

Revista de Ciencias Sociales

Análisis Teórico de las prácticas de buen gobierno en el sector salud desde la perspectiva colombiana*

Carbal Herrera, Adolfo**
Bustillo Castillejo, María Cristina***
Márquez Carrascal, Jenny Xiomara****

Resumen

En la actualidad el sistema de salud colombiano enfrenta una crisis de gobernanza caracterizada por una marcada fragmentación institucional, baja transparencia y escasa participación de grupos de interés. El objetivo de esta investigación es analizar el gobierno corporativo en el sector salud colombiano, centrándose fundamentalmente en entidades promotoras de salud e Instituciones prestadoras de servicios de salud. Se llevó a cabo un análisis teórico con revisión narrativa de 61 documentos académicos y técnicos seleccionados, a partir de los cuales se identificaron fundamentos, teorías, principios y desafíos del gobierno corporativo para promover el desempeño de las organizaciones. Los resultados obtenidos muestran que la implementación del gobierno corporativo es preferentemente formalista; además, limitada por debilidades normativas, carencia de órganos especializados y culturas organizacionales opacas. En contraste, se documentan también casos exitosos como Coosalud y Mutual SER, los cuales evidencian el potencial del gobierno corporativo como herramienta para fortalecer la legitimidad institucional. Se concluye que el gobierno corporativo debe entenderse como una arquitectura ética y participativa adaptada a las condiciones locales. El estudio plantea principios adaptativos para su implementación en países en desarrollo y finalmente sugiere futuras investigaciones empíricas para evaluar su impacto real en el desempeño organizacional y la equidad en salud.

Palabras clave: Gobierno corporativo; gobernanza organizacional; sector salud; instituciones prestadoras de servicios de salud; entidad promotora de salud.

* Artículo derivado del plan de fortalecimiento del grupo de investigación GICIB de la Universidad de Cartagena-Colombia, en el marco de la convocatoria de Planes de Fortalecimiento – Hacia una universidad transformadora y humanista, según Resolución 721 de 2023.

** Doctorando en Administración en la Universidad de Cartagena, Colombia. Magíster en Ciencias Ambientales. Contador Público. Docente Titular en la Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. Director del Grupo de Investigación en Contabilidad, Interés Público y Bienestar Social (GICIB). Miembro del Grupo de Investigación en Economía, Ciencia y Sociedad. E-mail: acarbalh@unicartagena.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9363-7021>

*** Doctora en Economía y Empresa. Magíster en Desarrollo Empresarial. Ingeniera industrial. Docente Investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas en la Universidad Libre sede Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. Integrante del Grupo de Investigación GISEMA. E-mail: mariaac.bustillo@unilibre.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4235-3990>

**** Magíster en Finanzas. Contadora Pública. Docente e Investigadora en la Universidad de Sucre, Sincelejo, Colombia. E-mail: jenny.marquez@unisucrevirtual.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4362-8306>

Theoretical analysis of good governance practices in the health sector from the Colombian perspective

Abstract

The Colombian healthcare system currently faces a governance crisis characterized by marked institutional fragmentation, low transparency, and limited stakeholder participation. The objective of this research is to analyze corporate governance in the Colombian healthcare sector, focusing primarily on health promotion entities and healthcare service providers. A theoretical analysis was conducted with a narrative review of 61 selected academic and technical documents, from which the foundations, theories, principles, and challenges of corporate governance to promote organizational performance were identified. The results show that the implementation of corporate governance is predominantly formalistic; furthermore, it is limited by regulatory weaknesses, a lack of specialized bodies, and opaque organizational cultures. In contrast, successful cases such as Coosalud and Mutual SER are also documented, which demonstrate the potential of corporate governance as a tool to strengthen institutional legitimacy. The conclusion is that corporate governance should be understood as an ethical and participatory architecture adapted to local conditions. The study proposes adaptive principles for its implementation in developing countries and finally suggests future empirical research to evaluate its real impact on organizational performance and health equity.

Keywords: Corporate governance; organizational governance; health sector; healthcare institutions; health promotion entities.

Introducción

El sistema de salud colombiano ha atravesado una evolución compleja desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, la cual se estructura en tres grandes etapas: El Ministerio de Salud Pública (1946–1970), el Sistema Nacional de Salud (1970–1992) y el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– desde 1993, el cual fue instaurado mediante la Ley 100 y reformado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 hasta 2021 (Salazar et al., 2024).

Estos cambios han estado marcados por la transición de un modelo basado en la oferta hacia un esquema de aseguramiento con participación pública y privada, con un fuerte componente de competencia regulada. Sin embargo, y a pesar de haber alcanzado una cobertura del 99,6% de la población, el sistema sigue enfrentando desafíos en términos de equidad territorial, sostenibilidad financiera, calidad del servicio y eficiencia institucional (García, 2019; Alonso et al., 2021).

Al respecto, diversas reformas e intervenciones han intentado corregir las fallas estructurales del SGSSS, pero persisten problemas como el déficit financiero, la judicialización del derecho a la salud y la sobrecarga de las EPS como intermediarias contractuales. Estas debilidades han generado una percepción de crisis crónica en el sector, agudizada por la fragmentación del sistema y la dificultad para articular a los múltiples actores involucrados (Merlano-Porras y Gorbanev, 2013).

En este escenario, el fortalecimiento de los mecanismos asociados a la gobernanza institucional se ha convertido en una prioridad. Sin embargo, la gobernabilidad del sector salud en Colombia se caracteriza por una alta complejidad estructural, dada la coexistencia de múltiples actores con funciones superpuestas, adicionalmente, la heterogeneidad jurídica de las organizaciones, que van desde sociedades anónimas hasta cooperativas, pasando por entidades sin ánimo

de lucro, cajas de compensación, fundaciones y empresas sociales del Estado (Maya, 2011; Guerrero et al., 2011). Tal diversidad impide la aplicación homogénea de principios de gestión, dificulta la regulación estatal y da lugar a vacíos normativos que limitan la eficacia de los controles internos y externos (Gaitán, 2009).

Además, la fragmentación institucional no solo debilita la rectoría del Estado, sino que favorece las relaciones de agencia conflictivas entre aseguradores, prestadores y usuarios. Las EPS(1) actúan como agentes de los afiliados; mientras las IPS(2) lo hacen respecto de los pacientes, lo que genera una red de intereses divergentes donde la gestión se convierte en un ejercicio permanente de arbitraje entre presiones financieras, demandas clínicas y expectativas regulatorias (Guerrero et al., 2015). En ausencia de un marco de gobernanza sólido, estos conflictos suelen resolverse de forma opaca, favoreciendo la captura organizacional por parte de élites administrativas o políticas.

Es precisamente en este escenario donde adquiere relevancia el enfoque del Gobierno Corporativo (GC), concebido en su origen como un conjunto de mecanismos para resolver los problemas derivados de la separación entre propiedad y control en las empresas (Demirag et al., 2000; Aguilera, 2009; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2023).

El GC ha sido paulatinamente adoptado en instituciones del sector público y organizaciones sin ánimo de lucro como una arquitectura institucional destinada a promover la transparencia, la rendición de cuentas y la eficacia en la toma de decisiones (Demirag et al., 2000; Papachristou y Papachristou, 2014; De Leeuw, 2017). En el contexto de la salud, su aplicación permite enfrentar los déficits de información, los conflictos de interés y la debilidad estructural de los consejos de administración, contribuyendo así al fortalecimiento del desempeño institucional (Jamali et al., 2010; Alta'any et al., 2024).

En Colombia, la implementación de principios de GC en EPS e IPS ha sido

promovida por diversas normas, entre ellas la Circular Externa 0003 DE 2018, que establece la obligatoriedad de contar con un Código de Ética y Buen Gobierno por parte de las IPS que cumplan con determinados requisitos. Sin embargo, en diversos estudios se ha evidenciado que la implementación de las normativas ha sido, en muchos casos, meramente formal, sin una internalización real de los valores de integridad, transparencia y orientación al usuario (Rodríguez, 2016). La falta de mecanismos de seguimiento, la débil profesionalización de los órganos directivos y la ausencia de una cultura de evaluación han limitado seriamente el impacto del GC en la transformación organizacional (Appiah et al., 2017).

Entre las diversas deficiencias del sector salud en Colombia destaca la baja calidad y disponibilidad de la información institucional, un problema que a la fecha aún arrastra el sistema. Según un estudio del Centro de Estudios de Protección Social y Economías de la Salud (Proesa), con el apoyo del Banco Mundial, el 85% de las EPS no publicaba datos clave sobre atención y resultados en salud, el 88% omitía información sobre indicadores de desempeño clínico y el 21% de los usuarios no tenía acceso digital a programas de promoción y prevención (Guerrero et al., 2015). Este escenario revela una cultura de opacidad incompatible con los principios del GC, que requiere canales de comunicación abiertos, flujos de información confiables y mecanismos de participación informada por parte de los grupos de interés (Aguilera et al., 2008; Guerrero et al., 2015).

Anivel organizacional, algunas IPS y EPS carecen de comités especializados en auditoría, control de riesgos, o gobierno, lo que impide una supervisión adecuada del cumplimiento institucional (Jervis et al., 2019). En muchos casos, los consejos de administración, además, suelen estar conformados por actores con escasa independencia y baja capacidad técnica (familiares del máximo accionista), lo que reduce su eficacia como órganos de dirección estratégica (Denis y McConnell, 2003). Como consecuencia, esta debilidad en la estructura

de gobernanza se traduce en decisiones poco fundamentadas, escasa capacidad para anticipar crisis y nula implementación de planes de sucesión o mejora continua (Lagos y Vecino, 2011).

En contraste con lo anterior, se identifican algunas experiencias exitosas que han mostrado el potencial del GC como herramienta transformadora. Es el caso de las EPS Coosalud y Mutual SER, las cuales han logrado consolidar modelos de gestión basados en la transparencia, la evaluación por resultados y la participación democrática, fortaleciendo de esta forma su legitimidad social y su capacidad de respuesta ante contextos adversos (Jervis et al., 2019). Estas instituciones, aunque con limitaciones, representan un referente para la implementación progresiva del GC en salud, adaptado a las realidades locales y articulado con las funciones misionales del sector colombiano (Pérez et al., 2006; Jervis et al., 2019).

A estos beneficios administrativos del GC, también se suma su capacidad para facilitar la integración de dimensiones éticas en la gestión organizacional. En áreas como la salud, donde las decisiones afectan directamente el bienestar de las personas, la incorporación de valores como la equidad, la solidaridad y la dignidad humana resulta indispensable (García, 2019). En este sentido, la buena gobernanza debe ir más allá de la eficiencia económica para incluir la responsabilidad social institucional y la promoción de relaciones simétricas entre las organizaciones y la ciudadanía (Braithwaite y Travaglia, 2008; Chambers, 2012; Papachristou y Papachristou, 2014; De Leeuw, 2017).

Por su parte, el uso del GC como instrumento de gestión estratégica permite contrarrestar las limitaciones estructurales del modelo de aseguramiento, en especial aquellas derivadas de la lógica de competencia entre EPS, la judicialización de los servicios y la creciente presión sobre el gasto público (Guerrero et al., 2011). Al proporcionar un marco racionalizado para la toma de decisiones, con criterios de transparencia,

eficacia y evaluación permanente, puede contribuir a fortalecer la legitimidad del sistema ante la sociedad y los órganos de control (Flórez-Parra et al., 2017).

De acuerdo con este escenario, el presente trabajo resulta pertinente, no solo porque busca identificar buenas prácticas de GC, sino también por su propósito de revelar las tensiones que impiden su consolidación en el sector salud colombiano. Por ende, este análisis se sustenta en la necesidad de avanzar hacia modelos de gestión, tanto pública como privada, que articulen la eficiencia operativa con principios de ética institucional, en respuesta a los complejos desafíos que enfrenta la salud pública en el siglo XXI.

En coherencia con lo anterior, el objetivo central de esta investigación es analizar el Gobierno Corporativo (GC) en el sector salud colombiano, centrándose fundamentalmente en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). El propósito fundamental es comprender sus alcances, limitaciones y potencialidades como instrumento para fortalecer la gobernanza organizacional, promover la transparencia y asegurar una rendición de cuentas efectiva que contribuya al mejor desempeño de las organizaciones.

1. Metodología

Para alcanzar el objetivo propuesto en esta investigación, los autores realizaron una revisión narrativa de literatura, práctica que se entiende como un método cualitativo de análisis teórico que permite la síntesis del conocimiento existente alrededor de un fenómeno o tema determinado, integrando hallazgos, argumentos, reflexiones y enfoques desde los que se aborda una temática determinada (Aguilera, 2014). Para este caso, esta estrategia fue particularmente útil en la medida que permitió construir una mirada comprehensiva sobre el gobierno corporativo en el sector salud, superando las limitaciones de los estudios de caso individuales y con ello facilitando el desarrollo de una visión

articulada entre la teoría organizacional, la gestión institucional y la regulación sectorial.

Asimismo, la revisión narrativa realizada permitió identificar y sistematizar los principales enfoques teóricos sobre los que descansa el concepto de gobierno corporativo, al igual que sus principios y fundamentos, limitaciones y tensiones sobre su aplicación en el sector salud en un país como Colombia.

El proceso de búsqueda y selección de documentos se centró principalmente en artículos científicos, para ello se hizo uso de la base de datos *Scopus* y el buscador especializado *Google Scholar* para efecto de la descarga de los trabajos seleccionados, también se consultaron documentos de organismos internacionales, así como documentos normativos colombianos, relacionados con el marco regulatorio del sector salud y el gobierno corporativo.

Para garantizar una cobertura amplia y pertinente de la literatura a seleccionar se definieron palabras clave (gobierno corporativo, gobernanza organizacional, sector salud, instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, Entidad Promotora de Salud - EPS), las cuales fueron combinadas tanto en el idioma inglés como en español, logrando delimitar el universo de documentos a aquellos alineados conceptualmente con la problemática abordada.

La búsqueda arrojó un total de 125 documentos, en su mayoría artículos científicos, los cuales fueron sometidos a una primera lectura exploratoria que permitió descartar más del 50% de estos, por falta de relevancia. De dicha revisión se seleccionaron 63 textos, entre artículos científicos en su mayoría, informes de organizaciones internacionales y normas. Los documentos seleccionados cumplieron con los siguientes criterios de calidad y relevancia académica: 1) Pertinencia temática con respecto al análisis del gobierno corporativo en el sector salud; (2) calidad académica o técnica de la fuente; (3) relevancia contextual para el caso colombiano; y, (4) diversidad metodológica y conceptual, de modo que permitieran una aproximación integral al objeto de estudio.

Los documentos seleccionados fueron validados a través del juicio de expertos (Tranfield et al., 2003), quienes realizaron sugerencias sobre la inclusión de fuentes omitidas y el descarte de documentos preseleccionados por falta de relevancia temática. El proceso terminó con la selección final de 61 textos, los cuales constituyeron la base teórica del presente análisis.

Cada documento fue sometido a una lectura en profundidad con el fin de extraer sus principales aportes conceptuales, hallazgos empíricos, críticas al marco normativo o institucional, y propuestas de mejora organizacional. El tratamiento de la información siguió un enfoque analítico inductivo, que permitió la identificación de patrones comunes, tensiones conceptuales, enfoques divergentes y vacíos teóricos, facilitando así una construcción interpretativa que se articula en el desarrollo del artículo.

Como lo sugieren Baumeister y Leary (1997); y, O'Dochartaigh (2019), este tipo de revisión no busca la replicabilidad estadística ni la generalización empírica de hallazgos, sino la formulación de conclusiones integradoras a partir de una lectura reflexiva, crítica y contextualizada de la literatura.

2. Resultados y discusión

A partir de la literatura abordada, se sintetizaron y sistematizaron los principales hallazgos, los cuales se organizaron en cinco ejes que responden de manera coherente al objetivo del estudio: (i) Los fundamentos y evolución histórica del GC; (ii) las teorías que explican su configuración y aplicación; (iii) los principios que orientan su práctica; (iv) las formas en que ha sido implementado en el sector salud en Colombia; y, (v) las tensiones, beneficios y limitaciones que surgen de su aplicación. Esta estructuración facilita el análisis y reflexión en torno a la implementación del GC en el sector salud en Colombia. A continuación, se aborda cada uno de ellos.

2.1. Fundamentos y evolución del gobierno corporativo

El Gobierno Corporativo (GC), ha emergido históricamente como una respuesta institucional frente a las crisis de confianza generadas por la separación entre propiedad y control en las organizaciones modernas. En sus orígenes, el GC se vinculó estrechamente con la protección de los derechos de los accionistas frente a la discrecionalidad de los gestores (Denis y McConnell, 2003; Afriyie et al., 2020; Agnihotri y Arora, 2021; Achiro et al., 2024), una preocupación vigente desde las formulaciones clásicas hasta los desarrollos normativos de la OECD (2023).

Con el paso del tiempo, sin embargo, el concepto se ha vuelto más complejo. Hoy no se limita únicamente a mecanismos de control contractual, sino que abarca también dimensiones éticas, relacionales y sistémicas. Estas nuevas capas reflejan una evolución hacia modelos que reconocen la existencia de múltiples grupos de interés y el rol del entorno institucional en la configuración del desempeño organizacional (Aguilera et al., 2008). En este sentido, el GC ya no se percibe únicamente como una herramienta para salvaguardar inversiones, sino como un sistema de gobernanza con implicaciones más amplias, especialmente en contextos de alta sensibilidad pública.

En cuanto a la implementación del GC en América Latina, esta ha sido impulsada por procesos de reforma institucional que buscaban fortalecer la transparencia y la eficiencia en los sectores público y privado (Pérez et al., 2006;

Gaitán, 2009; Ortiz, 2021). En Colombia, por ejemplo, este enfoque ha cobrado relevancia en diversos sectores, entre ellos, el de la salud, donde la rendición de cuentas adquiere un carácter sustantivo por su impacto directo en el bienestar colectivo (Guerrero et al., 2011; Rodríguez, 2016).

2.2. Teorías explicativas del gobierno corporativo

En cuanto a los soportes teóricos del GC, se evidencia que este ha estado marcado por una pluralidad de enfoques. Siendo a la fecha la teoría de agencia el paradigma dominante, el cual plantea que el gobierno corporativo debe diseñar mecanismos para mitigar los conflictos entre propietarios y administradores (Aguilera y Cuervo-Cazurra, 2004; Chen, 2024). Dicho marco ha orientado gran parte de la regulación internacional y las recomendaciones de organismos multilaterales (OECD, 2023).

Sin embargo, a partir de la revisión y análisis documental, se identifica que investigaciones más recientes han incorporado la teoría de los *stakeholders* (ver Cuadro 1), la cual propone que la empresa debe responder a una comunidad más amplia de actores: Empleados, usuarios, reguladores y comunidades locales (Freeman y Reed, 1983; Collier y Esteban, 2007; Jamali et al., 2010). Esta perspectiva es especialmente útil en sectores como el de la salud, donde el interés público prima sobre el retorno económico.

Cuadro 1 Principales teorías del Gobierno Corporativo y su aplicación al sector salud			
Teoría	Enfoque principal	Aplicabilidad en salud	Fuente principal
Agencia	Control y alineación de intereses	Contratos y vigilancia sobre directivos	Aguilera y Cuervo-Cazurra (2004)
Stakeholders	Atención a múltiples grupos de interés	Participación de usuarios, comunidades, empleados	Freeman y Reed (1983)
Institucional	Influencia del entorno	Presiones normativas y culturales	Moon et al. (2010)
Gobernanza organizacional	Interacción de estructuras, normas y valores	Adaptabilidad y legitimidad organizacional	Braithwaite y Travaglia (2008)

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Por otra parte, también se encuentra la teoría institucional, la cual enfatiza en la influencia del entorno normativo, cultural y político sobre las prácticas organizacionales, subrayando que la adopción del GC muchas veces responde a presiones de legitimación más que a convicciones internas (Moon et al., 2010). De esta forma, la implementación del GC puede adquirir un carácter ceremonial en contextos donde las capacidades institucionales son débiles o los incentivos están distorsionados (Gaitán, 2009; Flórez-Parra et al., 2017).

Finalmente, desde la gobernanza organizacional, se ha propuesto un enfoque sistémico que destaca la interacción entre los órganos de dirección, los marcos regulatorios y la cultura institucional, proponiendo estructuras flexibles, participativas y adaptadas a las especificidades sectoriales (Braithwaite y Travaglia, 2008; Chen, 2024).

2.3. Principios del gobierno corporativo

Los principios del GC han sido sistematizados por organismos como la OCDE y el Banco Mundial, y adaptados por diversos códigos de buenas prácticas, entre ellos el Código País en Colombia (Superintendencia Financiera de Colombia, 2014). Estos principios incluyen:

- a. Transparencia, como garantía del acceso oportuno y veraz a la información organizacional (Lagos y Vecino, 2011).
- b. Rendición de cuentas, que exige

que los órganos de gobierno asuman responsabilidad por sus decisiones (Appiah et al., 2017).

c. Equidad, entendida como el trato justo a todos los grupos de interés (Jamali et al., 2010).

d. Responsabilidad corporativa, que implica la adopción de criterios éticos en la gestión y la toma de decisiones (García, 2019).

e. Participación informada, que fortalece la legitimidad de las decisiones organizativas (Gaitán, 2009).

Estos principios, aunque universales, requieren ser contextualizados a las realidades institucionales del país y del sector específico, dado que su efectividad depende de su coherencia con las prácticas reales de gestión (Guerrero et al., 2015; Flórez-Parra et al., 2017).

2.4. Implementación en el sector salud en Colombia

En el caso colombiano, de acuerdo con la literatura consultada, la cual es escasa, la introducción de prácticas de GC, por ejemplo, en las IPS ha estado marcada por la heterogeneidad jurídica y organizacional del sector (Maya, 2011). En cuanto a las entidades prestadoras de servicios de salud, estas operan bajo diversas formas societarias (ver Cuadro 2): Desde sociedades anónimas hasta fundaciones y empresas sociales del Estado, lo que dificulta una aplicación homogénea de los principios del GC (Rodríguez, 2016).

Cuadro 2
Factores que dificultan la implementación del GC en el sector salud en Colombia

Factor	Descripción	Fuente
Heterogeneidad jurídica	Diversidad de figuras societarias	Maya, (2011)
Cultura organizacional débil	Predominio de lógicas administrativas cerradas	Guerrero et al., (2011)
Baja calidad de información	Escasa transparencia en resultados clínicos	Guerrero et al., (2015)
Falta de órganos especializados	Ausencia de comités de control y evaluación	Jervis et al., (2019)

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Con respecto a la normatividad, la Superintendencia Nacional de Salud, expidió la Circular Externa 0003 de 2018, la cual estableció la obligatoriedad de contar con un Código de Buen Gobierno en las IPS que cumplen con determinados requisitos establecidos en dicha norma. No obstante, la realidad muestra que su implementación ha sido superficial, sin cambios estructurales en la cultura organizacional.

Por otra parte, experiencias destacadas en EPS, como las de Mutual SER y Coosalud, han mostrado avances importantes al institucionalizar comités de auditoría, fortalecer la evaluación de desempeño y promover la participación ciudadana (Jervis et al., 2019). Ambos son ejemplos paradigmáticos del impacto positivo del Buen Gobierno Corporativo (BGC) en el éxito organizacional (ver Cuadro 3).

Cuadro 3
Buenas prácticas de gobierno corporativo observadas en EPS

Empresa	Prácticas destacadas de BGC	Resultados obtenidos
Coosalud	- Estructura formal de gobernanza	- Superación de intervención estatal
	- Profesionalización de los órganos directivos	- Atracción de inversionistas
	- Transparencia y rendición de cuentas	- Expansión nacional
	- Procesos de selección meritocráticos	- Alta reputación organizacional
Mutual SER	- Formalización de decisiones	- Mejora sostenida de imagen
	- Evaluación de desempeño ligada a encuestas externas	- Alta confianza de proveedores
	- Participación activa de stakeholders	- Desarrollo institucional continuo

Fuente: Elaboración propia, 2025 basados en Jervis et al. (2019).

Coosalud ha logrado consolidarse a nivel nacional gracias al fortalecimiento institucional, la alineación de intereses entre asociados y dirección, así como una estrategia de gobernanza que ha generado confianza entre los grupos de interés. Por su parte, Mutual SER ha formalizado sus procesos internos y construido una cultura organizacional basada en transparencia y meritocracia, logrando mejoras significativas en su imagen, reputación y sostenibilidad (Jervis et al., 2019). Sin embargo, estos casos siguen siendo excepcionales frente a un panorama general dominado por la opacidad, la baja profesionalización directiva y la falta de sistemas efectivos de seguimiento (Guerrero et al., 2015; Appiah et al., 2017).

2.5. Tensiones, beneficios y limitaciones

La adopción del GC en el sector salud colombiano presenta tensiones estructurales.

Por un lado, se promueve la eficiencia gerencial a través de instrumentos como la evaluación por resultados; pero por otro, se enfrenta la realidad de un sistema fragmentado, judicializado y con escasa capacidad regulatoria (Guerrero et al., 2011).

Entre los beneficios identificados se destacan: La mejora en la legitimidad organizacional, el fortalecimiento de la confianza de los usuarios y la capacidad de adaptación en contextos críticos (Jervis et al., 2019), tal como se muestra en el Cuadro 4. Asimismo, el GC permite incorporar valores como la equidad y la dignidad humana en la gestión de servicios sensibles como la salud (García, 2019; Urdaneta et al., 2021). No obstante, las limitaciones persisten, tales como: El débil compromiso directivo, la baja profesionalización de los órganos de gobierno, y el uso simbólico de las prácticas de GC sin transformación real (Denis y McConnell, 2003; Flórez-Parra et al., 2017).

Cuadro 4
Tensiones y beneficios del GC en el sector salud colombiano

Dimensión	Tensiones	Beneficios
Gestión institucional	Falta de capacidad técnica	Mejora en toma de decisiones
Rendición de cuentas	Debilidad de órganos de control	Transparencia y legitimidad organizacional
Participación ciudadana	Escasa cultura de evaluación	Fortalecimiento del vínculo con usuarios

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Con respecto a los hallazgos del presente estudio, derivados del análisis de la literatura seleccionada, nacional e internacional sobre Gobierno Corporativo (GC) en el sector salud, los autores de este trabajo pudieron revelar tensiones estructurales, vacíos normativos y limitaciones institucionales, que condicionan la aplicabilidad efectiva de sus principios en el contexto colombiano.

La discusión que se propone a continuación, de carácter teórico y crítico, interpreta los resultados a la luz de las particularidades del sistema de salud del país, permitiendo comprender factores que obstaculizan o favorecen el fortalecimiento de la gobernanza en IPS y EPS. Ahora bien, es importante anotar, que, si bien se han identificado patrones consistentes en la literatura abordada, es importante subrayar la urgencia de avanzar en investigaciones empíricas que amplíen y validen los planteamientos que a continuación se discuten.

Uno de los principales retos al abordar el Gobierno Corporativo (GC) radica en evitar su reducción a un mero conjunto de herramientas técnicas. Su verdadera naturaleza es, en esencia, institucional y relacional, lo que implica que su aplicación no puede ser homogénea ni descontextualizada. Requiere, más bien, una lectura atenta de los marcos legales, los patrones culturales y las trayectorias organizacionales particulares en las que se inserta (Aguilera y Jackson, 2003; Aguilera et al., 2008; Borisova et al., 2012; Brandão et al., 2013; Brown, 2019; Chen, 2024).

En Colombia, la diversidad jurídica del sector salud (ESE, cooperativas, fundaciones, entre otras) ha propiciado una

implementación fragmentada de las prácticas de GC, dificultando su aplicación uniforme y generando dinámicas simbólicas más que transformadoras (Aguilera y Cuervo-Cazurra, 2004; Gaitán, 2009; Maya, 2011; Flórez-Parra et al., 2017).

En cuanto al carácter formalista del GC, los trabajos analizados muestran que organizaciones del sector tienden a una aplicación mimética del GC, centrada principalmente en el cumplimiento superficial más que en una transformación cultural o estructural significativa (Aguilera y Cuervo-Cazurra, 2004; Eeckloo et al., 2004; Aguilera et al., 2008; Jha y Epstein, 2010; Rodríguez, 2016; Flórez-Parra et al., 2017). Esta situación se agrava con la debilidad de los órganos de gobierno, que carecen de independencia, diversidad o capacidades estratégicas, lo que impide el control efectivo de la gestión y dificulta la implementación de políticas sostenibles (Ho, 2005; Lagos y Vecino, 2011; Papachristou y Papachristou, 2014; Appiah et al., 2017).

Adicionalmente, la preeminencia de la teoría de agencia en la regulación del GC ha promovido esquemas centrados en el control de directivos (Weiner y Alexander, 1993; Aguilera y Cuervo-Cazurra, 2004; Rake y Grayson, 2009; Young y Thyil, 2013; Pirozek et al., 2015; King-Domínguez et al., 2019; Correa et al., 2020; Torres-Cano y Correa-Mejía, 2021; Van der Baaren et al., 2025; Prestedge et al., 2025), dejando de lado modelos más integradores como la teoría de los *stakeholders*, la cual resulta más adecuada para un sector que involucra múltiples actores con intereses legítimos (Freeman y Reed, 1983; Collier y Esteban, 2007; Moon et al.,

2010; Jamali et al., 2010; Freire y Repullo, 2011; Torres y Arango, 2019).

A esta compleja situación del sector, se suma, sistemas de información débiles, limitada transparencia institucional y baja participación de los grupos de interés, hechos que agravan las falencias del GC en el sector salud colombiano (Papachristou y Papachristou, 2014; Guerrero et al., 2015; Appiah et al., 2017). Estas limitaciones impiden la rendición de cuentas efectiva y consolidan una cultura organizacional opaca (Smith et al., 2006; Spitzack y Hansen, 2010; Mason y Simmons, 2014; Guerrero et al., 2015; OCDE, 2023). Sin embargo, no todo es oscuridad, experiencias internacionales, como el caso griego, muestran que, con estructuras de vigilancia sólidas, los códigos de gobernanza pueden traducirse en mejoras reales en gestión y comunicación (Papachristou y Papachristou, 2014).

A pesar de este escenario crítico, un aspecto que suele quedar relegado en los análisis tradicionales es la dimensión ética del gobierno corporativo, frecuentemente subestimado en la literatura. De allí la importancia de resaltar el papel que juega la ética organizacional en la consolidación de prácticas de buen gobierno. Es fundamental la integración de valores como la equidad, la solidaridad y la dignidad humana en la gestión institucional, son aspectos que resultan indispensable en sectores que afectan de forma directa la vida de las personas, como la salud (Barret, 2002; Collier y Esteban, 2007; García, 2019; Urdaneta et al., 2021). Esto exige no solo reglas, sino también una transformación de las prácticas cotidianas y de los hábitos institucionales.

Derivado del análisis realizado, los autores, en línea con las ideas planteadas por Aguilera et al. (2008), creen que las prácticas de GC deben ser adaptativas y considerar las contingencias institucionales y culturales de cada organización. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente en países en desarrollo, donde el diseño de marcos de GC no puede seguir modelos universales, sino que debe atender a la informalidad, los recursos limitados y la necesidad de institucionalizar la

ética como principio estructurante (Collier y Esteban, 2007; García, 2019).

Bajo este enfoque, el GC debe dejar de ser concebido como un cumplimiento normativo y asumirse como una estrategia para restaurar la confianza pública, mejorar la calidad institucional y fortalecer el compromiso con el derecho a la salud. La transición hacia una cultura de gobernanza auténtica demanda liderazgo ético, profesionalización directiva, articulación con actores sociales y una comprensión profunda de los contextos locales (Lagos y Vecino, 2011; García, 2019; Torres y Arango, 2019).

Como línea propositiva, se plantea avanzar hacia la construcción de principios adaptativos de gobierno corporativo para el sector salud en países en desarrollo, tales como:

a. Flexibilidad normativa contextualizada: Adaptar las guías internacionales a la realidad jurídica y operativa local.

b. Participación efectiva y vinculante de *stakeholders*: Fortalecer la voz de pacientes, comunidades y trabajadores en la toma de decisiones.

c. Transparencia proactiva y accesible: Implementar plataformas de datos abiertos sobre gestión y resultados institucionales.

d. Ética institucional como eje transversal: Integrar valores como equidad, justicia y solidaridad en la cultura organizacional.

e. Fortalecimiento del control social: Facilitar mecanismos ciudadanos de veeduría y monitoreo.

Finalmente, las buenas prácticas observadas en entidades como Coosalud, Mutual SER y fundaciones del Quindío, muestran que es posible construir modelos de gobernanza participativos, eficaces y coherentes con los fines públicos de la salud, siempre que exista un compromiso genuino con la mejora continua, la institucionalización del aprendizaje y la consolidación de estructuras inclusivas (Jervis et al., 2019; Torres y Arango, 2019).

Conclusiones

El análisis desarrollado en este estudio sobre el Gobierno Corporativo (GC) en el sector salud colombiano, permite sostener que su implementación va mucho más allá de un asunto normativo o procedimental. En realidad, se trata de un desafío de fondo, profundamente estructural, que involucra dimensiones organizacionales, éticas y políticas.

La revisión de la literatura realizada, leída con mirada crítica, pone en evidencia que en muchos casos la adopción de marcos de GC ha sido más performativa que transformadora. Es decir, se ha quedado en el discurso, sin traducirse en cambios tangibles en la gestión y el funcionamiento cotidiano de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esto deja al descubierto una desconexión preocupante entre lo que se enuncia en términos de gobernanza y lo que realmente ocurre en la práctica institucional.

Los principales hallazgos evidencian que el GC no puede desplegar todo su potencial si no se enraiza en una cultura organizacional sólida, basada en principios de participación, transparencia y rendición de cuentas. Sumado a esto, la fragmentación jurídica del sector, la baja profesionalización de los órganos de gobierno y la escasa inclusión de los grupos de interés en los procesos decisorios obstaculizan su consolidación. Como consecuencia de estas condiciones, se termina reforzando una dinámica institucional centrada en el cumplimiento formal, sin que ello implique un cambio sustantivo en los patrones de gestión.

Sin embargo, no todo fue oscuridad, también fue posible identificar experiencias institucionales que sirven de evidencia empírica para demostrar que es posible articular estructuras de GC coherentes con una gestión responsable, siempre y cuando exista voluntad política, liderazgo ético y una visión transformadora de la función pública. Estos casos deben entenderse no como excepciones afortunadas, sino como referentes para el rediseño del modelo de gobernanza del sector salud, desde una perspectiva adaptativa y centrada en el bien común.

Por último, este estudio permite inferir que el fortalecimiento del GC exige más que lineamientos regulatorios. Requiere una articulación eficaz entre actores públicos y privados, el fortalecimiento de las capacidades institucionales, y un compromiso colectivo con la construcción de confianza y legitimidad. Solo bajo estas condiciones, el GC podrá operar como una arquitectura institucional orientada a garantizar una gestión más transparente, equitativa y eficiente en el sector salud colombiano.

Ahora bien, este trabajo también tiene sus limitaciones. Al tratarse de un estudio teórico y exploratorio, basado en una revisión narrativa de literatura, no fue posible contrastar empíricamente las prácticas reales de gobernanza dentro de las entidades del sector salud en Colombia, lo cual restringe la posibilidad de establecer generalizaciones concluyentes o identificar dinámicas específicas a nivel organizacional. Además, dada la escasez de investigaciones académicas sobre GC en el sector salud de este país, la revisión se basó en un número limitado de estudios aplicados al contexto, lo que refuerza la necesidad de ampliar el cuerpo teórico y empírico disponible.

Sin embargo, a partir de estas limitaciones, emergen múltiples oportunidades para futuras investigaciones, muy pertinentes, como estudios de caso en profundidad que analicen cómo se implementan, o se omiten, los principios del GC en distintas tipologías de organizaciones de este sector (EPS, IPS) considerando factores como su forma jurídica, tamaño, origen del capital y nivel de intervención estatal.

Asimismo, es necesario avanzar en investigaciones mixtas que combinen enfoques cualitativos y cuantitativos para evaluar el impacto real del GC en el desempeño institucional, la calidad de la atención y la legitimidad organizacional. Finalmente, una línea prometedora de investigación radica en explorar la relación entre GC y justicia organizacional en salud, incorporando enfoques críticos que visibilicen las tensiones entre eficiencia, equidad y participación en la toma de decisiones.

Notas

¹ Las EPS son entidades encargadas de administrar el aseguramiento en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Actúan como intermediarias entre el Estado y los usuarios afiliados, recibiendo una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada afiliado, con la cual deben garantizar el acceso a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Su función principal es afiliarse a las personas, recaudar las cotizaciones, organizar la prestación del servicio y contratar a las IPS para que brinden la atención médica. Las EPS pueden ser públicas, privadas o mixtas.

² Las IPS son las instituciones responsables de brindar directamente los servicios de salud a los usuarios, como consultas médicas, cirugías, hospitalización, urgencias, entre otros. Estas pueden ser hospitales, clínicas, centros de salud u otras entidades habilitadas, y operan bajo contrato con las EPS. Las IPS pueden ser también públicas, privadas o mixtas, y se diferencian por su nivel de complejidad y el tipo de servicios que ofrecen (primario, secundario o terciario).

Referencias bibliográficas

- Achiro, L. O., Tauringana, V., y Altaany, M. (2024). Corporate governance and financial performance: The case of English NHS hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 37(7), 896-912. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-02-2024-0061>
- Afriyie, S. O., Kong, Y., Ampimah, B. C., Akuamoah, C. D., Vanderpuije, L. N. O., y Xinlei, Z. (2020). Verifying the impact of corporate governance on hospital performance on HIV and malaria control: A structural equation modelling approach. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(1), 22-35. <https://doi.org/10.1002/hpm.2809>
- Agnihotri, A., y Arora, S. (2021). Study of corporate governance in government hospitals: A case study of the emerging market. *Corporate Governance and Sustainability Review*, 5(1), 8-14. <https://doi.org/10.22495/cgsrv5i1p1>
- Aguilera, R. (2014). Carta al Director. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>
- Aguilera, R. V. (2009). A comparative analysis of corporate governance systems in Latin America: Argentina, Brazil, Chile, Colombia, and Venezuela. In R. W. McGee (Ed.), *Corporate Governance in Developing Economies* (pp. 151-171). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-84833-4_17
- Aguilera, R. V., Filatotchev, I., Gospel, H., y Jackson, G. (2008). An organizational approach to comparative corporate governance: Costs, contingencies, and complementarities. *Organization Science*, 19(3), 475-492. <https://doi.org/10.1287/orsc.1070.0322>
- Aguilera, R. V., y Cuervo-Cazurra, A. (2004). Codes of good governance worldwide: What is the trigger? *Organization Studies*, 25(3), 415-443. <https://doi.org/10.1177/0170840604040669>
- Aguilera, R. V., y Jackson, G. (2003). The cross-national diversity of corporate governance: Dimensions and determinants. *Academy of Management Review*, 28(3), 447-465. <https://doi.org/10.2307/30040732>
- Alonso, J., Medina, D., Arellano, M., y Echeverri, C. (2021). *Evaluación del sistema de salud colombiano: Una revisión en el marco de la Ley Estatutaria en Salud de 2015* [Trabajo de investigación, Universidad EAFIT]. <https://www.anif.com.co/wp-content/uploads/2021/08/anif-doc-final-def.pdf>

- Alta'any, M., Tauringana, V., y Achiro, L. O. (2024). The impact of corporate governance on the cancer waiting time target of the English National Health Service hospitals. *Corporate Governance*, 7(1). <https://doi.org/10.1108/CG-02-2024-0107>
- Appiah, K. O., Moomin, K.-N., Bashiru, J., Drammeh, P. H., y Tuffour, S. (2017). Corporate governance and records management in private and public hospitals in Ghana. *Records Management Journal*, 27(1), 42-56. <https://doi.org/10.1108/RMJ-07-2015-0027>
- Baumeister, R. F., y Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311-320. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Borisova, G., Brockman, P., Salas, J. M., y Zagorchev, A. (2012). Government ownership and corporate governance: Evidence from the EU. *Journal of Banking & Finance*, 36(11), 2917-2934. <https://doi.org/10.1016/j.jbankfin.2012.01.008>
- Braithwaite, J., y Travaglia, J. F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review*, 32(1), 10-22. <https://doi.org/10.1071/AH080010>
- Brandão, C., Rego, G., Duarte, I., y Nunes, R. (2013). Social responsibility: A new paradigm of hospital governance? *Health Care Analysis*, 21(4), 390-402. <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0206-3>
- Brown, A. (2019). Understanding corporate governance of healthcare quality: A comparative case study of eight Australian public hospitals. *BMC Health Services Research*, 19(1), 725. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4593-0>
- Chambers, N. (2012). Healthcare board governance. *Journal of Health Organization and Management*, 26(1), 6-14. <https://doi.org/10.1108/14777261211211133>
- Chen, X. Y. (2024). A literature review of corporate governance. *Edelweiss Applied Science and Technology*, 8(6), 8945-8949. <https://doi.org/10.55214/25768484.v8i6.3916>
- Circular Externa No. 0003 de 2018 [Superintendencia Nacional de Salud]. Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales - Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos CI Y C2. 24 de mayo de 2018.
- Collier, J., y Esteban, R. (2007). Corporate social responsibility and employee commitment. *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 16(1), 19-33. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8608.2006.00466.x>
- Correa, D. A., Quintero, J. D., Gómez, S., y Castro, C. M. (2020). El gobierno corporativo, un pilar indispensable para el desempeño financiero. *Universidad & Empresa*, 22(38), 40-64. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/empresa/a.6975>
- De Leeuw, E. (2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annual Review of Public Health*, 38, 329-349. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044309>
- Demirag, I., Sudarsanam, S., y Wright, M. (2000). Corporate governance: Overview and research agenda. *British Accounting Review*, 32(4), 341-354. <https://doi.org/10.1006/bare.2000.0146>
- Denis, D. K., y McConnell, J. J. (2003). International corporate governance.

- Journal of Financial and Quantitative Analysis*, 38(1), 1-36. <https://doi.org/10.2307/4126762>
- Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., y Vleugels, A. (2004). From corporate governance to hospital governance: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.07.009>
- Flórez-Parra, J. M., López-Pérez, M. V., y López-Hernández, A. M. (2017). Corporate governance in Colombian universities. *International Review of Administrative Sciences*, 85(3), 544-565. <https://doi.org/10.1177/0020852317707331>
- Freeman, R. E., y Reed, D. L. (1983). Stockholders and stakeholders: A new perspective on corporate governance. *California Management Review*, 25(3), 88-106. <https://doi.org/10.2307/41165018>
- Freire, J.-M., y Repullo, J. R. (2011). El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: Ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2733-2742. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/12.pdf>
- Gaitán, S. C. (2009). Gobierno corporativo en Colombia: Tendencias actuales. *AD-Minister*, (15), 137-153. <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/administer/article/view/207>
- García, L. (2019). *Gobierno Corporativo. ¿La aplicación de prácticas en las EPS tiene relación con el manejo de los recursos de salud?* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76792/TrabajoGrado-%20LG%20VersionAprobada.pdf?sequence=1>
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(S-2), s144-s155. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5036>
- Guerrero, R., Pinzón, D. A., y Rojas, A. F. (2015). Presente y futuro del gobierno corporativo en el sector salud en Colombia. *Monitor Estratégico. Superintendencia Nacional de Salud*, (7), 61-65. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/1A/SSA/presente-futuro-gobierno-corporativo-colombia.pdf>
- Ho, C.-K. (2005). Corporate governance and corporate competitiveness: An international analysis. *Corporate Governance: An International Review*, 13(2), 211-253. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8683.2005.00419.x>
- Jamali, D., Hallal, M., y Abdallah, H. (2010). Corporate governance and corporate social responsibility: Evidence from the healthcare sector. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 10(5), 590-602. <https://doi.org/10.1108/14720701011085562>
- Jervis, D., Orozco, J., Ortiz, L., Alvis, J., y Beltrán, T. (2019). El gobierno corporativo como factor crítico del éxito empresarial en el sector salud. *Panorama Económico*, 27(3), 734-757. <https://doi.org/10.32997/2463-0470-vol.27-num.3-2019-2591>
- Jha, A., y Epstein, A. (2010). Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs*, 29(1), 182-187. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0297>
- King-Domínguez, A., Llinàs Audet, X., y Améstica Rivas, L. (2019). Gobiernos corporativos en universidades: Un estudio bibliométrico. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXV(1), 111-129. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/27303>

- Lagos, D., y Vecino, C. E. (2013). Medición de la aplicación de prácticas de gobierno corporativo en Colombia. *Tendencias*, XII(2), 230-253. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rtend/article/view/535>
- Mason, C., y Simmons, J. (2014). Embedding corporate social responsibility in corporate governance: A stakeholder systems approach. *Journal of Business Ethics*, 119(1), 77-86. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1615-9>
- Maya, J. M. (2011). Gobierno corporativo en hospitales. *CES Salud Pública*, 2(1), 91-101. https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1453
- Merlano-Porras, C. A., y Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: Una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6093>
- Moon, J., Kang, N., y Gond, J.-P. (2010). Corporate social responsibility and government. In D. Coen, W. Grant y G. Wilson (Eds.), *The Oxford Handbook of Business and Government* (pp. 501-527). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199214273.003.0023>
- O'Dochartaigh, A. (2019). No more fairytales: A quest for alternative narratives of sustainable business. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 32(5), 1384-1413. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-11-2016-2796>
- Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD (2023). *G20/OECD Principles of Corporate Governance 2023*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ed750b30-en>
- Ortiz, K. H. (2021). Sustentabilidad y rendición de cuentas en México. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVII(E-3), 234-248. <https://doi.org/10.31876/rcs.v27i.36506>
- Papachristou, G. K., y Papachristou, M. K. (2014). The worthiness of corporate governance in public sector: The case of public healthcare sector in Greece. *Corporate Ownership & Control*, 12(1), 490-501. <https://virtusinterpress.org/THE-WORTHINESS-OF-CORPORATE.html>
- Pérez, J. E., Bentacourt, J. D. L. S., y Suárez, P. K. (2006). Descentralización y sistemas de salud en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XII(1). <https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/25309>
- Pirozek, P., Komarkova, L., Leseticky, O., y Hajdikova, T. (2015). Corporate governance in Czech hospitals after the transformation. *Health Policy*, 119(8), 1086-1095. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.05.002>
- Prestedge, J., Kaufman, C., y Williamson, D. A. (2025). Regulation and governance for the implementation and management of point-of-care testing in Australia: A scoping review. *BMC Public Health*, 25, 758. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21894-2>
- Rake, M., y Grayson, D. (2009). Embedding corporate responsibility and sustainability – everybody's business. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 9(4), 395-399. <https://doi.org/10.1108/14720700910984945>
- Rodríguez, C. E. (2016). Gobierno corporativo en instituciones prestadoras de servicios de salud: Aportes de la Acreditación en Salud. *Revista Normas & Calidad*, (108), 6-23. <https://acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Revista-Normas-y-Calidad-108-1.pdf>

- Salazar, B., Quintero, Y. A., Balanta, K., López, O. M., y Andrade, K. V. (2024). Desarrollo del Sistema de Salud Colombiano desde 1950 Hasta el Año 2021. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 4116-4136. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9759
- Smith, M., Mathur, N., y Skelcher, C. (2006). Corporate governance in a collaborative environment: What happens when government, business and civil society work together? *Corporate Governance: An International Review*, 14(3), 159-171. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8683.2006.00496.x>
- Spitzeck, H., y Hansen, E. G. (2010). Stakeholder governance: How stakeholders influence corporate decision making. *Corporate Governance: The international Journal of Business in Society*, 10(4), 378-391. <https://doi.org/10.1108/14720701011069623>
- Superintendencia Financiera de Colombia (2014). *Código de Mejores Prácticas Corporativas - Código País*. Superintendencia Financiera de Colombia. <https://www.superfinanciera.gov.co/loader.php?lSe rvicio=Tools2&lTipo=descargas&lFu ncion=descargar&idFile=1038049>
- Torres, A. G., y Arango, D. (2019). Estado actual de las buenas prácticas de gobierno corporativo en las fundaciones del sector salud en el departamento del Quindío. *Revista Visión Contable*, (19), 147-181. <https://doi.org/10.24142/rvc.n19a7>
- Torres-Cano, S. M., y Correa-Mejía, D. A. (2021). Impacto del gobierno corporativo en el valor de las empresas latinoamericanas: Evidencia desde el MILA. *Suma de Negocios*, 12(26), 73-82. <https://doi.org/10.14349/sumneg/2021.V12.N26.A8>
- Tranfield, D., Denyer, D., y Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of Management*, 14(3), 207-222. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00375>
- Urdaneta, G. A., Ríos, D. E., y Terán, V. A. (2021). Gestión humanizada de servicios hospitalarios: Percepción de los actores responsables del servicio en Colombia. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVII(E-4), 534-547. <https://doi.org/10.31876/rcs.v27i.37027>
- Van der Baaren, L. M., Gifford, R. E., Van der Baan, N. A., Sosef, M. N., Blaauw, J. H., Bennink, R. J., y Heyligers, I. C. (2025). An exploration of governance in teaching hospitals in the Netherlands focused on educational objectives. *BMC Medical Education*, 25, 88. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06680-3>
- Weiner, B. J., y Alexander, J. A. (1993). Corporate and philanthropic models of hospital governance: A taxonomic evaluation. *Health Services Research*, 28(3), 325-356. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8344823/>
- Young, S., y Thyil, V. (2014). Corporate social responsibility and corporate governance: Role of context in international settings. *Journal of Business Ethics*, 122, 1-24. <https://doi.org/10.1007/s10551-013-1745-8>