

# **Gestión financiera y sostenibilidad del sector salud en Colombia: una Revisión**

Sandra Milena Rosero Salgado

Asesor

Yocner Edilson Quenán

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Administración en Salud

2026

## Resumen

El presente trabajo realiza un análisis documental sobre la gestión financiera y la sostenibilidad en el sector salud, a partir de una revisión bibliográfica, usando herramientas de bibliometría. El problema identificado se relaciona con la creciente presión financiera que enfrentan los sistemas de salud públicos y privados en América Latina y otras regiones, debido al incremento en los costos de atención, la limitada asignación de recursos y los desafíos para garantizar calidad y equidad. El estudio tuvo como objetivo examinar los modelos, estrategias y factores que impactan en la sostenibilidad financiera, con un enfoque en clínicas y hospitales realizando un comparativo de contextos como Colombia, México, Argentina, Perú, Brasil, Chile y algunos países asiáticos y europeos. La metodología consistió en una revisión sistemática de literatura mediante el análisis de artículos científicos, tesis, informes gubernamentales, documentos institucionales y estudios de casos. Entre los hallazgos más relevantes se destacan propuestas orientadas a mejorar la eficiencia operativa, la optimización del uso de recursos, la implementación de herramientas de gestión como el cuadro de mando integral, presupuestación por resultados y la incorporación de tecnologías costo efectivas. Asimismo, se evidencian desafíos comunes relacionados con la financiación, la modernización de procesos y la necesidad de modelos de atención sostenibles. En síntesis, el análisis muestra que la sostenibilidad financiera en salud depende de una combinación de gestión eficiente, uso estratégico de la tecnología, fortalecimiento institucional y decisiones basadas en evidencia, lo cual resulta indispensable para garantizar la viabilidad de los sistemas de salud y la adecuada prestación de servicios a la población.

**Palabras clave:** sostenibilidad financiera, gestión hospitalaria, eficiencia operativa, sistema de salud, revisión documental.

### **Abstract**

The present work performs a documentary analysis on financial management and sustainability in the health sector, based on a bibliographic review, using bibliometric tools. The identified problem relates to the growing financial pressure faced by public and private health systems in Latin America and other regions, owing to rising care costs, limited resource allocation, and challenges in ensuring quality and equity. The study aimed to examine models, strategies and factors that impact financial sustainability, with a focus on clinics and hospitals by comparing contexts such as Colombia, Mexico, Argentina, Peru, Brazil, Chile and some Asian and European countries. The methodology consisted of a systematic review of literature by analyzing scientific articles, theses, government reports, institutional documents and case studies. Among the most relevant findings are proposals aimed at improving operational efficiency, optimizing resource use, and implementing management tools such as the balanced scorecard. budgeting for results and incorporating cost-effective technologies. There are also common challenges related to financing, process modernization and the need for sustainable care models. In short, the analysis shows that financial sustainability in health depends on a combination of efficient management, strategic use of technology, institutional strengthening, and evidence-based decisions. which is essential to ensure the viability of health systems and adequate provision of services to the population.

**Keywords:** financial sustainability; hospital management; operational efficiency; health system; literature review.

## Tabla de contenido

Introducción .....	8
Planteamiento del problema.....	10
Pregunta de Investigación.....	13
Justificación .....	14
Objetivos.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos .....	17
Marco referencial .....	18
Marco Teórico.....	18
Marco conceptual.....	25
Marco Teórico y Conceptual en el Sector Salud .....	25
Marco de Antecedentes / Estado del Arte.....	31
Metodología .....	32
Tipo de estudio.....	33
Diseño metodológico .....	34
Procedimiento .....	35
Búsqueda de información .....	35
Organización de la información.....	35
Población y muestra.....	36
Técnicas e instrumentos.....	37
Resultados y análisis.....	38

Identificación de los principales desafíos financieros que enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud en el contexto del sistema de salud colombiano.....	41
Desafíos financieros del sistema de Salud Colombiano .....	42
Propuesta y recomendaciones .....	46
Descripción de estrategias de gestión financiera implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de Salud para enfrentar problemas de liquidez, endeudamiento y sostenibilidad .....	46
Implementación del Cuadro de Mando Integral (CMI) .....	46
Presupuesto por resultados.....	49
Transformación digital y tecnologías costo efectivas .....	51
Pago Global Prospectivo (PGP).....	54
Recomendación para mejorar la gestión financiera de las instituciones prestadoras de servicios de Salud desde un enfoque sostenible y replicable en el contexto nacional.....	54
Conclusiones .....	59
Recomendaciones .....	60
Referencias.....	61

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1</b> <i>Proceso de selección de artículos</i> .....	40
---	----

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> <i>Seguimiento a la producción bibliográfica.</i> .....	38
<b>Figura 2</b> <i>Seguimiento a artículos según número de citas.</i> .....	39

## Introducción

La sostenibilidad financiera en el sistema de salud es un desafío prioritario para los gobiernos, instituciones hospitalarias y gestores públicos en América Latina y el mundo. En un contexto donde el aumento de los costos, el envejecimiento poblacional, el avance tecnológico y la demanda creciente de servicios impactan directamente los recursos disponibles, se hace indispensable fortalecer las capacidades de gestión financiera como condición fundamental para garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud.

La sostenibilidad del sistema de salud depende, en gran medida, de la capacidad financiera que tengan las instituciones para administrar adecuadamente sus ingresos, costos y obligaciones. En contextos donde los márgenes operativos son estrechos y los ciclos de pago presentan alta incertidumbre, los hospitales deben fortalecer su estructura de capital de trabajo, implementar sistemas de costeo modernos y adoptar herramientas de planeación financiera que permitan anticipar riesgos. Esto coincide con lo planteado por Pink, McKillop y Schraa (2020) quienes resaltan que la gestión financiera eficaz es un determinante directo de la calidad y continuidad del servicio, pues condiciona la disponibilidad de insumos, talento humano y tecnología. Desde esta perspectiva, el análisis financiero no solo tiene implicaciones contables, sino que se convierte en un elemento estratégico para garantizar la sostenibilidad operativa y social de las instituciones de salud.

Diversos estudios han analizado la eficiencia, eficacia y viabilidad de los modelos de financiamiento, tanto en sistemas públicos como privados, evidenciando la evolución y los desafíos de estos esquemas en el contexto colombiano (Espinal-Piedrahita & Restrepo-Zea, 2022). En países como Colombia, se ha evidenciado una tensión constante entre la sostenibilidad económica del sistema y la garantía del derecho a la salud, fenómeno ampliamente discutido en

estudios jurídicos y de política pública (Ayala Rodríguez, 2017; Escobar Gil, 2025). Esta situación ha motivado la búsqueda de estrategias innovadoras que permitan optimizar la asignación de recursos sin comprometer la atención integral de los usuarios, según lo documentado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2026).

El trabajo se sustenta en una revisión documental de fuentes científicas, institucionales y académicas, tanto nacionales como internacionales, lo que permite abordar de manera sólida el tema de estudio. La metodología empleada corresponde a un enfoque cualitativo, con un diseño retrospectivo y transversal, orientado a sistematizar los hallazgos clave que respaldan los análisis realizados. Es importante aclarar que, aunque en otro apartado pudiera mencionarse un enfoque distinto, la metodología oficial y aplicada en el desarrollo del trabajo es exclusivamente la revisión documental, entendida como el proceso de recolección, selección, análisis e interpretación de información secundaria proveniente de literatura especializada.

## Planteamiento del Problema

A nivel mundial, los sistemas de salud enfrentan una creciente presión financiera derivada de múltiples factores estructurales, entre ellos el envejecimiento poblacional, el aumento sostenido en la demanda de servicios, la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas y la adopción de tecnologías médicas de alto costo. Esta dinámica global también se refleja con particular intensidad en países de ingresos medios como Colombia, cuyo sector salud basado en un modelo de aseguramiento mixto que ha permitido alcanzar una cobertura superior al 95% de la población (OPS, 2023) enfrenta, no obstante, profundos desequilibrios financieros que ponen en riesgo su sostenibilidad.

En Colombia uno de los aspectos más críticos es el déficit estructural acumulado por hospitales públicos y privados, que para 2024 superó los 19,7 billones de pesos, siendo la morosidad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) uno de los principales factores de presión sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (ACHC, 2024). Esta situación ha generado consecuencias como el cierre total o parcial de más de 1.200 instituciones entre 2023 y 2024 (ANDI, 2024), afectando especialmente a usuarios en condiciones de vulnerabilidad.

Otro elemento de la problemática financiera es la estructura del flujo de caja hospitalario. A diferencia de otros sectores económicos, las IPS enfrentan un ciclo financiero prolongado, caracterizado por altos costos fijos, ingresos diferidos y tiempos extensos de recaudo. Según Baker y Baker (2018), el flujo de caja es el indicador más sensible para anticipar cierres o crisis, dado que refleja la capacidad real de una institución para sostener sus operaciones cotidianas. En Colombia, la combinación de glosas, auditorías extensas y retrasos recurrentes en los pagos genera un rezago en la recuperación de cartera que incrementa el riesgo financiero. El déficit de

capital de trabajo limita la compra de insumos esenciales, afecta la disponibilidad de personal y deteriora la capacidad instalada, comprometiendo la calidad y seguridad del paciente.

Desde la perspectiva de la gestión financiera, el problema no radica únicamente en la insuficiencia de recursos, sino también en la ineficiencia administrativa y en la débil capacidad institucional para gestionar de manera estratégica el presupuesto, la facturación y los procesos de cobro. Gaitán-Forero et al. (2019), en su análisis del sector salud público colombiano, identifican fuentes críticas de deficiencia financiera como la falta de control del gasto, inadecuados mecanismos de auditoría interna, ausencia de cuadros de mando integrales y una limitada planificación basada en resultados.

Además, el desajuste entre la financiación y la demanda ha llevado a un deterioro en la calidad, oportunidad y continuidad del servicio. Según Molina et al. (2010), estos problemas generan dilemas éticos que afectan la equidad en la atención, especialmente en contextos donde la lógica financiera entra en conflicto con los derechos fundamentales en salud. La rentabilidad, cuando no está articulada con objetivos sociales, puede contribuir a la exclusión de poblaciones marginadas.

Desde una mirada internacional, los sistemas que han logrado mejores niveles de sostenibilidad financiera, como los de Suiza o Reino Unido, han implementado modelos de gobernanza integrados, con mecanismos de regulación, control de gasto y alineación de recursos con resultados en salud (Mohajer-Bastami et al., 2025). En contraste, el modelo Colombiano carece de herramientas efectivas para evaluar el desempeño financiero de las IPS de forma sistemática y comparativa, lo que limita la posibilidad de aplicar correctivos oportunos.

Por otra parte, herramientas modernas de gestión como el Cuadro de Mando Integral (CMI) han demostrado su eficacia en instituciones de salud para monitorear variables financieras

y clínicas en tiempo real documentan cómo la implementación del CMI en el sector salud permite alinear objetivos estratégicos con indicadores de desempeño, favoreciendo una administración más transparente y orientada a resultados (Leyton et al., 2015).

No obstante, en Colombia su uso aún es limitado y, en muchos casos, se reduce a iniciativas aisladas sin continuidad institucional. Adicionalmente, como señalan Villa Payares y Zárate Sanjuan (2024), la formación en competencias financieras dentro del personal directivo del sector salud sigue siendo insuficiente, lo que impide una comprensión holística de los estados financieros y de su impacto en la sostenibilidad de la atención.

En este sentido, el presente trabajo se desarrolla a partir del reconocimiento de una brecha significativa entre la teoría financiera hospitalaria y la realidad operativa de los centros de salud en Colombia. Esta situación compromete la sostenibilidad del sistema y la garantía del derecho a la salud, por lo que se hace necesario un análisis riguroso que permita comprender las dinámicas financieras que inciden en el desempeño de las instituciones prestadoras de servicios de salud. A partir de este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación:

### **Pregunta de Investigación**

¿Cómo influye la gestión financiera en la sostenibilidad económica y operativa de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia?

## Justificación

La gestión financiera en el sector salud Colombiano como eje central de esta monografía se debe a la necesidad de abordar uno de los desafíos más que enfrenta el sistema de salud nacional: su sostenibilidad financiera. En un contexto caracterizado por desequilibrios estructurales, limitaciones en la cobertura, inequidades en el acceso, deficiencias en la calidad del servicio y una creciente presión fiscal, se debe revisar cómo la gestión eficiente de los recursos puede contribuir a garantizar el derecho a la salud de manera equitativa y sostenible (Núñez et al., 2012), adicional se evidencia que las problemáticas financieras del sistema de salud en Colombia no son coyunturales, sino estructurales. En este sentido, la gestión financiera no debe entenderse como una función técnica, sino como un instrumento clave de gobernanza para la sostenibilidad institucional y la garantía efectiva del acceso a servicios de salud de calidad (Gaitán-Forero et al., 2019; ANDI, 2024).

Desde el enfoque financiero, la sostenibilidad del sistema requiere que las instituciones adopten herramientas avanzadas de gestión del riesgo. La literatura sobre administración hospitalaria enfatiza la importancia de modelos como el costeo basado en actividades (ABC), la presupuestación flexible y el análisis de punto de equilibrio para soportar decisiones estratégicas (Gapenski & Pink, 2015). Estas metodologías permiten identificar servicios deficitarios, optimizar la estructura de costos y priorizar inversiones según su impacto clínico y financiero. Incorporar estas herramientas resultan esencial en un sector donde las decisiones de asignación de recursos tienen efectos directos sobre el acceso y la calidad del servicio.

Este trabajo busca profundizar desde la revisión teórica los instrumentos contemporáneos de administración financiera, como el Cuadro de Mando Integral, la presupuestación por resultados y el uso de tecnologías costo efectivas, que han demostrado ser eficaces en mejorar el

control presupuestal, optimizando los procesos clínicos y elevando los estándares de calidad en instituciones (Gaitán et al., 2019).

Lo anterior reviste interés, puesto que en el sistema de salud Colombiano coexisten actores públicos y privados, y desde su última regulación legal (ley 100 de 1993 y sus modificaciones) han venido presentando presiones por lograr rentabilidad, generando posibles conflictos con el mandato constitucional del derecho a la salud, como un servicio público. Este estudio permitirá analizar desde la literatura cómo las decisiones financieras probablemente impactan no solo en la eficiencia operativa, sino también en los derechos fundamentales de la población. Además, el presente trabajo no sólo busca describir los modelos internacionales de financiación en salud, como el sistema Beveridge del Reino Unido y el modelo Bismarck adaptado en Suiza, sino también analizar experiencias exitosas de planificación financiera en países latinoamericanos que han implementado estrategias orientadas a la eficiencia y sostenibilidad (Marinho et al., 2025).

Del mismo modo, al revisar los diferentes estudios sobre esta temática, se podrá identificar elementos replicables en el contexto colombiano, considerando las particularidades del sistema mixto y los retos estructurales que enfrenta, como la fragmentación, la morosidad y la presión fiscal. De esta manera, se pretende generar recomendaciones orientadas a mejorar la asignación de recursos, optimizar procesos clínicos y garantizar el acceso equitativo y sostenible a servicios de salud de calidad, contribuyendo al cumplimiento del derecho fundamental a la salud (Marinho et al., 2025)

El desarrollo de esta monografía, permitirá un abordaje de los problemas estructurales que afectan la sostenibilidad financiera del sistema de salud Colombiano, porque según el informe de Auditoría de Desempeño 2023-2024 de la Contraloría General de la República de

Colombia, evidencia deficiencias significativas en la administración de los recursos públicos destinados a la salud, incluyendo riesgos de corrupción, falta de control en la ejecución presupuestal y prácticas que comprometen la eficiencia del gasto. Estos hallazgos reflejan que la problemática no es coyuntural, sino estructural, lo que pone en riesgo la garantía del derecho fundamental a la salud (Contraloría General de la República 2020- 2024).

Por su parte, la indagación iniciada por la Procuraduría General contra varias EPS por presuntas irregularidades en la destinación de recursos confirma la existencia de fallas en la gobernanza financiera del sistema. Estas irregularidades no solo afectan la transparencia, sino que también repercuten en la calidad y oportunidad de los servicios prestados a los usuarios, generando inequidades y profundizando la crisis del sector (Contraloría General de la República 2020- 2024).

En estricto orden esta monografía es pertinente porque el sistema de salud de Colombia, desde la academia requiere entre otras cosas de la reflexión teórica sobre cómo la gestión financiera se puede convertir en un factor estratégico para garantizar la sostenibilidad del sistema, para que se pueda conservar, proteger y garantizar el derecho fundamental a la vida, conexo al derecho de la salud.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la gestión financiera en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia garantizando la sostenibilidad del sistema de salud.

### **Objetivos Específicos**

Identificar los principales desafíos financieros que enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud en el contexto del sistema de salud Colombiano.

Describir estrategias de gestión financiera implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud para enfrentar problemas de liquidez, endeudamiento y sostenibilidad y acceso a los servicios de salud.

Proponer recomendaciones para mejorar la gestión financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud desde un enfoque sostenible y replicable en el contexto Nacional.

## **Marco Referencial**

El marco referencial constituye el soporte teórico y contextual de una monografía. Su finalidad es demostrar que la investigación no se desarrolla desde cero, sino que se fundamenta en el conocimiento previamente aportado por autores, estudios y teorías relacionadas con el tema seleccionado. A través de este apartado se examinan los conceptos, enfoques y antecedentes más relevantes, lo que permite comprender el problema de estudio dentro de un contexto amplio y fundamentado.

### **Marco Teórico**

En la actualidad prevalecen entre otras las siguientes teorías: estructura de capital óptima, teoría de la base impositiva, teoría de la información asimétrica, teoría de jerarquía de preferencias o pecking order theory (POT), que fue formalmente propuesta por Myers (1984) y por Myers y Majluf (1984), cimentada en el trabajo preliminar de Donaldson (1961), teoría de los costos de agencia y la teoría de los flujos libres de efectivo.

En los estudios empíricos que soportan las teorías mencionadas, resalta entre otros el estudio realizado por Rajan y Zingales (1995), y el estudio de Wald (1999), estos estudios ofrecieron evidencia empírica para los países G-7. En ellos se analizan algunos factores institucionales de la empresa, como lo son: el tamaño de la firma, la utilidad, la tasa de crecimiento, y el riesgo. Al igual que en el estudio de las teorías financieras, el conocimiento se ha incrementado y evolucionado, sin embargo, no se ha logrado la construcción de un modelo que incluya todos los factores considerados como determinantes de la inversión o estructura de capital, en las investigaciones empíricas, también podemos mencionando entre otras las realizadas por Filbeck y Gorman (2000), Bradley, Gregg, Jarrell y Kim (1994), Camb y Chung (1993), Van el Der (1989), Kester (1986).

La evidencia empírica reciente sugiere que además de los factores específicos de la empresa, los factores macroeconómicos o institucionales de cada país son determinantes importantes de la inversión o estructura de capital. Booth, Aivazian, Demirguc-Kunt, y Maksimovic. (2001), Antoniou, Guney, y Paudyal (2008), Días, Thosiro y Cruz, (2009) y Días y Toshio (2009). Sin embargo, la mayor parte del debate teórico y empírico sobre el financiamiento de las organizaciones ha quedado condicionado, por mercados de capitales bien desarrollados y con una arquitectura financiera bien estructurada, Zingales (2000). Arias, Arias, Pelayo y Cobián (2009), quienes argumentan que es necesario realizar investigación especializada sobre este tema en las empresas mexicanas con la finalidad de lograr un mayor entendimiento sobre sus decisiones de financiamiento, a efecto de diseñar instrumentos financieros adecuados a sus necesidades y que le permitan y faciliten su crecimiento y competitividad internacional.

La gestión financiera en el sector salud ha sido objeto de múltiples análisis en las últimas décadas, dada su relevancia para la sostenibilidad de los diferentes modelos de salud a nivel mundial, por eso Saltman, Rico y Boerma (2006) plantean que la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud está estrechamente relacionada con la eficiencia en el uso de los recursos, la planeación estratégica y la capacidad de adaptación a contextos cambiantes. Asimismo, Porter y Teisberg (2007) destacan la importancia de una gestión basada en el valor, donde los recursos se alineen con los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

En el contexto hospitalario, la literatura enfatiza la necesidad de implementar herramientas como el análisis de costo-efectividad, la contabilidad por centros de costos, y los sistemas de presupuestación por resultados (Kaplan & Norton, 2001). Estas estrategias permiten

optimizar los recursos, mejorar la toma de decisiones y garantizar la sostenibilidad a largo plazo, especialmente en instituciones que enfrentan altos niveles de complejidad y demanda.

Dentro de la economía de la salud, la gestión financiera institucional incluye el análisis conjunto de variables como capital de trabajo, liquidez, endeudamiento, rentabilidad social y eficiencia operativa. Gapenski (2020) señala que los hospitales requieren un equilibrio delicado entre sostenibilidad económica y cumplimiento de su misión asistencial, lo cual implica mantener ciclos de facturación ágiles, controlar costos variables y garantizar capacidad de inversión en infraestructura y tecnología. El análisis financiero hospitalario incorpora indicadores como días de cartera, rotación de cuentas por pagar, margen operativo, EBITDA hospitalario y costo por caso atendido, todos esenciales para evaluar la viabilidad de mediano plazo.

El modelo de sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) establece seis componentes esenciales para un sistema eficaz, entre ellos la financiación sostenible y la gobernanza. La falta de uno de estos elementos compromete la capacidad del sistema para ofrecer servicios de calidad, equitativos y oportunos.

La sostenibilidad del sector salud ha emergido como una de las preocupaciones más relevantes en la gestión pública y privada, especialmente en contextos donde la presión financiera compromete la continuidad de los servicios. En esta línea, la presupuestación por resultados se ha consolidado como una estrategia clave para fortalecer el control institucional, ya que permite evaluar el impacto real de las decisiones presupuestales sobre los resultados clínicos y la calidad de la atención. Este enfoque busca pasar de una asignación tradicional basada únicamente en insumos hacia una lógica centrada en el valor generado por cada inversión.

En el caso colombiano, esta discusión se vuelve urgente ante niveles de morosidad superiores al 50% por parte de las EPS (ACHC, 2024), fenómeno que afecta drásticamente la liquidez de los hospitales y clínicas. La necesidad de implementar mecanismos que prioricen el retorno sobre la inversión social, por encima de intereses puramente financieros de corto plazo, se convierte así en una prioridad estratégica para la sostenibilidad del sistema (Gutiérrez Yucra, 2023; Trejo Minaya & Peñalver, 2025)

Diversos estudios coinciden en que uno de los factores más determinantes en la estabilidad financiera del sector salud es el adecuado manejo del flujo de caja, entendido como la capacidad de una institución para gestionar de forma eficaz los movimientos de ingresos y egresos necesarios para cubrir sus obligaciones y operaciones. Un flujo de caja saludable depende de proyecciones realistas, un control efectivo de pagos, una gestión responsable del endeudamiento y la capacidad de recaudar de manera oportuna los recursos facturados. (Billize, 2024; Faster Capital, 2025)

De este análisis se desprende la importancia de abordar los déficits acumulados, que corresponden a los saldos negativos generados cuando, durante periodos prolongados, los gastos superan los ingresos reales. En el ámbito hospitalario, estos déficits se originan en factores estructurales como la cartera morosa, la subfinanciación de servicios, los costos fijos elevados y las ineficiencias en la operación. La acumulación de déficits compromete seriamente la capacidad de inversión, deteriora la infraestructura, limita la contratación de personal y, en casos críticos, conduce al cierre total o parcial de instituciones. (ACHC, 2025)

Gaitán-Forero et al. (2019) identifican entre las principales fuentes de deficiencia financiera la inadecuada gestión de liquidez, que se manifiesta en la imposibilidad de cumplir obligaciones de corto plazo por falta de recursos disponibles; la baja capacidad de facturación

oportuna, asociada con procesos manuales, errores de codificación, falta de personal especializado o sistemas desactualizados; y la ausencia de mecanismos eficientes de cobro, que se traduce en una limitada capacidad para recuperar la cartera, realizar conciliaciones con EPS o ejercer acciones legales cuando es necesario. Estos elementos combinados han contribuido al cierre de más de 1.200 clínicas y hospitales en Colombia entre 2023 y 2024 (ANDI, 2024), lo que evidencia la magnitud y profundidad de la crisis.

Además del deterioro financiero, la literatura reciente señala otras dinámicas que agravan la situación del sistema: la sobredemanda inducida por fallas en la atención primaria, los altos niveles de glosas injustificadas, la fragmentación del sistema, la insuficiente actualización de la UPC frente a los costos reales y las inequidades territoriales. Todo ello configura un escenario en el que la sostenibilidad no depende únicamente de la disponibilidad de recursos, sino también de la eficiencia y la gobernanza institucional.

El análisis ético también ha cobrado relevancia. Molina et al. (2010), mediante una aproximación cualitativa, exploran los dilemas entre sostenibilidad financiera y derechos constitucionales en salud. Los autores advierten que la presión por alcanzar rentabilidad, entendida no solo como generación de excedentes económicos, sino como la capacidad de mantener la viabilidad financiera de las instituciones, puede entrar en conflicto con el principio de equidad en el acceso, especialmente para poblaciones vulnerables. Este dilema es particularmente relevante en sistemas de aseguramiento mixto como el colombiano, donde interactúan intereses públicos y privados que, en ocasiones, operan bajo incentivos divergentes.

Desde una perspectiva internacional, los estudios comparativos aportan valiosas referencias. Mohajer-Bastami et al. (2025) analizan los modelos de financiación del Reino Unido y Suiza, representativos de dos enfoques opuestos. El modelo Beveridge del Reino Unido se

financia principalmente con impuestos y se caracteriza por una provisión pública de servicios a través del NHS, evaluado por indicadores de calidad, eficiencia y tiempos de espera. En contraste, el modelo Bismarck regulado de Suiza se fundamenta en seguros obligatorios administrados por aseguradoras privadas reguladas, con competencia entre prestadores públicos y privados; su evaluación se centra en la sostenibilidad financiera de las aseguradoras, la satisfacción de los usuarios y los resultados clínicos. Ambos modelos presentan fortalezas, pero también desafíos, como la presión fiscal en el caso británico y los elevados costos de las primas en el sistema suizo. (Mohajer-Bastami et al., 2025).

A nivel operativo, la tecnología emerge como un factor decisivo para mejorar la eficiencia. Plataformas de telemedicina, historia clínica electrónica y sistemas integrados de información han demostrado ser herramientas costo-efectivas para optimizar procesos, reducir duplicidad de servicios y disminuir los tiempos de atención (Leyton et al., 2015). La inversión en tecnologías apropiadas contribuye no sólo al control financiero, sino también a una mejor experiencia del paciente y a una mayor calidad en los diagnósticos y tratamientos.

Otra categoría clave es la formación del talento humano en competencias financieras, la cual tiene su origen en la gestión financiera aplicada y abarca áreas como contabilidad, análisis financiero, evaluación económica, gestión de costos y planeación presupuestal. Villa Payares y Zárate Sanjuan (2024) subrayan que muchos de los problemas de sostenibilidad no provienen exclusivamente de la falta de recursos, sino de la insuficiente preparación gerencial para administrarlos de forma eficiente. En un sector donde los directivos suelen provenir de disciplinas asistenciales, la ausencia de formación financiera limita la toma de decisiones basadas en datos. (Leyton et al., 2015).

La revisión de experiencias latinoamericanas muestra avances importantes en países como Brasil, Chile y Perú, donde el fortalecimiento de la planeación presupuestal por resultados y la descentralización del gasto —entendida como la transferencia de autonomía a gobiernos regionales y locales para administrar recursos, planificar inversiones y priorizar necesidades— han permitido mejorar el control financiero en zonas apartadas. En Colombia, persisten retos significativos en la articulación entre niveles de gobierno y en la gestión de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que genera inequidades en el acceso y calidad de los servicios.

En este contexto, la sostenibilidad se concibe como la capacidad del sistema de mantener un equilibrio entre sus dimensiones financiera, operativa y social a lo largo del tiempo. Esto requiere herramientas integrales, gobernanza eficiente, transparencia, voluntad política y decisiones basadas en evidencia. Como señalan Villa Payares y Zárate (2024), una gestión hospitalaria eficiente no solo mejora los indicadores financieros, sino que también garantiza continuidad, calidad y equidad en los servicios de salud.

Finalmente, la gestión financiera debe entenderse dentro de una visión sistémica, como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde la sostenibilidad depende de la interacción entre componentes como la financiación, la prestación de servicios, la fuerza laboral, el sistema de información, los medicamentos y la gobernanza. Cualquier estrategia orientada a mejorar la sostenibilidad debe considerar estas interdependencias, así como las condiciones sociopolíticas y territoriales que configuran el funcionamiento del sistema de salud en su conjunto.

## **Marco Conceptual**

### ***Marco Teórico y Conceptual en el Sector Salud***

En el sector salud la gestión eficiente de las finanzas y el manejo eficiente de recursos tienen un papel preponderante, donde la demanda creciente de servicios y la limitación de fondos o déficit financiero requieren decisiones objetivas (Guevara Castro y Peñalver Higuera, 2025).

En este contexto, conceptos como gestión financiera, sostenibilidad, costo efectividad, calidad en salud y sistema de salud se entrelazan para guiar la toma de decisiones. Estos términos definen las estrategias y objetivos que garantizan que una institución de salud cumpla su misión asistencial sin descuidar su viabilidad económica ni la calidad de la atención en Salud. (Guevara Castro y Peñalver Higuera, 2025).

### **Gestión Financiera en Salud**

La gestión financiera en salud comprende el conjunto de procesos administrativos y técnicos orientados a la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto de una institución. En esencia, implica controlar los flujos de dinero entrantes y salientes para asegurar que el hospital o centro de salud disponga de los recursos necesarios cuando se requieran. Esto abarca la planificación presupuestaria, la negociación de ingresos (por ejemplo, pagos de aseguradoras o del Estado), el registro de egresos (gastos en suministros, salarios, inversiones) y la evaluación continua de la rentabilidad y solvencia. Profesionales en finanzas y administradores de salud diseñan estrategias para maximizar ingresos, reducir costos innecesarios y mantener los libros contables equilibrados. Por ejemplo, una institución puede implementar sistemas de información financiera o herramientas analíticas que permitan anticipar déficits y ajustar el plan operativo. En la práctica, una gestión financiera sólida es esencial para

la sostenibilidad y el éxito del centro de salud; instituciones como Clínica Mayo lo ejemplifican mediante sistemas rigurosos de análisis de costos, lo que les ha permitido optimizar recursos sin sacrificar la calidad asistencial. (Castaño Lasaosa, F. M., Castaño Doste, G. M., & Castaño Doste, M. B. (2025).

Además de los procesos de planeación y control presupuestal, la gestión financiera en salud implica administrar adecuadamente el capital de trabajo, entendido como la diferencia entre activos corrientes y pasivos corrientes. Según Nowicki (2018), mantener un capital de trabajo positivo es una condición necesaria para asegurar la continuidad del servicio, ya que permite financiar operaciones diarias, absorber variaciones en la demanda y enfrentar retrasos en los pagos por parte de los aseguradores. Asimismo, los indicadores financieros de liquidez, solvencia y rentabilidad permiten evaluar la estabilidad institucional y anticipar riesgos de cierre, algo especialmente relevante en sistemas con alta morosidad como el colombiano. Ejemplo: En hospitales públicos, donde los ingresos suelen ser asignaciones gubernamentales, la gestión financiera se centra en garantizar el uso eficiente de estos recursos limitados. Esto requiere planificación financiera anticipada (presupuestación por servicios) y controles internos estrictos para evitar desviaciones. En hospitales privados, además, se valora la generación interna de recursos y el retorno de inversión, requiriendo un enfoque financiero que apoye el crecimiento rentable.

### **Sostenibilidad del Sistema de Salud**

La sostenibilidad y gestión financiera en hospitales es fundamental para garantizar la continuidad y calidad de los servicios. Si se realiza una gestión financiera sólida permite planificar ingresos y egresos, controlar los costos y anticipar riesgos de liquidez, evitando

déficits que comprometan la operación. En el contexto hospitalario, la sostenibilidad no depende únicamente del nivel de recursos disponibles, sino de la capacidad gerencial para administrarlos eficientemente mediante herramientas como presupuestación por resultados, análisis de costos y monitoreo de indicadores financieros. Estas prácticas aseguran que las instituciones puedan cumplir su misión social sin sacrificar calidad asistencial, incluso en escenarios de alta presión económica (Iragorri Amaya & Triana Romero, 2023).

### **Costo Efectividad en Salud**

El análisis de costos es una herramienta esencial en la economía de la salud para evaluar la eficiencia en la prestación de servicios. Este enfoque relaciona los costos monetarios con los resultados clínicos, permitiendo determinar la costo-eficiencia de las intervenciones sanitarias. A través de este método, se comparan los gastos asociados a una prestación con sus beneficios medidos en indicadores como reducción de mortalidad, prevención de enfermedades y mejora en la calidad de vida. Estas eficiencias se reflejan principalmente en la prevención, ya que al evitar enfermedades se optimizan los recursos disponibles y se garantiza un uso más racional del presupuesto (Iragorri Amaya & Triana Romero, 2023).

### **Calidad en Salud**

La calidad en los servicios de salud es un concepto integral que mide la efectividad y la atención, esta contribuye a alcanzar los resultados clínicos deseados y se ajusta a estándares de calidad basados en evidencia científica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Abarcando todas las fases del cuidado como son la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y se fundamenta en la mejora continua. La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece criterios para garantizar la calidad en una atención

segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, equitativa e integrada. Estos criterios buscan que los sistemas sanitarios respondan adecuadamente a las necesidades de la población y reduzcan riesgos prevenibles. Para lograrlo, se implementan estrategias como capacitaciones permanentes del personal, la actualización de protocolos y auditorías internas que aseguren estándares elevados de calidad con servicios confiables y eficientes (Carpio-Peralta et al., 2020).

### **Sistema de Salud Colombiano**

El sistema de salud Colombiano enfrenta crecientes desafíos de sostenibilidad financiera debido al alto costo de la atención de enfermedades crónicas y complejas. Este estudio propone modelos de financiamiento sostenible, integrando innovaciones normativas y experiencias internacionales, para mejorar la equidad y la eficiencia en la gestión de enfermedades de alto costo, fundamentándose en teorías de economía de la salud y análisis comparativo de políticas públicas (Lagos et al., 2018; Ortiz & Rojas, 2019).

A través de un enfoque mixto, que combina revisión documental, análisis económico y estudio de casos internacionales, se identifican mecanismos viables para redistribuir el riesgo financiero, fortalecer la regulación estatal y promover esquemas de pago por desempeño. Esta propuesta no solo aporta soluciones concretas al contexto colombiano, sino que también ofrece herramientas analíticas transferibles a otros sistemas de salud en Latinoamérica, marcando una hoja de ruta hacia una mayor sostenibilidad, transparencia y justicia distributiva en la atención de patologías de alto impacto. Para efectos de este estudio, se definen los siguientes conceptos clave:

**Gestión financiera:** conjunto de procesos administrativos y técnicos orientados a la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los recursos financieros de una institución de salud, con el fin de garantizar su sostenibilidad y cumplimiento de objetivos.

**Sostenibilidad:** capacidad de una organización para mantenerse operativa en el tiempo, garantizando el equilibrio entre ingresos y egresos, y cumpliendo con su función social sin comprometer la calidad del servicio.

**Costo efectividad:** relación entre los costos incurridos en una intervención o tratamiento y los resultados obtenidos en términos de salud, usada como herramienta para tomar decisiones racionales sobre el uso de recursos limitados.

**Calidad en salud:** grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados y son consistentes con el conocimiento científico actual.

**Sistema de salud:** conjunto de instituciones, recursos y personas cuya finalidad principal es mejorar la salud de la población mediante la prestación de servicios, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Ley 100 de 1993 en Colombia (Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia) tiene como objetivo garantizar la protección de cada uno de los riesgos que afectan la salud, la capacidad económica y la calidad de vida de los colombianos. Esta se basa principalmente en los principios como eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, tiene los siguientes componentes:

- Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el que busca garantizar el acceso a servicios de salud para toda la población y opera bajo un modelo de aseguramiento mixto (público y privado) mediante EPS (Entidades Promotoras de Salud)

que administran el riesgo y IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) que brindan la atención.

- Sistema General de Pensiones se asegura ingresos para la vejez, invalidez y sobrevivencia.
- Sistema General de Riesgos Laborales es el que protege a los trabajadores frente a accidentes y enfermedades laborales.
- Servicios sociales complementarios es el apoyo a personas en situación de vulnerabilidad.

### **Marco de Antecedentes / Estado del Arte**

El estado del arte sobre gestión financiera hospitalaria muestra que los países con mejores niveles de sostenibilidad han incorporado modelos robustos de costeo, sistemas de pago basados en valor y herramientas de planeación estratégica financiera. En Estados Unidos, Pink et al. (2020) identifican que la adopción de modelos prospectivos de pago y el análisis de márgenes por la línea de servicio han permitido reducir pérdidas estructurales en hospitales públicos. En Europa, Saltman y Figueras (2019) destacan la importancia de mecanismos de evaluación económica y compras centralizadas para mejorar la eficiencia del gasto. En América Latina, estudios recientes de la CEPAL (2025) muestran que los hospitales más sostenibles implementan modelos integrados de gestión financiera, que combinan análisis de costo-efectividad, evaluación de riesgos, presupuestación por programas y monitoreo continuo de indicadores. Esta evidencia internacional coincide en que la sostenibilidad depende más de la capacidad gerencial y financiera que del nivel absoluto de recursos disponibles.

Estos modelos prospectivos de pago como el DRG y la capitación y esquemas basados en (Value-Based Payment, VBP), modelos de financiamiento que vinculan los resultados obtenidos en Salud. En Europa los Países como España, Reino Unido y Alemania manejan los mecanismos de pago prospectivo y compras estratégicas centralizadas para controlar costos y garantizar calidad. En cuanto a América Latina Según la CEPAL (2025), los hospitales más sostenibles en la región han incorporado modelos integrados de gestión financiera, que combinan análisis de costos, efectividad, presupuesto programando monitoreo continuo de indicadores y pagos por capitación, generando así garantizar un flujo de caja efectivo y sostenible, esta implementación la tienen Países como Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. (Saltman, R. B., & Figueras, J. (2019).

## **Metodología**

La presente monografía se desarrolló mediante una revisión documental y bibliográfica, con un enfoque analítico, sustentada en literatura científica, se proyecta como un estudio observacional y analítico, orientado a la revisión sobre la gestión financiera y sostenibilidad del sector salud en Colombia. Se realizó una búsqueda sistemática de información en bases de datos indexadas, tanto en idioma español como en inglés, sin restricción por año de publicación.

Se incluyeron ensayos, revisiones sistemáticas, artículos, textos académicos y guías clínicas que abordan la temática de la gestión financiera y sostenibilidad del sector salud en Colombia. Se utilizaron palabras claves de búsqueda en español e inglés, como: *financiar sustainability in hospitals and health*, sostenibilidad financiera en hospitales y salud.

### **Tipo de Estudio**

La monografía se proyecta como un estudio descriptivo y analítico, ya que busca describir el estado actual de la gestión financiera y sostenibilidad del sector salud en Colombia, teniendo en cuenta conceptos teóricos y la literatura científica disponible. El enfoque metodológico fue de tipo cuantitativo, fundamentado en el análisis de documentos, guías clínicas y literatura científica reciente.

### **Diseño Metodológico**

El presente trabajo se desarrolló bajo un diseño de revisión documental y bibliográfica, con enfoque cuantitativo, descriptivo y analítico. Se recopiló, organizó y analizó información científica y normativa sobre la gestión financiera y sostenibilidad del sector salud en Colombia.

## **Procedimiento**

### ***Búsqueda de Información***

Se consultaron artículos científicos, guías clínicas y documentos técnicos de organismos internacionales como la OMS y la OPS, así como estudios publicados en revistas indexadas y bases de datos como PubMed, SciELO, Scopus, Science Direct y Web of Science.

Criterios de selección: Se incluyeron documentos en español e inglés, sin restricción de fecha, siempre que aportaran información sobre gestión financiera en salud, sostenibilidad del sistema de salud, administración hospitalaria, evaluación económica en salud, indicadores de calidad, planificación financiera y eficiencia en salud. Se excluyeron publicaciones sin respaldo científico o no relacionadas con el tema.

### ***Organización de la Información***

Mediante bibliometría (Morales & Quenan, 2025) en Scopus y Web of Science, se hizo un primer filtro de búsqueda, para seleccionar artículos objeto de la monografía, después según protocolo PRISMA se hizo una clasificación de los artículos, para ello los artículos seleccionados se organizaron en una matriz de Excel que permitió clasificar la información (Quenan y Osorio, 2017).

### **Población y Muestra**

Este estudio no incluyó una población humana directamente. Por tanto, no se aplicaron encuestas, entrevistas ni intervenciones. La unidad de análisis se constituyó por documentos científicos-académicos, seleccionados por su aporte al tema central de la investigación.

### **Técnicas e Instrumentos**

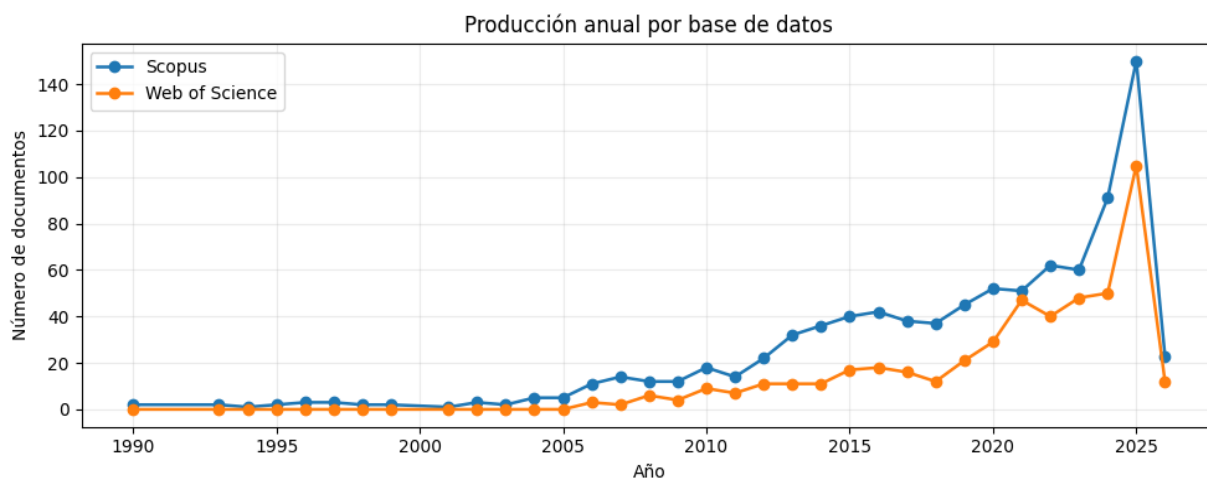
- La técnica principal fue la revisión bibliográfica. Se emplearon herramientas como:
- Bases de datos científicas para la búsqueda de documentos.
- Matriz de Excel para la organización y sistematización de la información.
- Técnicas de análisis de contenido temático, que permitieron identificar patrones, categorías y elementos recurrentes relacionados con la gestión financiera y sostenibilidad del sector salud en Colombia.

## Resultados y Análisis

Se puede observar un crecimiento sostenido desde 2015 hasta el 2024 en la producción científica sobre la temática de esta monografía según los descriptores mencionados en la metodología, se puede observar un aumento a partir del año 2025 según la gráfica 1, de allí la relevancia de la temática para abordar en esta monografía, se observa un mayor volumen en Scopus, probablemente el interés obedece a la crisis financiera a nivel mundial en especial la que enfrentan los sistemas de salud, como lo es el caso de América del Norte y Latinoamérica y en especial Colombia.

### Figura 1

*Seguimiento a la Producción Bibliográfica.*

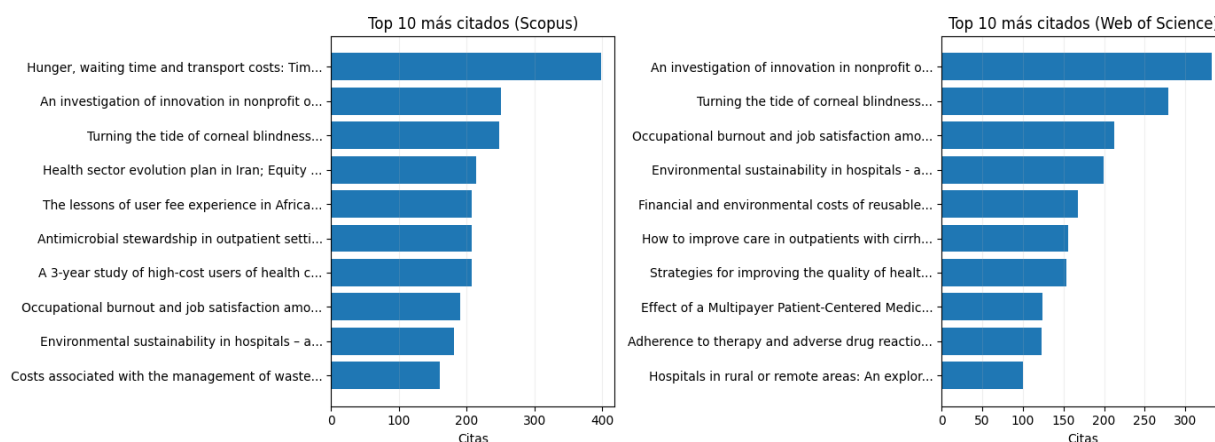


*Nota.* Se observa la distribución y evolución del número de citas recibidas por los artículos analizados. Permite identificar cuáles publicaciones han tenido mayor impacto académico, así como las tendencias de citación a lo largo del tiempo. A través de esta visualización se observa la concentración de artículos con alto, medio y bajo nivel de citas, facilitando el seguimiento del desempeño y la relevancia de la producción científica.

En la bibliometría, se encontró que entre los autores más productivos en ambas bases de datos (WoS y Scopus), están Ferreira, D.C. y McGain, F., con diez documentos cada uno, seguido de Marques, R.C., con 9 trabajos, Patel, M. registró siete documentos y Kimsey, L., Apenteng, B.A. y Opoku, S.T. presentaron seis trabajos cada uno, en los artículos seleccionados para la monografía se destacan a Leyton, que en la bibliometría aparece con un artículo.

## Figura 2

*Seguimiento a Artículos Según Número de Citaciones.*



*Nota.* Se puede observar una muestra el seguimiento del número de citaciones obtenidas por los artículos analizados, permitiendo observar cuáles publicaciones han tenido mayor impacto académico. La visualización organiza los artículos según la cantidad de citaciones recibidas y facilita identificar tendencias, niveles de visibilidad y el comportamiento general de la producción científica.

De acuerdo con la gráfica 2, los documentos más citados en Scopus y Web of Science (WoS) evidenció diferencias en el volumen de citación y en la composición del ranking. En Scopus, el documento con mayor impacto alcanzó 399 citas, mientras que en WoS el máximo

fue de 332 citas, lo cual refleja variaciones en la cobertura editorial y en los sistemas de conteo de citas de cada base.

Según los descriptores planteados en la metodología de la presente monografía se obtuvo un total de 1484 artículos, adicional bajo los parámetros establecidos de bibliometría se pudo establecer número de publicaciones, tendencias, autores y principales artículos relacionados con la temática, posteriormente y de acuerdo con las recomendaciones PRISMA (tabla 1), se seleccionaron 72 artículos, los cuales fueron revisados a profundidad.

**Tabla 1**

*Proceso de Selección de Artículos.*

Etapa PRISMA / Tipo de estudio	PubMed	SciELO	Scopus	Science Direct	Web of Science	Otras	Total
Identificados	12	9	895	3	479	86	1484
Duplicados			362				362
Eliminados por título/resumen	0	0	505	0	438	85	1028
Sin texto completo disponible	0	0	10	0	12	0	22
Artículos seleccionados (analizados)				72			
Reportes de caso	0	0	0	0	0	0	0
Revisiones	0	0	0	0	0	0	7
Editoriales / Ensayos	0	0	0	0	0	0	32

Artículos originales publicados	0	0	0	0	0	0	33
Artículos seleccionados (analizados)							72

*Nota.* Durante la búsqueda inicial se identificaron 1484 artículos provenientes de diversas bases de datos, especialmente Scopus y Web of Science. Posteriormente, se eliminaron 362 registros duplicados y 1028 artículos fueron descartados tras la revisión de título y resumen. Además, 22 documentos no pudieron ser incluidos debido a la ausencia de texto completo. Finalmente, tras aplicar los criterios de selección, se obtuvieron 72 artículos para el análisis final, pertenecientes a diferentes tipos de publicación, incluyendo revisiones, editoriales/ensayos y artículos originales.

Por lo anterior, el estudio permitió identificar hallazgos relevantes que se organizaron de acuerdo con los objetivos específicos de esta monografía, a saber son tres apartados:

### **Identificación de los Principales Desafíos Financieros que Enfrentan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Contexto del Sistema de Salud Colombiano**

Desde la perspectiva financiera, el envejecimiento poblacional implica una reducción progresiva de la base de cotizantes y, simultáneamente, un aumento del gasto per cápita en salud. Panadeiros y Pessino (2018) demostraron que los adultos mayores tienen un costo anual promedio hasta tres veces superior al de los adultos jóvenes, lo que incrementa la presión sobre los sistemas financiados con recursos contributivos. En Colombia, esta relación se agrava por la alta informalidad laboral, que limita el crecimiento de los aportes al régimen contributivo. Así, se configura una ecuación actuarial compleja: menos cotizantes, más demanda de servicios y

mayores costos por cronicidad, lo que amenaza la sostenibilidad financiera del sistema si no se fortalecen los mecanismos de financiación pública y privada.

### ***Desafíos Financieros del Sistema de Salud Colombiano***

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI, con implicaciones directas sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. A nivel mundial, el sector enfrenta una presión estructural del gasto, impulsada por factores como la transición demográfica, la cronicidad y la incorporación de tecnologías de alto costo (OPS, 2018).

Las tendencias globales y regionales, entre 1974 y 2024, la proporción mundial de personas de 65 años o más casi se duplicó, pasando del 5,5 % al 10,3 %, y se proyecta que para 2074 alcanzará el 20,7 % (ONU, 2024). Este fenómeno se explica por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, lo que ha llevado a que más del 60 % de la población mundial viva en países con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer). En América Latina, este envejecimiento se traduce en presiones fiscales crecientes: estudios proyectan que solo por envejecimiento, el gasto público en salud aumentará en promedio 1,8 puntos porcentuales del PIB en los próximos 50 años, pasando del 4,3 % al 6,1 %. Si se suman factores no demográficos como la incorporación tecnológica y la expansión de cobertura, el gasto podría alcanzar el 11 % del PIB, lo que evidencia la necesidad de reformas orientadas a mejorar la eficiencia (Panadeiros & Pessino, 2018).

En Colombia, la población de 65 años y más representa el 9,78 % en 2024 y se proyecta que alcance cerca del 20 % en 2074 (DANE, 2024). Este cambio demográfico incrementa la demanda de servicios crónicos y de alta complejidad, elevando los costos operativos de las IPS.

Existen brechas significativas en el financiamiento público y un alto gasto de bolsillo para la prestación de servicios de salud, lo que afecta directamente la estabilidad financiera de las organizaciones del sector. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda como condición necesaria para garantizar equidad y protección financiera un gasto público en salud equivalente al menos al 6 % del Producto Interno Bruto (PIB) (OPS, 2018). Sin embargo, en América Latina y el Caribe (ALC), el gasto público promedio se mantiene por debajo de este umbral. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para reducir el gasto de bolsillo por debajo del 20 % del gasto total en salud, la región requeriría un gasto público cercano al 6,7 % del PIB (CEPAL, 2025).

El envejecimiento poblacional, la cronicidad y la incorporación de tecnologías de alto costo están estrechamente vinculados al aumento de enfermedades crónicas, que requieren tratamientos prolongados y costosos. En Colombia, esta situación se refleja en la creciente demanda de servicios especializados y medicamentos de alto valor, lo que incrementa el gasto en salud. Aunque la adopción de tecnologías mejora la calidad de atención, también genera sobrecostos, especialmente cuando no existe una regulación efectiva en los precios de medicamentos y dispositivos médicos. Esta falta de control impacta la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que enfrentan mayores presiones para cubrir tratamientos complejos (Medina et al., 2021; Cruz et al., 2020).

Asimismo, la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) constituye una meta global definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Sin embargo, desde 2015, el avance hacia la CSU se ha estancado, mientras que el porcentaje de personas con gasto catastrófico por salud continúa aumentando. Ante este deterioro en la protección financiera y la reducción de la ayuda externa,

los países han reforzado el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y migrado hacia esquemas de pago que alinean el financiamiento con resultados (OMS, 2025).

El análisis de modelos internacionales exitosos, como el del National Health Service (NHS) del Reino Unido, muestra que la adopción de estrategias como la evaluación de tecnologías sanitarias y la compra centralizada de medicamentos contribuye a reducir costos y mejorar la eficiencia en la gestión de recursos (Medina et al., 2021; Cruz et al., 2020). En Colombia, la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), en el marco de la Ley 1438 de 2011, representa un avance clave en la evaluación objetiva y sistemática de tecnologías sanitarias, fortaleciendo la toma de decisiones con criterios técnicos, clínicos y económicos (IETS, 2024).

Por último, la digitalización y la incorporación de tecnologías como inteligencia artificial, analítica y telemedicina ofrecen oportunidades para optimizar operaciones y mejorar resultados. Sin embargo, también plantean riesgos relacionados con la gobernanza de datos, la ciberseguridad y la falta de talento especializado. Para que estas herramientas contribuyan a la sostenibilidad financiera, es necesario un marco regulatorio dinámico que incentive la asignación eficiente de recursos y la adopción de tecnologías basadas en evidencia y costo-efectividad (Medina et al., 2021).

En el caso colombiano, los retos financieros se agravan por la morosidad y las tensiones de flujo. En 2025, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) acumulan pasivos por \$32,9 billones, con baja solvencia y alta siniestralidad; solo 6 de 29 EPS cumplen los indicadores financieros, lo que compromete pagos oportunos y la continuidad de tratamientos (Minsalud, 2025). La cartera hospitalaria con EPS alcanzó \$24 billones a junio de 2025, con 56 % en mora; las EPS intervenidas concentran cerca de \$12,8 billones, presionando la liquidez de clínicas y

hospitales (ACHC, 2025). Aunque la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) ha implementado giros directos y mecanismos para mejorar el flujo de recursos, persisten brechas por insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y retrasos en Presupuestos Máximos (PM), lo que mantiene presiones de caja en las IPS (ANDI, 2024).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia provienen tanto de factores globales como locales. Entre ellos se destacan el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas, las brechas en el financiamiento público, la presión por la incorporación de tecnologías de alto costo, la transición hacia modelos de pago basados en valor y la morosidad del aseguramiento. Estas condiciones generan tensiones en la liquidez y comprometen la sostenibilidad del sistema. Para responder a este escenario, se requieren estrategias de gestión financiera que incluyan una adecuada planificación de la oferta, compras estratégicas, regulación efectiva de precios, fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y adopción segura de tecnologías digitales que optimicen procesos y reduzcan costos (Minsalud, 2025).

## **Propuesta y Recomendaciones**

### **Descripción de Estrategias de Gestión Financiera Implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para Enfrentar Problemas de Liquidez, Endeudamiento y Sostenibilidad**

La sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) es un desafío global donde los problemas de liquidez, endeudamiento y eficiencia han impulsado la adopción de estrategias innovadoras que integran objetivos financieros y clínicos, como lo es implementación del Cuadro de Mando Integral (CMI), la presupuestación por resultados y el uso de tecnologías costo efectivas, orientadas a mejorar la calidad, continuidad y acceso a los servicios de Salud (Betto et al., 2022; Amer et al., 2022).

#### ***Implementación del Cuadro de Mando Integral (CMI)***

En ese orden de ideas, a nivel mundial se evidencian mecanismos como pagos por paquetes o bolsas, incentivos por calidad y contratos con riesgo compartido, por su parte, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA 2030) enfatiza en eliminar el pago directo para fortalecer fondos mancomunados y sistemas de compra que promuevan eficiencia y equidad. En esta monografía se analizan tres estrategias: Cuadro de Mando Integral (CMI), presupuestación por resultados y uso de tecnologías costo efectivas (Amer et al., 2022; Zelman et al., 2003).

El CMI, propuesto por Kaplan y Norton en (1992), es una herramienta que incluye indicadores que aborda cuatro puntos críticos como lo son: la parte financiera, clientes, procesos internos, aprendizaje y crecimiento, adaptándolos en el sistema de Salud, permite mejorar la calidad asistencial, eficiencia, seguridad del paciente y acceso, algunos estudios internacionales

reportan mejoras en desempeño financiero, satisfacción del usuario y alineación estratégica (Betto et al., 2022; Abu Jaber & Nashwan, 2022).

Esta implementación del CMI en salud requiere liderazgo, cultura organizacional y comunicación efectiva. Las experiencias en Brasil muestran riesgos de pérdida de innovación cuando el CMI se aplicó de forma inflexible. Una revisión identificó 45 subdimensiones en 13 dimensiones, lo que dificulta comparaciones y exige uniformidad. (Betto et al., 2022; Corrêa et al., 2014).

La experiencia en Latinoamérica fue en Chile donde fue implementado el CMI estandarizado en 57 hospitales públicos, logrando seguimiento comparativo y adaptación de indicadores. Brasil reporta mejoras en satisfacción y desempeño cuando las direcciones se involucraron, aunque persisten riesgos de burocratización. En Colombia, existen guías oficiales y proyectos académicos recientes que buscan evaluar la efectividad del CMI, aunque la evidencia nacional aún es limitada (Leyton-Pávez et al., 2015; Corrêa et al., 2014; Naranjo-Gil, 2010).

Una revisión sistemática de 20 estudios encontró que la mayoría presentó mejoras en el desempeño financiero tras adoptar el CMI (Amer et al., 2022). Como ejemplo está el Hospital de Niños de Duke (EE. UU.) fue pionero en adoptar el CMI en el año 2000, logrando revertir una pérdida de \$11 millones a un excedente de \$4 millones en su balance financiero (Melines, 2000). La implantación del CMI permitió una reducción de costos del 15% en dos años, a la vez que se mejoraron indicadores de calidad asistencial.

Un estudio en Marruecos mostró que, tras implementar un CMI en urgencias, hubo una reducción de 20% en los tiempos de espera promedio (Abdelhaq y Tarik, 2025). En Afganistán, la aplicación del CMI nacional permitió monitorizar 29 indicadores, en cinco años se observó un aumento del índice de calidad clínica de 40.5 a 67.4 puntos, en América Latina, el Hospital

Nacional Cayetano Heredia (Perú) redujo la tasa de cirugías canceladas del 13,0% al 9,8% en un año. Martínez et al. (2010).

El CMI incorpora la atención del paciente y el personal asistencial, mejorando la satisfacción. El CMI impulsa la optimización de procesos internos y la eficiencia operativa. En Perú, el Hospital Cayetano Heredia elevó la utilización de camas hospitalarias de 79,2% a 91,1% en poco más de un año. En Afganistán, la capacidad de prestación de servicios mejoró de 47.4 a 76.4 puntos entre 2004 y 2008. Martínez et al. (2010).

En el ámbito público, la gestión de recursos es limitada frente a una demanda infinita. Sin embargo, la implementación del Balanced Scorecard (Cuadro de Mando Integral) ha demostrado ser el puente necesario entre la estrategia directiva y la operación diaria. A diferencia del sector privado tradicional, donde el fin último es financiero, en el sistema de salud el CMI alinea la visión hacia el servicio al usuario y la eficiencia del gasto. Para ello se han identificado cuatro perspectivas de adaptación según la literatura especializada, son:

- Financieramente no busca el lucro per se, sino la sostenibilidad y el control de costos para reinvertir.
- Clientes (Pacientes) el eje central. Métricas clave: satisfacción, tiempos de espera y seguridad del diagnóstico.
- Procesos Internos eficiencia en quirófanos, gestión de camas y reducción de estancias innecesarias.
- Aprendizaje y Crecimiento cuidar a quienes cuidan. Fomentar el liderazgo médico y evitar el agotamiento del personal sanitario.

Como lo cita Joel Baldospin Campi, el CMI no es solo un Excel con semáforos; es un sistema de comunicación y aprendizaje que impacta la visión de las Clínicas y hospitales. (Baldospin Campi, 2024).

### ***Presupuesto por Resultados***

En países como Perú y Argentina se evidencia que, al orientar el financiamiento hacia los resultados y reducción de la desnutrición, mortalidad materna, neonatal, aumento de cobertura de servicios preventivos, es posible tener mejoras en la población. Asimismo, la experiencia en Brasil, Colombia, México, entre otros países, muestran que la PbR (Presupuesto por resultados) contribuye a vincular el gasto con el desempeño, logrando mayor eficiencia, equidad y rendición de cuentas en los sistemas de salud. Los casos analizados muestran la importancia de contar con buenos indicadores, sistemas de información confiables y mecanismos de incentivos bien alineados. Cuando los recursos se asignan con base en metas claras y se evalúa su cumplimiento, se promueve la mejora continua en la Salud. La evidencia apunta a que continuar perfeccionando este enfoque podría traducirse en sistemas de Salud más efectivos, transparentes y centrados en las necesidades de la población. FIFARMA. (2023).

En el caso de Argentina, el gasto público es cercano al 5,8% del PIB, por debajo de la meta del 6% recomendada por la OMS. Además, persisten desafíos estructurales que limitan la implementación efectiva de la PBR. El país enfrenta una subfinanciación crónica del sector salud, con un gasto público que se mantiene por debajo de las recomendaciones internacionales. Asimismo, la fuerte fragmentación entre subsistemas y niveles de gobierno dificulta la alineación del presupuesto con los planes nacionales de salud. Las entrevistas y estudios sectoriales señalan que las enfermedades no transmisibles continúan teniendo una baja prioridad presupuestaria, mientras que los programas de vacunación y el control de enfermedades transmisibles concentran

una mayor proporción de los recursos. A ello se suma una planificación presupuestaria poco vinculante, frecuentemente influenciada por factores políticos y la presión de grupos de interés, lo que debilita la orientación del gasto hacia resultados sanitarios estratégicos de largo plazo.

En Colombia, la incorporación del enfoque de Presupuestación por Resultados (PbR) ha avanzado de manera progresiva en el marco de las reformas de gestión pública, particularmente a partir de los Planes Nacionales de Desarrollo y del fortalecimiento del sistema de seguimiento y evaluación liderado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Este enfoque busca orientar la asignación y ejecución de los recursos públicos hacia el logro de resultados verificables, superando una lógica centrada exclusivamente en insumos y ejecución financiera, e incorporando indicadores de desempeño, metas y evaluación de impactos, especialmente relevantes en el sector salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado mecanismos de seguimiento a la ejecución presupuestal sectorial, vinculando programas y proyectos con objetivos específicos e indicadores de resultado. Esto permiten monitorear avances en áreas prioritarias como el acceso a servicios de salud, la reducción de brechas de equidad, la atención de enfermedades no transmisibles, la salud mental y la seguridad alimentaria. Asimismo, la articulación técnica con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha contribuido a la definición y validación de metas e indicadores que orientan el presupuesto por programas, reforzando la lógica de gestión por resultados y la rendición de cuentas.

Adicionalmente, en los últimos años se ha registrado un incremento real del presupuesto destinado al sector salud, incluyendo ajustes en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con el objetivo explícito de mejorar la cobertura y reducir las desigualdades entre regímenes. Estas

decisiones reflejan un intento por alinear la asignación de recursos con resultados esperados en términos de acceso y equidad, elementos centrales del enfoque de PbR.

No obstante, a pesar de estos avances institucionales, persisten desafíos importantes para la consolidación plena de la Presupuestación por Resultados en Colombia. La fragmentación del sistema de salud, la complejidad de los flujos financieros y las limitaciones en la disponibilidad y difusión pública de evaluaciones de impacto dificultan la vinculación clara entre el gasto ejecutado y los resultados sanitarios finales, como reducciones sostenidas en mortalidad, mejoras en prevención o control efectivo de enfermedades crónicas. En este sentido, aunque el marco normativo y técnico está en desarrollo, la evidencia empírica sobre impactos concretos del enfoque PbR en salud aún es incipiente.

### ***Transformación Digital y Tecnologías Costo Efectivas***

La transformación digital está generando impactos positivos en las organizaciones, toda vez que estos recursos optimizan la capacidad instalada de las Clínicas y hospitales (camas, quirófanos), activando rutas de pacientes crónicos, generando un impacto positivo, eficiencia administrativa y una experiencia del paciente. A pesar de que es una herramienta que cada vez está cogiendo más fuerza a nivel mundial, tiene riesgos identificados de ciberseguridad y resistencia al cambio.

La ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas) propone estandarización de procesos hospitalarios, digitalización y algunas IPS han adoptado CMI y automatización en facturación y auditoría clínica, elevando productividad y fortaleciendo trazabilidad, lo que impacta calidad percibida y tiempos de respuesta. Otras entidades han optado por inteligencia artificial como WILL para sistematizar los procesos de facturación, radicación, respuesta a glosas y devoluciones para optimizar los costos en talento humano.

En ese sentido, la Telemedicina en Colombia se ha consolidado como una estrategia costo efectiva para extender servicios especializados a regiones alejadas y reducir los costos asociados a desplazamientos, situación respaldada por investigaciones que evidencian que esta modalidad mejora el acceso a servicios especializados y disminuye los gastos relacionados con traslados y tiempos de espera en zonas rurales del país (Varela Bustos & Zabala Vargas, 2024). Durante la pandemia de COVID-19, en Colombia se expandió la teleconsulta para mantener la atención médica a distancia. Más allá de la pandemia, estudios recientes evidencian importantes beneficios financieros y de acceso a los servicios de Salud, por ejemplo, en el suroccidente de Colombia la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali, analizó 62.258 teleconsultas y encontró ahorros sustanciales para los pacientes, evitando un total de 4,5 millones de km en desplazamientos, equivalentes a 132.886 horas de viaje ahorradas para los pacientes y sus familias.

En términos monetarios, esto supuso un ahorro estimado de US\$1,77 millones en costos de transporte (aproximadamente US\$680.822 en transporte privado y US\$1.087.821 en transporte público). En promedio, cada teleconsulta para pacientes de fuera de la región ahorró 21,2 horas de tiempo de viaje, traducido en unos US\$149 en gasto de combustible o US\$156 en pasajes públicos por consulta evitada. Incluso en las zonas de difícil acceso, la telemedicina generó un ahorro medio de US\$362,9 por consulta en costos de transporte. Estos resultados muestran que la telemedicina en Colombia reduce gastos de bolsillo y barreras geográficas, permitiendo que pacientes de regiones de difícil acceso accedan a especialistas sin generar altos costos de viaje. Además del impacto financiero, la telemedicina ha mejorado la equidad en el acceso a servicios de salud, al acercar la atención especializada a poblaciones rurales que antes enfrentaban obstáculos económicos y logísticos. Los hallazgos respaldan seguir invirtiendo en

telemedicina como herramienta para cerrar brechas de accesibilidad en países de ingresos medios y bajos ACHC. (2024).

## **Pago Global Prospectivo (PGP)**

### ***Recomendación para Mejorar la Gestión Financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desde un Enfoque Sostenible y Replicable en el Contexto Nacional***

La implementación del modelo de contratación por Pago Global Prospectivo (PGP) como estrategia de sostenibilidad financiera, es una recomendación desde el punto de vista teórico para mejorar la gestión financiera, toda vez que el Pago Global Prospectivo (PGP) se desarrolla como parte del proceso de transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la Ley 100 de 1993. Esta norma habilitó múltiples formas de contratación entre EPS e IPS, incluyendo mecanismos como la capita, el pago por evento y los presupuestos globales, los cuales constituyeron la base conceptual del PGP. Posteriormente, reformas como las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 impulsaron modelos que fortalecen la integración de servicios, la atención primaria en salud y la eficiencia en la gestión de recursos. La Ley Estatutaria 1751 de 2015, al reconocer la salud como derecho fundamental, reforzó la necesidad de contar con mecanismos contractuales que garantizan la calidad y oportunidad en la prestación de servicios. El modelo PGP adquiere formalidad normativa con el Decreto 441 de 2022, que define las modalidades de pago y establece requisitos obligatorios como la nota técnica, los mecanismos de ajuste de riesgo y los contenidos mínimos contractuales.

El PGP es un mecanismo de pago anticipado mediante el cual una EPS y una IPS acuerdan un monto global fijo para cubrir los servicios requeridos por una población o un grupo de atenciones durante un periodo específico. Este monto se define a partir de una nota técnica que contempla datos históricos, costos proyectados, severidad de los casos y perfiles epidemiológicos. El modelo implica que la IPS asume parte del riesgo financiero, pues debe responder por los servicios, incluso cuando su costo supera lo inicialmente proyectado. Del

mismo modo, si gestiona adecuadamente los recursos, puede generar eficiencias internas.

Además, el PGP favorece la integralidad del servicio al agrupar en un solo contrato distintas atenciones que el usuario pueda requerir, reduciendo remisiones innecesarias y fortaleciendo la continuidad del cuidado.

En la operación del sistema se han identificado diversas variantes del PGP, dependiendo de la forma en que se agrupan los servicios. Entre ellas se encuentran: PGP por episodio, que cubre todos los servicios asociados a un evento de salud específico; PGP por grupo de riesgo, orientado a poblaciones con condiciones crónicas; PGP por especialidad, enfocado en áreas clínicas particulares; y PGP por nivel de complejidad, que organiza la atención en función del nivel asistencial. Cada variante requiere claridad en los servicios incluidos, la población cubierta y las excepciones para evitar confusiones contractuales.

La implementación del PGP en Colombia ha ofrecido resultados variados. Algunas IPS han reportado mejoras en la planeación de recursos, la organización de los servicios y la continuidad de la atención, especialmente cuando el modelo se aplica junto con indicadores de calidad y un adecuado dimensionamiento de la capacidad instalada. Otros casos han evidenciado retos importantes, como demoras en el acceso a ciertos servicios especializados cuando la red contratada no cuenta con toda la oferta necesaria. Además, informes de entidades de control han resaltado debilidades en la trazabilidad de los pagos anticipados realizados por algunas EPS, lo que señala la importancia del cumplimiento estricto de los requisitos técnicos y contractuales definidos en la normativa vigente.

Entre las principales ventajas del PGP se destacan: la mejora en el flujo de caja para las IPS, la previsibilidad financiera para las EPS, los incentivos hacia la prevención y la eficiencia, la disminución de trámites administrativos y la posibilidad de ofrecer una atención más integral y

coordinada. Entre sus desventajas se encuentran: el riesgo financiero para la IPS en caso de subestimación de costos, la necesidad de contar con capacidades técnicas avanzadas para elaborar notas técnicas confiables, la posibilidad de disminución de calidad si no se monitorean indicadores, barreras de acceso cuando la red es insuficiente y la dependencia de sistemas de información robustos para garantizar la trazabilidad del modelo.

El PGP contribuye significativamente a la sostenibilidad del sistema de salud, ya que permite transformar costos variables en presupuestos controlados, facilitando la planeación financiera y reduciendo el riesgo de desequilibrio económico. Al promover la gestión eficiente y la integralidad del cuidado, el PGP se alinea con las tendencias internacionales hacia modelos de pago basados en valor. Cuando se implementa correctamente, mejora la coordinación entre prestadores, incentiva la prevención y permite que los recursos disponibles se utilicen de manera más eficiente.

Para garantizar el éxito del PGP es fundamental: elaborar notas técnicas robustas y basadas en información confiable; aplicar ajustes de riesgo que contemplen variaciones epidemiológicas y demográficas; establecer indicadores de calidad y acceso, asegurar una red de prestación suficiente y con rutas de referencia claras, implementar sistemas de información que permitan seguimiento oportuno, formalizar procesos de auditoría, y capacitar al personal administrativo y clínico en los principios y responsabilidades del modelo.

Se recomienda que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) consideren la implementación del Pago Global Prospectivo (PGP) como un mecanismo central para fortalecer su sostenibilidad financiera. El PGP ofrece ingresos anticipados que permiten una mayor estabilidad del flujo de caja y una planificación financiera más efectiva, reduciendo la

dependencia de pagos condicionados por auditorías, glosas o trámites administrativos prolongados.

La evidencia en el país ha demostrado que los modelos de pago anticipado han contribuido a mejorar la liquidez de instituciones públicas y privadas. Durante la emergencia sanitaria de 2020, el Ministerio de Salud reportó que 2.987 IPS recibieron giros directos, lo que permitió mantener servicios críticos y recuperar la capacidad operativa en entidades como la Fundación Valle del Lili, el Instituto Nacional de Cancerología y redes departamentales de hospitales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

De igual forma, resultados recientes muestran que el uso del PGP ha fortalecido la estabilidad financiera de aseguradoras y su red prestadora. Un ejemplo es la EPS Savia Salud, que a partir de contratos prospectivos logró mejorar su contención del gasto y consolidar reservas técnicas superiores a \$23.700 millones, lo que evidencia el impacto positivo de este modelo en la sostenibilidad y el control de riesgos (Consultor Salud, 2025).

Para que el PGP (Pago Global Prospectivo) genere los resultados esperados, la IPS debe tener en marcha un conjunto de soportes técnicos esenciales:

- Costeo preciso y actualizado que permita definir valores contractuales alineados con el uso real de servicios.
- Eficiencia asistencial y administrativa, basada en procesos costo-efectivos que minimicen reprocesos y sobrecostos.
- Implementación de un Cuadro de Mando Integral (CMI) que facilite el monitoreo continuo del desempeño financiero, clínico y operativo.

- Auditoría permanente y análisis del riesgo, como lo señalan estudios sobre implementación del PGP en diferentes regiones del país (Aristizábal & Martínez, 2019).

Cuando estas condiciones se cumplen, el PGP se convierte en un modelo replicable, sostenible y alineado con las exigencias actuales del sistema de salud colombiano, fortaleciendo la liquidez, el control de costos y la eficiencia institucional.

## Conclusiones

La gestión financiera se consolida como un pilar estratégico para garantizar la sostenibilidad del sistema de Salud en Colombia, tal como se planteó en el objetivo general de esta monografía. A partir de la revisión bibliográfica se evidencia que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) operan en un entorno marcado por la presión financiera derivada de la falta de liquidez, los retrasos sistemáticos en los pagos por parte de las EPS, el incremento constante de los costos y los altos niveles de endeudamiento. Estas condiciones generan tensiones estructurales que comprometen la estabilidad operativa y la capacidad de respuesta en la gestión asistencial.

Se identificaron desafíos financieros como la morosidad en los pagos, tarifas reconocidas, costos reales, y la necesidad permanente de inversión en infraestructura, tecnología y talento humano. Estas dificultades hacen que se tenga una afectación financiera para las IPS, afectando la continuidad, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Asimismo, se describieron diversas estrategias de gestión financiera implementadas por algunas instituciones, evidenciando resultados favorables. La digitalización de los procesos, el uso de herramientas de inteligencia artificial para la facturación y auditoría, la adopción del Cuadro de Mando Integral (CMI), la automatización administrativa y el fortalecimiento de modelos como la telemedicina han permitido optimizar recursos, reducir costos operativos y ampliar la accesibilidad, especialmente en zonas rurales. Sin embargo, se requiere avanzar hacia modelos más estandarizados, sostenibles y medibles en el tiempo.

### **Recomendaciones**

Se recomienda evaluar el modelo de contratación PGP como mecanismo de costo eficiencia y flujo de caja, dado que puede reducir la incertidumbre financiera mejorando los ingresos y optimizando los recursos logrando mejorar el flujo de caja para las IPS. Este modelo bien estructurado desde la operatividad, eficiencia puede disminuir los costos logrando tener una buena sostenibilidad sin afectar la calidad del servicio. Profundizar desde la investigación aplicada sobre el tema de esta monografía para fortalecer la comunicación pública de la ciencia es estos temas que son de importante relevancia.

## Referencias

- Abdelhaq, F., & Tarik, J. . (2025). Application of the balanced scorecard in an emergency department of a regional hospital in Morocco. *Journal of Neonatal Surgery*, *14*(2), 35–51. <https://doi.org/10.52783/jns.v14.1680>
- Abu Jaber, A.A., & Nashwan, A.J. (2022). Balanced Scorecard-Based Hospital Performance Measurement Framework: A Performance Construct Development Approach. *Cureus*, *14*(5): e24866. <https://doi.org/10.7759/cureus.24866>
- ACHC. (2023–2024). *Propuestas de sostenibilidad*. <https://achc.org.co/actualidad/algunas-propuestas-de-la-achc-para-la-sostenibilidad-financiera-del-sistema-de-salud/>
- ACHC. (2024). *Informe sobre la cartera hospitalaria y morosidad de las EPS en Colombia*. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
- ADRES. (2025). *ADRES ejecutó \$95 billones en 2024; incremento del giro directo a IPS*. <https://www.adres.gov.co>
- ADRES. (2025). *Balance 2024 – \$95 billones*. <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/adres-ejecuto-95-billones-para-garantizar-la-salud-en-colombia-en-2024>
- Afghanistan Ministry of Health. (2008). *National Balanced Scorecard Evaluation Report*. PLOS Journals. [www.journals.plos.org](http://www.journals.plos.org)
- AFIDRO & ConsultorSalud. (2025, octubre 27). *Cartera del sector farmacéutico y deuda del sistema de salud (T2 2025)*. <https://www.consultorsalud.com>
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022). A systematic review: the dimensions to evaluate health care performance and an implication during the pandemic. *BMC Health Serv Res*, *22*: 621. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07863-0>

- ANDI. (2024). *Reporte sobre el cierre de clínicas y hospitales en Colombia*. Asociación Nacional de Empresarios de Colombia.
- ANDI. (2025). *Cierre 2024 – Proyección UPC 2025*.  
<https://www.andi.com.co/Uploads/Cierre%202024-Proyecciones%20UPC%202025.pdf>
- Arcos-Machancoses, J. V., et al. (2025). *Análisis coste-efectividad de una vacuna para Helicobacter pylori*. *Revista Española de Salud Pública*.
- Baker, J. J., & Baker, R. W. (2018). *Health care finance: Basic tools for nonfinancial managers* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Basu, S., et al. (2025). *Projected health system and economic impacts of 2025 federal policy changes*. *Health Policy & Planning*.
- Betto, F. et al. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(16): 10291. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610291>
- Bradács, A., et al. (2025). *Extended analysis of hospitalization cost and economic burden*. *European Journal of Health Economics*.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12268486/>
- Cai, M., Yan, Z., Wang, X., Mao, B., & Pu, C. (2025). Construction of hospital diagnosis-related group refinement performance evaluation based on Delphi method and analytic hierarchy process. *Hospitals*, 2(3), 20. <https://doi.org/10.3390/hospitals2030020>
- CEPAL. (2025). *Modelos integrados de gestión financiera en hospitales latinoamericanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Chancafe Terrones, F. J., Espinoza Gálvez, R., Ramos Huamán, O. M. C., & Asca Agama, P. G. (2020). *Gestión administrativa, liderazgo en el Programa Presupuestal 068 sector salud*.

- Journal of Business and Entrepreneurial Studies*, 5(1), 92–112.  
<https://doi.org/10.37956/jbes.v5i1.163>
- Chechulina, V., et al. (2025). Healthcare costs after sepsis: A systematic review. *Critical Care*.  
<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-025-05600-7>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2025). *Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud en América Latina: Desafíos y perspectivas*. Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2025). *La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de ALC: LC/TS.2025/4*.  
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/81427-la-sostenibilidad-financiera-sistemas-salud-america-latina-caribe-desafios>
- ConsultorSalud. (2024). *Informe de la Contraloría reveló 25 hallazgos administrativos en el flujo de recursos de la salud*. <https://www.consultorsalud.com>
- ConsultorSalud. (2025). *ADRES pagó \$57 billones directamente a IPS y proveedores* (abr. 2024–abr. 2025). <https://www.consultorsalud.com>
- Contraloría General de la República (CGR). (2024). *Informe de Auditoría de Desempeño al Flujo de Recursos del SGSSS, vigencias 2020–2022*. <https://www.capitalsalud.gov.co>
- Corrêa, M.G. et al. (2014). Brazilian hospital employee perceptions of the BSC. *Latin American Business Review*, 15(2): 141-166. <https://doi.org/10.1080/10978526.2014.905162>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Estadísticas por tema: Salud*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud>.

- El Arab, R. A., & Al Moosa, O. A. (2025). Systematic review of cost effectiveness and budget impact of artificial intelligence in healthcare. *NPJ Digital Medicine*, 8(1), 548..  
<https://doi.org/10.1038/s41746-025-01722-y>
- El Colombiano. (2024). *Contraloría encontró 25 irregularidades administrativas en el flujo de recursos*. <https://www.elcolombiano.com>
- Espinosa, O. (2025). Health insurance premium in Colombia for 2025: A strictly actuarial view. *Revista de Política y Salud*, 12(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40199827/>
- Federación Médica Colombiana. (2024). *APS en Colombia como estrategia de transformación*.  
<https://www.federacionmedicacolombiana.com>
- Gaitán Forero, W. K., Pérez Rojas, L. A., Unigarro Gutiérrez, R., & Rojas Galindo, L. (2019). *Análisis financiero del sector salud público en Colombia*. Universidad Católica de Colombia. <https://core.ac.uk/download/pdf/288162123.pdf>
- Gapenski, L. C. (2020). *Healthcare finance: An introduction to accounting and financial management* (7th ed.). Health Administration Press.
- Gapenski, L. C., & Pink, G. H. (2015). *Understanding healthcare financial management* (7th ed.). Health Administration Press.
- Gutiérrez Yucra, N. (2023). Presupuesto por resultados y calidad del gasto en la gestión de los programas presupuestales del sector salud: una revisión sistemática. *Revista de Climatología, Edición Especial Ciencias Sociales*, 23, 2554–2561.  
<https://doi.org/10.59427/rcli/2023/v23cs.2554-2561>
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2024). *Optimización de la atención en salud: herramientas para la toma de decisiones*. IETS. <https://www.iets.org.co/2024/>

- Iragorri Amaya, N., & Triana Romero, P. A. (2023). *Economía de la salud: costo-efectividad y sostenibilidad en sistemas sanitarios*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Keehan, S. P., Madison, A. J., Poisal, J. A., Cuckler, G. A., Smith, S. D., Sisko, A. M., Fiore, J. A., & Rennie, K. E. (2025). National health expenditure projections, 2024–33: Despite insurance coverage declines, health to grow as share of GDP. *Health Affairs*, *44*(7), 776–787. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2025.00545>
- KPMG. (2024). *Global Tech Report – Sanidad*. <https://kpmg.com/es/>
- Leyton-Pavez, C.E. et al. (2015). Cuadro de mando en salud. *Salud Pública de México*, *57*(3): 234-241. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7562>
- Leyton, F., et al. (2015). *Impacto de la telemedicina y la historia clínica electrónica en la eficiencia hospitalaria*. Revista Chilena de Salud Pública.
- Martínez, R., Dueñas, R., Miyahira, J., & Dulanto, L. (2010). El Cuadro de Mando Integral en la ejecución del Plan Estratégico de un hospital general. *Revista Médica Herediana*, *21*(3), 153–159. <https://www.redalyc.org/pdf/3380/338038899007.pdf>
- Medina, A., Ramírez, L., & Suárez, J. (2021). Estrategias de financiamiento sostenible para la atención de enfermedades crónicas en América Latina: Lecciones de los sistemas internacionales. *Pan American Journal of Public Health*, *45*, 78-91. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.091>
- Meliones, J. (2000). Saving money, saving lives. *Harvard Business Review*, *78*(6), 57–67. <https://www.saludygestion.com/archives/Saving%20Lives,%20Saving%20Money,%20John%20Meliones,%20HBR%202001.pdf>
- Ministerio de Salud de Brasil. (2024). *Presupuestación por programas en hospitales públicos: avances y retos*. Gobierno de Brasil.

Ministerio de Salud de Chile. (2024). *Planeación estratégica financiera en hospitales regionales*.  
Gobierno de Chile.

Mohajer-Bastami, A., Moin, S., Ahmad, S., Ahmed, A. R., Pouwels, S., Hajibandeh, S., Yang, W., Parmar, C., Kermansaravi, M., Khalil, M., Khalid, A. W., Khamise, A., Rawaf, D., Hosseini, F., Agarwal, A., Lala, A., Ahmed, S., Patel, B., Fyntanidou, B., ...

Exadaktylos, A. K. (2025). Artificial intelligence in healthcare: Applications, challenges, and future directions. *Frontiers in Digital Health*, 7, Article 1644041.

<https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1644041>

Morales B, Quenan YE. (2025). Adiponectin and Exercise: a Scientometric Analysis. *Revista Cubana De Información En Ciencias De La Salud*, 36.

<https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/2566>

Nowicki, M. (2018). *Introduction to the financial management of healthcare organizations* (7th ed.). Health Administration Press.

OMS. (2010). *Marco conceptual de los sistemas de salud: seis componentes esenciales*.

Organización Mundial de la Salud.

OPS/PAHO. (s.f.). *Financiamiento y compra estratégica*.

<https://www.paho.org/es/temas/financiamiento-sistemas-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Indicadores básicos 2023: Región de las Américas*. OPS. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>

Panadeiros, M., & Pessino, C. (2018). The fiscal implications of aging populations: Health expenditure projections in Latin America. *Inter-American Development Bank Working Paper Series*, 903. <https://doi.org/10.18235/0001257>

- Peñaloza-Vassallo, K., Gutiérrez-Aguado, A., & Prado-Fernández, M. (2017). Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal, un instrumento del presupuesto por resultados: algunas experiencias aplicadas en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(3), 521–527. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.3074>
- Pink, G. H., Holmes, M., & Howard, H. (2020). Prospective payment models and margin analysis in U.S. public hospitals. *Health Care Management Review*, 45(2), 123-135. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1040-8>
- Pink, G. H., McKillop, I., & Schraa, E. (2020). Financial sustainability of public hospitals: A comparative analysis. *Journal of Health Care Finance*, 46(3), 15–29. [https://www.researchgate.net/profile/Harrison-Blake-2/publication/395107013\\_Comparative\\_financial\\_analysis\\_of\\_private\\_vs\\_public\\_hospitals/links/68b351747984e374acec9342/Comparative-financial-analysis-of-private-vs-public-hospitals.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Harrison-Blake-2/publication/395107013_Comparative_financial_analysis_of_private_vs_public_hospitals/links/68b351747984e374acec9342/Comparative-financial-analysis-of-private-vs-public-hospitals.pdf)
- Porter, M., & Teisberg, E. (2007). *Redefining health care: Creating value-based competition*. Harvard Business School Press.
- Quenan YE, Osorio JH (2017). Relación entre obesidad, adipocitoquinas y osteoatrosis: Una revisión. *Revista Universidad y Salud*. 19(3):410-418. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171903.103>
- Restrepo Ruíz, J. (2023). *Diseño de la metodología Balanced Scorecard para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S*. Universidad CES.
- Ruiz Gómez, F., & Zapata Jaramillo, T. (2015). *Equidad en salud para Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (2019). *European health systems in transition: Economic evaluation and centralized purchasing*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (2019). Purchasing and provider payment reforms: Integrating financial and quality incentives. *Health Policy*, 123(12), 1136–1144.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.10.009>
- Smith, J. (2022). Impact of Balanced Scorecard on Cost Reduction and Quality Improvement. *Journal of Neonatal Surgery*. [https://www.jbrmr.com/cdn/article\\_file/2019-04-01-11-47-14-AM.pdf](https://www.jbrmr.com/cdn/article_file/2019-04-01-11-47-14-AM.pdf)
- Smithman, M. A., Ogundele, O. J., Perrier, L., Komeiha, M., Artyukh, I., Kapoor, P., & Pinto, A. D. (2025). Collecting and using social needs data in health settings: A systematic review of the literature on health service utilization and costs. *BMC Health Services Research*, 25(1258). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13458-2>
- Souza, F. M., et al. (2025). Cost-effectiveness analysis of TB antigen-based skin tests. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1). <https://www.scielosp.org/article/csp/2025.v41n1/e00178623/>
- Trenaman, L., Guh, D., McGrail, K., Karim, M. E., Sawatzky, R., Bryan, S., ... & Harrison, M. (2025). Longitudinal trajectories of healthcare costs among high-need high-cost patients: a population-based retrospective cohort study in British Columbia, Canada. *BMJ open*, 15(4), e089693.. <https://bmjopen.bmj.com/content/15/4/e089693.abstract>
- UNICEF. (2021). *Public finance for children in Peru*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

- Villa Payares, J., & Zárate Sanjuan, M. (2024). Competencias financieras en la gestión hospitalaria. *Revista de Administración en Salud*.
- World Health Organization. (2025). *World health statistics 2025: Monitoring health for the SDGs*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496>
- Young, N., et al. (2025). *Cost-effectiveness of extending clinic hours for TB care in high-burden settings*. *Clinical Infectious Diseases*.
- Zuluaga Aranzazu, L. M. (2007). *El presupuesto público en Colombia: hacia un modelo más eficiente de asignación de recursos. El presupuesto por resultados* [Tesis de maestría, Universidad de los Andes].
- Zuluaga Aranzazu, L. M. (2009). *El presupuesto por resultados: un modelo para Colombia*. Universidad de los Andes.