>Criterios de comparación</b>	<b>Gobierno tradicional</b>	<b>Gobernanza</b>
Asignación de competencias	Competencias residuales para los municipios	Subsidiariedad para los niveles superiores
Problemas de políticas públicas	Baja complejidad	Alta complejidad
Principios de actuación	Jerarquía y autoridad	Coordinación, negociación
Mecanismos de actuación pública	Prestación de servicios públicos. Coercibilidad	Estrategias de gestión
Roles del Estado	Proveer, mandar, controlar	Liderar, conducir, habilitar, facilitar, colaborar, coordinar

**Tabla 1 (continuación)**  
**Del gobierno a la gobernanza: características principales**

Crterios de comparación	Gobierno tradicional	Gobernanza
Toma de decisiones	Procedimientos administrativos Decisiones unilaterales	Deliberación Decisiones multilaterales
Carácter de las funciones de los municipios	Operativas, residuales	Decisivas, políticas, autónomas, principales
Producción de políticas	Sectorial (especialización)	Multisectorial Transversal
Forma de democracia predominante	Representativa	Participativa
Forma de administración	Centralización	Descentralización
Concepción de poder	Dominación y subordinación	Consensual, coordinación
Ventajas	Legalidad El Estado encarna el interés público Seguridad jurídica Representatividad Responsabilidad definida Racionalidad	Flexibilidad y adaptabilidad Innovación Participación e inclusión Pluralidad Más recursos y actores Tratamiento de la complejidad
Desventajas	Inflexibilidad Ineficacia Exclusión Unilateralidad Unidimensionalidad	Incertidumbre Responsabilidad indefinida o difusa Mayor complejidad Problemas de transparencia Problemas de representatividad

Fuente: Vásquez (2010: 247-249).

Entre los beneficios en salud de las características asociadas a la gobernanza se tienen: i) incremento del gasto en salud, debido a una mejor gestión de lo público y al esfuerzo de gobiernos territoriales en el financiamiento y la asignación eficiente de recursos (Gostin, 2014, Lewis, 2006); ii) prevención de riesgos de corrupción, pues múltiples actores participan en la toma de decisiones, vigilan y controlan los recursos públicos, exigiendo transparencia y rendición de cuentas (Lewis, 2006; Sosa, 2011); iii) mayores logros de los objetivos colectivos, como consecuencia de mejores políticas públicas basadas en investigación y datos confiables, abiertos y accesibles a todos los actores; iv) mayores niveles de participación ciudadana y

de grupos de interés, lo que se traduce en mayor corresponsabilidad en la implementación de las políticas públicas y empoderamiento ciudadano de derechos y deberes; y v) mejor rectoría del sistema de salud, caracterizada por ser clara, competente y estratégica, capaz de coordinar y articular a todos los actores hacia el logro de los fines y objetivos colectivos, así como de encaminar las responsabilidades y competencias de cada uno en mejores procesos de toma de decisiones (Alva, Kleinau, Pomeroy y Rowan, 2009). En resumen, la gobernanza potencia la formulación de políticas exitosas (Bretas y Shimizu, 2017).

En contraste, la falta de gobernanza “tiene un impacto perjudicial en los resultados de salud y en la calidad de los servicios. Se destacan altos gastos de bolsillo, erosión de la confianza en el sistema y reducción de la utilización del servicio” (Naher ...[et al], 2020: 1). De ahí que la gobernanza es un desafío actual y un factor crítico para el adecuado funcionamiento de los sistemas de salud, teniendo claro que los actores privados no reemplazan al Estado. La gobernanza debe verse como una manera de comprender, prevenir y abordar la corrupción en los sistemas de salud.

Aunque existe una amplia difusión de la gobernanza, se ha avanzado poco en su medición y en su estudio en los sistemas de salud. Una de las propuestas de medición más referenciadas es la de Kaufmann, Kraay y Mastruzzi (2006 y 2010), conocida como Indicadores Mundiales de Gobernanza (WGI, por su sigla en inglés), constituida por seis dimensiones: rendición de cuentas, estabilidad política y ausencia de violencia/terrorismo, efectividad del gobierno, calidad regulatoria, Estado de derecho, y control de la corrupción. Con más de 200 indicadores, cuenta con comparaciones entre países desde 1996.

En cuanto a los estudios sobre gobernanza de los sistemas de salud, recientemente la OCDE (2020) identificó algunas problemáticas para América Latina relacionadas con la calidad de la atención como parte de la cobertura universal y la adecuada asignación de los recursos. Señaló como uno de los principales desafíos la fragmentación de las estructuras de gobernanza relacionadas con la dirección y gestión de recursos, la duplicación de funciones y los costos de financiamiento.

En el contexto latinoamericano se cuenta con estudios para varios países. En México se evidenció que los mecanismos de articulación y coordinación multinivel introducidos con la descentralización fueron asertivos y favorecieron la conducción de políticas, aunque es

necesario mejorar la coordinación entre ciudadanía, dependencias gubernamentales y organismos civiles, y superar falencias en la rendición de cuentas, la transparencia en la asignación de recursos y la democratización de la salud (Arredondo y Orozco, 2014; Díaz, Arredondo, Pelcastre y Hufty, 2017). En Chile se ha destacado a la ciudadanía como actor clave en la construcción y cooperación del sistema de salud, aunque se cuestiona la existencia de un modelo de gobernanza y se recomienda incluir a la ciudadanía en la toma de decisiones (Gutiérrez y Torres, 2019). En el caso peruano se recomienda “fortalecer las capacidades gerenciales de las instituciones públicas, generando mayor eficiencia y un mejor desempeño en la atención a la ciudadanía” (Ugarte, 2019: 303).

Una mención especial merece el estudio de Hufty, Báscolo y Bazzani (2006), quienes propusieron cinco categorías (problemas, actores, puntos nodales, normas y procesos) para construir un marco analítico de la gobernanza (MAG) para el estudio de políticas y sistemas de salud en el contexto latinoamericano. En este marco analítico, los problemas son los asuntos y situaciones por atender o resolver que están en juego; los actores son individuos o grupos cuya acción colectiva conduce a la formulación de normas (reglas de juego); las interacciones se pueden observar en puntos nodales, espacios en donde convergen problemas, procesos, actores y normas; y los procesos son sucesiones de estados por los cuales pasan las interrelaciones entre actores, normas y puntos nodales. Luego de aplicar este marco analítico en dos estudios, los autores concluyeron sobre su potencial para comprender mejor los procesos de formulación e implementación de políticas sociales y adquirir un marco propio de gobernanza, reconociendo sus elementos constitutivos y observables.

En contraste, De Ortúzar (2014: 65) propuso “desenmascarar el concepto de gobernanza a través de un análisis filosófico (histórico-conceptual) y de un estudio normativo sobre sus implicancias”. El modelo de gobernanza profundiza las asimetrías que se generan al “traspasar el poder de decisión sobre la resolución de conflictos a las corporaciones más poderosas. Asimismo, se transfiere la responsabilidad de las decisiones políticas (tomadas por unos pocos) a toda la sociedad civil (incluyendo a los excluidos), diluyendo la misma responsabilidad social”. Así, el concepto de gobernanza resulta inaplicable en contextos como el analizado aquí y “no constituye un modelo participativo y equitativo de toma de decisiones compartidas, sino una nueva forma de privatizar el poder político y social”



**La gobernanza en salud ha sido poco estudiada en Colombia, aunque se cuenta con una extensa producción bibliográfica sobre temas que hacen parte de sus características o de las condiciones para su buen logro.**

(De Ortúzar, 2014: 83). De esta manera, se requiere un modelo de salud más equitativo y participativo para la región, enfocado a las necesidades psicosociales y que fomente la corresponsabilidad social.

La gobernanza en salud ha sido poco estudiada en Colombia, aunque se cuenta con una extensa producción bibliográfica sobre temas que hacen parte de sus características o de las condiciones para su buen logro. Es el caso de los temas asociados al acceso (Defensoría del Pueblo, 2019; Jiménez, 2009; Restrepo, Silva, Andrade y Dover, 2014), la sostenibilidad financiera (GES, 2017a y 2017b), la corrupción (ACEMI, 2018; GES, 2018; PNUD, 2013), fallos en la vigilancia, el control y el seguimiento, lo que ha derivado en desfalcos como malas prácticas de recobros, el exceso en los precios de medicamentos (Fragozo, 2019; Torres, 2020), y la poca participación ciudadana en la toma de decisiones (Delgado y Vázquez, 2006).

Un estudio analizó la toma de decisiones en salud pública en Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto (Roth y Molina, 2013), partiendo de la premisa de que la rectoría es un condicionante o condición de la gobernanza. Entre los hallazgos se destaca: i) débil capacidad rectora de las autoridades en todos los niveles gubernamentales, lo que genera una gobernanza inefectiva; ii) interferencia de los partidos políticos y de intereses particulares en el sistema de salud; iii) excesiva e incoherente regulación; iv) desconocimiento de las necesidades locales, desarticulación y desconfianza de los actores; y v) problemas asociados al talento humano (alta rotación, problemas éticos y falta de idoneidad).

Teniendo en cuenta este panorama, este trabajo centra su interés en conocer la mirada de los diferentes actores del sistema de salud colombiano sobre la gobernanza, a partir de una encuesta dirigida a sus líderes.

### **Metodología**

Para entender el nivel de conocimiento y la opinión de los actores sobre aspectos relativos a la gobernanza, se realizó una encuesta con preguntas estructuradas y abiertas. La encuesta se dirigió a personas que por su trayectoria o posición ejercen responsabilidades o liderazgo frente al desempeño del sistema de salud y cuyas opiniones reflejan el sentir de estamentos, gremios o sectores, contribuyendo a formar la opinión de sus representados y de la ciudadanía. Luego de una prueba piloto, el cuestionario estuvo disponible en la plataforma LimeSurvey entre el 16 de octubre y el 13 de noviembre de 2020.

La encuesta contó con veintiséis preguntas estructuradas en cinco módulos o secciones: i) Conocimiento sobre el tema de gobernanza, ii) Percepción sobre el funcionamiento del sistema de salud, iii) Contingencia por la COVID-19, iv) Desafíos y oportunidades del sistema de salud, y v) Caracterización sociodemográfica de los participantes.

El muestreo para el estudio fue no probabilístico por conveniencia (Albert...[et al], 2009). Aunque esta modalidad no es muy reconocida, la encuesta se considera cualitativa ya que, además de basarse en preguntas estructuradas, posee preguntas abiertas y fue planteada teniendo en cuenta la diversidad de respuesta, no la caracterización de la población (Jansen, 2013).

Para acercarse a la población de interés, los líderes del sistema, se realizó un mapeo de actores y se identificaron los directores ejecutivos o presidentes de juntas y consejos de organizaciones reconocidas en el país. Luego del contacto vía correo electrónico o llamada telefónica se amplió la lista de invitados a participar con algunos referidos. En total fueron convocados 344 líderes.

El aplicativo tuvo 238 visitas y 141 respuestas completas, todas anónimas como fue establecido en la invitación a participar. Los participantes pertenecen a los siguientes sectores: academia y asociaciones científicas (31), sector público (21), instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS (18), organizaciones de pacientes y comunitarias (15), gremios de profesionales (15), empresas promotoras de salud o aseguradoras, EPS (13), industria (7), medios de comunicación (6), Organizaciones no Gubernamentales, ONG (5), organismos internacionales (4), y otros o sin respuesta (6).

### ***Características de los participantes***

El 62,9% de los participantes son hombres y el 37,1% son mujeres. Están concentrados en Bogotá (53,9%), Medellín (15,6%) y Cali (7,1%). Las edades oscilan entre 45 y 65 años, con un promedio de 52. En cuanto a formación académica, predominan las personas con posgrado (87,9%), seguidos de profesionales (10,7%).

Un aspecto clave sobre la participación de líderes corresponde al cargo que desempeñan: 44% ocupa cargos directivos (gerentes, presidentes, vicepresidentes, entre otros); 38,3% cargos profesionales de asesoría y coordinación; y 17,7% está dedicado a docencia o investigación. En cuanto a las áreas de conocimiento

de los participantes predominan las ciencias de la salud (68,1%, principalmente medicina y en menor medida enfermería), seguidas de las ciencias sociales (28,4%, entre las que se destacan economía y derecho), y en una baja proporción ingeniería (2,8%).

## **Resultados**

### ***Conocimiento sobre la gobernanza***

Los participantes se ubicaron en un nivel medio-alto (3,6 sobre 5) de conocimiento del término *gobernanza*. De manera discriminada, el 46,1% consideró que posee un nivel de conocimiento alto, el 39,7% lo calificó como medio, el 9,9% en un nivel muy alto y el 4,3% indicó un nivel bajo o muy bajo. Además, manifestaron que los principales medios por los cuales obtuvieron su conocimiento sobre gobernanza fueron los eventos académicos (96,4%), las publicaciones (95,7%) y los eventos gremiales (89,2%).

Se resalta que la calificación sobre el conocimiento que se dice tener de la gobernanza presentó algunas diferencias por tipo de actor. Quienes forman parte de las IPS y de organismos internacionales declararon un mayor conocimiento, con 3,83 y 3,75 respectivamente; mientras quienes forman parte de las ONG y organizaciones comunitarias y de pacientes apuntaron valores más bajos, 3,4 en ambos casos.

Seguidamente se pusieron en consideración cuatro definiciones tomadas de la literatura sobre gobernanza, gobernabilidad, institucionalidad y legitimidad, sin hacer mención al término correspondiente, y se pidió seleccionar la que más se ajustara a la noción propia de gobernanza. Aunque el acierto sobre la definición de gobernanza fue la mayor (42,6% de los participantes), también fueron escogidas las otras definiciones para aludir a ella: gobernabilidad (26,2%), institucionalidad (25,5%) y legitimidad (5,7%). Se aprecia así una brecha entre el conocimiento declarado y el conocimiento real del tema.

La disparidad entre el conocimiento declarado y el que se pudo verificar se mantuvo al consultar por los tres términos que más se relacionan con la *gobernanza*, entre un total de doce términos (ver Tabla 2). A la luz de la literatura los términos más relacionados son *participación, negociación, coordinación, decisiones e integridad*, pero exceptuando *participación* -con una importante acogida entre quienes seleccionaron la definición apropiada de gobernanza, así como entre quienes asociaron el término con gobernabilidad- el resto

estuvo ausente de las cinco expresiones con mayor frecuencia de respuesta. Con menor intensidad aparece el término coordinación entre quienes apuntaron a la definición de gobernanza, gobernabilidad e institucionalidad.

**Tabla 2**  
**Matriz de definiciones y términos asociados a la gobernanza**

Término asociado a la definición	Definición	Términos con los que se relaciona la gobernanza
Gobernanza (42,6%)	Una forma de gobernar basada en la participación y la coordinación de múltiples actores en el proceso de toma de decisiones e implementación de políticas públicas.	Participación (53,3%)
		Políticas públicas (51,7%)
		Institucionalidad (40%)
		Buen gobierno (36,7%)
		Coordinación (30%)
Gobernabilidad (26,2%)	Un equilibrio dinámico entre las demandas articuladas por los actores sociales y la capacidad del gobierno para responderlas de manera colectivamente aceptada (legítima) y eficaz.	Institucionalidad (51,4%)
		Participación (51,4%)
		Políticas públicas (40,5%)
		Gobernabilidad (35,1%)
		Buen gobierno (32,4%)
Institucionalidad (25,5%)	La forma como se organiza la sociedad para regular las relaciones entre los diferentes actores y abordar sus problemáticas por medio de leyes, compromisos y valores preestablecidos.	Institucionalidad (66,7%)
		Buen gobierno (36,1%)
		Gobernabilidad (36,1%)
		Coordinación (30,6%)
		Participación (30,6%)
Legitimidad (5,7%)	La forma en que el gobierno tiene o no en cuenta los intereses comunes, consensos o participación, por medio de su aparato institucional y la norma para resolver problemas.	Buen gobierno (50%)
		Gobernabilidad (50%)
		Institucionalidad (50%)
		Políticas públicas (37,5%)
		Decisiones (25%)

Nota: Los porcentajes corresponden a la proporción de participantes en la encuesta que escogieron un término. En el caso de las definiciones, solamente podía escogerse una, y en el de los términos con que se relaciona la gobernanza podía escogerse un máximo de tres.  
Fuente: elaboración GES con base en Encuesta de Gobernanza en Salud.

Los actores tienen una percepción pesimista sobre la gobernanza en el sistema de salud, lo que se refleja en la calificación asignada de 2,3 en una escala de 1 a 5.

Los participantes perciben que no funcionan bien aspectos como: participación, transparencia y rendición de cuentas, coordinación y articulación de actores.

### **Valoración sobre la gobernanza y otros aspectos del sistema de salud**

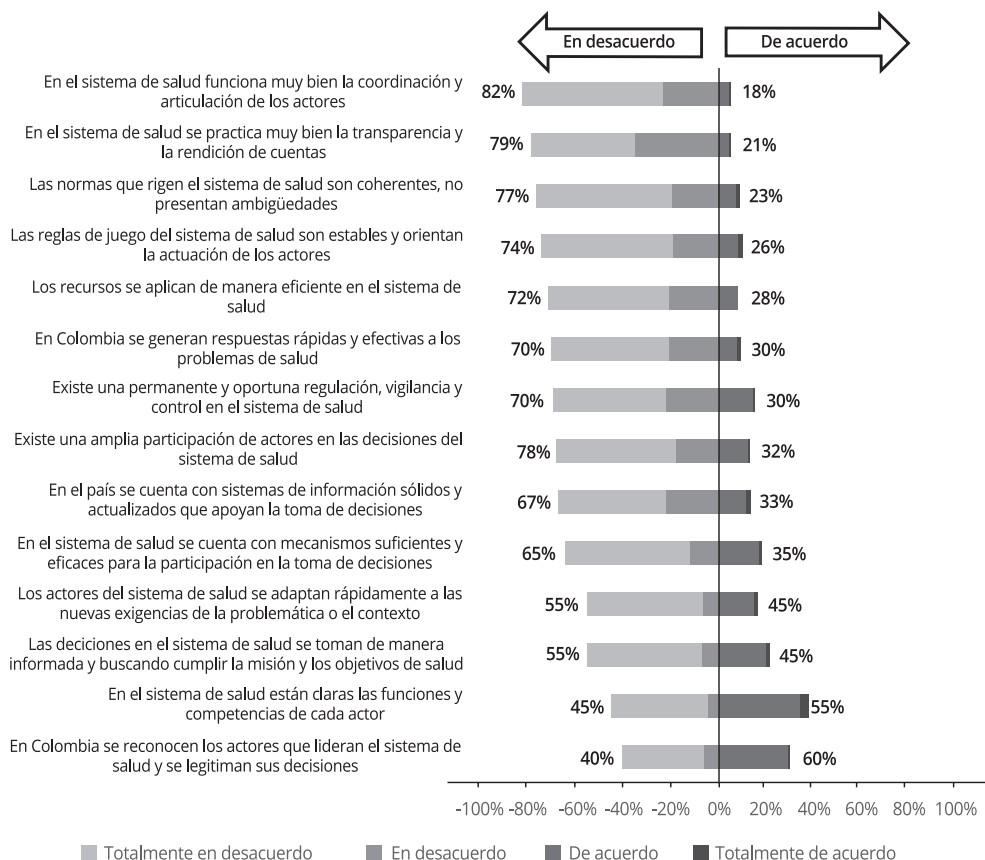
Los actores tienen una percepción pesimista sobre la gobernanza en el sistema de salud, lo que se refleja en la calificación asignada de 2,3 en una escala de 1 a 5. Al considerar el nivel declarado de conocimiento sobre gobernanza y su valoración en el sistema de salud, según el tipo de actor, se observaron dos escenarios: i) quienes declaran un conocimiento bajo tienen una visión más pesimista sobre la gobernanza (como la academia y quienes pertenecen a gremios de profesionales y medios de comunicación), y ii) quienes declaran un conocimiento medio-alto tienen una visión más optimista (como los participantes de EPS, sector público, organismos internacionales e IPS).

Los líderes también calificaron el desempeño de algunas funciones del sistema asociadas a la gobernanza con 2,6. La que obtuvo la mejor calificación corresponde a *Formular normas y marcos regulatorios (reglas de juego)*, con 3,4, siendo la única que superó el umbral de 3. Respecto a las funciones con peor desempeño, ambas con una calificación de 2,4, fueron: *Fomentar la participación ciudadana en la gestión y el control de las políticas del sistema*, y *Observancia de la transparencia y la rendición de cuentas*, precisamente las asociadas directamente a la definición de gobernanza.

En esto también se aprecian las diferencias de opinión entre actores del sistema, ya que las EPS y el sector público presentan las valoraciones más positivas -en algunos casos con valores cercanos a 4-, mientras que organismos internacionales y de gremios de profesionales son los más pesimistas -con los valores más bajos, algunos inferiores a 2.

Adicionalmente se pidió a los participantes que manifestaran qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encontraban respecto a un conjunto de afirmaciones sobre el sistema de salud que se mapean en la Figura 1. Se observa, nuevamente, un escenario pesimista en todas las afirmaciones y se destaca que los actores perciben que no funcionan bien aspectos como: participación, transparencia y rendición de cuentas, coordinación y articulación de actores.

**Figura 1**  
**Posición de los actores con respecto a varias afirmaciones**  
**sobre el sistema de salud**



Nota: Al lado izquierdo de la gráfica se presenta el porcentaje de respuestas relativas al desacuerdo, y a la derecha las del acuerdo; la diferencia sobre el 100% corresponde a las respuestas neutras ("Ni de acuerdo ni en desacuerdo"), que no están en la gráfica.

Fuente: GES, con base en Encuesta de Gobernanza en Salud.

También se pidió a los participantes valorar la gobernanza mediante tres expresiones, frases o palabras clave que a su juicio representarían los temas o situaciones fundamentales en el sistema de salud (ver Tabla 3). Se observa la asociación que se hace de la gobernanza con la *Participación ciudadana*, refiriendo a la necesidad de una "mínima participación de los intereses de los usuarios" y la participación de "todos los actores involucrados en el sistema", pero también se reclama una "regulación de la participación de los

diferentes actores”. Esto último, en reconocimiento del poder que han concentrado algunos actores como las EPS, o la prevalencia de intereses económicos sobre los objetivos de la política de salud.

**Tabla 3**  
**Expresiones asociadas a la gobernanza en el sistema de salud colombiano**

Características teóricas	Características empíricas	
	<i>Deseables</i>	<i>Desafíos</i>
Rectoría clara, legítima y estratégica, con capacidades y habilidades para la coordinación y la innovación pública	Rectoría del Estado. Rectoría central y regional coordinada. Incorporación de nuevas tecnologías sanitarias. Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva.	Ministerio de Salud sin rectoría. No existe organismo de dirección plural. Legitimidad en las decisiones del ente rector. La autoridad sanitaria no tiene mandato sobre los actores en los territorios para lograr la gobernanza requerida por la salud.
Participación de múltiples actores	Interacción entre actores estatales y no estatales. Participación de la sociedad civil.	Mínima participación de los intereses de los usuarios.
Cooperación y trabajo en red	Sano equilibrio de Estado y sociedad civil. Intersectorialidad.	Un buen sistema de pesos y contrapesos. Falta de confianza entre los actores.
Deliberación y negociación en la toma de decisiones	Relaciones y coordinación con quienes tienen a cargo las decisiones, consensos para desarrollar las políticas. Arreglos institucionales (formales e informales) que regulan la interacción de los agentes en el sector.	No existe un organismo de coordinación a nivel nacional, departamental y municipal que propicie el diálogo participativo y los consensos.
Coordinación y articulación de actores y de políticas públicas	Políticas públicas centralizadas y ejecución territorial. Equilibrio y equidad entre los actores. Una coordinación efectiva, con confianza entre los actores y roles claros.	Políticas públicas fallidas. Responsabilidad compartida frente a los objetivos. El actor dominante son las EPS con su eje central en lo económico.

**Tabla 3 (continuación)**  
**Expresiones asociadas a la gobernanza en el sistema de salud colombiano**

Características teóricas	Características empíricas	
	<i>Deseables</i>	<i>Desafíos</i>
Transparencia, integridad, acceso a la información y rendición de cuentas	Transparencia y participación en la toma de decisiones. Control, seguimiento y transparencia en el uso de recursos. Información para el ciudadano acerca de la calidad del sistema de salud y sus actores.	Necesidad de evidencia, con analítica de datos, sobre el impacto de las políticas. Captura de los grandes poderes sobre los reguladores. Control de todas las formas de corrupción.
Optimización y eficiencia en la aplicación de recursos	Obtener la mayor eficiencia con los recursos públicos. Decisiones costo-efectivas.	La salud es un negocio. Ineficiencia.
Propósitos y objetivos colectivos de calidad y que garanticen los derechos ciudadanos	Claridad en el concepto de salud. El bien común prima sobre el bien individual. Adaptaciones etnoculturales de la prestación de servicios. Respuesta a las demandas sociales. Disminución de la mortalidad por causas evitables. Tener políticas de largo plazo y construidas de forma participativa.	Cobertura del sistema de salud no es igual a calidad en los servicios de salud. Políticas públicas que apuntan a escribirse en favor de todos, pero que al final no aplican, sino que son letra muerta. Desconocimiento de la heterogeneidad del territorio.

Nota: Las expresiones son tomadas de las declaraciones de los participantes del estudio ante la pregunta abierta: ¿La gobernanza en el sistema de salud se expresa o refleja principalmente en qué aspectos?

Fuente: GES, con base en Encuesta de Gobernanza en Salud.

La participación de múltiples actores se conecta con la *Coordinación y Articulación* mediante la intersectorialidad, la sinergia y arreglos “institucionales (formales e informales) que regulan la interacción de los agentes en el sector”. Se destaca la poca conexión con los actores y entidades territoriales, así como la inexistencia de “un organismo de coordinación a nivel nacional, departamental y municipal que propicie el diálogo participativo y los consensos”. En contraste, las redes



colaborativas propias de la gobernanza no fueron mencionadas por los encuestados, a pesar de relacionar términos como cooperación, colaboración e interacción entre los actores.

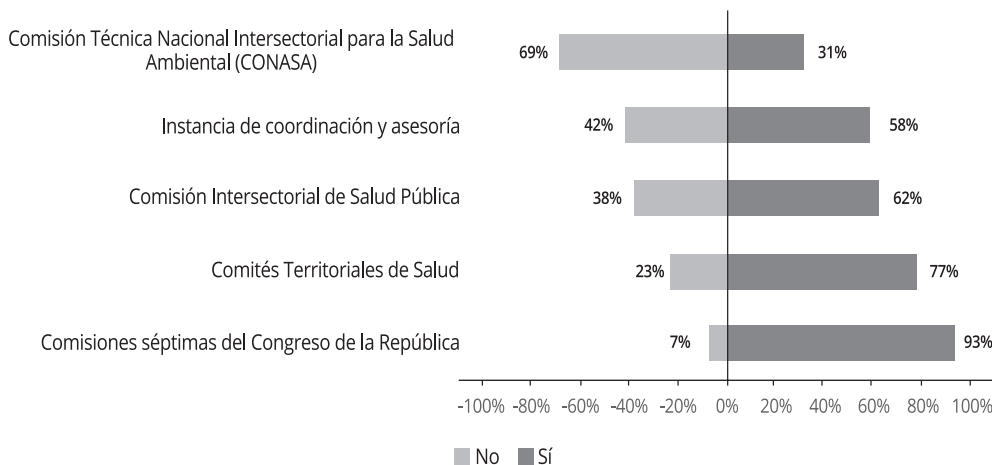
La *Rectoría* es vista como una competencia del Estado para el direccionamiento del sistema de salud y una necesidad para que la coordinación de actores funcione y haya reglas del juego claras. También se reconoce que la *Transparencia* y la *Rendición de cuentas* son fundamentales para lograr la gobernanza, de ahí que se denuncie la captura del sistema por algunos actores y se exija el “control de todas las formas de corrupción” y mayores niveles de información y participación de los ciudadanos.

Aunque con menos frecuencia, se resalta la necesidad de concebir la salud como un objetivo colectivo que, en palabras de uno de los participantes, se traduciría en: “un sistema de salud que privilegie el derecho a la salud, la prevención y la promoción, la atención integral de las personas en tanto seres humanos sin discriminación alguna, que parta de una comprensión amplia y holística, que gestione de forma transitoria, comunitaria e incluyente el bienestar físico, mental, social, ambiental y espiritual de nuestros compatriotas, sus familias y comunidades”.

### ***Reconocimiento y valoración de las instancias de participación y coordinación***

En la encuesta se preguntó a los participantes si conocían las instancias que se relacionan en la Figura 2 y se pidió que calificaran su aporte a la salud. Las instancias más conocidas son: las comisiones séptimas del Congreso de la República, en las cuales se abordan los temas de salud y seguridad social (92,9%); los comités territoriales de seguridad social en salud (77,3%); la Comisión Intersectorial de Salud Pública (61,7%); la Instancia de Coordinación y Asesoría (58,1%); y la Comisión Nacional de Salud Ambiental, CONASA (31,2%). Sorprende que en términos relativos la Instancia de Coordinación y Asesoría sea una de las menos conocidas, aunque de manera similar a la Comisión Intersectorial de Salud Pública, ambas cruciales para ejercer la participación y la coordinación. En sentido positivo, además del alto conocimiento de la instancia política en el Congreso, sobresalen los Comités Territoriales como instancias en donde se puede ejercer la participación y la coordinación a nivel local y departamental.

**Figura 2**  
**Conocimiento de instancias de participación y coordinación**



Fuente: GES, con base en Encuesta de Gobernanza en Salud.

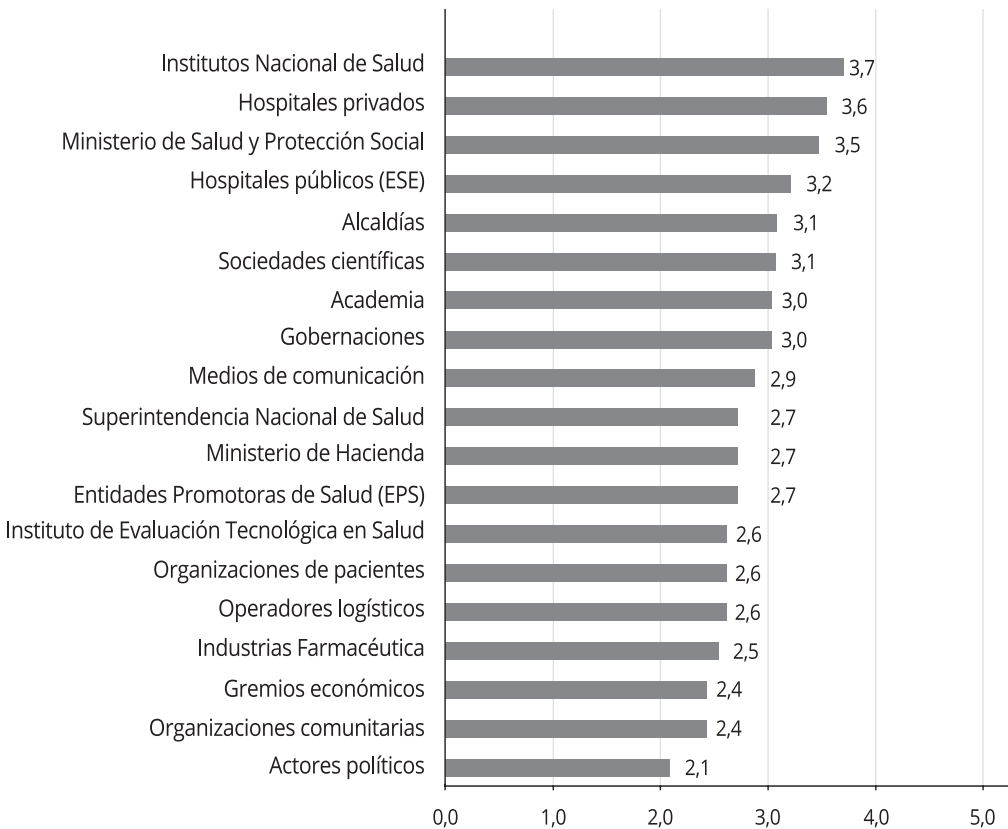
Respecto al aporte de estas instancias a los objetivos del sistema de salud, persiste el escenario pesimista. En este caso, la industria y los gremios de profesionales tienen una mejor valoración sobre su desempeño, mientras los medios de comunicación y las ONG son los actores que perciben un menor aporte. En el caso de la Instancia de Coordinación y Asesoría, entre las 82 personas que dijeron conocerla, la calificación promedio sobre sus aportes a los objetivos del sistema de salud fue de 2,5. La Comisión Intersectorial de Salud Pública obtuvo una calificación promedio de 2,4 entre las 87 personas que dijeron conocerla y los comités territoriales alcanzaron una calificación de 2,2 entre 109 personas.

También se permitió a los participantes señalar si conocían otras instancias de participación, pregunta que recibió un 31,2% de respuestas afirmativas. Aunque los participantes no indicaron nombres exactos de esas instancias, resaltaron la importancia de los consejos territoriales de seguridad social en salud (25%), los comités comunitarios y las veedurías ciudadanas (18,2%), las asociaciones de usuarios (18,2%), las organizaciones gremiales y la academia (cada una con 15,9%). En el caso de las organizaciones gremiales, se mencionaron nombres específicos como la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI).

### **Percepción sobre la contingencia de salud pública**

La encuesta indagó por la capacidad de gestión de diecinueve actores del sistema de salud para enfrentar la pandemia de la COVID-19. La calificación promedio fue 2,9. Dentro de los que recibieron más baja calificación se encuentran los actores políticos, antecedidos por los gremios económicos y las organizaciones comunitarias. La mayor valoración la obtuvieron el Instituto Nacional de Salud, los hospitales privados, el Ministerio de Salud y Protección Social, los hospitales públicos, las sociedades científicas, las alcaldías, la academia y las gobernaciones (ver Figura 3).

**Figura 3**  
**Calificación de los actores ante el manejo de situaciones contingentes como la COVID-19**



Fuente: GES, con base en Encuesta de Gobernanza en Salud.

**Sobre las capacidades del país para enfrentar una situación contingente como la pandemia, el aspecto que obtuvo una mejor calificación se refiere a la Gestión y divulgación de la información seguido de la Capacidad de adaptación del sistema.**

Además de lo anterior, se indagó sobre las capacidades del país en varios aspectos para enfrentar una situación contingente como la pandemia. En general, el aspecto que obtuvo una mejor calificación se refiere a la *Gestión y divulgación de la información* (3,3), seguido de la *Capacidad de adaptación del sistema* (3,2). Caso contrario ocurrió con las opciones *Coordinación entre gobiernos nacional y territoriales* (2,7), *Transparencia en contratación y rendición de cuentas* (2,4), y *Participación ciudadana* (2,4), que sin duda tienen relación directa con el término gobernanza.

### **Desafíos y oportunidades**

La encuesta abordó los desafíos y las oportunidades en términos de gobernanza para el sistema de salud de tres maneras. Primero, se pidió a los participantes seleccionar las tres problemáticas que consideraran como más urgentes de intervenir, de una lista de diez. El 72% señaló la corrupción como el principal problema, el 41% seleccionó las falencias en la articulación de actores e instituciones y el 30% eligió el desfinanciamiento. En este aspecto no se presentaron diferencias por actor.

Segundo, se indagó a los participantes sobre las propuestas plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 relativas a la gobernanza. Aunque algunas de las propuestas resultaron conocidas por una proporción importante de líderes, como la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud (60,3%), las menos conocidas se refieren a la construcción de una visión de largo plazo (31,2%) y a la rectoría y la gobernanza (40,4%).

Entre los participantes que manifestaron conocer las propuestas del Plan de Desarrollo, la calificación del nivel de ejecución de todas ellas apenas alcanza 2,5. La propuesta con la mayor calificación (*Definir prioridades e implementar intervenciones en salud pública*) estuvo incluso en el plano negativo, con una calificación de 2,8. La calificación también es relativamente homogénea entre cada tipo de actor. Al relacionar el nivel de conocimiento sobre las propuestas y el nivel de ejecución de las mismas, después de dos años de vigencia del plan de desarrollo, preocupa que no todos los agentes tengan pleno conocimiento sobre estas iniciativas que inciden directamente sobre su sector y que no estén participando activamente y asumiendo las responsabilidades que implica este constructo social.

Tercero, a partir de una pregunta abierta se pidió a los participantes que se manifestaran respecto a las fortalezas y los desafíos que presenta la gobernanza en el sistema de salud (ver Tabla 4). Dentro

de las fortalezas, la normativa es vista como uno de los elementos más desarrollados, lo que se traduce en un marco regulatorio amplio, suficiente y claro, que permite tener reglas del juego claras. Se hace referencia especial al derecho fundamental a la salud de la Ley Estatutaria de Salud. Asimismo, se asocia el soporte normativo con una institucionalidad que se ha fortalecido en los últimos años, que no solo es reconocida desde el Ministerio de Salud, sino desde el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

**Tabla 4**  
**Fortalezas y desafíos de la gobernanza en salud en Colombia**

Características teóricas	Características empíricas	
	<i>Fortalezas</i>	<i>Desafíos</i>
Rectoría	<p>Soporte normativo / reglamentación.</p> <p>La Ley Estatutaria de Salud y sus posibilidades de desarrollo.</p> <p>Estabilidad institucional / institucionalidad fuerte.</p> <p>La rectoría del Ministerio de Salud en el sistema.</p> <p>Una rectoría clara en manos del gobierno central.</p>	<p>Baja capacidad de implementación de las políticas públicas.</p> <p>Legislación con bajo nivel de consenso.</p>
Participación de múltiples actores	<p>Espacios de participación social creados en la normatividad.</p> <p>Sector académico participando de manera crítica.</p>	<p>Asimetría de los actores.</p> <p>La participación de los actores es muchas veces solo proforma y para validar las decisiones ya tomadas.</p>
Cooperación y trabajo en red	<p>Participación de grupos de interés.</p> <p>Definición de funciones y competencias de las entidades (algunos de los roles están claros).</p>	<p>No todos los agentes buscan el mismo fin.</p> <p>Intensa incidencia directa de gremios en las decisiones, es decir conflictos de intereses.</p> <p>Desconfianza y segmentación gremial.</p>

**Tabla 4 (continuación)**  
**Fortalezas y desafíos de la gobernanza en salud en Colombia**

Características teóricas	Características empíricas	
	Fortalezas	Desafíos
Deliberación y negociación en la toma de decisiones	Coparticipación de sociedades médicas en decisiones basadas en soporte académico.	Falta de instancias de diálogo y decisión sobre temas que involucran a todos. Poca participación en decisiones clave por parte de usuarios. Carencia de espacios de discusión y decisión. Concentración y manipulación de decisiones de alto impacto en personas sin tener en cuenta criterios técnicos y evidencia.
Coordinación y articulación de actores y de políticas públicas	Consejos territoriales de seguridad social. Organización entre los niveles territoriales y la nación, para actuar articuladamente.	Baja coordinación entre actores.
Transparencia, integridad, acceso a la información y rendición de cuentas	Sistema de información que se ha ido consolidando. Rendición de cuentas y control político.	Falta un sistema integrado de seguimiento y evaluación integrado. Falta de información al ciudadano. No hay transparencia y la rendición de cuentas dudosa. Corrupción y falta de transparencia.
Optimización y eficiencia en la aplicación de recursos	Tiene recursos. Es un sistema solidario que gestiona el riesgo financiero de los ciudadanos. Costo de bolsillo bajo.	Recursos financieros cooptados por actores privados. Dificultades en la trazabilidad de los recursos.
Propósitos y objetivos colectivos de calidad y que garanticen los derechos ciudadanos	Aumento de la cobertura en el aseguramiento. El sistema de salud ha buscado garantizar el derecho a la salud a todos los ciudadanos. Análisis de situación en salud basada en determinantes sociales. Plan de beneficios de salud.	Barreras de acceso.  No parte del concepto de salud como derecho fundamental.

Nota: Las expresiones son tomadas de las declaraciones de los participantes del estudio ante las preguntas abiertas: ¿Cuáles son las principales fortalezas (debilidades) que tiene el país en materia de gobernanza en salud?

Fuente: GES, con base en Encuesta de Gobernanza en Salud.

**Fortaleza: cobertura y el acceso universal a la salud, resaltándose lo positivo del plan de beneficios, el acceso a medicamentos y la atención de las enfermedades huérfanas y de alto costo. Algunos participantes refieren una fortaleza en la solidaridad del sistema y en el bajo costo de bolsillo para los ciudadanos.**

**Se percibe el exceso de normas como un obstáculo para el logro de la gobernanza, especialmente por su bajo consenso, las falencias en su implementación y vacíos jurídicos que son aprovechados para beneficio particular.**

**El centralismo del gobierno nacional es otra dificultad, la cual, junto con la desarticulación multinivel, resultan en la falta de asistencia técnica a los entes territoriales, la confusión de competencias, el desconocimiento de las capacidades de los entes descentralizados y la falta de planeación consensuada.**

Los participantes se pronunciaron respecto de la rectoría del Ministerio de Salud, de los espacios participativos y la capacidad de formulación de políticas que se potencia desde lo normativo. Se destacan los múltiples canales para exigir información y presentar propuestas que ofrece la normativa colombiana, en especial el mecanismo de tutela para garantizar los derechos relacionados con la salud.

Otra fortaleza es la cobertura y el acceso universal a la salud, resaltándose lo positivo del plan de beneficios, el acceso a medicamentos y la atención de las enfermedades huérfanas y de alto costo. Asociado a esto, algunos participantes refieren una fortaleza en la solidaridad del sistema y en el bajo costo de bolsillo para los ciudadanos.

En relación con la fundamentación de las decisiones y procedimientos, destacan que en el sistema de salud se toman decisiones informadas, sustentadas en la evidencia y soportadas en bases científicas. De igual manera, se reconocen los avances en los sistemas de información e indicadores en salud.

En menor proporción se resaltan otros avances como: i) la creación de mecanismos e instancias para la participación de los actores del sistema, como los consejos territoriales de seguridad social, así como otros espacios de participación de usuarios; ii) la definición de funciones y competencias de las entidades territoriales alrededor de la atención en salud, la rendición de cuentas, gestión de riesgos y control y vigilancia de las entidades del sistema y organismos de control.

En cuanto a los desafíos, aunque parezca contradictorio, algunos participantes señalaron el exceso de normas como un obstáculo para el logro de la gobernanza, especialmente por su bajo consenso, las falencias en su implementación y vacíos jurídicos que son aprovechados para beneficio particular. Relacionado con esto, se plantea el débil liderazgo del gobierno y la pérdida de rectoría como asuntos que requieren atención prioritaria.

El centralismo del gobierno nacional es otra dificultad, la cual, junto con la desarticulación multinivel, resultan en la falta de asistencia técnica a los entes territoriales, la confusión de competencias, el desconocimiento de las capacidades de los entes descentralizados y la falta de planeación consensuada. En resumen, se advierte un desequilibrio entre el diseño institucional del sistema de salud y el modelo de descentralización del país.

Otro desafío es la necesidad de incrementar la participación de todos los actores, especialmente de lograr una participación ciudadana efectiva y de las agremiaciones del personal de salud. Además de la falta de

**Resultan llamativos los diferentes imaginarios en torno a la forma de gobernar el sistema de salud, pues mientras algunos dan mayor importancia a la participación y a la coordinación intersectorial, propios de la gobernanza, otros se inclinan por priorizar la institucionalidad y el apego a las normas, y por lo tanto a una visión de gobierno tradicional.**

instancias de diálogo y decisión con representación de todos los actores del sistema y de un modelo descentralizado. También se denuncia la cooptación de algunas juntas directivas por intereses privados.

También se reconocen como dificultades la falta de recursos, las falencias en su trazabilidad, así como la intermediación y el alto riesgo de corrupción. Se menciona que los intereses económicos que mueven el sistema inciden en la baja calidad de los servicios de salud. Se requiere fortalecer la confianza entre los actores, equilibrando el poder de estos en la toma de decisiones y responsabilidades dentro del sistema de salud. Esto implica alcanzar la coordinación de todos los actores, controlar los conflictos de intereses, incrementar la comunicación, aumentar el acceso a la información, así como mayor transparencia y procesos de rendición de cuentas.

Finalmente, se insta a tener una mirada diferente del sistema de salud, que no priorice los intereses privados y que los servicios de salud estén orientados a la prevención y no a la atención de la enfermedad como ocurre actualmente. En otras palabras, que todos los actores del sistema entiendan que la salud es un derecho fundamental y que deben actuar en consecuencia.

## **Discusión y conclusiones**

La gobernanza es un término que suele emplearse indistintamente con varias definiciones y usos, pero lo más llamativo es que en el contexto planteado se confunde con otros términos como gobernabilidad, legitimidad e institucionalidad. Esta multiplicidad de significados y formas de entender la gobernanza puede dificultar el consenso sobre lo que ella representa y la forma de lograrla. Al igual que lo registrado en la literatura (Camou, 2019; Hufty, 2010; Porras, 2016; Rodríguez, Lamothe, Barten y Haggerty, 2010; Cabral, Nigenda, Arredondo y Conill, 2018), los participantes en este estudio dan cuenta que no hay una concepción unificada de la gobernanza, de modo que en muchos casos se entiende como otro término o se le otorga otro significado. Si bien el 42% de los participantes acogen la definición de gobernanza que domina en la literatura, el 58% alude a definiciones sobre gobernabilidad, institucionalidad, y en menor medida, legitimidad.

Esto revela no solamente una brecha de conocimiento. Resultan llamativos los diferentes imaginarios en torno a la forma de gobernar el sistema de salud, pues mientras algunos dan mayor importancia a la participación y a la coordinación intersectorial, propios de la gobernanza, otros se inclinan por priorizar la institucionalidad y el apego a las



normas, y por lo tanto a una visión de gobierno tradicional. Es preciso adelantar una pedagogía en torno a la noción y al modelo de gobernanza, además de propiciar una amplia discusión sobre la manera de organizarse en torno a dicho modelo para alcanzar los propósitos del sistema de salud. A la par de esto es urgente 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 (Jiménez, 2009).

A partir de la encuesta se puede reiterar el reconocimiento de los principales logros del sistema de salud, como son la cobertura, el plan de beneficios, los recursos financieros con que opera el sistema y el desarrollo normativo y regulatorio que se ha consolidado. Sin embargo, se reclaman mejoras en la capacidad de hacer cumplir la norma y en la regulación de los actores, especialmente quienes han alcanzado mayores cuotas de poder de negociación e incidencia, como el caso de las EPS según mencionaron los participantes.

Entre los desafíos que se identifican para mejorar la gobernanza en salud se ubica en primer lugar la corrupción, la cual constituye en sí misma una forma aproximada para medir la gobernanza. Además de buscar la erradicación de las prácticas de corrupción y opacidad, es necesario fortalecer los procesos de rendición de cuentas y la transparencia en la toma de decisiones. Como lo manifestaron los participantes, en la literatura se advierte sobre el arraigo de la corrupción, sus efectos en los sistemas de salud y en el logro de la gobernanza (Alva, Kleinau, Pomeroy y Rowan, 2009; Lewis, 2006; Naher ...[et al], 2020).

La valoración de la gobernanza en el sistema de salud se ubica en un nivel bajo (2,3/5), independientemente de la noción que se tenga sobre ella. Esta valoración negativa coincide con la calificación que se hace de sus funciones, siendo precisamente las relacionadas con la participación, la transparencia y la rendición de cuentas las que obtuvieron las calificaciones más bajas, las mismas que están en el corazón de la concepción de gobernanza. Eso sí, en las funciones se aprecian diferencias de opinión según el tipo de actor. Mientras quienes forman parte de EPS y del sector público resultan algo optimistas, el pesimismo predomina en gremios de profesionales, organizaciones comunitarias y de pacientes, y la academia. Esto reitera la importancia de generar espacios para el diálogo y la búsqueda de consensos.

Las bajas valoraciones de las características o precondiciones de la gobernanza son un denominador común en los sistemas de salud latinoamericanos, que van desde fallos en los diseños institucionales y jurídicos (Molina, 2019; Montes, 2014), pasando por la falta de

**La tensión no resuelta entre una visión de la salud centrada en el derecho y otra centrada en el desempeño financiero, es identificada como una de las problemáticas más preocupantes que se manifiesta en las deficiencias de atención a la población, la corrupción y el poder acumulado de las empresas promotoras de salud.**

participación ciudadana y los problemas de coordinación de actores (Arredondo y Orozco, 2014; Cabral, Nigenda, Arredondo y Conill, 2018), hasta problemas de vigilancia y control, de planificación y competencias (Díaz, Arredondo, Pelcastre y Hufty, 2017), y el exceso de protagonismo y condicionamiento de los actores políticos (Montes, 2014; Roth y Molina, 2013). Para mejorar la gobernanza también resulta crucial fortalecer el liderazgo del gobierno y la rectoría del sistema de salud.

La eficiencia y la optimización de recursos es otro de los asuntos urgentes a intervenir, así como su vigilancia y control. La OCDE (2020) remarcó, entre los desafíos para la gobernanza en América Latina, evitar la duplicación de funciones y costos del financiamiento de la salud. Así mismo, algunos autores reconocen que otro de los desafíos está relacionado con los riesgos de responsabilidades difusas de los diferentes actores (Jessop, 1999; Shapiro, 2001), lo que a su vez depende de una mejor rectoría del sistema de salud, capaz de coordinar y articular a todos los actores y encaminar las responsabilidades y competencias de cada uno en los procesos de toma de decisiones y cursos de acción que garanticen los derechos y el logro de los fines y objetivos colectivos.

La tensión no resuelta entre una visión de la salud centrada en el derecho y otra centrada en el desempeño financiero, es identificada como una de las problemáticas más preocupantes que se manifiesta en las deficiencias de atención a la población, la corrupción y el poder acumulado de las EPS, que para muchos ven la salud como negocio y no como derecho. Resulta preocupante que, a pesar de la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud y de los avances en cobertura, se vulneren los derechos de pacientes y usuarios, como lo indican por ejemplo los estudios de la Defensoría del Pueblo (2019). También se tiene una amplia documentación de casos de corrupción que minan los recursos del sistema de salud junto con los derechos de la población (GES, 2018). Al respecto, la literatura relaciona la gobernanza como una manera de garantizar el derecho a la salud de forma colectiva, eficiente, suficiente y de calidad (Bullivant, Burgess, Corbett y Godfrey, 2012), al tiempo que se configura como estrategia para la lucha contra la corrupción (Lewis, 2006; Lewis, 2019; Naher ...[et al], 2020).

Se destaca en los resultados del estudio la importancia de las instancias de discusión y toma de decisión, fundamentales para el logro de una buena gobernanza (Ríos, 2016). No obstante, si bien el 58,1% de los participantes conoce la Instancia de Coordinación y Asesoría,

es inferior en comparación al conocimiento de otras instancias, como los comités territoriales de seguridad social y salud y las comisiones séptimas del Congreso de la República. Lo más preocupante resulta ser el bajo aporte que, a juicio de los participantes, tiene esta instancia para el logro de los objetivos del sistema de salud.

Es preocupante también que, en la práctica, el sistema de salud adolezca de una instancia de toma de decisiones de alto nivel, complejidad y legitimidad. Esto se corresponde con la literatura, en donde se reconoce la necesidad de legitimidad de los actores, así como de los mecanismos e instancias en la toma de decisiones para el logro de la gobernanza (Cabral, Nigenda, Arredondo y Cornill, 2018; Sriram, Sheikh y Soucat, 2020). En el caso colombiano, se deben tomar medidas para la evaluación del funcionamiento de las instancias existentes, de tal manera que se puedan implementar correctivos para una mayor cualificación de estos espacios de toma de decisiones y articulación de los actores.

En cuanto a la percepción sobre la capacidad de respuesta y las medidas o acciones de política pública tomadas por varios actores durante la coyuntura por la COVID-19, los encuestados manifestaron que la gestión de la pandemia ha sido insuficiente. Los actores con la más baja calificación fueron los políticos, mientras que la mejor calificación la recibió el Instituto Nacional de Salud. Además, la función relativa a la Gestión y divulgación de la información fue la mejor calificada, mientras la Transparencia en contratación y rendición de cuentas y la Participación ciudadana, nuevamente las más cercanas a la noción de gobernanza, obtuvieron la menor calificación.

La pretensión de este trabajo fue la de abrir la discusión y reflexionar sobre la gobernanza en salud, partiendo de la premisa de que esta es un desafío que no depende solamente del Estado, sino que requiere el concurso de todos los actores. En este sentido, se llama la atención sobre la necesidad de reconocer las diferentes valoraciones que se tienen del sistema, desde las funciones a cargo del órgano rector, pasando por las competencias de los entes territoriales, hasta el rol y la concepción de los diferentes actores que confluyen en él. Se trata, pues, de poner en común estas valoraciones, falencias y desafíos para construir una visión y unos objetivos comunes para desarrollar las características de la gobernanza.

Se persigue poner en discusión estos elementos, de manera que los actores se sientan convocados alrededor de la gobernanza y los beneficios potenciales que ella trae para el sistema de salud, como por ejemplo el

diálogo multiactor para la negociación y la toma de decisiones mediante instancias decisorias legitimadas y reconocidas por su capacidad de convocatoria, y una rectoría fuerte que opere con amplia capacidad técnica, normativa y regulatoria, que no ceda a la cooptación de los intereses privados y defienda el derecho fundamental a la salud y a la atención con calidad y oportunidad de la población. Asimismo, tener presente que la gobernanza desincentiva la corrupción por medio de estrategias que promueven la transparencia, la integridad y la rendición de cuentas, al tiempo que promueve la eficiencia en el uso de los recursos.

Aunque los resultados presentados en este artículo recogen la opinión de 141 líderes del sistema, y en buena medida fueron validados por quienes participaron en un foro con actores de diciembre de 2020, pueden ser matizados o complementados para garantizar una buena representatividad del sistema. La encuesta prácticamente no contó con participación de líderes residenciados en la Costa Caribe y, en términos relativos, sus participantes se concentraron en Bogotá y Antioquia. Si se logra ampliar la participación a otras regiones del país, tal vez se visualicen algunas diferencias o se consoliden los resultados nacionales.

## Bibliografía

- ACEMI (2018), "Gestión de desperdicios e ineficiencias en el sistema de salud colombiano", Bogotá, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, [https://issuu.com/acemi/docs/gestion\\_desperdicios\\_v7](https://issuu.com/acemi/docs/gestion_desperdicios_v7).
- Albert, Bill; Tullis, Tom; y Tedesco, Donna (2009), *Beyond the Usability Lab: Conducting Large-Scale Online User Experience Studies*, Burlington, Morgan Kaufmann.
- Alva, Soumya; Kleinau, Eckhard; Pomeroy, Amanda; y Rowan, Kathy (2009), "Measuring the Impact of Health Systems Strengthening: a Review of the Literature", Washington, United States Agency for International Development.
- Arredondo-López, Armando y Orozco-Núñez, Emanuel (2014), "Indicadores de gobernanza y protección social en salud en América Latina: fortalezas, debilidades y lecciones desde México", en *Revista de Salud Pública*, Vol. 16 N° 3, mayo-junio, pp. 335-346.
- Bretas-Junior, Nilo y Shimizu, Helena (2017), "Theoretical Reflections on Governance in Health Regions", en *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 22 N° 4, pp. 1085-1095.
- Bullivant, John; Burgess, Robin; Corbett-Nolan, Andrew; y Godfrey, Kate (2012), *Good Governance Handbook*, London, The Good Governance Institute; Healthcare Quality Improvement Partnership.

- Cabral, María; Nigenda, Gustavo; Arredondo, Armando; y Conill, Eleonor (2018), "Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de políticas de atención primaria de salud en el Paraguay, 2008-2017", en *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 23 N° 7, pp. 2229-2238.
- Camou, Alberto (2019), "Gobernabilidad y democracia", México, Instituto Federal Electoral (Cuadernos de Divulgación de la Cultura Democrática; N° 6), <https://www.ine.mx/wp-content/uploads/2021/02/CDCD-06.pdf>.
- Cerrillo, Agustí (2005), *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*, Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública.
- Chanturidze, Tata y Obermann, Konrad (2016), "Governance in Health. The Need for Exchange and Evidence: Comment on 'Governance, Government, and the Search for New Provider Models'", en *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 5 N° 8, pp. 507-510.
- Defensoría del Pueblo de Colombia (2019), "Tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018", Bogotá, Defensoría del Pueblo de Colombia, <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>.
- Delgado, María y Vázquez, Luisa (2006), "Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales", en *Revista Salud Pública*, Vol. 8 N° 2, pp. 128-140, <https://scielosp.org/article/rsap/2006.v8n2/128-140/es>.
- De Ortúzar, María Graciela (2014), "'Gobernanza' y 'Gobernanza en salud': ¿una nueva forma de privatizar el poder político?", en *Oxímora: Revista Internacional de Ética y Política*, N° 5, pp. 63-86.
- Díaz Castro, Lina; Arredondo, Armando; Pelcastre, Blanca; y Hufty, Marc (2017), "Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave", en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 31 N° 4, julio-agosto, pp. 305-312, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>.
- Fernández, Sonia (2019), "Conceptos relevantes sobre gobernanza y rectoría en salud", en *Boletín CONAMED*, Vol. 4 N° 22, enero-febrero, pp. 32-38.
- Fragozo, Deisy (2019), "Análisis forense de dos de los fraudes más representativos del sector salud: el cartel de la hemofilia y el desfalco a través de los recobros", Bogotá, Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Ciencias Económicas. Tesis para obtener el título de Especialista en Control Interno, <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/32124/FragozosarmientoDeisyLiliana2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- GES (2017a), "Eficiencia en los sistemas de salud: marco internacional y perspectivas para Colombia", Medellín, Grupo de Economía de la Salud (Observatorio de la Seguridad Social; N° 17395).
- \_\_\_\_\_ (2017b), "Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: alternativas y lecciones para Colombia", Medellín, Grupo de Economía de la Salud (Observatorio de la Seguridad Social; N° 16170).
- \_\_\_\_\_ (2018), "En busca de una mayor integridad y transparencia en el sistema de salud colombiano", Medellín, Grupo de Economía de la Salud, <https://actuecolombia.net/images/docs/RecomendacionesPoliticaIntegridadTransparencia.pdf>.
- Gostin, Lawrence (2014), "Non-Communicable Diseases: Healthy Living Needs Global Governance", en *Nature*, Vol. 511 N° 7508, July, pp. 147-149.
- Gutiérrez, Paulo y Torres, Carolina (2019), "Planificación estratégica participativa en salud: desde la investigación acción a la gobernanza colectiva", en *Procesos y metodologías participativas: reflexiones y experiencias para la transformación social*, Pablo Paño, Romina Rébola y Mario Suárez (comps.), Montevideo, CLACSO; Universidad de la República, pp. 346-367.
- Hufty, Marc (2010), "Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico", en *Revista de Salud Pública*, Vol. 12 N° 1, pp. 39-61.
- Hufty, Marc; Báscolo, Ernesto; y Bazzani, Roberto (2006), "Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación", en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 22 Sup. S35-S45, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/03.pdf>.
- Jansen, Harrie (2013), "La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social", en *Paradigmas*, Vol. 5 N° 1, enero-junio, pp. 39-72.
- Jessop, B. (1999), "The Dynamics of Partnership and Governance Failure", en *The New Politics of Local Governance in Britain*, Gerry Stoker (ed.), Basingstoke, Macmillan, pp. 11-32.
- Jiménez Barbosa, Wilson Giovanni (2009), "El derecho a la salud: una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana", en *Revista EAN*, N° 67, septiembre-diciembre, pp. 107-120, [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-8160200900300008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-8160200900300008).
- Kaufmann, Daniel; Kraay, Aart; y Mastruzzi, Massimo (2006), "Measuring Governance Using Perceptions Data", en *Handbook of Economic Corruption*, Susan Rose Ackerman (ed.), Cheltenham, Edward Elgar.
- \_\_\_\_\_ (2010), "The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues", Washington, World Bank. Development Research Group. Macroeconomics and Growth Team (Policy Research Working Paper; N° 5430).

- Lewis, Maureen (2006), "Governance and Corruption in Public Health Care Systems", Washington, Center for Global Development (Working Paper; N° 78).
- \_\_\_\_\_ (2019), "We Need to Measure and Address Corruption and Poor Governance in Health Systems: Comment on We Need to Talk about Corruption in Health Systems", en *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 8 N° 10, pp. 616-619, [https://www.ijhpm.com/article\\_3654.html](https://www.ijhpm.com/article_3654.html).
- Molina, Adriano (2019), "Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador", en *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, N° 63, pp. 185-205.
- Montes, Marcelo (2014), "Transformaciones en la gobernanza de un Estado social centenario: estructura y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay", en *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Vol. 23 N° 1, pp. 143-165.
- Naher, Nahitun; Hoque, Roksana; Shaikh, Muhammad; Balabanova, Dina; Adams, Alayne; y Masud, Syed (2020), "The Influence of Corruption and Governance in the Delivery of Frontline Health Care Services in the Public Sector: a Scoping Review of Current and Future Prospects in Low and Middle-Income Countries of South and South-East Asia", en *BMC Public Health*, Vol. 20 N° 880, pp. 1-16.
- OCDE (2020), "Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020", París, OCDE, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/740f9640-es/index.html?itemId=/content/publication/740f9640-es>.
- OMS (2010), "Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal", Ginebra, OMS.
- PNUD (2013), "Riesgos de corrupción en el sector salud en Colombia: caracterización y análisis de los principales riesgos a partir del estudio de caso de Cartagena", Bogotá, PNUD.
- Porras, Francisco (2016), *Gobernanza: propuestas, límites y perspectivas*, México, Editorial Mora.
- Restrepo, Jairo Humberto; Silva, Constanza; Andrade, Federico; y Dover, Robert (2014), "Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 13 N° 27, pp. 242-265, <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>.
- Ríos Vanegas, Diana (2016), "Gobernanza: una revisión de la literatura", Medellín, Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Trabajo de Investigación para optar al título de Especialista en Salud Internacional, [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5555/1/RiosDiana\\_2016\\_GobernanzaRevisionLiteratura.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5555/1/RiosDiana_2016_GobernanzaRevisionLiteratura.pdf).
- Rodríguez, Charo; Lamothe, Lise; Barten, Françoise; y Haggerty, Jeannie (2010), "Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina", en *Revista de Salud Pública*, Vol. 12 Sup. 1, pp. 151-159.

- Roth-Deubel, André y Molina, Gloria (2013), "Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013", en *Revista de Salud Pública*, Vol. 15 N° 1, pp. 44-55.
- Shapiro, Martin (2001), "Un derecho administrativo sin límites: reflexiones sobre el gobierno y la gobernanza", en *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*, A. Cerrillo i Martínez (coord.), Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública, pp. 203-212.
- Sosa, José (2011), *Transparencia y rendición de cuentas: un ensayo introductorio en transparencia y rendición de cuentas*, México, Escuela de Administración Pública; Siglo XXI Editores.
- Sriram, Veena; Sheikh, Kabri; Soucat, Agnés; y Bigdeli, Maryam (2020), "Addressing Governance Challenges and Capacities in Ministries of Health", Geneva, World Health Organization.
- Torres, Mauricio (2012), "¿Y qué con el escándalo del desfalco de las finanzas públicas de la salud?", en *Semanario Virtual Caja de Herramientas*, N° 288, 26 de enero, <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0288/articulo06.html>.
- Ugarte, O. (2019), "Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú", en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 36 N° 2, pp. 296-303, <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.362.4495>.
- Vásquez, Ana Victoria (2010), "El enfoque de la gobernanza en el estudio de las transformaciones de las políticas públicas: limitaciones, retos y oportunidades", en *Estudios de Derecho*, Vol. 62 N° 149, pp. 243-260.
- World Bank (1992), *Governance and Development*, Washington, World Bank.