

**Relación entre la gestión eficiente de los recursos en salud, el servicio de calidad y el
desarrollo económico sostenible en Colombia**

Paula Carolina Torres Pulido

Asesor

Alexander Leon Puello

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud

2025

Dedicatoria

Dedico este logro, a Dios, quien siempre me dio las fuerzas para continuar, enseñándome que su tiempo es perfecto y necesario para crecer. Él me fortaleció para alcanzar esta meta que hoy me llena de orgullo.

Mi querida Gomita, que estuviste a mi lado en cada noche de desvelo, en cada suspiro de cansancio y cada sonrisa. Tu ronroneo y tu mirada tranquila fueron el refugio que me recordó, que incluso en los momentos más difíciles, no estaba sola.

Hoy, mientras te recuerdo, sé que cada instante contigo fue un regalo valioso. Mi corazón llevará tu huella por siempre.

Para mi madre, quien con su amor incondicional me impulsó a ser mejor cada día y me ayudó a levantarme en cada caída. Con mucho amor para mi madre.

A ti, mi amor, por ser mi compañero incondicional en este camino. Tu apoyo constante en mí, tus palabras de aliento, tu compañía y tu amor fueron el impulso que me motivó a continuar y a no rendirme.

Resumen

En Colombia, la gestión y prestación de los servicios de salud cobran gran relevancia por el impacto directo que tienen en la calidad de vida de la población y en el desarrollo económico sostenible. Sin embargo, se evidencian notorias diferencias entre la estructura política y normativa que regula el sistema y su materialización en la práctica, lo cual se refleja en problemas cotidianos que afectan la calidad del servicio. En este escenario, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) desempeñan un papel fundamental, especialmente en el actual punto de transformación que atraviesa el sistema, con implicaciones significativas para la economía nacional. La monografía tiene como propósito identificar la relación entre la gestión eficiente de los recursos en salud, la calidad del servicio y el desarrollo económico sostenible en Colombia. Para ello se establecieron tres objetivos específicos, desarrollados mediante un diseño cualitativo con enfoque de revisión narrativa. El estudio utilizó técnicas de recolección documental y descriptiva, consultando literatura en el período 2015-2025 en bases de datos como Google Scholar, Redalyc, Pubmed, LILACS y Scielo. Las variables de análisis fueron: desarrollo económico sostenible y salud, gestión eficiente en salud y calidad del servicio. Los hallazgos permiten establecer que la eficiencia en la gestión de recursos en salud incide directamente en la calidad del servicio, lo cual repercute en el cumplimiento de metas institucionales y, en consecuencia, en los objetivos estatales de sostenibilidad económica. Este análisis evidencia la necesidad de fortalecer la articulación entre políticas públicas y prácticas de gestión en salud para alcanzar un desarrollo más equitativo y sostenible.

Palabras clave: Calidad de la atención en salud, desarrollo sostenible, gestión en salud, economía y organizaciones para la atención en salud.

Abstract

In Colombia, the management and provision of health services are highly relevant due to their direct impact on the quality of life of the population and on sustainable economic development. However, there are notable differences between the political and regulatory framework governing the system and its implementation in practice, which is reflected in everyday problems that affect the quality of service. In this scenario, Health Promotion Entities (EPS) play a fundamental role, especially at the current point of transformation that the system is undergoing, with significant implications for the national economy. The purpose of this monograph is to identify the relationship between efficient management of health resources, service quality, and sustainable economic development in Colombia. To this end, three specific objectives were established, developed through a qualitative design with a narrative review approach. The study used documentary and descriptive collection techniques, consulting literature from the period 2015-2025 in databases such as Google Scholar, Redalyc, Pubmed, LILACS, and Scielo. The variables analyzed were: sustainable economic development and health, efficient health management, and service quality. The findings show that efficiency in health resource management has a direct impact on service quality, which in turn affects the achievement of institutional goals and, consequently, the state's economic sustainability objectives. This analysis highlights the need to strengthen the link between public policies and health management practices in order to achieve more equitable and sustainable development.

Keywords: Quality of health care, sustainable development, health management, economics, and health care organizations.

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| Lista de Tablas | 7 |
| Introducción | 8 |
| Planteamiento del Problema | 8 |
| Referente Metodológico | 11 |
| Justificación | 14 |
| Objetivos | 16 |
| Objetivo General..... | 16 |
| Objetivos Específicos | 16 |
| La Salud Como un Derecho, un Servicio Público y una Garantía a Cargo del Estado en Colombia | 17 |
| El Acceso Efectivo, Eficiente y de Calidad en la Salud | 17 |
| El Acceso Efectivo a la Salud..... | 17 |
| La Eficiencia y sus Dimensiones | 18 |
| La Calidad del Servicio de Salud en Colombia y sus Atributos | 19 |
| La Auditoría en Salud..... | 20 |
| La Gestión de la Salud y el Desarrollo Sostenible..... | 21 |
| Marco Jurídico | 22 |
| Nacional..... | 22 |
| Internacional | 26 |
| Fundamentos Conceptuales, Evidencia Empírica y Modelos de Gestión en Salud..... | 28 |
| Antecedentes e Investigaciones Previas | 28 |
| Enfoques Teóricos y Modelos de Análisis | 34 |

| | |
|---|----|
| Eficiencia en la Gestión de los Recursos en Salud en Ee Lapso 2015 a 2025 y su Incidencia Sobre el Desarrollo Económico Sostenible en Colombia | 39 |
| Medidas de Transformación de la Gestión en las Entidades Administradoras, Promotoras y Prestadoras del Servicio de Salud en Colombia | 44 |
| Análisis de Resultados | 49 |
| Conclusiones | 54 |
| Referencias Bibliográficas | 57 |

Lista de Tablas***Tabla 1*** *Criterios de selección*

..... 12

Tabla 2 *Dimensiones de la eficiencia*

..... 18

Introducción

Planteamiento del Problema

En el caso colombiano, el derecho a la salud y la eficiencia en la gestión de la salud ha sido un desafío que ha afectado no solo la calidad del servicio, sino el desarrollo económico sostenible del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Debe tenerse claro que se pueden identificar con claridad los avances en materia de acceso y cobertura, pero también continúan evidenciándose críticas inequidades y deficiencias, tales como la distribución desigual de servicios, la calidad variable de la atención y el desperdicio de recursos, que dejan expuesta la necesidad de optimizar la administración de estos recursos. Partiendo de un análisis desde el año 2015 y hasta la actualidad en todo el territorio colombiano, datos del año 2016, permiten establecer que, desde una perspectiva general, la eficiencia promedio de las EPS en Colombia, no supera el 70% de eficiencia (Mendoza, De la Victoria, & Zarate, 2016) y entre 2021 y 2024, el Banco de la República encuentra un promedio de 58% (Melo, Vasquez, Alarcón, & Silva, 2024).

De acuerdo al Ministerio de salud y protección social (2024), en el lapso 1995-2022, la cobertura en salud en el país ha aumentado un 69,91%, posicionándose en 2022 en 99,12%. Para el año 2023, se identifica la existencia de 32 aseguradores en salud (EPS) y 63.599 Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), así como un plan de beneficios igualitario tanto para el sistema contributivo como subsidiado, una cobertura universal de servicios. Dentro de las problemáticas identificadas por expertos se encuentran el aumento de acceso a tecnologías y servicios no incluidos en el PBS, debido a la priorización de la atención y no a la eficiencia, lo que disminuye la racionalización del gasto público, aunado a las disminuidas opciones de centros de atención,

siendo las instituciones públicas la principal oferta en el territorio nacional, los cuales padecen una crisis general (Urrea, 2023).

Las limitaciones en el gasto público en materia de servicios como la salud, generan problemáticas como la infraestructura inadecuada, falencias en la capacitación de personal y en la calidad de los servicios, lo que sumado a las barreras burocráticas, propicia deficiencias que afectan cuestiones como la capacidad laboral y la productividad, siendo estos insumos esenciales respecto a la economía del país, que desde un enfoque integral permite entender que ambos elementos deben permanecer alineados pues de lo contrario se pueden perpetuar ciclos de pobreza y desigualdad, que representa un reto significativo para el desarrollo sostenible de Colombia (Mendoza, et al, 2016). Un estudio más reciente del Banco de la República identifica un aumento de estas problemáticas, a pesar de establecer que en aspectos como la cobertura se han alcanzado las metas, la eficiencia ha disminuido (Melo, et al, 2024).

Del mismo modo se evidencia, una problemática generalizada de sostenibilidad, puesto que el servicio prestado excede la capacidad financiera, con una cartera de las IPS de 1,5% del PIB y deudas del gobierno a las EPS que representan el 0,6 del PIB, que genera a su vez una insolvencia de estas últimas de al menos el 0,7% del PIB, cuestión que las orilla a la inoperabilidad (Urrea, 2023).

El Consejo Privado de Competitividad (2015) reiterando lo ya ha establecido por el Foro Económico Mundial en el “The Global Competitiveness Report 2014–2015”, reconoce que la salud a nivel global constituye un pilar esencial para alcanzar las metas de desarrollo en cualquier país del mundo y su competitividad, teniendo presente que una población con condiciones de accesibilidad, calidad, oportunidad y eficiencia, es más productiva, reduce su

impacto en el gasto público y tiene mayor capacidad de contribuir al crecimiento económico (Consejo Privado de Competitividad, 2015).

Ahora bien, la relevancia de la investigación en el tema, parte de la transición que representa la reforma a la salud en Colombia, que ha generado diversas discusiones, especialmente porque pretende centralizar la gestión en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con un pago directo a las prestadoras de servicios y una visibilidad pública para todos los actores. La central de inversiones, quedaría facultada para la gestión financiera, en relación con los recursos de las EPS que sean liquidadas y se encargará de la compra-venta de bienes de activos y recuperación de cartera, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Así mismo considera dejar en manos de las denominadas Gestoras de Salud y Vida la auditoría permanente, a las que se les asigna un rol administrativo en cuestiones como la asignación de citas y entrega de medicamentos, con el fin de simplificar y propiciar la accesibilidad en los servicios. De manera paralela se propone eliminar las EPS en estado de liquidación, transformando aquellas que continúen funcionando, en prestadores de salud mixto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Del mismo modo, se prioriza la atención primaria, para lo cual se busca transformar las Empresas Sociales del Estado (ESE) en Instituciones de Salud del Estado (ISE), crear Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, a los cuales entregarán los usuarios las EPS. Sin embargo, la actualidad es incierta, por la negativa respecto su aprobación por parte del Congreso y las declaraciones del gobierno sobre su implementación obligatoria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

La ley estatutaria 1751 de 2015, el decreto 858 de 2025 o política nacional de salud, la Resolución 1597 de 2025 gestión territorial integral, Resolución 1789 de 2025 territorialización, entre otros, resultan indispensables ante la transición que representa la implementación de un nuevo modelo de gestión en salud en el país, así mismo, informes como los del Banco de la República en materia de gestión y eficiencia, el más reciente “Empresas Promotoras de Salud en Colombia: Gestión del riesgo en salud, eficiencia técnica y solidez financiera” del año 2024 y “Eficiencia y solidez financiera de las Instituciones prestadoras de Servicio de Salud (IPS) en Colombia”, del año 2023, del Observatorio de la Seguridad Social, “El sistema de salud en el marco del derecho y la sostenibilidad” del 2024, y los informes de gestión del Ministerio de Salud del periodo 2015-2025, permiten contextualizar las problemáticas, las soluciones implementadas y en proceso de implementación y su impacto en las problemáticas de calidad y eficiencia de la salud colombiana, lo que hace indispensable la renovación de la línea de investigación en la materia desde las nuevas realidades y perspectivas.

Para alcanzar los propósitos traídos a colación se cuestiona: ¿De que manera se relaciona la gestión eficiente de los recursos en salud, el servicio de calidad y el desarrollo económico sostenible en Colombia?

Referente Metodológico

Para ello se lleva a cabo una revisión narrativa, a través de los métodos documental y descriptivo, como instrumentos se acude al metabuscador Google Académico, en aras de acceder a las bibliotecas PubMed, Web of Science, Scielo, Redalyc, esto teniendo en cuenta que en investigación en salud, son las que contienen mayores estudios de profesionales y académicos en la materia, haciendo uso tanto de fuentes primarias como leyes, Decretos, Resoluciones y reglamentos vigentes en materia del derecho a la salud y la regulación de la labor de la EPS e

IPS en Colombia, expedidos por el legislativo y el Gobierno Nacional, así como las sentencias de la Corte Constitucional y de fuentes secundarias como Informes de entidades competentes como el Ministerio de Salud y el Banco de la República y trabajos de grado, tesis, monografías y artículos de investigación en relación a la gestión y eficiencia.

Se hace uso de operadores booleanos para la búsqueda específica, “gestion en salud AND eficiencia”; “salud AND calidad”; “eficiencia AND desarrollo sostenible”, con un lapso de resultados correspondientes a 2015-2015, con una primera búsqueda el 21 de marzo de 2025, y una última búsqueda el 19 de septiembre de 2025.

En la búsqueda, se pudieron identificar un total de registros inicial de 93 documentos, de los cuales mediante el proceso de revisión y selección secundaria se extraen 68 documentos y finalmente se seleccionan 35 documentos para el desarrollo de la monografía, para lo cual se hace uso de criterios de inclusión y exclusión como se relaciona a continuación:

Tabla 1

Criterios de selección

| Numero de Resgistros | Criterio de exclusión | Criterios de Inclusión |
|--------------------------------|--|--|
| Busqueda inicial 93 | Países de estudio diferentes a Colombia Estudios previos al año 2015 | Pais de estudio (Colombia) Ejes temáticos (Salud, calidad, eficiencia, sostenibilidad) Estudios lapso 2015-2025 Normas y jurisprudencia vigentes en la materia. |
| Selección secundaria 68 | Baja credibilidad por falta de bases solidas Estudios con resultados exclusivos de opinión. | Relación con los objetivos, el problema, resultados y conclusiones. |
| Selección final 35 | | Relación directa con el objetivo general Análisis jurídico y de gestión en salud |

Fuente: Elaboración propia

A partir de la revisión y categorización de la información se identificaron las principales categorías de análisis, las cuales sirvieron como base para estructurar la monografía. En primer lugar, se presentan los apartados preliminares conformados por el resumen, el abstract y las palabras clave, seguidos de la sección introductoria, donde se abordan el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y el referente metodológico, con el fin de delimitar y sustentar el proceso investigativo.

Posteriormente, las categorías se organizaron en cinco capítulos. El primero corresponde al desarrollo de las las nociones teóricas centrales alrededor de la salud como derecho y servicio publico. El segundo aborda el marco normativo y político, con énfasis en la legislación y políticas de salud en Colombia. El tercero examina la eficiencia en la gestión de los recursos en salud durante el período 2015–2025. El cuarto estudia las transformaciones y reformas recientes del sistema, y el quinto presenta el análisis de resultados, integrando los hallazgos con los objetivos planteados. Finalmente, el documento se cierra con las conclusiones y la bibliografía, garantizando la rigurosidad académica y la coherencia metodológica del estudio.

Justificación

La presente investigación surge de la necesidad de analizar de manera rigurosa las problemáticas estructurales del sistema de salud colombiano, evidenciadas en la gestión inadecuada de los recursos, las deficiencias en el desempeño de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la falta de coherencia entre la estructura política y normativa y la calidad del servicio. Este panorama se agudiza en el contexto actual de debate y confrontación frente a las reformas propuestas por el Gobierno, orientadas a la centralización de la gestión financiera y a la eliminación de las EPS como intermediarias. Estas tensiones otorgan pertinencia y relevancia a un estudio que identifique de manera precisa las falencias del sistema, analice sus implicaciones y evalúe su relación con los niveles de desarrollo económico del país.

Aunque la literatura disponible en bases académicas y bibliotecas virtuales es amplia, la mayoría de los estudios corresponde a trabajos de carácter descriptivo, empírico o jurídico. Sin embargo, variables emergentes como la gestión integral de los recursos, la medición de la eficiencia en salud y la implementación de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo aún carecen de suficiente investigación sistemática. A esta limitación se suma la escasez de datos recientes y la falta de actualización en fuentes oficiales, lo que resalta la importancia de compilar y contrastar información proveniente de organismos como el Ministerio de Salud, el Observatorio de la Seguridad Social y el Banco de la República, con el fin de construir una base sólida que permita establecer indicadores de desempeño y diseñar estrategias de mejora.

En este sentido, el estudio aporta a la construcción de fundamentos académicos sobre los retos actuales y futuros de la gestión en salud, enfatizando en su incidencia sobre la calidad de vida de la población, la eficiencia del gasto público y el cumplimiento de las metas de desarrollo sostenible. Dado que la salud constituye un derecho fundamental y un eje transversal del

desarrollo, la investigación tiene alcance nacional y relevancia práctica, pues contribuye tanto a la formación profesional como a la toma de decisiones institucionales orientadas a garantizar la equidad, la sostenibilidad y la efectividad del sistema. De esta manera, el trabajo se constituye en una propuesta novedosa y pertinente para el debate académico y político en torno a la salud en Colombia.

Objetivos

Objetivo General

Identificar la relación entre la gestión eficiente de los recursos en salud, el servicio de calidad y el desarrollo económico sostenible en Colombia.

Objetivos Específicos

Identificar y sintetizar la normatividad y políticas vigentes a nivel internacional y nacional para la gestión en salud y la calidad del servicio.

Evaluar la eficiencia gestión de recursos en salud en el lapso 2015 a 2025 y establecer su incidencia sobre el desarrollo económico sostenible en Colombia.

Describir y analizar las nuevas propuestas del Estado para la transformación de las entidades administradoras, promotoras y prestadoras del servicio en Colombia en la actualidad.

La Salud Como un Derecho, un Servicio Público y una Garantía a Cargo del Estado en Colombia

Tanto la Constitución Política de 1991 como la jurisprudencia colombiana, han establecido que la salud constituye además de un derecho, un servicio público, y su garantía le corresponde al Estado, que debe dirigir, coordinar y controlar su prestación, que a su vez se encuentra delimitada por principios como la eficiencia, la universalidad y la solidaridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, citado por Reinoso & Gomez, 2018).

Sin embargo, en la evolución de su reconocimiento se mantuvo como un derecho colectivo, hasta la sentencia T-760 (Corte Constitucional, MP. Cepeda Espinosa, 2008), mediante la cual la Corte Constitucional establece su autonomía y fundamentalidad, sin embargo, las dificultades en su garantía han sido constantes, lo que lleva a la entrada en vigencia de la ley estatutaria 1751 (Congreso de la República, 2015) que instituye de manera formal su fundamentalidad y establece que su prestación debe ser oportuna, eficaz, de calidad, integral y en igualdad de condiciones, para la prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación de enfermedades, desde las dimensiones física, mental y social de las personas (Julio, 2017).

El Acceso Efectivo, Eficiente y de Calidad en la Salud

El Acceso Efectivo a la Salud

El acceso a la salud debe ser efectivo, lo que puede entenderse como el alcance de una mejoría de las condiciones de salud o la satisfacción del paciente sobre la prestación del servicio, que se relaciona con el concepto de eficacia que corresponde a la calidad del servicio prestado en comparación con el producto potencial (Observatorio Nacional de Salud, 2019).

La Eficiencia y sus Dimensiones

La eficiencia ha estado principalmente relacionada con la calidad y cantidad de los resultados obtenidos con los recursos disponibles, concepto que ha tenido un amplio desarrollo, y una cercanía estrecha con el sistema de gestión de la salud y la seguridad social y puede entenderse como proveer servicios de salud accesible, equitativa y profesional óptimo (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención), manteniendo un equilibrio entre beneficios, riesgos y costos, en aras de alcanzar el mayor nivel de satisfacción de los usuarios (Kerguelen, 2008).

Se pueden identificar, cuatro dimensiones de la eficiencia, técnica, asignativa, de escala y de precios. Con mayor especificidad se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 2

Dimensiones de la eficiencia

| Nombre de las eficiencias | Definición | Ejemplo |
|----------------------------------|--|--|
| Técnica | Puede entenderse como la capacidad de alcanzar el mayor provecho a lo invertido que se ve reflejado en los resultados, involucra la gestión de desperdicios, esto en relación con la salud, tiene como propósito, hacer las cosas bien. | Un hospital consigue atender a más pacientes utilizando la misma cantidad de médicos, equipos y medicamentos, sin que la calidad del servicio se vea afectada. |
| Asignativa | La capacidad de utilizar bien los recursos de tal forma que se logre el mayor beneficio posible para la comunidad, en relación a los precios de los bienes o servicios prestados, direccionando las inversiones a aquellos aspectos con mayor impacto. | Si en una comunidad muchas personas padecen enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, lo más eficiente es destinar más recursos a programas de prevención, control y tratamiento de estas condiciones. |
| Escala | Corresponde a la capacidad de mantener el equilibrio | En un hospital, hablamos de eficiencia de escala cuando |

| | | |
|----------------|---|--|
| | entre la inversión de recursos o insumos con el mayor nivel de producción. | atender a más pacientes permite aprovechar mejor los recursos, como las salas, los médicos y los equipos. Si al aumentar la atención los costos por paciente no crecen, e incluso bajan, significa que el hospital está funcionando de manera más eficiente. |
| Precios | Es la capacidad de gestión y optimización de los precios, teniendo en cuenta el mercado y sus participantes, de modo que se correspondan con el servicio o bien y su calidad. | Un ejemplo práctico es en el caso de los programas de inmunización, si uno es más barato y protege a la misma cantidad de personas, o si ambos cuestan lo mismo pero uno protege a más individuos, ese programa es más eficiente. |

Fuente: Elaboración propia a partir de Arbaiza, Morales, & Toledo, 2023).

La Calidad del Servicio de Salud en Colombia y sus Atributos

La calidad en el servicio resulta esencial para alcanzar los resultados propuestos en función de mejorar la calidad de vida de las comunidades (Arbaiza, et al, 2023). Es entonces el propósito lograr que los servicios prestados mejoren la salud de las personas de acuerdo a los parámetros técnicos científico, en atención a las necesidades de los usuarios (Reinoso & Gomez, 2018). Desde el plano internacional, la Organización Mundial de la Salud ha establecido que la calidad de la salud depende de la adecuación del conjunto de servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas del paciente, logrando la atención más óptima posible y minimizando lo más posible los riesgos (Durán, 2020).

El Ministerio de salud ha definido los atributos de la calidad, estableciendo que la accesibilidad corresponde a la posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud, la oportunidad a la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios sin demoras injustificadas que representen un riesgo, la seguridad a la implementación de metodologías que

minimicen el riesgo, la pertinencia es la relación del servicio requerido con el prestado, la continuidad la garantía es la secuencia lógica y racional en la prestación del servicio sin interrupciones innecesarias, y finalmente, la satisfacción del usuario es el nivel de cumplimiento de la expectativa del paciente en la atención prestada (Kerguelen, 2008).

En el caso colombiano se da aplicación al Modelo Donabedian, que tiene como propósito la evaluación de la calidad de la salud mediante 3 componentes: la estructura que involucra los recursos, las condiciones físicas y organizativas de las instituciones, el proceso que corresponde a las actividades realizadas durante la atención y los resultados que se pueden entender como los efectos de la atención sobre la salud del paciente (Silva, Murillo, & Sanchez, 2019).

De este modelo se implementa el sistema de garantía de calidad mediante el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), mediante indicadores concretos para cada uno de los componentes señalados, como el aumento de tecnología, la implementación de protocolos, y la disminución de los reingresos, respectivamente, permitiendo una medición continua de la calidad y la identificación de puntos a corregirse o mejorarse, al momento de adoptar decisiones sobre la gestión (Silva, et al, 2019).

La Auditoría en Salud

Es un proceso interdisciplinario, sistemático y continuo de evaluación de la eficiencia de los servicios, el uso adecuado de los recursos y la garantía de la calidad en la atención, identificando las deficiencias en los procesos y aquellas áreas que requieren mejorarse, asegurando que las instituciones involucradas cumplan con el marco jurídico y político, con los estándares de optimización, calidad, accesibilidad y un uso eficiente de los recursos y está orientada a la consecución de metas, objetivos, y liderazgo, prevención, competitividad y crecimiento organizacional, alcanzando la mayor satisfacción del usuario. Para su efectividad se

requiere un proceso de planeación, trazando objetivos y criterios, metodología de trabajo, verificación de información, análisis de hallazgos, conclusiones y el diseño de un plan de mejoramiento (Gomez, Rodríguez, & Cardenas, 2020).

La Gestión de la Salud y el Desarrollo Sostenible

La gestión de la salud está enfocada en la toma de decisiones efectivas en aras de alcanzar los mayores niveles de productividad con un enfoque de crecimiento y desarrollo, abarcando desde la atención médica hasta la prevención y respuesta ante emergencias de salud (Arbaiza, et al, 2023). Este concepto se vincula de manera directa con el concepto de política pública en salud, siendo esta última la que establece las directrices y normativas que regulan esa gestión, por lo que acaban siendo complementarios para alcanzar los objetivos, principalmente, garantizar la atención integral a toda población (Paredes, 2023).

La Organización Mundial de la Salud ha dejado claro que, aunque no se le ha dado un verdadero alcance a las problemáticas de los sistemas de salud en el mundo sobre el desarrollo sostenible territorial y global, la realidad es que problemas como el gasto catastrófico en salud o gasto de bolsillo, aumenta la pobreza de las familias y reduce las posibilidades de inversión en otros aspectos, y disminuye la productividad económica comunitaria, por lo que a través de la gestión eficiente es posible resolver todas estas cuestiones, por ejemplo, con inversión en cobertura universal y en salud pública de calidad, apostando al desarrollo económico y social que contribuye a su vez con la sostenibilidad (Cid, Flores, Del Riego, & Fitzgerald, 2021).

Marco Jurídico

Nacional

La Constitución colombiana, identifica la salud como un derecho y como un servicio público de naturaleza prestacional (Congreso de la República, Constitución Política de 1991), y se reconoce como fundamental mediante la jurisprudencia de la Corte Constitucional, inicialmente por conexidad con otros derechos como la vida y la dignidad humana (Corte Constitucional, MP. Jaime Araujo Rentería, 2008), y así mismo se reconoce, aunque no de manera pacífica, la autonomía de este desde su fundamentalidad (Corte Constitucional, MP. Cepeda Espinosa, Sentencia T- 760 de 2008). Con la ley 100 de 1993 se brinda una estructura al Sistema de la Seguridad Social, organizándolo en 3 subsistemas, salud, riesgos laborales y pensiones (Arbaiza, et al, 2023).

La Carta Política ha instituido que la salud debe estar regida por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y el Estado debe generar las políticas para la adecuada prestación de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Estos principios, adicionalmente a los establecidos por la ley 100 de 1993, deben adecuarse al mercado de aseguramiento, en aras de que la competencia propicie altos estándares en su garantía y el aumento de la cobertura y la calidad, especialmente para la población vulnerable (Reinoso & Gomez, 2018).

El tránsito de la transformación regulatoria de la salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993 ha sido extenso, y a pesar de que via jurisprudencial ya se le había impreso fundamentalidad y autonomía bajo algunas circunstancias, el reconocimiento legal no se da hasta la entrada en vigencia de la ley 1751 de 2015 y sin embargo, su prestación continúa configurándose como un mercado a pesar de la evolución de su cobertura universal. Esta última

característica es en la cual se ha basado principalmente el enfoque de la gestión de la salud en el país, pero desafortunadamente para alcanzar su eficacia, eficiencia y calidad, es indispensable el fortalecimiento financiero, sus fuentes y flujo de recursos en las redes de promotores y prestadores (Durán, 2020).

Para alcanzar los fines en materia de atención en salud se ha diseñado el SGSSS, el cual representa el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran su prestación, y esta atención se distribuye entre el régimen contributivo, régimen subsidiado en salud y/o régimen especial o de excepción (Paredes, 2023). En ese sentido, la ley 1122 de 2007, en su artículo 14 establece que el aseguramiento en salud corresponde al conjunto de acciones para administrar el riesgo financiero, el riesgo en salud, garantía de acceso efectivo, y la calidad, como una intermediación entre el prestador y el usuario, pero sin que este último pierda su autonomía (Jimenez, 2013).

En virtud de la ley 100 (Congreso de la República, Ley 100 de 1993, págs. 177-183), los promotores o entidades promotoras de salud (EPS), son entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que se encargan de afiliar y recaudar la cotización de los afiliados, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado (Jimenez, 2013).

La misma norma en su artículo 185 establece que los prestadores o Instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), son las instituciones públicas, privadas o mixtas que prestan directamente el servicio de salud a los usuarios, como las clínicas, hospitales o laboratorios. Estas instituciones se encuentran orientadas por los principios de eficiencia y calidad, y se caracterizan por tener autonomía administrativa, técnica y financiera (Jimenez, 2013).

En materia de gestión, se han expedido diversas normas que han ido adecuando los contenidos de la ley 100 a las transformaciones de las realidades fácticas y jurídicas del país, por ejemplo, la ley 60 de 1993, establece lineamientos para la descentralización de competencias y recursos, imponiendo responsabilidades a los entes territoriales para la gestión de los mismos (Congreso de la República, Ley 100 de 1993, págs. 7, 14).

Lo anterior se armoniza con lo señalado por la ley 715 que regula la gestión y control de los recursos asignados por el sistema general de participaciones (Congreso de la República, ley 715 de 2001, pág. 1y 2), y la Ley 1122 de 2007 que crea el sistema de inspección, vigilancia y control, creando la Comisión de Regulación en salud y regulando los fondos locales, entre otras cuestiones orientadas a mejorar la calidad del servicio que llega al usuario y la ley 1393 de 2010 que adopta medidas en pro de la promoción de acciones para generar recursos para la salud y evitar la fuga de los mismos (Díaz, 2021).

La ley 1438 establece medidas para el fortalecimiento del SGSSS, con enfoque en la atención primaria y la participación de todos los involucrados en el mejoramiento de la prestación (Congreso de la República, ley 1438 de 2011, pág. 13 y 42), la ley 1608 contiene medidas para el mejoramiento de la liquidez y el uso de los recursos en la salud en el país, mediante el aprovechamiento de fondos, saldos o excedente, para fines, como por ejemplo, prestar servicios a población no asegurada y no POS (Congreso de la República, ley 1608 de 2013, pág. 1), la ley 1751 de 2015 establece la salud como un derecho fundamental autónomo y propicia un enfoque mucho más profundo en torno a la gestión del sistema, orientado primordialmente a la promoción y la prevención (art. 9) y la ley 1797 (Congreso de la República, ley 1797 de 2016, pág. 1) establece medidas de carácter financiero en aras del saneamiento de las deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de recursos (Díaz, 2021).

En el entendido que, siempre se ha mantenido la perspectiva de un mercado en la gestión del sistema de la salud en Colombia, muchas de las regulaciones normativas han estado orientadas a establecer límites sobre el ejercicio de las facultades de las EPS, y por ejemplo, la sentencia C-1041 de 2007 de la Corte Constitucional reconoce como limitante eficiente, el modelo empresarial de integración vertical que tiene la finalidad de alcanzar una reducción de costos en la producción, reduciendo riesgos de transacción, entre aseguradores y prestadores, para aumentar la utilidad, lo que no implica necesariamente una incidencia en la calidad del servicio o aumento del bienestar de los usuarios, por lo que tampoco se traduce en mayores niveles de eficiencia del servicio (Corte Constitucional, MP. Humberto Antonio Sierra, sentencia C-241 de 2014).

El Decreto 780 de 2016 o Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en Colombia, modificando el Decreto 1011 de 2006, instituye el Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) que puede entenderse como la estructura de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos sistemáticos del sector salud en aras de generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios y la satisfacción del usuario. Este sistema contiene cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (Ministerio de Salud y protección social, 2016).

Adicionalmente, el Ministerio ha expedido diversidad de guías metodológicas y manuales en relación con los indicadores de calidad y eficiencia (Ministerio de Salud y Protección social, 2013).

Las Resoluciones 5095 de 2018 y 3100 de 2019 establecen los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los

servicios, requisitos y condiciones de Inscripción de Prestadores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) y la Resolución 1328 de 2021 que las modifica y complementa. A esta normatividad se suman todas regulaciones en materia de acreditación, como es el caso de la Resolución 556 de 2022 que determina los parámetros de acuerdo a ICONTEC y otras como Resolución 2082 de 2014, Resolución 0256 de 2016, Resolución 5095 de 2018, Resolución 207 de 2020, Resolución 1328 de 2021 (Saenz, Moreno, & Olascuaga, 2021).

Internacional

En el marco internacional se han diseñado algunas estrategias globales con la finalidad de lograr un compromiso universal en el cumplimiento de los parámetros de calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Entre estas se encuentran el Plan de acción mundial en pro de la seguridad del paciente 2021-2030, con el propósito de establecer una guía para los gobiernos en aras de la reducción de los daños prevenibles y la garantía de atención segura, respetuosa y de calidad, para lo cual los servicios deben ser eficaces, seguros, centradas en las necesidades del paciente, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Para ello se proponen 7 objetivos estratégicos que se deben cumplir mediante 35 acciones, y se relacionan, por ejemplo, con que el daño evitable se convierta en un pilar en la toma de decisiones y la prestación del servicio, aumentar la fiabilidad en la protección y seguridad prestada a los pacientes, fortalecer la participación del paciente y sus familias, educar, preparar y capacitar al personal, garantizar la información para la identificación de riesgos, promover y asegurar la colaboración multisectorial y multinacional. De la mano del plan, se ha diseñado la estrategia “una década de la seguridad del paciente 2021-2030”, en aras de darle un alcance regional y nacional (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible que forman parte de la agenda 2030 de las Naciones Unidas, se encuentra incluidos el Objetivo 3, que comprende los compromisos en materia de salud y bienestar, encaminado a su garantía y promoción, incluyendo el acceso a la atención, la prevención, la salud mental, la seguridad y el medio ambiente. El objetivo 8 por su parte, contiene los compromisos en materia de trabajo y crecimiento económico, señalando que este último debe ser inclusivo y sostenible (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Fundamentos Conceptuales, Evidencia Empírica y Modelos de Gestión en Salud

Antecedentes e Investigaciones Previas

En relación con la eficiencia en salud en Colombia se han llevado a cabo varios estudios en el periodo 2015-2025. Por ejemplo, Trujillo (2015), con el objetivo de identificar los factores que evidencian la crisis financiera del sector de las Entidades Promotoras de salud en el marco de la ley 100 de 1993 desarrolla una monografía, descriptiva y analítica, titulada “La crisis financiera del sistema de salud en Colombia: un acercamiento desde las E.P.S.” y determinó que para el año 2015 se evidencia un crecimiento de las cuentas por cobrar lo que reduce sus ingresos, así como ineficiencia en materia de costos y una indebida gestión de gastos, lo que disminuye de manera desafortunada los márgenes de rentabilidad y en consecuencia la sostenibilidad de todo el sistema.

En el año 2016 Mendoza, De la Victoria, y Zarate (2016), realiza un estudio descriptivo retrospectivo de la calidad del servicio en las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado soportado en la metodología del análisis envolvente de datos (DEA), utilizando el modelo propuesto por Charnes, Cooper y Rhodes orientado a las salidas, con el objetivo de “Evaluar la eficiencia en la calidad del servicio de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado durante los períodos comprendidos entre 2011-1 y 2014-1”, encontrando que “los resultados indican que 14 de las 22 entidades evaluadas tienen una eficiencia superior al 90% durante el periodo de estudio”.

Pérez, Flórez y Giraldo (2017) presentan un artículo de revisión denominado “Regulación de la salud en Colombia: un problema de información secuestrada”, con el objetivo de “analizar el fundamento teórico y las razones de las fallas en el modelo de asistencia sanitaria colombiano” y para su desarrollo se utilizó un enfoque cualitativo y meta teórico, estableciendo que las

problemáticas identificadas se relación con una errada metodología en los estudios de mercado, lo que inevitablemente afecta la coordinación, la competitividad y la eficiencia de EPS e IPS en el país, acabando en condiciones de funcionamiento caracterizadas por resultar estática en la infraestructura del sistema, regulaciones aisladas de la realidad, no correspondencia entre los servicios ofrecidos y las necesidades demandadas, corrupción, entre otros, lo que deja claro que una eventual reforma requiere un acercamiento a las realidades de los agentes involucrados.

El Observatorio de la Seguridad Social (2017) presenta su informe y análisis “Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia”, encontrando que, en Colombia, en lo que respecta a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, no se ha contado con un debate amplio con información suficiente, en aras de construir soluciones efectivas, esto a pesar de la importancia que esto implica, convirtiéndose cada vez con mayor fuerza en una estructura de gasto público con una grave crisis de ingresos y equilibrio financiero que está en manos de la tecnocracia, determinando que el gasto en este rubro en el país tiene una tendencia de crecimiento y resulta superior a otros países con similar desarrollo, por lo que considera que el mayor problema se encuentra en la gestión ineficiente y la mejor solución en la promoción y prevención.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2018) desarrolla el proyecto de investigación “Gestión de desperdicios e ineficiencias en el sistema de salud colombiano”, para “Construir una hoja de ruta que incluya indicadores de eficiencia para el abordaje de desperdicios en materia de salud” y señala que el caso de Colombia el porcentaje del gasto en salud que proviene de las familias no alcanza un 15% del total, lo que contribuye al déficit fiscal, a lo que se suman los excesivos desperdicios, siendo entonces indispensable que en

cualquier estrategia de reforma se oriente a alcanzar el equilibrio entre eficiencia económica y calidad.

Montoya y Vasquez (2018) desarrolla una monografía de revisión documental titulado “Política pública de gestión de calidad en las instituciones de salud en Colombia” con el propósito de “Determinar el desarrollo y la evolución de la política pública de gestión de calidad en las instituciones de salud desde 2006 hasta 2017 dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia”, y haciendo uso de datos compilados mediante informes de entes como el Ministerio de Salud y protección Social de 2015 a 2019, donde se puede identificar los avances valiosos en materia de política pública en Colombia, pero su realización y efectividad no es una tarea netamente institucional, sino que depende de un quehacer colectivo.

En lo que respecta a la calidad y la gestión en calidad se evidencia una evolución constante, y un impulso para ello han sido los procesos de acreditación, siendo obligatorio que las IPS cuenten con un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Sistema único de acreditación, y que realicen un reporte periódico de indicadores de gestión al Ministerio (Montoya & Vasquez, 2018).}

Rodríguez, Marulanda, Pineda, Pineda y Gonzalez (2019) en el artículo “La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019”, construido a partir de una metodología cualitativa de tipo descriptivo, en aras de “evaluar la situación financiera de las EPS en el agregado y por grupos, en 2008 y 2019”, señala que la mayoría de las EPS en el país son totalmente inviables financieramente, con incumplimiento de las normas de habilitación, en relación con estándares de contingencia, capital y solvencia, lo que debido a su rol, como intermediario privado, hace insostenible al sistema, y su salvación acaba costándole al

recurso público, y el déficit soportándolo la cartera de la IPS, afectando la oportunidad, calidad, continuidad, suficiencia, seguridad, etc., en la garantía del derecho a la salud.

Tirado & Villamil (2019), mediante la monografía de carácter cuantitativo “Eficiencia, Universalidad y Sostenibilidad en los servicios de salud en las regiones de Colombia en el periodo 2007 a 2017”, con el objetivo de “Determinar en forma cuantitativa el desarrollo de la prestación de servicios del sistema de salud en las regiones colombianas entre el 2007 a 2017 a través de los principios de Eficiencia, Universalidad y Sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, logra establecer que en ninguna de las regiones del país se cumple con los parámetros legales en materia de sostenibilidad financiera, eficiencia y universalidad, en algunas con mayor gravedad, sin embargo, se encuentran problemas generalizados en materia de financiación, como es el caso de incumplimiento de las cuantías, como en el caso del SOAT, y que gran parte de la garantía del servicio de calidad, acaba en manos de los jueces de tutela.

Castro y Malpica (2020) mediante una investigación de tipo reflexivo, presenta el artículo denominada “Factores determinantes en la crisis de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, un acercamiento desde la perspectiva financiera”, con el objetivo de “identificar factores críticos desde la perspectiva financiera que permitan evidenciar el efecto que la crisis del sector ha tenido en las finanzas de estas organizaciones” encontrando que el sector salud desempeña actualmente un rol importante en la economía colombiana, en materia de gasto público, y en el lapso 2015-2019 ha tenido una transformación negativa en referencia a liquidez, endeudamiento y rentabilidad, en términos de resultados operacionales.

Así mismo se han incrementado las IPS con pérdidas financieras es decir, en déficit, lo que puede explicarse por una estructura de costos poco eficiente, por cuestiones como los gastos de no calidad, es decir sin relación directa con la prestación del servicio de salud, siendo uno de

los factores que llevan al bajo rendimiento, la realización de procesos inadecuados en materia administrativa, lo que pone en riesgo alcanzar atención de calidad, oportuna y accesible, infraestructura y tecnología adecuada y suficiente, y aunque se puede establecer que el Gobierno ha realizado esfuerzos para la implementación de estrategias y acciones para mejorar la crisis del sector, han resultado insuficientes para alcanzar niveles financieros satisfactorios a mediano y largo plazo (Castro & Malpica, 2020).

Palencia (2018), presenta el estudio cuantitativo, experimental, “Eficiencia de las entidades promotoras de salud (EPS) del régimen subsidiado en Colombia mediante el análisis envolvente de datos (DEA)” la cual tiene como objetivo “analizar la eficiencia de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado en el año 2015 por medio de la evaluación de variables significativas y del análisis envolvente de datos se podrá realizar un análisis económico cuantitativo válido del desempeño de las EPS durante el periodo de estudio” y se encuentra que, la eficiencia comparativa de las EPS del régimen subsidiado en el periodo 2015 en Colombia, alcanza el 100% en 25 de las 31 entidades bajo estudio y se concluye que existe una alta correlación positiva entre la gestión de recursos con los índices de satisfacción y rendimiento.

Melo, et al, (2023) mediante un artículo, en contribución del Banco de la República, resultado de una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo, desarrolla el documento titulado “Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia” y “analiza las posibles ineficiencias de las EPS e IPS, entidades encargadas de gestionar los recursos del sistema”, determinando que existe un sobre costo en materia de salud que tiene una repercusión inevitable sobre el desarrollo económico, y viceversa, y por ende, mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos, que se refleja en la solidez financiera y en el bienestar de la población, y

apostarle al desarrollo, facilita el cumplimiento de los propósitos del sistema y aumenta la capacidad de enfrentar desafíos nuevos.

Crispin, Melo, Restrepo, y Vasquez (2023), a través del trabajo de investigación “Eficiencia y solidez financiera de las Instituciones prestadoras de Servicio de Salud (IPS) en Colombia” cumple el propósito de “analizar la eficiencia de las IPS en Colombia en el periodo 2017-2019”, y establece que ninguna de las IPS bajo estudio alcanza una eficiencia del 100%, encontrando una eficiencia técnica promedio de 75%, con una ineficiencia persistente, únicamente en materia de gestión de recursos, sin tener en cuenta la calidad ni la satisfacción del usuario, y se identifican como problemas principales, rentabilidad y liquidez.

Asociación colombiana de empresas de medicina integral (2024), a través del proyecto de investigación “Posibles impactos de la eliminación de las EPS en el marco de la reforma a la salud que propone el gobierno actual”, estudio cualitativo de tipo descriptivo, cumple el objetivo de “analizar cuáles serían los posibles impactos de la eliminación de los aseguradores en el sistema de salud colombiano” y encuentra que Colombia ya tiene la experiencia de contar con un pagador directo como se hizo con Fosalda, lo cual fracasó, por lo que la posible eliminación de la figura de la EPS, concentrando la gestión financiera en una sola entidad, no implica que esto se vaya a ver reflejado en la calidad, oportunidad y accesibilidad de los servicios que recibe la población o en la economía de la misma, puesto que no se muestra de que forma, por ejemplo, se controlará el gasto de bolsillo.

Esta experiencia ya se había tenido en México y Costa Rica, donde fue un total fiasco, debido a la transición desordenada de la propuesta de centralización y enfoque preventivo, y principalmente porque el impacto sobre el bolsillo de las familias fue desproporcional y acelerado, lo que a su vez se vio reflejado en las cifras de pobreza e indigencia y la presión fiscal

se volvió insostenible. Del mismo modo, la centralización en una sola red de prestadores afecta de manera inevitable los avances que ya se han tenido en materia de accesibilidad y oportunidad, agravando las brechas territoriales que ya persisten (Asociación colombiana de empresas de medicina integral, 2024).

Centro de Pensamiento de Seguridad Social- CEPES (2024), en el marco de segundo seminario del CEPES, entrega informe como un documento técnico de política pública, denominado “Una revisión a las propuestas de reforma del sistema de salud”, en el cual se realiza un análisis profundo de la propuesta de reforma al sector salud y se establece que la mayoría de las propuestas del gobierno datan sobre asuntos que ya se encuentran contenidos en las leyes existentes, tales como el modelo de atención primaria, por lo que resulta mucho más valioso que se trabaje por alcanzar una implementación de estas de manera eficiente.

Por lo tanto, el papel de las EPS no se puede reducir a la gestión financiera en aras de eliminar su rol en el sistema, sino que se requiere una verdadera transformación mancomunada, priorizando aspectos que se presentan precarios, tampoco se puede entender que la prestación directa sea la solución a la crisis del sistema, pues el primer paso es la evaluación del sector privado y de su capacidad operativa y desde allí construir, optimizar e impulsar la cooperación y el trabajo mancomunado, fortaleciendo adicionalmente, los sistemas de información, que facilite continuidad de los procesos de control y seguimiento (Centro de Pensamiento de Seguridad Social- CEPES, 2024).

Enfoques Teóricos y Modelos de Análisis

La gestión pública se ha convertido en un reto para los Estados modernos, especialmente cuando se trata de alcanzar niveles de eficiencia óptimos, para lo que se han desarrollado diversos modelos en el mundo, siendo el que principalmente se ha tenido en cuenta en Colombia

en materia de salud, la gestión integral del riesgo, que se compone de una estructura estratégica que se compone desde la prevención hasta la paliación y que comprende procesos de seguimiento continuo sobre los riesgos, mediante la promoción y la prevención, disminuyendo los costos de las enfermedades (Unidad de los servicios de medicina integral/ Universidad Nacional, 2020).

Las transformaciones de los modelos de gestión pública, se viene dando de manera progresiva, siendo para los años 70, cuando se dio inicio a las reformas que aun hoy por hoy se continúan intentando, siendo anteriormente la tendencia tradicional, de corte formalista y burocrático, la predominante hasta entonces, modelo promovido por las teorías de Max Weber, orientado a las estructuras jerárquicas rígidas, al apego estricto a las normas y procedimientos, y la rendición de cuentas, más que a la eficiencia o a la satisfacción de quien percibe el servicio, lo que vuelve el sistema lento e inadaptable a las realidades y necesidades cambiantes (Garrido, 2012).

Inicialmente, el nuevo concepto se enfoca en la eficiencia y la productividad del sector público que se vieran reflejadas en el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de las personas. Durante los 90 se comenzó a hablar sobre gobernanza o gobernabilidad democrática, teniendo claro que la eficiencia de las políticas y las normas en materia de salud, tal como conocemos hoy el concepto, depende de la adaptación de los servicios a las realidades de las comunidades, y los modelos anteriores de gestión, se habían implementado sin tener en cuenta la participación de la sociedad (Garrido, 2012).

Los presupuestos que caracterizan la nueva perspectiva, en virtud de la perspectiva de autores como Peter Aucoin y Christopher Hood, se relacionan con cuestiones como que el ciudadano es el eje central de la gestión pública, que el Estado no es un fin en sí mismo, sino un

medio para alcanzar propósitos sociales y colectivos, el gasto público no puede ser ilimitado y debe tener prioridades y focalización, orientado a la productividad, sin embargo, las primeras orientaciones se acercaban más a la denominada racionalidad, que prioriza el éxito en la relación institución- mercado, y se adoptan los conceptos de cultura organizacional y valores institucionales y su orientación se centra en lo privado, desde allí la adopción de sistemas de salud como el colombiano, donde persiste el intermediario privado, denominado modelo gerencial del sector privado (Chica, 2011).

El modelo de gestión actual en materia de salud tiene mucho que ver con un poco de cada etapa de la evolución de esta, solo que se acerca cada vez un poco más a los fines del Estado Social de derecho, al menos en teoría, sin embargo, y a pesar de los esfuerzos, las problemáticas más marcadas son consecuencia directa de la indebida o la corrupta gestión de los recursos, no solo financieros, es por ellos que los modelos de gestión de la calidad tienen como propósito que las instituciones que tienen en sus manos la prestación del servicio, tengan un rendimiento óptimo, previendo y minimizando lo más que se pueda, los desperdicios y el uso indebido (Castañeda, 2014).

Esa modernización de la gestión no puede entender exclusivamente como la transformación de los procesos administrativos sino que involucran la adopción de nuevas culturas y nuevos valores, transformación de la consciencia social y de las acciones colectivas, y desde las realidades propias de cada Estado resulta difícil que modelos trasladados de realidades diversas, aporten a la eficiencia y efectividad, y esa incapacidad deslegitima los preceptos del Estado Social de Derecho, en casos como el colombiano. Es por ello que la necesidad se centra en la implementación de un modelo de gestión que contenga un proceso completo desde la planificación hasta la evaluación y diseño e implementación de estrategias para corregir las

falencias, por lo que debe contar con indicadores, presupuesto e incentivos y sanciones, para lo que se habla de distintos modelos, pero que finalmente el que se acoja debe adaptarse a las realidades y necesidades de la población, el territorio y el área específica en la cual se requiere (León, 2016).

Ahora bien, en referencia a otros ítems como la calidad y la auditoria, en el diseño e implementación de modelos de gestión, han respondido a la necesidad de controlar el gasto, equilibrarlo con los resultados, establecer estándares mínimos para la prestación de los servicios, y verificar su cumplimiento, Avedis Donabedian establece que el propósito de la evaluación de la calidad es el ejercicio permanente de la verificación de cumplimiento de normas y estándares, para su corrección temprana, teniendo en cuenta el contexto hospitalario, el médico y el paciente, estableciendo parámetros que deben cumplirse, para compararlos con los resultados, y no se limita a la satisfacción en referencia a los servicios recibidos sino a la atención interpersonal (Silberman, Granados, Delgado, & Lopez, 2006).

Y para la evaluación de la calidad de la atención el autor ha propuesto que deben establecerse un conjunto de actividades denominados procesos para alcanzar mayores beneficios y minimizar los riesgos, identificar su adecuada implementación, y los elementos requeridos para su adecuado desarrollo, y a su cantidad y adecuación, lo denominó, estructura, y finalmente los cambios entre una y otra situación de salud, son los resultados, y en relación a cada uno de estos se han generado enfoques en los distintos modelos de gestión de la calidad (Silberman, Granados, Delgado, & Lopez, 2006).

Para ello, la auditoria, como labor interdisciplinaria de evaluación, se convierte en un elemento esencial, propicia la revisión continua y crítica de los resultados, las estadísticas y las falencias y los riesgos, en aras de asegurar que la estructura institucional alcance la mayor

calidad de la atención y la mayor satisfacción del usuario, mejorando la práctica clínica, siendo un medio de educación continua, por lo que es una herramienta de gestión indispensable, en cualquier modelo moderno a implementarse (Gomez, Rodrigez, & Cardenas, 2020).

Finalmente, la gestión pública cumple un papel tan valioso en materia de desarrollo y sostenibilidad que se considera como uno de los 3 grandes ejes en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. La sostenibilidad puede entenderse, de acuerdo al concepto de Brundtland, como la necesidad de priorizar las necesidades básicas de la población, sin que se vean comprometidas las de las futuras generaciones, e integra las dimensiones económica, social y ambiental, por lo que la salud no se ve excluida. Desde allí se orienta la economía de la salud, que está relacionada con la eficiencia en la prestación del servicio y que esta sea sostenible, componentes elementales para lograr el bienestar de las comunidades (Bermejo, 2020).

Eficiencia en la Gestión de los Recursos en Salud en Ee Lapso 2015 a 2025 y su Incidencia Sobre el Desarrollo Económico Sostenible en Colombia

El gasto en salud en el país alcanza al menos el 8% del producto interno bruto y el 6,3 % del gasto público, lo que casi se equipara con el gasto promedio de los países de la OCDE, e incluso superando los de ALC, tanto en materia del PIB como del gasto público. En referencia a la situación del país en el contexto global, entre 25 países de América Latina y el Caribe analizados por el Banco Interamericano de Desarrollo, se encontró que Colombia ocupa el décimo lugar en eficiencia en el gasto (Rico, 2024).

En materia financiera, desde el año 2013 se puede identificar una disminución de ingresos por cotización y por ende la dependencia a impuestos a aumentado, esto debido al aumento de afiliación al régimen subsidiado, el aumento de la demanda de servicios de alto costo y la inclusión de muchos de estos en la cobertura, especialmente mediante la tutela. Es claro que las falencias en el funcionamiento de cualquiera de las entidades o instituciones que hacen parte de la cadena de servicio, representan un efecto dominó, y las estructuras de solución, al comprender cuestiones como aumento en la tributación o en la contribución de las empresas o los trabajadores, también se ven afectadas con un impacto directo en la economía (Melo, et al, 2023).

Ahora bien, el centro del gasto territorial en salud ha estado enfocado en financiar la atención en el régimen subsidiado y la proporción para acciones de promoción y prevención, y de inversión en infraestructura hospitalaria y modernización, especialmente, en materia territorial, es muy mínima, lo que se ve reflejado en la ineficiencia de las acciones para mejorar la salud de poblaciones como la infantil, lo que se suma a la falta de acciones efectivas de inspección, vigilancia y control en el uso de los recursos, que tengan mayor presencia en lo

regional y lo local y una mayor armonía y coordinación entre las distintas entidades competentes (Orozco, 2015).

Ahora bien, para medir la efectividad o eficiencia del gasto, se apela a la relación de la esperanza de vida y gasto per cápita, y en Colombia se identifica un nivel favorable, encontrando una mayor inversión en gastos de administración en Colombia en comparación con otros países, alcanzando apenas el 19% en servicios hospitalarios (Gutierrez, et al, 2023), sin embargo, el gasto en salud indiscutiblemente ha aumentado de manera progresiva y este aspecto ha tenido una evidente repercusión en cuestiones como la reducción del índice de pobreza de al menos 5 puntos porcentuales en 2020, en materia de desigualdad, ha representado una disminución de al menos 0,0261 puntos para el mismo año (Paredes, 2023).

Del mismo modo, se ha avanzado de manera positiva en la cobertura y la equidad en el ingreso en el periodo 1993-2021, alcanzó una expansión de un 67%, la brecha entre lo urbano y lo rural reporta una reducción significativa, alcanzando en 2021 totales de 93% y 95% respectivamente. Todas estas realidades, positivas y negativas, tienen incidencia en la sostenibilidad del sistema, por ejemplo, la sobre afiliación al régimen subsidiado que se presentó en el contexto de la pandemia por COVID 19, representó un sobrepeso financiero (Paredes, 2023).

Es entonces, no solo lo que se gasta, sino en que y de donde salen los recursos, lo que se relaciona con el concepto de eficiencia, desde todas sus aristas, y hasta el año 2016 en el sector salud en Colombia se evidenciaba un promedio de eficiencia menor al 70%, lo que representaba una crisis del sector (Mendoza, et al, 2016). En un estudio nacional se encuentra que entre 2014 y 2021, el 21% de las EPS del país no alcanzan el 40% de eficiencia y el 43.9% de las EPS se situaron en un nivel de eficiencia menor al 60%, y el 15.8% menor al 80%, y solo un 19.3%

alcanzaron una eficiencia superior al 80% y entre 2017 a 2021 la eficiencia promedio de las IPS fue del 75% (Rico, 2024).

Todos los estudios específicos sobre este factor en EPS o IPS del país que se relacionan en el presente documento, evidencian que en ningún caso se alcanzan niveles promedio superiores al 80 %, además de que en lo que respecta al gasto que proviene de las familias, no supera el 15% de total, permitiendo identificar ausencia de equilibrio entre el gasto y la sostenibilidad y esta última con la calidad (Empresas de Medicina Integral, 2018).

Frente a ello, el promedio global de las eficiencias, incluyendo la técnica y la administrativa, de las entidades del régimen contributivo, para el año 2015, alcanzan el 88,98%, en Colombia, en las EPS fue de 93,07%. En el régimen subsidiado los índices son menores, pero se evidencia una mejoría, con ineficiencias graves al menos en 3 EPS, en materia de recursos, optimización, retornos, y problemas administrativos (Fontalvo, 2015).

Debe señalarse que las dificultades identificadas responden en gran medida a la orientación general de la gestión de la salud en Colombia, que se mantiene en una línea de acción descentralizada en el gasto, que desde la perspectiva territorial ha priorizado el financiamiento de la atención en el régimen subsidiado y una menor proporción para acciones de promoción y prevención, e inversión en infraestructura hospitalaria y modernización, lo que ha afectado el impacto eficiente en poblaciones y grupos vulnerables, en suma a la falta de acciones efectivas de inspección, vigilancia y control en el uso de los recursos, favorece la corrupción (Orozco, 2015).

Sin embargo, más allá de este contexto, ha aumentado el alcance de la cobertura universal, principalmente en el régimen subsidiado, aumentando los índices de afiliación, beneficiando mayormente los departamentos de Chocó, Vichada, Guainía, Córdoba, Sucre y

Magdalena, a lo cual se suma la unificación de beneficios entre regímenes, lo que desafortunadamente también representa un reto fiscal y financiero enorme, y pone sobre la mesa nuevamente la discusión de la sostenibilidad fiscal (Orozco, 2015).

Lo mas preocupante es que el problema de la sostenibilidad es progresivo, a futuro, se han planteado proyecciones de aumento del gasto público en salud al año 2030, con un aumento de inversión del PIB de al menos 1,9%, con un impacto en las finanzas del sector público y en las principales variables macroeconómicas. En reversa, factores como el crecimiento económico y la reducción de la informalidad laboral, pueden contribuir a la mitigación de las consecuencias (Melo, et al, 2023).

Muy a pesar de todas las reformas e intentos de transformación con la finalidad de corregir las dificultades alrededor de la eficiencia de la estructura de acción, cuestiones de fondo como la capacidad tecnica de los entes territoriales, baja armonización en la promoción y prevención en PIC y POS, falta de delimitacion clara de competencias, propicia circunstancias como la sobrecarga a algunos actores y por ende funciones no cumplidas o realizadas de manera inadecuada o incompleta (Orozco, 2015).

Todo este contexto se refleja en indicadores como la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad materna, pero son paralelas a cuestiones como la liquidación de Empresas Promotoras de los Servicios (EPS), robo de los recursos del sector, altas deudas de las EPS a sus proveedores, crisis financiera de los hospitales públicos, altos índices de tutelas, negación de servicios, etc., por lo que resulta indispensable optimizar los recursos disponibles y ofrecer una atención eficaz y de calidad a la totalidad de la población (Arbaiza, et al, 2023), y siendo la salud un elemento esencial para asegurar calidad de vida y bienestar a las poblaciones,

lograr altos estándares en estos aspectos es indispensable para el desarrollo económico (Moreno, 2024).

Es así que, para concluir, alcanzar la sostenibilidad del sistema de salud como objetivo, contemplado en el 3 de ODS, salud y bienestar, se requiere alcanzar la satisfacción de las necesidades y expectativas de las generaciones presentes sin comprometer la posibilidad de satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras (Reyes, Ibañez, & London, 2023). Esto se encuentra íntimamente relacionado con el gasto, y la eficiencia en la gestión del mismo, y siendo la salud uno de los rubros de mayor incidencia sobre el gasto público en Colombia, con un aumento progresivo, resulta indispensable que se alcancen los propósitos de sostenibilidad, para que de manera equilibrada se garantice el derecho a la salud a la población en condiciones de calidad, accesibilidad y oportunidad, sin comprometer la garantía futura o afectar de manera desproporcionada, la capacidad financiera del sistema.

Medidas de Transformación de la Gestión en las Entidades Administradoras, Promotoras y Prestadoras del Servicio de Salud en Colombia

En el caso colombiano, la discusión respecto a la eficiencia tiene varias aristas, se ha centrado principalmente en el modelo de gestión, lo que se ha visto reflejado en los diversos intentos de reforma, convergiendo en alcanzar el cumplimiento de características como la integralidad y la igualdad, proponiendo una Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y un Modelo Integral de Atención Territorial (MAITE), que tiene como base la Atención Primaria en Salud (APS), alcanzando más del 95% de cobertura en la actualidad, con un único plan de beneficios (Arbaiza, et al, 2023).

Durante la construcción de la ley estatutaria en salud 1751 de 2015, se vienen imprimiendo transformaciones profundas al sistema de salud y su gestión, por ejemplo, esta elimina el Plan Obligatorio de Salud (POS), y lo reemplaza por un modelo que gira en torno del usuario y que prioriza las acciones de prevención y atención primaria, del mismo modo se le da mayor importancia a la acción colectiva mediante la organización de redes de atención, adicionalmente se elimina la figura de las autorizaciones de los servicios obedeciendo a la universalidad que se predica y se excepcionan algunos servicios de la cobertura (Muñoz O. , 2014).

Las prestadoras de servicios en el país en la actualidad mantienen un modelo de gestión por procesos que esta orientado al logro de la calidad y optimizar la labor, el tiempo y los recursos, generando así altos niveles de satisfacción en los usuarios, y que se corresponde con una estructura de procesos que se adecue al contexto específico, respecto a los niveles de responsabilidad, pero la mayor problemática alrededor de esta cuestión es la escasa información con la que se cuenta, adicionalmente al sostenimiento de paradigmas organizacionales en todos

los niveles de los integrantes del grupo de trabajo en torno al cambio continuo (Lopez & Martinez, 2021).

En el año 2023 se llevaba a cabo el trámite en plenaria de la Reforma al sistema de salud, sobre un texto de 124 artículos, lo que mantuvo una tensión permanente entre los participantes, principalmente algunas EPS, y en abril de 2024 se presenta una versión de solo 47, que mantiene el objeto del anterior y el enfoque de tipo preventivo, predictivo y resolutivo, pero con algunos cambios sobre las funciones de los entes competentes, y el pago de incentivos a prestadores de mediana y alta complejidad y gestoras de salud y vida (Instituto de prospectiva e innovación en salud, 2024).

El foco de la reforma propuesta por el gobierno actual, tiene su origen en el fortalecimiento de acciones sobre las cuales ya se había venido trabajando en anteriores proyectos y políticas públicas, como es el caso de la garantía de cuidado integral mediante redes integradas territoriales en salud, coordinación interinstitucional y participación, enfoque territorial, etc. Sobre la nueva orientación de la gestión en salud se propone la adaptación de las estrategias a las condiciones específicas de los territorios y las comunidades y la extensión de sus beneficios a través del trabajo articulado y la adaptación del trabajo a los Planes Territoriales y decenales de salud pública y el Plan de Intervenciones colectivas (Instituto de prospectiva e innovación en salud, 2024).

Entre los avances que trae la reforma, reconocidos por la literatura en materia de gestión se pueden identificar la apuesta por la atención primaria que permita reducir los costos de atención en urgencias y aumentar el impacto en el diagnóstico, la atención oportuna y la prevención de servicios más costosos, otorgamiento de incentivos a la calidad y la generación de redes de atención, el mejoramiento de las condiciones del talento humano, monitoreo y

supervisión permanente, publicidad de la información para fortalecer la transparencia (Bernal & Barbosa, 2015).

Pero se encuentran varios problemas, por ejemplo, no se evidencia una diferencia esencial entre las figuras de las EPS y las Gestoras de salud y vida, mas allá de un rol administrativo, como asignar citas y la asignación de funciones como la auditoria, se supone que para simplificar y unificar la prestación de los servicios, y facilitar su acceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024), sin embargo, el riesgo que implica la desestructuración de las redes, por el posible aumento de las brechas territoriales, deja muchas dudas sobre la mesa (Asociación colombiana de empresas de medicina integral, 2024).

No es posible encontrar en el texto de la reforma, un impacto real sobre las enormes problemáticas del sistema, en el caso de la nueva figura, sobre las empresas promotoras, además, se mantiene la intervención de un agente externo entre el fondo y los usuarios, lo que dificulta la eliminación de las ineficiencias, y además se suma al plan de beneficios y a la disminuida falta de claridad de la lista de exclusiones, al mantener la segmentación de los regímenes y la vigilancia y control en manos de la Supersalud (Muñoz O. , 2014).

No puede entonces proponerse una inversión tan ambiciosa, en implementar estrategias sobre cuestiones que ya se encuentran reguladas en normas o políticas existentes, o en la eliminación de una figura, para implementar la misma pero con nombre distinto, y mucho menos eliminar algunas, y dejar otras pero reduciendo su rol a la gestión financiera, sin priorizar sus precariedades. Ahora bien, la evaluación del sector privado de manera profunda para corregir las ineficiencias y resolver la crisis, debería ser la prioridad, optimizando, fortaleciendo e impulsando el trabajo armónico, la auditoría y el control, debería ser la decisión inicial y no la

prestación directa, pues no se trata de un sistema completamente ineficiente, sino de uno con falencias (Centro de Pensamiento de Seguridad Social- CEPES, 2024).

Lo mismo que ocurre con la finalidad de centralizar los la administración de los recursos, pues ya Colombia tuvo su experiencia negativa con el fosal, y lo mismo ocurrió en países como México y Costa Rica, donde el aumento del gasto de bolsillo afectó de manera desmedida la economía del país y la presión fiscal se hizo insostenible (Asociación colombiana de empresas de medicina integral, 2024), y en la pretensión de priorizar la atención primaria, mediante la transformación de centros existentes y la creación de otros que recibirán los usuarios de las EPS, lo que nuevamente pone en riesgo garantías como la calidad y la accesibilidad y al no definir el origen de los recursos para su desarrollo, deja dudas sobre su sostenibilidad (Instituto de prospectiva e innovación en salud, 2024)

Desafortunadamente, quedan muchos cuestionamientos especialmente respecto a la sostenibilidad financiera del sistema, no está claro de donde saldrán los recursos para garantizar la implementación de los procesos, proyectos y políticas, (Instituto de prospectiva e innovación en salud, 2024), y solo se habla de dos fuentes de financiación, el impuesto saludable y el IVA social (Gonzalez, 2024). Tampoco se diseña una estructura ordenada de cumplimiento de los objetivos de fortalecimiento institucional, se excluyen los regímenes especiales sin que se motive o se establezcan los beneficios, no se indica de qué manera se alcanzarán las metas en materia de competencias de las entidades (Instituto de prospectiva e innovación en salud, 2024).

Resulta preocupante que la propuesta financiera se resuma en centralizar en manos del gobierno la administración de recursos dejando de lado la gestión del riesgo, la evaluación de la estructura existente, y la transformación real de las EPS, por lo tanto, queda en manos de ADRES el proceso de autorización de los servicios (Gonzalez, 2024), sobre lo que pueden preverse los

enormes problemas en la materia, especialmente en accesibilidad y acercamiento de las entidades al usuario y sus realidades.

En ese marco, el gobierno de Gustavo Petro continua un proceso de cambio que ha generado reacciones contradictorias. La reforma propuesta se justificó con proyecciones que no muestran un cambio valioso, pues para 2028 se identifican indicadores de inviabilidad actual y futura en el caso de las EPS, con alto o muy alto riesgo financiero (Rico, 2024).

Desde el ojo experto, la reforma no contiene los cambios profundos que requiere el sistema y no puede proyectarse como una corrección valiosa de la crisis, pues las propuestas, en su mayoría datan de cambios no estructurales, y sin soporte sobre su eventual eficiencia, ni una proyección de beneficios, que debería resultar indispensable en un proyecto con tantas implicaciones financieras, que compromete no solo la sostenibilidad del sistema sino el desarrollo económico del país, puesto que tal como ya se mencionó, las repercusiones negativas sobre la economía de las familias, ya se ha visto en otros países, como Mexico y Costa Rica (Centro de Pensamiento de Seguridad Social- CEPES, 2024).

Análisis de Resultados

Como hallazgo se puede establecer, la falta de claridad y actualización permanente de la información referente a la eficiencia en el servicio de salud en Colombia, como se extrae de los informes de entidades como el Observatorio Nacional de Salud (2019), respecto a la falta de estructura en la gestión de los procesos que lo componen y además sobre la complejidad de las realidades del sistema, falencias como la falta de indicadores adecuados facilitan la corrupción y la inadecuada inversión de los recursos, que no se traducen en un impacto positivo sobre el bienestar social y la calidad de vida de sus usuarios (Centro de Pensamiento de Seguridad Social- CEPES, 2024).

Se puede interpretar de resultados como los de Muñoz O. (2014), que las problemáticas son evidentes, y el inadecuado funcionamiento del sistema en Colombia, por ejemplo en materia de prevención, se ve reflejado en el aumento de las enfermedades crónicas que a su vez aumenta los costos en la atención de cuidados paliativos y medicamentos de alto costo, que no solo depende de los operadores del sistema, sino de cuestiones como la cultura general individual y colectiva de los usuarios.

Se encuentra además, que desde la perspectiva del usuario, y de autores como Paredes (2023), en referencia a la calidad, se identifican ineficiencias como barreras para el acceso a los servicios, en toda la cadena de entidades administradoras, promotoras y prestadoras y sobre afiliación al régimen subsidiado de usuarios que tienen la capacidad económica para pertenecer al contributivo, entre otros, que en su mayoría se vieron reflejados en el contexto de la pandemia por COVID 19, y que evidencian la ausencia de gestión adecuada, en procesos como el control y la auditoria, y que se ve reflejado en las cifras compiladas, teniendo en cuenta que los niveles de eficiencia tanto para EPS como para IPS, en el periodo de estudio, no alcanza un promedio

superior al 75%, con cifras gravísimas en casos específicos, incluso entre 2021 y 2024, el Banco de la República establece un promedio de 58% para las EPS.

A pesar de ello, también se pueden identificar avances continuos en la materia, especialmente respecto a la cobertura, que de acuerdo al Ministerio de salud y protección social (2024), su aumento ha sido progresivo y en el lapso 1995-2022, alcanzó un 69,91%, en promedio, y para 2022 un 99,12%, así mismo, la brecha de atención e indicadores de calidad entre lo rural y lo urbano se ha disminuido también de manera paulatina, pero lo que no es posible identificar es si estos avances sean suficientes, en virtud de las necesidades de las comunidades, debido a la escasa investigación sobre la satisfacción del usuario.

Para Colombia, de acuerdo a los hallazgos, los constantes intentos de reforma pueden ser una respuesta a las problemáticas identificadas, sin embargo muchos cuestionamientos permanecen alrededor de la sostenibilidad del sistema, entre otros aspectos que por la volatilidad de las propuestas, ponen en tela de juicio su eficiencia en la realidad material, empezando por la pregunta sobre el verdadero valor de la transición de las EPS a Gestoras de vida, sobre la eficiencia y la calidad del sistema, pues aunque se identifican aportes valiosos como los incentivos sobre el cumplimiento de indicadores, quedan muchos asuntos con vacíos, pero especialmente respecto a de donde saldrán los recursos y cual será la implicación en la economía de las familias y por ende, el impacto para el país.

Esto teniendo en cuenta, de lo descrito por el Instituto de prospectiva e innovación en salud (2024), sobre las experiencias de países como México y Costa Rica en la implementación de este modelo, en referencia a la centralización y gestión financiera unificada por parte del gobierno, y el enfoque preventivo del sistema, que aumento de manera considerable el gasto de bolsillo de las familias, aumentando la pobreza y disminuyendo la accesibilidad, además, por la

desestructuración de las redes de prestación territorial, haciendo no solo insostenible, sino, ineficiente el sistema.

Los resultados de esta investigación confirman la existencia de una brecha estructural entre el reconocimiento normativo de la salud como derecho fundamental y servicio público, y su materialización efectiva en el territorio. Si bien el andamiaje jurídico (CP de 1991, Ley 1751/2015) y los instrumentos de calidad (SOGCS, PAMEC, SUA) configuran un marco robusto, los hallazgos muestran que la densidad regulatoria no se traduce automáticamente en desempeño sostenible. Persisten asimetrías de acceso, debilidades en la inspección, vigilancia y control, y una gobernanza de datos insuficiente para cerrar el ciclo entre medición, aprendizaje y mejora.

En relación con la calidad, el sistema exhibe avances en cobertura y una reducción paulatina de brechas urbano–rurales; sin embargo, el acceso efectivo continúa tensionado por demoras y fragmentación de redes. El énfasis histórico en indicadores de estructura y proceso—en detrimento de métricas de resultado y experiencia del paciente—limita la identificación de prácticas de alto valor y reduce la utilidad de la auditoría para la toma de decisiones. En términos de eficiencia, la evidencia es heterogénea: coexisten episodios de eficiencia técnica elevada en ciertos subconjuntos de EPS con promedios subóptimos a nivel del sistema ($\approx 75\%$) y desempeños críticos ($< 60\%$) en varios actores y periodos. Este patrón sugiere cuellos de botella en la asignación del gasto (baja inversión relativa en promoción, prevención e infraestructura), sobrecostos administrativos y fallas en la gestión del riesgo clínico-financiero.

Desde la perspectiva económica, el peso del gasto en salud sobre el PIB y el presupuesto público hace que la eficiencia sea un punto de palanca para la sostenibilidad macro y distributiva. La literatura revisada converge en que mejoras en la eficiencia correlacionan con solidez

financiera de EPS/IPS y bienestar poblacional, mientras que las ineficiencias repercuten en tutelitis, crisis de liquidez hospitalaria y riesgo de gasto de bolsillo que puede empobrecer hogares. La dinámica demográfica (enfermedades crónicas, envejecimiento) y la expansión de beneficios intensifican estas presiones si no se reequilibran los incentivos y la cartera de inversión hacia APS, prevención y redes integradas con coordinación clínica real.

En este contexto, las propuestas de reforma—refuerzo de la APS, redes territoriales integradas, incentivos a la calidad, transparencia—son coherentes con la evidencia internacional sobre creación de valor. No obstante, los riesgos identificados en experiencias comparadas y en antecedentes nacionales (p. ej., centralización financiera sin salvaguardas operativas) alertan sobre posibles pérdidas transitorias de eficiencia, aumentos del gasto de bolsillo y desestructuración de redes si la transición carece de: (i) reglas claras de flujo de recursos, (ii) continuidad operativa para prestadores y usuarios, (iii) métricas de resultado y satisfacción para gobernar el cambio, y (iv) capacidad territorial fortalecida (talento humano, información, auditoría concurrente).

Estos hallazgos invitan a una lectura causal: (1) un marco jurídico suficiente sin inteligencia operativa y analítica no genera valor por sí mismo; (2) la cobertura universal sin prevención robusta desplaza la carga hacia la alta complejidad, generando sobrecostos; (3) incentivos financieros desalineados con resultados clínicos y experiencia del paciente perpetúan la ineficiencia asignativa; (4) transiciones institucionales sin hojas de ruta y presupuestos explícitos se asocian a pérdidas de productividad y de calidad en el corto y mediano plazo.

Las implicaciones para la gestión y la política pública son claras. Primero, reequilibrar el gasto con reglas de piso para promoción y prevención, e inversión contracíclica en infraestructura y talento en territorios rezagados. Segundo, evolucionar hacia un sistema nacional

de indicadores de valor (outcomes ajustados por riesgo, seguridad, experiencia reportada por el paciente, costos totales del ciclo de atención) interoperable y auditado; su publicación en tableros abiertos aumentaría la transparencia y la rendición de cuentas. Tercero, profundizar contratos por desempeño que combinen capitación ajustada por riesgo con incentivos por resultados y penalizaciones por eventos evitables, junto con auditoría concurrente clínica-procesal y analítica predictiva. Cuarto, gobernar cualquier reforma con una gestión de transición basada en pilotos, metas verificables, salvaguardas de continuidad y anclas fiscales que eviten shocks financieros y de acceso.

Este estudio presenta limitaciones: heterogeneidad metodológica en las fuentes, rezagos en la actualización de datos oficiales y estimaciones de eficiencia que, en varios trabajos, no integran plenamente resultados clínicos ni experiencia del paciente. Para atenuar estos sesgos, se trianguló normativa, literatura empírica y reportes institucionales. Futuros trabajos deberían implementar diseños longitudinales (panel EPS/IPS) con técnicas DEA/Frontier ajustadas por case-mix, incorporar indicadores PROMs/PREMs, y evaluar el impacto de intervenciones de APS y modelos de pago mediante métodos cuasiexperimentales.

En síntesis, Colombia ha consolidado un marco normativo avanzado y una cobertura cercana a la universalidad, pero la conversión de gasto en valor en salud sigue siendo irregular. La discusión apunta a que la eficiencia—en sus dimensiones técnica, asignativa, de escala y de precios—depende de alinear incentivos, robustecer la medición de resultados, y asegurar transiciones institucionales con financiamiento y datos. Sin este trípode, la sostenibilidad del sistema y su contribución al desarrollo económico sostenible continuarán en riesgo. La agenda de mejora, por tanto, no es solo normativa: es operativa, informativa y de incentivos.

Conclusiones

En materia normativa, tanto nacional como internacional con vigencia en Colombia, a partir de la Constitución de 1991, para el caso de gestión en salud y calidad del servicio, se encuentra una polución de herramientas jurídicas y políticas, pero que desafortunadamente no coinciden con las realidades del sistema.

Tal como proponen los diferentes autores traídos a colación, pero especialmente el Centro de Pensamiento de Seguridad Social- CEPES (2024), como informe más reciente, es apenas lógico que, si lo que ocurre con el sistema de salud, tiene incidencia en el presupuesto de la nación, impacta financieramente al Estado y en el marco de los objetivos diseñados en coordinación de los Estados parte en el plano internacional, en consecuencia también en el desarrollo económico sostenible de la misma, y al representar un impacto directamente proporcional en el bienestar y la calidad de vida de la ciudadanía, a su vez se corresponde con la realidad socioeconómica de las comunidades y por ende de Colombia.

Las cifras encontradas en materia de eficiencia y los problemas persistentes identificados por los distintos estudios, permiten establecer que en el caso colombiano, en el lapso 2015-2025, en indicadores como la cobertura y accesibilidad se evidencian mejoras progresivas, sin embargo, aún se continúan presentando amplios márgenes de ineficiencias y desperdicios al interior de las entidades pertenecientes al sistema y desafortunadas barreras para el acceso a los servicios, como demoras en la entrega de medicamentos, asignación de citas, que obligan a los usuarios a acudir a los servicios de urgencias, e inadecuada y de difícil acceso, en la atención primaria. Sin embargo, ni la literatura ni las instituciones competentes, contemplan estadísticas concluyentes ni información actualizada de manera continua, que permitan dibujar un contexto confiable que facilite el diseño e implementación de estrategias adecuadas.

Ahora bien, de las perspectivas de entidades competentes y de la doctrina en la materia, en relación a la reforma, se puede concluir que, aunque es difícil establecer si dar un giro a la normativa y la política pública colombiana en salud, sea la solución adecuada para los problemas evidenciados, lo que si se puede extraer de la literatura y la academia es que existen graves falencias en la gestión en general, soluciones que se ofrecen mediante los proyectos de reforma, como la transición de las EPS a Gestoras, no ofrece un impacto efectivo sobre el aprovechamiento de los recursos o el mejoramiento de la calidad de los servicios.

El presente estudio puede establecer que las propuestas del actual gobierno no cambian en mucho las que ya se venían trazando desde hace varios años, que fueron incluidas en la ley estatutaria de 2015, lo que deja en duda si realmente tiene algún valor para mejorar los índices de eficiencia, pues es notorio que la dificultad mayor no es generar una propuesta adecuada para alcanzar los objetivos, sino que sea posible y sostenible de manera progresiva, su realización material.

Los hallazgos de esta investigación permiten establecer que la gestión eficiente de los recursos en salud constituye un factor determinante para garantizar un servicio de calidad y, en consecuencia, para contribuir al desarrollo económico sostenible en Colombia. La revisión normativa y de políticas públicas evidencia que el país cuenta con un marco jurídico sólido y con instrumentos de calidad ampliamente reconocidos; sin embargo, su impacto se ve limitado por la falta de indicadores actualizados, debilidades en la gestión de la información y deficiencias en los procesos de inspección, vigilancia y control. Esta desconexión entre la norma y la práctica explica la persistencia de ineficiencias estructurales que reducen el impacto positivo esperado en el bienestar social y en la productividad económica.

El análisis de la eficiencia en el período 2015–2025 muestra un desempeño heterogéneo, con avances en cobertura y reducción de brechas urbano–rurales, pero con resultados promedio subóptimos en términos de eficiencia técnica y asignativa, limitaciones que repercuten directamente en el gasto público, en la sostenibilidad fiscal y en la capacidad de respuesta del sistema frente a enfermedades crónicas y emergencias sanitarias.

La discusión sobre las reformas recientes revela que, si bien las propuestas de transformación estatal buscan corregir fallas estructurales mediante la centralización de recursos y el fortalecimiento de la atención primaria, los riesgos asociados a la desarticulación territorial, el aumento del gasto de bolsillo y la pérdida de confianza institucional plantean más incertidumbres que certezas.

En consecuencia, se concluye que la sostenibilidad y legitimidad del sistema de salud colombiano dependerán de su capacidad para alinear la gestión eficiente de recursos, la calidad del servicio y el diseño de políticas públicas adaptadas al contexto, garantizando así un aporte real al desarrollo económico sostenible del país.

Referencias Bibliográficas

- Arbaiza, L., Morales, Y., & Toledo, A. (2023). *Estado del arte: productividad como concepto en el ámbito de la salud*. Obtenido de <https://revistascientificas.cuc.edu.co/economicascuc/article/view/4436>
- Asociación colombiana de empresas de medicina integral. (2024). *Posibles impactos de la eliminación de las EPS en el marco de la reforma a la salud que propone el gobierno actual*. Obtenido de https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2023/07/Documento.-Impacto-de-la-salida-de-las-EPS_vf.pdf
- Bermejo, R. (2020). *Del desarrollo sostenible según Brundtland a la sostenibilidad como biomimesis*. Obtenido de <https://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0686956.pdf>
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). *La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud*. Obtenido de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/entities/publication/73e9eb31-ac24-4e7c-b9ff-08e6079b0bde>
- Castañeda, L. (2014). *La nueva gestión pública: orientación hacia el rendimiento y una administración pública progresiva*. Obtenido de <https://repository.umng.edu.co/server/api/core/bitstreams/69ac30a5-8b4a-4e11-ad00-57555e14415c/content>
- Castro, A., & Malpica, W. (2020). *Factores determinantes en la crisis de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, un acercamiento desde la perspectiva*

financiera. Obtenido de

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriolibre/article/view/6387>

Centro de Pensamiento de Seguridad Social- CEPES. (2024). *Una revisión a las propuestas de reforma del sistema de salud*. Obtenido de <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2025/03/MR-DTS-REFORMA-AL-SISTEMA-DE-SALUD.pdf>

Chica, S. (2011). *Una mirada a los nuevos enfoques de la gestión pública*. Obtenido de [file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/bbiteca,+Una+mirada+a+los+nuevos+enfoques+de+la+gesti%C3%B3n+p%C3%ABblica+57-74%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/bbiteca,+Una+mirada+a+los+nuevos+enfoques+de+la+gesti%C3%B3n+p%C3%ABblica+57-74%20(1).pdf)

Cid, C., Flores, G., Del Riego, A., & Fitzgerald, J. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8489847/pdf/rpsp-45-e95.pdf>

Congreso de la República. (1991). *Constitucion Política*. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Congreso de la República. (1993). *Ley 100*. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República. (1993). *Ley 60*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=274>

Congreso de la República. (2001). *Ley 715*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>

Congreso de la República. (2011). *Ley 1438*. Obtenido de

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011_pr001.html

Congreso de la República. (2013). *Ley 1608*. Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51120>

Congreso de la República. (2015). *Ley 1751*. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf

Congreso de la República. (2016). *Ley 1797*. Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73454>

Consejo Privado de Competitividad. (2015). *Informe Nacional de competitividad* . Obtenido de

<https://santandercompetitivo.org/media/0746dc3bdfdb05559ac82891707d746db52d077.pdf>

Díaz, J. (2021). *Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura*. Obtenido de

<https://repository.universidadean.edu.co/handle/10882/10484?locale-attribute=en>

Durán, J. (2020). *Propuesta de mejoramiento de los procesos de atención al usuario en el área de facturación del hospital departamental San Antonio E. S. E. De Roldanillo Valle Del*

Cauca. Obtenido de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstreams/fbd5f182-088d-469d-80b5-89048dddfc01/download>

Empresas de Medicina Integral. (2018). *Gestión de desperdicios e ineficiencias en el sistema de salud colombiano*. Obtenido de https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/gestion_desperdicios_v7.pdf

Fontalvo, T. (2015). *Eficiencia de las entidades prestadoras de salud (EPS) en Colombia por medio de análisis envolvente de datos*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-33052017000400681&script=sci_abstract

Garrido, J. (2012). *La Nueva Gestión Pública: el nuevo modelo de administración pública*. Obtenido de https://acmspublicaciones.revistabarataria.es/wp-content/uploads/2017/05/51.2012.Garrido.Tiempos.678_687.c.pdf

Gomez, I., Rodriguez, D., & Cardenas, D. (2020). *Desarrollo de la auditoria en salud en Colombia en los últimos 10 años*. Obtenido de [file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/2020-GomezRodriguezyCardenas-desarrollo_auditoria_salud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/2020-GomezRodriguezyCardenas-desarrollo_auditoria_salud%20(1).pdf)

Gomez, I., Rodríguez, D., & Cardenas, D. (2020). *Desarrollo de la auditoria en salud en Colombia en los últimos 10 años*. Obtenido de file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/2020-GomezRodriguezyCardenas-desarrollo_auditoria_salud.pdf

Gonzalez, J. (2024). *Abecé: estos son los cambios y transformaciones que trae la ponencia de la reforma a la salud*. Obtenido de <https://www.elcolombiano.com/colombia/reforma-a-la-salud-cuales-son-los-cambios-que-trae-NA25705019>

- Instituto de prospectiva e innovacion en salud. (2024). *¿En qué consiste la nueva versión de la Reforma a la salud presentada por el Gobierno?* Obtenido de <https://www.innos.co/en-que-consiste-la-nueva-version-de-la-reforma-a-la-salud-presentada-por-el-gobierno>
- Jimenez, N. (2013). *Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/86440159.pdf>
- Julio, J. (2017). *El derecho a la salud en Colombia: evolución y defensa frente a un estado que dista de ser garante*. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087958/derecho-a-la-salud.pdf>
- Kerguelen, C. (2008). *Calidad en salud en Colombia. Los principios*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>
- León, D. (2016). *Fundamentos teóricos del modelo de gestión pública colombiana. Juan Manuel santos y el buen gobierno*. Obtenido de <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/90279e02-be6a-4d17-8ad3-756a3c9cb6f1/content>
- Lopez, J., & Martinez, D. (2021). *La gestión por procesos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia: Un recorrido desde sus inicios, hasta su implementación en la actualidad*. Obtenido de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstreams/4a28dd73-9e3a-4207-ad37-913acb65a898/download>

Melo, L., Arango, L., Ávila, O., Ayala, J., Bonilla, L., Botero, J., . . . Vásquez, D. (2023).

Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. Obtenido de <https://repositorio.banrep.gov.co/items/5319ce1f-f2f3-470e-ac8e-5090d387b7bf>

Melo, L., Vasquez, D., Alarcón, M., & Silva, G. (2024). *Empresas Promotoras de Salud en*

Colombia: Gestión del riesgo en salud, eficiencia técnica y solidez financiera. Obtenido de <https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/b7b1998a-7f29-490a-a595-ef6cbf1d487d/content>

Mendoza, A., De la Victoria, M., & Zarate, A. (2016). *Eficiencia en la calidad del servicio de*

entidades promotoras de salud del régimen subsidiado colombiano. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en*

Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social. (2013). *Sistema Estándar de Indicadores Básicos de*

Salud en Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/IBS_001.PDF

Ministerio de Salud y proteccion social. (2016). *Decreto 780*. Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolucion 3100*. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Proyecto de ley 312*. Obtenido de

<https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2024-09/PL.312-2024C%20%28REFORMA%20A%20LA%20SALUD%29.pdf>

Montoya, F., & Vasquez, Y. (2018). *Política pública de gestión de calidad en las instituciones de salud en Colombia*. Obtenido de

<https://repository.unad.edu.co/jspui/bitstream/10596/23828/1/ylvasquezb.pdf>

Moreno, M. (2024). *Avances y desafíos del sistema de salud*. Obtenido de

<https://revista.fasecolda.com/index.php/revfasecolda/article/view/875>

Muñoz, C. (2024). *El futuro del aseguramiento y de las EPS en Colombia: colapso, emergencia y posibilidades en el horizonte del sistema de salud*. Obtenido de

<https://consultorsalud.com/el-futuro-del-aseguramiento-y-de-las-eps-en-colombia-colapso-emergencia-y-posibilidades-en-el-horizonte-del-sistema-de-salud/>

Muñoz, O. (2014). *E.P.S Vs. Gestoras: ¿una nueva figura dentro del proyecto de reforma de la*

salud? Obtenido de <https://repository.ugc.edu.co/items/60f04962-538d-442e-963d-0cd8b8fc4ee1>

Observatorio Nacional de Salud. (2019). *Acceso a los servicios de salud en Colombia*. Obtenido de

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

Organizacion de las Naciones Unidas. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://www.cedhnl.org.mx/bs/vih/secciones/planes-y-programas/Agenda-2030-y-los-ODS.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. (2022). *Plan de accion mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. Hacia la eliminacion de los daños evitables en la atención en salud*. Obtenido de https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2024/01/Plan_accion_mundial_segpac2021_30_es.pdf

Orozco, A. (2015). *Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos*. Obtenido de https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_220.pdf

Paredes, D. (2023). *La Gestión de la Salud Publica en Colombia: Avances y Desafíos*. Obtenido de <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/60659>

Puerto, D. (2011). *La gestión del riesgo en salud en Colombia*. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/9964>

Reinoso, N., & Gomez, F. (2018). *Contexto en salud y calidad en Colombia*. Obtenido de <https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/fd798617-1d72-41a8-a8e8-78620bda3ca8/content>

- Reyes, M., Ibañez, M., & London, S. (2023). *Desarrollo Sostenible: discusiones sobre su definición y debates actuales*. Obtenido de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/download/15399/214421446678?inline=1>
- Rico, S. (2024). *Reforma a la salud: impulsada por las ineficiencias en el acceso*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/ineficiencias-acceso-reforma-a-la-salud/>
- Saenz, M., Moreno, S., & Olascuaga, G. (2021). *La auditoría en salud y el sistema obligatorio de garantía de calidad frente a los derechos de los usuarios, 2021*. Obtenido de <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/b25cda12-4c4c-466b-b08a-5b3081770bfe/content>
- Silberman, M., Granados, J., Delgado, I., & Lopez, V. (2006). *Calidad de la atención en salud: el modelo de Avedis Donabedian*. Obtenido de <https://uniclanet.unicla.edu.mx/assets/contenidos/288020230831232508.pdf>
- Silva, J., Murillo, L., & Sanchez, R. (2019). *Percepción de calidad en la atención debido a la rotación del personal en el servicio de medicina interna de la clínica Juan N Corpas de la ciudad de Bogotá en el período de abril y mayo del año 2019*. Obtenido de <https://repository.universidadean.edu.co/server/api/core/bitstreams/f06dbd6d-fcd0-4dc3-b9b3-7f3903530b00/content>
- Tocarruncho, J. (2021). *Impacto económico en la prestación de servicios de salud en Colombia asociados a la pandemia por SARSCOV2 COVID19*. Obtenido de

<https://digitk.areandina.edu.co/bitstreams/460c5166-4fda-4ed8-8a8b-9c1066972df9/download>

Unidad de los servicios de medicina integral/ Universidad Nacional. (2020). *Modelo de Salud enfocado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud basado en la Gestión del Conocimiento*. Obtenido de

[https://unisalud.unal.edu.co/fileadmin/archivos/Cartilla%20Modelo%20de%20Salud%20UNISALUD%202023%20V16.03.2023%20%20\(1\).pdf](https://unisalud.unal.edu.co/fileadmin/archivos/Cartilla%20Modelo%20de%20Salud%20UNISALUD%202023%20V16.03.2023%20%20(1).pdf)

Urrea, L. (2023). *Cuál es la situación de la salud y qué haría la reforma*. Obtenido de

<https://razonpublica.com/la-situacion-la-salud-haria-la-reforma/>