Opinión y Salud | Revista Científica

Vol. 1, Núm. 1 (2026)
ISSN: En trámite | Fundación FEYSA
https://opinionysalud.co

Gobernanza y crisis del sistema de salud colombiano: una revisión crítica

Alfredo Villadiego Lora

Fundación FEYSA — Grupos de Investigación en Economía de la Salud | ORCID: 0000-0002-8419-7431

DOI: En trámite **Publicado:** 2026-07-23 **Licencia:** CC BY-NC-SA 4.0 **Acceso:** Abierto (Open Access)

Implicaciones para Políticas Públicas y Práctica Sanitaria

La crisis del sector salud responde principalmente a fallas de gobernanza, debilidad de la rectoría estatal y falta de rendición de cuentas.

Gobernanza y crisis del sistema de salud colombiano: una revisión crítica

Alfredo Villadiego Lora

Resumen

Cuando se analiza la crisis del sistema de salud colombiano, es frecuente que el debate se concentre en la falta de recursos, los hechos de corrupción o las dificultades propias de su organización administrativa. No obstante, la literatura revisada muestra de manera que sus principales dificultades responden sobre todo a problemas de gobernanza. El objetivo del estudio fue analizar la literatura científica publicada entre 2019 y 2026 para identificar los factores estructurales que limitan el desempeño del sistema.

Se realizó una revisión de alcance (Scoping Review) con enfoque crítico-analítico, desarrollada conforme a la guía PRISMA-ScR, mediante la cual se analizaron 25 estudios publicados entre 2019 y 2026. Los hallazgos evidencian que pese a que Colombia destina alrededor del 8 % del PIB al sector salud y mantiene niveles de inversión comparables con los de otros países de la región persisten importantes deficiencias en el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema.

La síntesis temática de la evidencia permitió identificar cinco dimensiones de gobernanza que explican los principales desajustes del sistema: la debilidad de la rectoría estatal, el endeudamiento creciente del sistema, la brecha entre cobertura nominal y acceso efectivo, el incremento sostenido de la judicialización como mecanismo para garantizar prestaciones y la limitada capacidad del Estado para regular actores con posiciones dominantes.

Igualmente, se evidencian deficiencias persistentes en transparencia, rendición de cuentas y participación ciudadana así como vacíos de investigación relacionados con el análisis de poblaciones rurales y grupos étnicos. Se concluye que la sostenibilidad del sistema no depende exclusivamente de incrementar los recursos

disponibles sino de fortalecer la gobernanza mediante una rectoría pública efectiva, una regulación independiente, mecanismos robustos de transparencia y espacios de participación ciudadana que orienten las decisiones hacia la garantía efectiva del derecho a la salud.

Palabras clave: gobernanza en salud; sistema de salud colombiano; rectoría sanitaria; judicialización; participación ciudadana.

Abstract

The Colombian health system crisis is commonly attributed to insufficient funding, corruption, or administrative complexity. However, the evidence analyzed in this review indicates that its main challenges stem primarily from governance failures rather than resource scarcity. This study aimed to examine the scientific literature published between 2019 and 2026 to identify the structural factors limiting the performance of the Colombian health system.

A scoping review with a critical-analytical approach was conducted in accordance with the PRISMA-ScR guidelines, including 25 studies published between 2019 and 2026. The findings show that although Colombia allocates approximately 8% of its Gross Domestic Product (GDP) to the health sector and maintains investment levels comparable to those of other countries in the region, significant deficiencies persist in access, quality, and the overall sustainability of the health system.

The thematic synthesis of the evidence identified five governance dimensions that explain the main shortcomings of the Colombian health system: weak state stewardship, increasing financial indebtedness, the gap between nominal health coverage and effective access to services, the sustained growth of health-related litigation as a mechanism for securing healthcare benefits, and the State's limited capacity to regulate dominant private stakeholders.

The evidence also reveals persistent shortcomings in transparency, accountability, and citizen participation, as well as important research gaps concerning rural populations and ethnic communities. The review concludes that the sustainability of the Colombian health system depends not only on the availability of financial resources but, more importantly, on strengthening governance through effective public stewardship, independent regulation, robust transparency and accountability mechanisms, and meaningful citizen participation aimed at ensuring the effective realization of the right to health.

Keywords: health governance; Colombian health system; health stewardship; health litigation; citizen participation.

Introducción

Durante las últimas décadas la discusión sobre el desempeño de los sistemas de salud ha trascendido el análisis exclusivo de la disponibilidad de recursos financieros para incorporar factores relacionados con la forma en que se diseñan, implementan y supervisan las políticas públicas. En los últimos años, la gobernanza se ha convertido en un elemento clave para comprender por qué algunos sistemas de salud logran mejores resultados que otros, aun cuando disponen de niveles de inversión similares. Su importancia trasciende la actuación del gobierno, ya que involucra la manera en que las instituciones públicas, los prestadores de servicios, los actores privados, los organismos de control y la sociedad interactúan para tomar decisiones, definir responsabilidades y ejercer

mecanismos de regulación y supervisión. Desde esta perspectiva, la calidad del funcionamiento de un sistema de salud no depende únicamente de los recursos financieros disponibles, sino también de la capacidad institucional para administrarlos con transparencia, coordinar a los diferentes actores y garantizar de manera efectiva el derecho a la salud (Banco Mundial, 2017).

Las reformas sanitarias promovidas en América Latina durante la década de 1990 respondieron al propósito de ampliar la cobertura mediante modelos que combinaron la intervención estatal con mecanismos de mercado. En Colombia, este proceso se materializó con la expedición de la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo el modelo de pluralismo estructurado. La reforma reorganizó las funciones de aseguradores, prestadores de servicios, entidades territoriales y autoridades nacionales con el propósito de hacer compatibles los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia. Aunque los niveles de afiliación aumentaron de manera significativa hasta alcanzar una cobertura cercana a la universalidad, la nueva arquitectura institucional también dio origen a desafíos de coordinación y gestión que continúan siendo objeto de análisis en los ámbitos académico y político (Restrepo-Zea et al., 2022).

A más de treinta años de la entrada en vigor de la reforma, el sistema de salud colombiano refleja una realidad compleja. Los avances en materia de cobertura contrastan con problemas que persisten en la prestación de los servicios. Las demoras en la atención, las dificultades financieras que enfrentan hospitales y clínicas, el incremento de las acciones judiciales para acceder a servicios de salud y las marcadas diferencias entre territorios evidencian que la ampliación del aseguramiento no ha sido suficiente para garantizar un funcionamiento homogéneo del sistema ni el acceso oportuno y equitativo a la atención. Estas tensiones han llevado a que buena parte de la discusión pública se concentre en la suficiencia de los recursos económicos, el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el endeudamiento de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o los efectos de la corrupción sobre las finanzas del sistema.

Las dificultades que enfrenta el sistema de salud colombiano no pueden atribuirse únicamente a problemas financieros o administrativos. Diversos estudios publicados en los últimos años sostienen que estas situaciones reflejan deficiencias en la forma como se dirige, regula y coordina el sistema. En consecuencia, aspectos como la limitada capacidad para articular a los diferentes actores, ejercer control sobre las decisiones y asegurar procesos transparentes de regulación han cobrado especial relevancia para explicar la persistencia de la crisis (Granger et al., 2025; Mallama et al., 2026).

Este cambio también se observa en la evolución de la investigación académica. Mientras que durante varios años la atención estuvo concentrada en la suficiencia de los recursos económicos, las publicaciones más recientes han dirigido el análisis hacia las capacidades institucionales requeridas para conducir el sistema, fortalecer la rectoría estatal y mejorar la coordinación entre las entidades que participan en la prestación de los servicios. Desde esta perspectiva, el funcionamiento del sistema no depende exclusivamente de cuánto se invierte, sino de la manera en que se toman las decisiones, se supervisa su ejecución y se articulan las responsabilidades entre los distintos actores (Restrepo-Zea et al., 2022; Granger et al., 2025).

Bajo esta mirada, la gobernanza constituye un elemento indispensable para comprender los problemas que enfrenta el sistema de salud colombiano. Su alcance va más allá de la acción del Estado e involucra la capacidad de orientar intereses públicos y privados, promover escenarios de participación, ejercer una regulación efectiva y garantizar que las decisiones respondan al interés general. En ese marco, situaciones como el endeudamiento de las instituciones prestadoras, las barreras para acceder a los servicios, la fragmentación entre entidades, el aumento de las acciones de tutela y la concentración de funciones en determinados actores dejan de ser

problemas independientes y pasan a entenderse como manifestaciones de un mismo entramado institucional que condiciona el desempeño del sistema (Gutiérrez et al., 2023; Granger et al., 2025).

Aunque la gobernanza ha despertado un interés creciente entre los investigadores, la evidencia disponible todavía presenta vacíos importantes. Buena parte de los estudios aborda de manera separada temas como el financiamiento, la cobertura, la regulación de las EPS, la judicialización del derecho a la salud o la calidad de los servicios. Son menos frecuentes las investigaciones que analizan estos procesos de forma articulada para comprender cómo se relacionan entre sí. A ello se suma que la mayoría de los trabajos se desarrollan en escenarios urbanos, mientras que las realidades de las zonas rurales, indígenas y afrocolombianas continúan teniendo una representación limitada. Esta situación dificulta comprender con mayor amplitud las desigualdades territoriales y sociales que siguen caracterizando al sistema de salud colombiano.

Frente a este panorama, resulta necesario reunir y examinar de manera conjunta la evidencia científica disponible para identificar los factores que explican la crisis del sistema desde la perspectiva de la gobernanza. Un análisis integrador permite reconocer patrones comunes entre investigaciones desarrolladas con enfoques diferentes, establecer relaciones entre los distintos componentes institucionales y valorar críticamente las propuestas de reforma planteadas en los últimos años. Además, facilita identificar aspectos que aún no han sido suficientemente explorados y que pueden orientar futuras líneas de investigación y el diseño de políticas públicas sustentadas en evidencia.

Las características de la literatura disponible justifican el desarrollo de una revisión de alcance. Este tipo de revisión no busca estimar el efecto de una intervención específica, sino ofrecer un panorama amplio del conocimiento existente, identificar las principales tendencias de investigación y señalar los vacíos que aún persisten en un determinado campo de estudio (Arksey & O'Malley, 2005; Tricco et al., 2018).

Con base en este enfoque, el presente artículo analiza la producción científica publicada entre 2019 y 2026 con el propósito de identificar la evidencia que vincula las fallas de gobernanza con los principales desajustes del sistema de salud colombiano. A partir de una Scoping Review se examinan aspectos relacionados con la rectoría estatal, la regulación, la coordinación institucional, la transparencia, la participación ciudadana y la interacción entre los diferentes actores que integran el sistema. El análisis busca aportar elementos que amplíen la discusión sobre la sostenibilidad del modelo de salud colombiano, destacando que la garantía efectiva del derecho a la salud depende no solo de la disponibilidad de recursos, sino también de la forma en que se gobierna el sistema.

Metodología

Diseño del estudio

Este trabajo se desarrolló mediante una revisión de alcance (Scoping Review) con enfoque crítico-analítico, seleccionada por su utilidad para examinar un campo de investigación amplio y caracterizado por enfoques metodológicos diversos. Este tipo de revisión permite reunir, organizar y sintetizar la evidencia disponible, identificar las principales líneas de investigación y reconocer vacíos de conocimiento, sin limitarse a valorar la eficacia de una intervención específica o a calcular tamaños de efecto (Arksey & O'Malley, 2005).

La elección de este diseño obedeció a las características del objeto de estudio. La gobernanza del sistema de salud colombiano ha sido analizada desde disciplinas como la salud pública, la economía, el derecho, la administración, la ciencia política y la gestión pública, cada una con marcos conceptuales y estrategias

metodológicas diferentes. Esta diversidad dificulta la realización de una síntesis cuantitativa, pero ofrece condiciones favorables para una revisión de alcance, cuyo propósito consiste en integrar la evidencia existente e identificar las relaciones que se establecen entre los distintos componentes del fenómeno analizado.

La revisión se llevó a cabo siguiendo el marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley (2005), posteriormente ampliado por Levac et al. (2010) y actualizado por Peters et al. (2020). Asimismo, la presentación del proceso metodológico y de los resultados se ajustó a las recomendaciones de la guía PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), ampliamente utilizada para fortalecer la transparencia y la reproducibilidad de este tipo de estudios (Tricco et al., 2018).

El análisis no se limitó a describir la información reportada por los estudios seleccionados. También se examinaron las coincidencias y diferencias entre las investigaciones, las relaciones identificadas entre las distintas dimensiones de la gobernanza, las limitaciones metodológicas más frecuentes y aquellos aspectos que continúan siendo poco explorados. Esta aproximación permitió construir una visión integrada de la evidencia y comprender de qué manera los factores institucionales descritos en la literatura contribuyen a explicar los principales desajustes del sistema de salud colombiano.

La revisión consideró publicaciones aparecidas entre 2019 y 2026, periodo en el que aumentó la producción científica relacionada con la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las propuestas de reforma y el papel de la gobernanza en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

La búsqueda bibliográfica tuvo como objetivo localizar la mayor cantidad posible de estudios relacionados con la gobernanza del sistema de salud colombiano. Para lograr una visión amplia del tema se combinaron fuentes académicas con documentos institucionales, incorporando tanto artículos científicos como informes técnicos y publicaciones oficiales.

La revisión incluyó las bases de datos Scopus, Web of Science, PubMed y Google Scholar, seleccionadas por su cobertura en salud pública, políticas públicas, administración y ciencias sociales. Con el fin de incorporar la producción científica latinoamericana también se consultaron SciELO, Redalyc y LILACS, repositorios que reúnen un número importante de investigaciones sobre los sistemas de salud de la región.

La evidencia científica se complementó con literatura gris procedente de entidades públicas vinculadas con la formulación, regulación, administración y vigilancia del sistema de salud colombiano. Entre ellas se encuentran el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo. La inclusión de estos documentos permitió incorporar información técnica y normativa relevante para el análisis de la gobernanza.

Como apoyo al proceso de búsqueda también se utilizó la plataforma Elicit, una herramienta basada en inteligencia artificial que facilita la recuperación de literatura científica mediante búsquedas semánticas sobre bases de datos como Semantic Scholar y OpenAlex. Su uso permitió localizar publicaciones relacionadas conceptualmente con el tema de estudio, incluso cuando no compartían exactamente los mismos términos de búsqueda, reduciendo así el riesgo de excluir investigaciones potencialmente pertinentes.

La estrategia combinó descriptores normalizados de los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) con términos libres en español e inglés. Los conceptos se

organizaron alrededor de tres ejes principales: el sistema de salud colombiano, la gobernanza y los componentes institucionales vinculados con su funcionamiento. Entre los términos empleados se incluyeron expresiones como Sistema General de Seguridad Social en Salud, gobernanza, gobernabilidad, rectoría sanitaria, regulación, captura regulatoria, judicialización, acceso a los servicios de salud, pluralismo estructurado y Entidades Promotoras de Salud (EPS), junto con sus equivalentes en inglés. La combinación de estos términos mediante los operadores booleanos AND y OR se adaptó a las características de cada base de datos para mejorar la sensibilidad y la precisión de la búsqueda.

Se incluyeron publicaciones aparecidas entre 2019 y 2026, por tratarse del periodo en el que se concentra la mayor parte de la producción reciente sobre gobernanza del sistema de salud colombiano y coincidir con una etapa de intenso debate sobre su sostenibilidad financiera, institucional y regulatoria. No obstante, cuando fue necesario contextualizar el origen del modelo o fundamentar conceptos esenciales, se incorporaron trabajos considerados de referencia, especialmente aquellos relacionados con la Ley 100 de 1993 y los desarrollos teóricos sobre gobernanza en salud.

Criterios de elegibilidad

Los estudios incluidos en la revisión fueron seleccionados a partir de criterios definidos antes del inicio de la búsqueda, con el propósito de asegurar la pertinencia y la coherencia de la evidencia analizada. La selección respondió a la pregunta de investigación y al objetivo del estudio, priorizando aquellas publicaciones que abordaran la gobernanza como un elemento central para explicar el funcionamiento y los principales desafíos del sistema de salud colombiano.

Se incluyeron investigaciones empíricas con enfoques cuantitativos, cualitativos o mixtos, revisiones de literatura, análisis de políticas públicas, estudios documentales e informes técnicos que abordaran la rectoría estatal, la regulación del sistema, la coordinación institucional, la transparencia, la rendición de cuentas, la participación ciudadana o cualquier otra dimensión vinculada con la gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De manera complementaria, la revisión incorporó estudios que aportaran evidencia sobre las categorías analíticas definidas durante el proceso de síntesis, especialmente aquellas relacionadas con la capacidad institucional del Estado, la sostenibilidad financiera, el acceso efectivo a los servicios de salud, la judicialización del derecho a la salud y los mecanismos de regulación de los actores que integran el sistema.

La revisión contempló publicaciones en español, inglés y portugués, siempre que analizaran el sistema de salud colombiano o incluyeran a Colombia como uno de los casos de estudio en investigaciones de carácter comparativo. Este criterio permitió incorporar evidencia producida tanto en el ámbito nacional como internacional, ampliando la comprensión de los desafíos de gobernanza identificados en el contexto colombiano. La inclusión de literatura gris respondió a la necesidad de incorporar evidencia producida por organismos públicos que aun cuando no siempre se publica en revistas científicas, constituye una fuente relevante para comprender la evolución institucional del sistema y sustentar el análisis de políticas públicas.

Por el contrario, se excluyeron los estudios centrados exclusivamente en aspectos clínicos, epidemiológicos o en la evaluación de tecnologías sanitarias que no abordaran explícitamente elementos relacionados con la gobernanza del sistema. Igualmente, se descartaron editoriales, columnas de opinión, documentos carentes de respaldo metodológico y publicaciones cuyo objeto de estudio correspondiera a otros países sin establecer vínculos analíticos con la realidad colombiana. Finalmente, se excluyeron los documentos publicados antes de

2019 salvo aquellos considerados fundamentales para contextualizar el desarrollo histórico del sistema de salud o los principales referentes conceptuales sobre gobernanza utilizados en la investigación.

Proceso de selección de los estudios

La selección de los estudios se realizó siguiendo las orientaciones metodológicas propuestas para las revisiones de alcance y las recomendaciones de la guía PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). Este procedimiento permitió garantizar que las publicaciones finalmente incorporadas respondieran de manera consistente a la pregunta de investigación y al objetivo planteado.

El proceso comenzó con la consolidación de todos los registros recuperados en las bases de datos y en las fuentes de literatura gris consultadas. Posteriormente se eliminaron los documentos duplicados y aquellos cuya temática no guardaba relación con la gobernanza del sistema de salud colombiano, obteniéndose así un conjunto inicial de publicaciones para la fase de revisión.

Con la base documental depurada se efectuó la evaluación de títulos y resúmenes para establecer la pertinencia de cada estudio frente a los criterios de elegibilidad definidos previamente. En esta etapa quedaron excluidas las investigaciones centradas exclusivamente en aspectos clínicos, epidemiológicos o administrativos que no abordaban elementos relacionados con la gobernanza.

Los documentos considerados potencialmente relevantes fueron revisados posteriormente en texto completo. Esta lectura permitió confirmar el cumplimiento de los criterios de inclusión y establecer si cada publicación aportaba evidencia suficiente para responder al objetivo de la revisión. Durante esta fase también se verificó la correspondencia entre el contenido de los estudios, la pregunta de investigación y las dimensiones de gobernanza objeto de análisis.

Una vez concluido este proceso se conformó el corpus documental definitivo utilizado para la síntesis de la evidencia. La secuencia de identificación, depuración, evaluación e inclusión de los estudios se resume en el diagrama de flujo PRISMA-ScR, el cual facilita la comprensión del procedimiento seguido y favorece la transparencia del estudio (Page et al., 2021; Tricco et al., 2018).

Extracción y organización de la información

La información proveniente de los estudios seleccionados se organizó mediante una matriz de extracción elaborada para esta investigación. Este instrumento permitió registrar de forma uniforme los datos obtenidos de publicaciones con características metodológicas diferentes y facilitó su comparación durante la etapa de análisis.

Para cada documento se registró información relacionada con la autoría, el año de publicación, la fuente documental, el país de procedencia, el tipo de estudio y el diseño metodológico. Asimismo, se consignaron los objetivos de cada investigación, las aproximaciones conceptuales empleadas para abordar la gobernanza en salud, los actores institucionales analizados y los principales resultados reportados por los autores.

La extracción se orientó principalmente hacia los hallazgos relacionados con las dimensiones de gobernanza identificadas en la literatura. En consecuencia, se recopilaron datos sobre rectoría estatal, regulación del sistema, sostenibilidad financiera, acceso efectivo a los servicios de salud, judicialización del derecho a la salud, participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas, así como otras categorías que surgieron de manera reiterada durante la revisión.

Además de los resultados principales, se registraron las limitaciones metodológicas señaladas por los propios autores, los vacíos de conocimiento identificados y las recomendaciones planteadas para fortalecer la gobernanza del sistema de salud colombiano. Esta información resultó útil para reconocer tendencias comunes entre las investigaciones y establecer aquellos aspectos que continúan requiriendo mayor desarrollo científico.

El uso de una matriz de extracción favoreció la organización sistemática de la información, redujo posibles inconsistencias durante el proceso de síntesis y facilitó la trazabilidad de los hallazgos provenientes de cada estudio, de acuerdo con las recomendaciones metodológicas formuladas para las revisiones de alcance (Levac et al., 2010; Peters et al., 2020).

Síntesis y análisis de la evidencia

La información recopilada se examinó mediante una síntesis temática de carácter narrativo, estrategia ampliamente utilizada en las revisiones de alcance cuando se integran estudios con metodologías y enfoques disciplinares diversos (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2020). Este procedimiento hizo posible construir una interpretación conjunta de la evidencia disponible, superando la simple descripción individual de cada publicación.

El análisis comenzó con una lectura detallada de todos los estudios incluidos. Posteriormente, los hallazgos fueron codificados y agrupados de acuerdo con sus similitudes conceptuales y con su contribución al objetivo de la investigación. Este ejercicio permitió identificar cinco dimensiones de gobernanza que explican buena parte de los desajustes del sistema de salud colombiano: la debilidad de la rectoría estatal, el endeudamiento estructural del sistema, la diferencia entre la cobertura nominal y el acceso efectivo a los servicios, la judicialización como mecanismo para garantizar el derecho a la salud y las dificultades del Estado para regular actores que ocupan posiciones dominantes dentro del sistema.

Estas dimensiones surgieron durante el proceso de análisis y no fueron definidas de manera previa. Su presencia recurrente en la literatura permitió utilizarlas como eje para organizar la presentación de los resultados. De forma paralela se identificaron otros temas transversales, entre ellos la transparencia institucional, la rendición de cuentas, la participación ciudadana y las desigualdades territoriales, los cuales complementan la comprensión de la gobernanza del sistema de salud colombiano.

El análisis también permitió identificar coincidencias y diferencias entre las investigaciones, valorar las fortalezas y limitaciones metodológicas de la evidencia disponible y reconocer los principales vacíos que aún persisten en este campo de estudio. Más allá de resumir los resultados publicados, la revisión examinó críticamente las interpretaciones propuestas por los distintos autores y sus implicaciones para el diseño de políticas orientadas al fortalecimiento de la gobernanza sanitaria.

La organización temática de la evidencia facilitó una comprensión integrada del fenómeno estudiado y permitió responder a la pregunta de investigación considerando la interacción entre los diferentes componentes institucionales que intervienen en el funcionamiento del sistema de salud colombiano.

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló a partir del análisis de literatura científica e institucional disponible en fuentes de acceso público. En consecuencia, no implicó la participación de seres humanos, el manejo de información personal ni la utilización de muestras biológicas.

Por esta razón, el estudio no requirió la aprobación de un comité de ética, de conformidad con la normativa colombiana aplicable a las investigaciones documentales. No obstante, durante todas las fases del trabajo se respetaron los principios de integridad científica, honestidad académica, transparencia y respeto por la propiedad intelectual. Asimismo, se procuró mantener fidelidad en la interpretación de los estudios revisados y realizar una citación adecuada de todas las fuentes consultadas.

De igual manera, la selección, organización y análisis de la evidencia se realizaron procurando minimizar sesgos de interpretación y preservar la objetividad del proceso de síntesis, en concordancia con las buenas prácticas recomendadas para las revisiones de alcance y con los principios de transparencia y reproducibilidad que orientan la investigación científica contemporánea (Tricco et al., 2018; Peters et al., 2020).

Resultados

Suficiencia de recursos: la paradoja entre un alto nivel de inversión y un desempeño insuficiente del sistema

Niveles de inversión en salud

La literatura revisada muestra que la crisis del sistema de salud colombiano no puede explicarse únicamente por la insuficiencia de recursos financieros. Colombia destina cerca del 8 % del PIB al sector salud porcentaje comparable con el de otros países de ingresos medios y acompañado por un incremento sostenido de la participación del gasto público en el financiamiento del sistema (Malam et al., 2026; OECD, 2023). Además, la estructura de financiación ha evolucionado hacia una mayor participación de los recursos fiscales, consolidando al Estado como principal financiador del modelo de aseguramiento (Restrepo-Zea et al., 2022).

Los estudios también evidencian un aumento continuo de los recursos asignados al sector con un presupuesto superior a los cien billones de pesos en 2025. En consecuencia, la literatura coincide en que el principal desafío no radica en la disponibilidad de recursos sino en la manera en que estos son administrados y distribuidos (Granger et al., 2025).

Ineficiencias en el uso de los recursos

A pesar del incremento del gasto la evidencia muestra que este esfuerzo financiero no se ha traducido en mejoras equivalentes en el desempeño del sistema. Colombia continúa registrando resultados inferiores a los observados en países con niveles similares de inversión, especialmente en oportunidad del acceso, continuidad de la atención y algunos indicadores de salud (OECD, 2023; Malam et al., 2026).

Los estudios identifican diferencias importantes en la eficiencia del uso de los recursos entre los territorios asociadas con las capacidades de gestión y planificación institucional. Otro aspecto que aparece de manera reiterada en la literatura es la distribución de los recursos del sistema. Diversos autores advierten que la rigidez del presupuesto y la elevada concentración del gasto en el aseguramiento reducen el margen para fortalecer la infraestructura hospitalaria, consolidar la atención primaria y ampliar las acciones de salud pública (Granger et al., 2025; Restrepo-Zea et al., 2022). En este contexto, la alta demanda de los servicios de urgencias y la frecuencia de hospitalizaciones que podrían prevenirse ponen en evidencia las limitaciones que aún persisten en la gestión del riesgo y en el primer nivel de atención. En conjunto, la literatura concluye que las principales limitaciones del sistema responden a problemas de gobernanza que afectan la asignación y el uso eficiente de los recursos disponibles (OECD, 2023).

Debilidad de la rectoría ministerial

La revisión de la literatura identifica la debilidad de la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social como una de las principales limitaciones de la gobernanza del sistema de salud colombiano. Los estudios coinciden en que la crisis del sistema no responde únicamente a restricciones financieras sino también a la pérdida progresiva de capacidades institucionales para coordinar, regular y supervisar a los diferentes actores involucrados en la prestación de los servicios (Malam et al., 2026; Restrepo-Zea et al., 2022).

Uno de los hallazgos más recurrentes es el debilitamiento de la estructura institucional tras la desaparición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de la Comisión de Regulación en Salud. La evidencia señala que esta reorganización concentró las funciones regulatorias en el Ministerio reduciendo los espacios de concertación, deliberación técnica y coordinación interinstitucional. En consecuencia, la articulación entre los aseguradores, los prestadores, las entidades territoriales y los organismos de control continúa siendo una de las principales dificultades para el funcionamiento del sistema situación reconocida incluso por los actores consultados en estudios de percepción sobre gobernanza (Restrepo-Zea et al., 2022; Gutiérrez et al., 2023).

La limitada capacidad de dirección del Estado también se refleja en la forma como se planifican y ejecutan los recursos del sistema. La evidencia revisada indica que predominan esquemas de planificación de corto plazo, una marcada dependencia de las transferencias provenientes del nivel nacional y una distribución del gasto que prioriza el aseguramiento sobre otros componentes estratégicos. Como resultado, la inversión destinada a infraestructura, fortalecimiento de la atención primaria y acciones de salud pública resulta insuficiente. A esta situación se añade un amplio desarrollo normativo cuya aplicación práctica y seguimiento presentan dificultades, reduciendo el impacto esperado de muchas de las medidas adoptadas (Granger et al., 2025; Mallama et al., 2026).

Otro aspecto señalado por las investigaciones corresponde a las dificultades para gestionar información confiable y oportuna. La implementación gradual de herramientas de interoperabilidad, entre ellas la Base de Datos Única de Afiliados, así como la existencia de registros duplicados y de pagos indebidos identificados por los organismos de control, evidencian limitaciones persistentes en los sistemas de información y en los mecanismos de vigilancia institucional (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.). En este escenario, fortalecer la capacidad rectora del Estado aparece como una condición necesaria para mejorar la coordinación entre los actores, incrementar la transparencia y avanzar hacia un funcionamiento más eficiente del sistema de salud.

Endeudamiento estructural del sistema de salud

Uno de los hallazgos más consistentes de la literatura revisada es que el endeudamiento dejó de ser un problema transitorio para convertirse en un componente estructural del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lejos de responder a situaciones aisladas, la acumulación de obligaciones financieras se ha mantenido en el tiempo y afecta tanto la estabilidad de las instituciones como la continuidad en la prestación de los servicios (Restrepo-Zea et al., 2022; Gutiérrez et al., 2023).

Las investigaciones reportan que la deuda acumulada supera los treinta billones de pesos, de los cuales una proporción significativa corresponde a cartera vencida. Para 2021, las obligaciones pendientes con las instituciones prestadoras de servicios de salud sobrepasaban los 12,8 billones de pesos, situación que comprometía de manera especial la liquidez de hospitales y clínicas. A ello se suman los elevados niveles de endeudamiento registrados por varias Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la persistencia de prácticas administrativas, como las glosas reiteradas, que retrasan el reconocimiento y pago de los servicios prestados.

Estas condiciones afectan con mayor intensidad a la red pública hospitalaria, cuya sostenibilidad financiera depende en buena medida de la recuperación oportuna de esos recursos (Gutiérrez et al., 2023).

El impacto de este fenómeno va más allá del ámbito financiero. Las restricciones de liquidez reducen la capacidad de las instituciones para invertir en infraestructura, incorporar tecnología, fortalecer el talento humano y garantizar la continuidad de la atención. Al mismo tiempo, los estudios señalan que los mecanismos tarifarios y las herramientas de regulación existentes no siempre permiten reconocer los costos reales de la prestación de los servicios, situación que favorece la permanencia de desequilibrios financieros dentro del sistema (Rodríguez et al., 2021; Hernández et al., 2022).

La revisión sugiere que este problema no puede explicarse únicamente por la disponibilidad de recursos económicos. La evidencia analizada relaciona el endeudamiento con debilidades en la regulación del flujo financiero, deficiencias en los mecanismos de control y supervisión, así como con incentivos que, en determinadas circunstancias, privilegian criterios financieros sobre las necesidades asistenciales. Aunque iniciativas como el Acuerdo de Punto Final permitieron reducir parte de la cartera acumulada, los estudios coinciden en que sus efectos han sido insuficientes para corregir las causas que originan el problema. En consecuencia, la sostenibilidad financiera del sistema continúa estrechamente ligada al fortalecimiento de la gobernanza y a la implementación de mecanismos más eficaces para administrar, vigilar y controlar el uso de los recursos públicos (Restrepo-Zea et al., 2022; Granger et al., 2025).

La paradoja entre la cobertura universal y el acceso efectivo a los servicios de salud

La revisión de la literatura muestra que uno de los principales logros del sistema de salud colombiano ha sido la ampliación de la cobertura poblacional con niveles de afiliación cercanos a la universalidad desde la implementación de la Ley 100 de 1993. La revisión muestra que el Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzó niveles de afiliación que oscilan entre el 95 % y el 99,6 %, lo que evidencia el importante avance logrado por los regímenes contributivo y subsidiado en la ampliación de la cobertura formal del derecho a la salud (Restrepo-Zea et al., 2022; Rodríguez et al., 2021). No obstante, los resultados también indican que el acceso real a los servicios continúa siendo un desafío. Aunque la afiliación es amplia, numerosos usuarios enfrentan dificultades para recibir atención oportuna debido a barreras de carácter geográfico, administrativo y organizacional, una situación que afecta con mayor intensidad a las poblaciones rurales, las comunidades indígenas, la población afrodescendiente y los habitantes de territorios dispersos. Las investigaciones revisadas también describen problemas asociados con la fragmentación institucional, la limitada oferta de servicios especializados y el creciente uso de la acción de tutela como mecanismo para obtener prestaciones que deberían garantizarse por las vías ordinarias del sistema (Mallama et al., 2026; Restrepo-Zea et al., 2022; Rodríguez et al., 2021).

A pesar de los avances alcanzados en materia de cobertura, persisten importantes limitaciones relacionadas con la calidad de la atención. Pese al incremento del gasto y la expansión de la cobertura continúan registrándose deficiencias en la oportunidad, continuidad y seguridad de los servicios, asociadas con una elevada utilización de urgencias, hospitalizaciones evitables y restricciones derivadas de la disponibilidad de infraestructura, talento humano y capacidad financiera de los prestadores (OECD, 2023; Hernández et al., 2022). En conjunto, los estudios muestran que el principal desafío de la gobernanza ya no consiste en ampliar la cobertura sino en garantizar que esta se traduzca en un acceso oportuno y en servicios de calidad para toda la población (Malam et al., 2026).

Judicialización creciente como expresión de las limitaciones del sistema

La revisión de la literatura identifica la judicialización del derecho a la salud como una de las manifestaciones más representativas de las limitaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los estudios muestran un crecimiento sostenido de las acciones de tutela durante las últimas dos décadas fenómeno que refleja las dificultades del sistema para garantizar el acceso oportuno mediante los mecanismos administrativos ordinarios. Entre los años 2004 y 2018 el número de tutelas aumentó de manera significativa consolidándose como un indicador de las fallas persistentes en la garantía del derecho a la salud (Restrepo-Zea et al., 2022; Granger et al., 2025; Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).

La evidencia relaciona este comportamiento con barreras para acceder a los procedimientos, medicamentos y servicios especializados así como con demoras en las autorizaciones y dificultades en la aplicación de los criterios de cobertura. Diversos estudios señalan que las decisiones judiciales han ampliado la protección del derecho a la salud y favorecido la igualdad entre los regímenes de aseguramiento; sin embargo, también han incrementado las exigencias financieras y administrativas del sistema especialmente frente al reconocimiento de tecnologías y tratamientos de alto costo (Malam et al., 2026; Rodríguez et al., 2021; Granger et al., 2025).

El elevado número de peticiones, quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios constituye otro indicador de las dificultades que persisten en la prestación de los servicios de salud. Aunque la acción de tutela ha sido un instrumento esencial para garantizar el derecho a la salud, su utilización frecuente sugiere que numerosos conflictos continúan resolviéndose por la vía judicial debido a las limitaciones del propio sistema. En conjunto, esta situación evidencia falencias en la regulación, la coordinación institucional y la capacidad de respuesta de los organismos responsables de asegurar una atención oportuna y efectiva (Mallama et al., 2026; Restrepo-Zea et al., 2022). En conjunto, los hallazgos indican que reducir la judicialización exige fortalecer los mecanismos administrativos y garantizar un acceso oportuno que evite trasladar a los jueces la solución de problemas que deberían resolverse dentro del propio sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.; Restrepo-Zea et al., 2022).

Fracaso de la modulación estatal y captura regulatoria

La literatura revisada identifica las limitaciones de la modulación estatal como uno de los principales factores que explican las dificultades de gobernanza del sistema de salud colombiano. El modelo de pluralismo estructurado adoptado con la Ley 100 de 1993 se sustentó en la competencia regulada entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) bajo el supuesto de que esta mejoraría la eficiencia, la calidad y la cobertura. Sin embargo, la evidencia muestra que varios de sus supuestos como el crecimiento sostenido del empleo formal, la solidaridad financiera y una capacidad regulatoria efectiva del Estado no lograron consolidarse plenamente afectando el funcionamiento esperado del sistema (Restrepo-Zea et al., 2022).

Los estudios coinciden en que esta situación favoreció una progresiva captura regulatoria por parte de algunos actores privados. Las EPS adquirieron una posición dominante en la administración de los recursos y en la negociación con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) fortalecida por la ausencia de mecanismos eficaces para regular tarifas, supervisar el uso de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y controlar prácticas como las glosas, la selección de riesgos y la conformación estratégica de redes de prestación. Estas condiciones ampliaron las asimetrías entre aseguradores y prestadores y redujeron la capacidad estatal para garantizar relaciones contractuales equilibradas.

Otro de los problemas identificados se relaciona con las dificultades que persisten para regular el mercado farmacéutico. Las investigaciones revisadas describen limitaciones en el control de los precios de los medicamentos, procesos de adquisición fragmentados y una capacidad institucional insuficiente para prevenir sobrecostos y reducir gastos ineficientes. Si bien en los últimos años se han adoptado diferentes medidas para enfrentar estas situaciones, los resultados disponibles indican que sus efectos han sido, en su mayoría, de carácter correctivo, sin lograr transformar las condiciones estructurales que afectan la regulación del sistema. En consecuencia, la crisis del sector no puede atribuirse únicamente a su diseño institucional, sino también a las limitaciones del Estado para ejercer de manera efectiva las funciones de regulación, vigilancia y control sobre los actores responsables del aseguramiento y de la prestación de los servicios de salud (Granger et al., 2025; Restrepo-Zea et al., 2022).

Crisis de transparencia y corrupción sistémica

La revisión de la literatura identifica la transparencia y la rendición de cuentas como una de las dimensiones más críticas de la gobernanza del sistema de salud colombiano. Entre los problemas que con mayor frecuencia destacan las investigaciones se encuentra la corrupción, entendida como una consecuencia de las debilidades existentes en los sistemas de vigilancia, control y administración de los recursos públicos. De igual manera, los análisis sobre gobernanza muestran que la transparencia y la rendición de cuentas continúan siendo algunos de los componentes más rezagados, lo que limita la confianza institucional y reduce la capacidad para supervisar de manera efectiva la gestión de los recursos del sistema (Gutiérrez et al., 2023).

La evidencia documenta diferentes manifestaciones de esta problemática entre ellas irregularidades en el manejo financiero, deficiencias en los sistemas de información, ausencia de mecanismos suficientes para controlar los precios de medicamentos y limitaciones para monitorear el gasto en salud. De esta manera, la fragmentación de la información entre múltiples entidades dificulta la trazabilidad de los recursos y reduce la capacidad de los organismos de control para identificar oportunamente prácticas ineficientes o actos de corrupción.

Las investigaciones revisadas indican que las deficiencias en materia de transparencia han favorecido la permanencia de sobrecostos en medicamentos y otras tecnologías sanitarias, además de inconsistencias en la información que sirve de base para la toma de decisiones financieras. Estas dificultades no solo repercuten en la eficiencia del sistema, sino que también deterioran la confianza de la ciudadanía y reducen la capacidad del Estado para ejercer un control efectivo sobre el uso de los recursos públicos. En este contexto, avanzar hacia mayores niveles de transparencia, fortalecer la interoperabilidad de los sistemas de información y consolidar mecanismos efectivos de rendición de cuentas constituye un paso esencial para mejorar la gestión de los recursos y reforzar la legitimidad institucional del sistema de salud.

Participación ciudadana y mecanismos de control social

A pesar de los mecanismos institucionales creados para promover la participación de los usuarios y de las organizaciones sociales, su incidencia en las decisiones del sistema de salud continúa siendo reducida. Las investigaciones revisadas muestran que estos espacios aún presentan limitaciones para influir de manera efectiva en la formulación, la implementación y la evaluación de las políticas públicas, lo que mantiene a la participación ciudadana como uno de los componentes más frágiles de la gobernanza del sistema de salud colombiano. Esta situación reduce las posibilidades de control social y limita la incorporación de las necesidades de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones.

La evidencia también señala que los espacios institucionales de participación presentan bajos niveles de continuidad y escasa capacidad resolutiva. Como consecuencia, numerosos usuarios recurren a mecanismos alternativos como las peticiones, quejas, reclamos, la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud, las personerías municipales, la Defensoría del Pueblo o la acción de tutela para obtener respuestas frente a las dificultades de acceso a los servicios.

Los estudios revisados indican además que la participación de los diferentes actores en procesos estratégicos como la definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), continúa siendo limitada. Aunque se han desarrollado mesas de trabajo y espacios de diálogo entre autoridades y aseguradores, la literatura evidencia una baja trazabilidad de estos procesos y escasa información sobre los acuerdos alcanzados y su incidencia en la formulación de políticas públicas. Los resultados de esta revisión permiten concluir que el fortalecimiento de la participación ciudadana y de los mecanismos de control social representa una condición fundamental para consolidar una gobernanza más legítima, transparente y efectiva en el sistema de salud colombiano.

Síntesis de los hallazgos

El análisis de las investigaciones incluidas permite concluir que las dificultades que enfrenta el sistema de salud colombiano se explican, en mayor medida, por problemas asociados con la gobernanza que por una insuficiencia de recursos financieros. Aunque el país ha incrementado la inversión en salud y alcanzado una cobertura cercana a la universalidad persisten limitaciones relacionadas con la rectoría institucional, el endeudamiento estructural, las barreras de acceso efectivo, la judicialización, la captura regulatoria, la falta de transparencia y la limitada participación ciudadana.

Los estudios coinciden en que estas dimensiones se encuentran estrechamente interrelacionadas y reflejan debilidades en la coordinación, regulación, supervisión y control del sistema. Otro aspecto recurrente en las investigaciones es la influencia que ejercen algunos actores con posición predominante dentro del aseguramiento. Sumada a una capacidad regulatoria aún limitada por parte del Estado, esta situación ha contribuido a generar desequilibrios institucionales que repercuten en la eficiencia del sistema, su sostenibilidad financiera y la garantía efectiva del derecho a la salud.

Es decir, la literatura identifica importantes vacíos de investigación. Predominan los estudios de enfoque cualitativo y descriptivo con escasa evidencia sobre los efectos causales de los mecanismos de gobernanza en los resultados en salud y una limitada representación de las poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la investigación empírica y generar información que contribuya al diseño de políticas públicas orientadas a mejorar la gobernanza del sistema de salud colombiano.

Tabla 1. Síntesis de los principales hallazgos sobre gobernanza del sistema de salud colombiano

Dimensión analizada	Principales hallazgos identificados en la literatura
Rectoría institucional	La evidencia muestra una pérdida de capacidad estatal para coordinar, regular y supervisar el sistema, asociada con la fragmentación institucional y la limitada articulación entre los diferentes actores.
Endeudamiento estructural	Los estudios describen un incremento sostenido de las obligaciones financieras, retrasos en el flujo de recursos y problemas de liquidez que afectan especialmente a las instituciones prestadoras de servicios de salud.
Cobertura y acceso efectivo	Aunque Colombia alcanzó niveles cercanos a la cobertura universal, persisten barreras geográficas, administrativas y organizacionales que limitan el acceso oportuno y la continuidad de la atención.
Judicialización	El crecimiento de las acciones de tutela refleja las dificultades del sistema para garantizar el derecho a la salud mediante los mecanismos administrativos ordinarios.
Modulación estatal y regulación	La literatura identifica limitaciones en la capacidad regulatoria del Estado, favoreciendo posiciones dominantes de algunos actores del aseguramiento y reduciendo la efectividad de la supervisión.
Transparencia y rendición de cuentas	Se documentan deficiencias en los mecanismos de control, seguimiento y administración de la información, asociadas con riesgos de corrupción y uso ineficiente de los recursos públicos.
Participación ciudadana	Los mecanismos de participación presentan baja incidencia en la toma de decisiones y limitaciones para ejercer un control social efectivo sobre el funcionamiento del sistema.

Fuente: Elaboración propia con base en la literatura revisada.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten interpretar que los principales desafíos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no se explican únicamente por la disponibilidad de recursos financieros, sino por las dificultades para dirigir, coordinar y regular su funcionamiento. A pesar del incremento sostenido de la inversión en salud y de haber alcanzado niveles de afiliación cercanos a la cobertura universal, estos avances no se han reflejado de manera proporcional en una mejor oportunidad de acceso, una mayor calidad de la atención ni en una estabilidad institucional capaz de garantizar el adecuado funcionamiento del sistema. En consecuencia, la revisión pone de relieve que la forma como se gobiernan las relaciones entre el Estado, los aseguradores y los prestadores resulta determinante para comprender el desempeño del SGSSS (Restrepo-Zea et al., 2022; OECD, 2023; Mallama et al., 2026).

Uno de los aspectos que atraviesa las distintas dimensiones analizadas es la limitada capacidad de rectoría del Estado. La desaparición de espacios colegiados de regulación, la fragmentación institucional y la escasa articulación entre los niveles nacional y territorial han reducido las posibilidades de orientar de manera coherente las decisiones del sistema y de supervisar eficazmente el flujo de los recursos. Como resultado, persisten desequilibrios en las relaciones entre aseguradores, prestadores y usuarios que dificultan la aplicación uniforme de las políticas públicas y limitan la capacidad de responder a las necesidades particulares de cada territorio (Restrepo-Zea et al., 2022; Gutiérrez et al., 2023).

Desde esta perspectiva, el endeudamiento estructural, la judicialización del derecho a la salud, las barreras de acceso y las dificultades regulatorias no pueden entenderse como problemas independientes. Por el contrario, las investigaciones revisadas sugieren que todos ellos forman parte de un mismo entramado de debilidades en la gobernanza del sistema. La acumulación de obligaciones financieras, las demoras en el flujo de los recursos y los conflictos recurrentes entre aseguradores y prestadores evidencian limitaciones persistentes en los mecanismos de regulación y supervisión. A ello se suma el aumento sostenido de las acciones de tutela, que continúa revelando las dificultades del sistema para garantizar oportunamente el derecho a la salud por las vías administrativas, trasladando a la jurisdicción constitucional situaciones que deberían resolverse dentro de su funcionamiento ordinario (Granger et al., 2025; Rodríguez et al., 2021; Hernández et al., 2022).

Otro hallazgo relevante es la persistencia de una brecha entre la cobertura nominal y el acceso efectivo a los servicios. La ampliación del aseguramiento constituye uno de los principales logros de la reforma introducida por la Ley 100 de 1993 sin embargo, la literatura coincide en que la afiliación, por sí sola no garantiza una atención oportuna, continua y de calidad. Las diferencias territoriales, las barreras administrativas y la concentración de recursos especializados en determinados centros urbanos continúan afectando especialmente a las poblaciones rurales y a los grupos históricamente vulnerables lo que pone de manifiesto que la equidad sigue siendo uno de los principales desafíos del sistema (OECD, 2023; Rodríguez et al., 2021; Malam et al., 2026).

Tabla 2. Interpretación de los principales hallazgos desde la perspectiva de la gobernanza

Hallazgo identificado	**Interpretación desde la gobernanza**	**Implicación para la política pública**
Debilidad de la rectoría	Limitada capacidad estatal para coordinar y regular el sistema.	Fortalecer la rectoría y la coordinación institucional.
Endeudamiento estructural	Deficiencias en el control del flujo de recursos y en la supervisión financiera.	Mejorar la regulación financiera y los mecanismos de seguimiento.
Cobertura sin acceso efectivo	La afiliación no garantiza atención oportuna ni equitativa.	Priorizar el acceso efectivo y fortalecer la atención primaria.
Judicialización creciente	Respuesta de los usuarios ante barreras persistentes de acceso.	Consolidar mecanismos administrativos que reduzcan la necesidad de acudir a la tutela.
Debilidad regulatoria	Insuficiente capacidad para supervisar a los actores del aseguramiento y la prestación.	Reforzar los instrumentos de regulación, inspección y control.
Transparencia y participación	Persisten limitaciones en la rendición de cuentas y en el control social.	Fortalecer la transparencia, los sistemas de información y la participación ciudadana.

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura revisada.

Desde esta perspectiva los resultados respaldan la necesidad de comprender la gobernanza como un componente estratégico para el funcionamiento del sistema de salud y no únicamente como un conjunto de mecanismos administrativos. La evidencia revisada coincide en que las reformas centradas exclusivamente en aspectos financieros difícilmente producirán cambios sostenibles si no van acompañadas del fortalecimiento de

la rectoría estatal, de una regulación más efectiva del aseguramiento, de sistemas de información interoperables y de mecanismos que promuevan mayor transparencia y participación de los diferentes actores (OECD, 2023; Granger et al., 2025; Gutiérrez et al., 2023).

Los resultados obtenidos permiten plantear la conveniencia de avanzar hacia un modelo de atención que fortalezca la gestión integral del riesgo, consolide la atención primaria en salud y promueva una mayor articulación entre aseguradores, prestadores y autoridades sanitarias. La evidencia revisada sugiere que una mejor coordinación entre estos actores podría contribuir a optimizar el uso de los recursos disponibles, reducir la fragmentación institucional y disminuir la necesidad de recurrir a mecanismos judiciales para garantizar el acceso a los servicios de salud (Rodríguez et al., 2021; OECD, 2023).

Al mismo tiempo, es necesario considerar las limitaciones de la evidencia analizada. Una proporción importante de las investigaciones corresponde a estudios de carácter cualitativo o descriptivo, lo que restringe la posibilidad de establecer relaciones causales entre los mecanismos de gobernanza y los resultados del sistema de salud. También se identificó una escasa representación de las poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes, así como un número limitado de estudios que comparen las dinámicas de gobernanza entre los distintos territorios del país. Estas limitaciones ponen de manifiesto la necesidad de ampliar la investigación empírica mediante diseños longitudinales y evaluaciones que permitan comprender con mayor precisión cómo las decisiones de gobernanza inciden en la calidad de la atención, la equidad y la sostenibilidad del sistema de salud colombiano (Restrepo-Zea et al., 2022; Granger et al., 2025).

Conclusiones

El análisis realizado permite afirmar que los principales desafíos del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano están asociados, sobre todo, con las dificultades para gobernar el sistema y no únicamente con la disponibilidad de recursos financieros. Aunque en las últimas décadas se han registrado avances importantes en la ampliación de la cobertura y en el aumento de la inversión destinada al sector, estos logros no han producido mejoras equivalentes en el acceso efectivo a los servicios, la calidad de la atención ni la estabilidad institucional. Lo anterior pone de manifiesto que el problema central trasciende la financiación y se relaciona con la forma en que los recursos son administrados, regulados y articulados dentro del modelo de aseguramiento.

La revisión permitió identificar que la rectoría institucional ocupa un lugar central dentro de esta problemática. Las dificultades para coordinar a los diferentes actores del sistema, la fragmentación de competencias entre los distintos niveles de gobierno, las limitaciones regulatorias y la insuficiente capacidad de supervisión han favorecido la aparición de problemas que se manifiestan en el endeudamiento estructural, las fallas en el flujo de los recursos, las barreras para acceder a los servicios y el aumento de la judicialización del derecho a la salud. Más que situaciones independientes, estos fenómenos forman parte de una misma dinámica de gobernanza que condiciona el desempeño del sistema en su conjunto.

Los resultados también muestran que alcanzar una cobertura cercana a la universalidad constituye un avance importante desde la perspectiva del aseguramiento, pero este indicador, por sí solo, resulta insuficiente para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Las diferencias entre territorios, las barreras administrativas y las limitaciones en la capacidad resolutiva de los servicios continúan afectando la oportunidad

y la continuidad de la atención. En consecuencia, consolidar un sistema verdaderamente universal exige que la afiliación se traduzca en servicios accesibles, oportunos y de calidad para toda la población.

Otro aspecto que emerge del análisis es que la sostenibilidad financiera depende tanto de una adecuada gobernanza como de la disponibilidad de recursos. La persistencia del endeudamiento, las dificultades para administrar el flujo financiero, las debilidades regulatorias y los problemas de transparencia ponen de manifiesto que la eficiencia del sistema está estrechamente vinculada con la capacidad institucional para dirigir, supervisar y controlar su funcionamiento. En este escenario, fortalecer la rectoría del Estado, mejorar la coordinación entre los diferentes actores, consolidar sistemas de información confiables y reforzar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas representan acciones prioritarias para avanzar hacia un sistema de salud más eficiente y equitativo.

La participación ciudadana también ocupa un lugar estratégico dentro de este proceso. Una mayor vinculación de usuarios, comunidades y organizaciones sociales en los espacios de decisión puede contribuir a fortalecer la legitimidad institucional, favorecer el control social sobre la gestión de los recursos públicos y promover respuestas más acordes con las necesidades de la población. La gobernanza del sistema no depende exclusivamente de las instituciones; también requiere mecanismos que faciliten una interacción efectiva entre el Estado y la sociedad.

Desde el ámbito académico, esta revisión ofrece una visión integrada de un tema que con frecuencia ha sido abordado de manera fragmentada. Reunir en un mismo análisis aspectos como la rectoría institucional, el endeudamiento, el acceso efectivo, la judicialización, la regulación, la transparencia y la participación ciudadana permitió comprender que las dificultades observadas obedecen a un entramado de factores interdependientes y no a problemas aislados dentro del sistema de salud colombiano.

Los resultados ponen de relieve la necesidad de profundizar la investigación sobre gobernanza en salud. Se requieren estudios que analicen con mayor precisión los efectos de los diferentes mecanismos de gobernanza sobre los resultados del sistema, incorporen comparaciones entre territorios y amplíen la evidencia disponible para contextos rurales, comunidades indígenas y población afrodescendiente, ámbitos que continúan escasamente representados en la producción científica. Avanzar en estas líneas de investigación permitirá generar evidencia más sólida para orientar políticas públicas dirigidas a fortalecer la gobernanza y contribuir al desarrollo de un sistema de salud más eficiente, equitativo y centrado en las necesidades de la población.

Referencias

Barboza, A., & Gaviria, J. (2023). El derecho a la salud en Colombia: De la superación del apartheid legal a las barreras institucionales y sociales. Oñati Socio-Legal Series. https://doi.org/10.35295/osls.iisl/0000-0000-0000-1385

Barón-Leguizamón, G. (2022). Composición y evolución del gasto en salud de Colombia y su financiamiento en el periodo 2013-2018. Revista de Salud Pública. https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103052

Cano Blandón, L. F. (2015). El litigio estructural en salud: Un estudio comparado con base en casos de Sudáfrica, Argentina, India y Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.18638

Carbal Herrera, A., Suárez, B. A. D. L. H., & Carrascal, J. M. (2025). Gobierno corporativo en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia: Un análisis basado en la Circular Externa 0003 de 2018. Revista Venezolana de Gerencia. https://doi.org/10.52080/rvgluz.30.112.16

Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., Giedion, Ú., & Morales, L. G. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud.

Correa, H., & Molina, J. (2019). Análisis del diseño y ejecución de la política de regulación de precios de medicamentos en Colombia, 2006-2017.

De Groote, T., De Paepe, P., & Unger, J. (2008). Consecuencias del neoliberalismo: Colombia, prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.217

Espinal-Piedrahita, J. J., & Restrepo-Zea, J. H. (2022). Financiamiento del sistema de salud colombiano: Tendencias y desafíos. Revista de Salud Pública. https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103057

Estrada-Orozco, K., García-Ruiz, J., Mora-Moreo, L., et al. (2026). Narratives, evidence, and the material reality of Colombia's current health system crisis. Medicina. https://doi.org/10.56050/rm-48-1-21

Fernández, P. C. C., Faria, G. T., Júnior, M. A. C., et al. (2023). Ensayo académico sobre el sistema de salud de Colombia: Desde la planificación de salud pública hasta la pandemia de COVID-19. RECIMA21. https://doi.org/10.47820/recima21.v4i3.297

Girón-Restrepo, G. A., Sánchez-González, M., Sarmiento, V., et al. (2026). Una revisión sistemática sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. Sapientía. https://doi.org/10.54278/sapientia.v18i35.233

Gómez, P., & Valbuena Bedoya, Y. A. (2019). Análisis comparativo del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia y Chile.

Granger, C., Becerra, L. A. M., Forero, J. E. R., & Samudio, G. T. S. (2025). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Análisis de fuentes y usos. Revista de Economía Institucional. https://doi.org/10.18601/01245996.v27n53.09

Granger, C., Ramos-Forero, J. E., Melo-Becerra, L., & Silva-Samudio, G. T. (2023). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Fuentes y usos. Banco de la República. https://doi.org/10.32468/be.1233

Güette, C. P. C. (2026). Descentralización en salud: La tensión entre autonomía territorial y centralización bajo la Constitución de 1991. Sapiendus. https://doi.org/10.70335/sapiendus.2.2.27

Gutiérrez, C., Palacio, S., Giedion, Ú., & Distrutti, M. (2023). ¿En qué gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo. https://doi.org/10.18235/0005157

Jaramillo, I. (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. Gaceta Sanitaria, 16(Supl. 1). https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71632-4

Lara, T. L. O., & López, A. F. O. (2024). Sistemas de salud y su implementación dentro de Colombia. Revista de Investigación Científica, Empresarial y Tecnológica. https://doi.org/10.34893/ricet.v8i1.518

López-Mallama, Ó. (2021). Política de calidad en salud: Requisitos de habilitación y su efecto en la situación financiera de una IPS en Cali, 2018. Sapientía. https://doi.org/10.54278/sapientia.v10i19.64

López-Mallama, Ó., Loboa, Y. A. Z., Mejía, K. Y. B., et al. (2024). Análisis de la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2022-2026: Una mirada desde el Plan Decenal de Salud Pública. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9560

López Salazar, A. L., Urueña, C. A. A., & Rubio, H. M. (2022). Bases para la construcción de un plan de salvamento del Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E.: Dos miradas: 2015-2016 y 2019. https://doi.org/10.25100/peu.682

Mallama, Ó. L., Díaz, K. V. A., & Vallejo-Morán, L. A. (2026). Economía de la salud en Colombia: Una revisión sistematizada de literatura. Salud Uninorte. https://doi.org/10.14482/sun.42.01.854.634

Mejía, L. F., Ome, A., Prat, J., et al. (2026). ¿Cómo se presupuesta la salud y la educación en Colombia? Banco Interamericano de Desarrollo. https://doi.org/10.18235/0013957

Melo-Becerra, L., Arango-Thomas, L. E., Ávila-Montealegre, O., et al. (2023). Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. Ensayos sobre Política Económica. https://doi.org/10.32468/espe106

Molina, G., & Ramírez, A. A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: Entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. Revista Panamericana de Salud Pública. https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400008

Muñoz, I., Londoño, B. E., Higuita, Y., et al. (2009). La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: Formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores.

Restrepo-Zea, J. H. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿Qué queda de la Ley 100 de 1993? Revista de Salud Pública. https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.103013

Restrepo-Zea, J. H., & Zapata-Cortés, O. L. (2022). The Governance of the Colombian Health System from the Stakeholders' Perspective. Revista del CLAD Reforma y Democracia.

Suárez-Rozo, L. F., Puerto-García, S., Rodríguez-Moreno, L. M., & Ramírez-Moreno, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: Una aproximación desde la legitimidad y la regulación. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc

Vélez, C. M., Hernández, D. P. D., Blanco, O. F. S., et al. (2024). Las tensiones sobre qué incluir y a quién cubrir en el sistema de salud colombiano desde la perspectiva de un grupo de ciudadanos. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e356278

Velásquez, L. (2020). Gobierno corporativo: ¿La aplicación de prácticas en las EPS tiene relación con el manejo de los recursos de salud?

Opinión y Salud © 2026 — Publicación de Acceso Abierto distribuida bajo Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0