

**Calidad en los Servicios de Salud en Colombia: Análisis de su Implementación,  
Sostenibilidad e Impacto en los Procesos Asistenciales (2020–2025)**

Ana Elis Payares Romo

Asesor

Yaned Galeano Salazar

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

2025

## Resumen

En Colombia, la calidad en la prestación de los servicios de salud constituye un eje fundamental para garantizar la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la humanización del cuidado. A pesar de contar con un marco normativo robusto, conformado por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), la habilitación y el Sistema Único de Acreditación, persisten brechas significativas entre lo establecido en la regulación y su ejecución real dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Estas brechas se manifiestan en variabilidad de los procesos asistenciales, dificultades en la gestión del riesgo clínico, aumento de eventos adversos y una disminución del nivel de satisfacción del usuario, lo cual compromete la sostenibilidad del sistema y la calidad del cuidado.

La presente monografía tiene como objetivo analizar la implementación y sostenibilidad de los modelos de calidad en los servicios de salud colombianos entre 2020 y 2025, así como su impacto en los procesos asistenciales. Se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño de revisión narrativa, mediante análisis documental de estudios, informes técnicos, artículos científicos y reportes institucionales obtenidos en bases como PubMed, Scielo, Epistemonikos, Google Scholar y Redalyc. Las principales variables examinadas fueron: modelos de gestión de calidad, prevalencia de su implementación, factores que limitan su continuidad y efectos sobre indicadores clave como seguridad del paciente, satisfacción del usuario, eficiencia institucional y experiencia de atención.

Los hallazgos muestran que, pese a los avances normativos, la implementación de modelos de calidad sigue siendo heterogénea y limitada, especialmente en instituciones de baja y mediana complejidad. Entre los factores que afectan la sostenibilidad se identifican

insuficiencia presupuestal, deficiencias en infraestructura tecnológica, brechas en el talento humano, débil liderazgo institucional, limitada cultura organizacional de calidad y baja continuidad en los procesos de auditoría y seguimiento. En consecuencia, se ven comprometidos los resultados clínicos, la gestión del riesgo, la continuidad del cuidado y la eficiencia operativa.

Este análisis evidencia la necesidad de fortalecer la articulación entre políticas públicas, capacidad institucional, liderazgo transformacional, cultura de calidad, inversión estratégica y sistemas de evaluación continua. Consolidar un enfoque de calidad sostenible permitirá avanzar hacia un sistema de salud más seguro, equitativo, centrado en el usuario y capaz de responder a las demandas de un entorno asistencial dinámico y en constante transformación.

***Palabras clave:*** Calidad en salud, servicios de salud, acreditación en salud, seguridad del paciente. gestión de calidad.

## Abstract

In Colombia, the quality of healthcare services is a fundamental pillar for ensuring patient safety, institutional efficiency, and dignified access to care. Despite the existence of a comprehensive regulatory framework, including the Mandatory Quality Assurance System, the Quality Improvement Audit Program (PAMEC), the national accreditation system, and mandatory habilitation, significant gaps persist between regulatory intentions and actual implementation within healthcare institutions. These gaps manifest as variations in clinical processes, weak risk management practices, adverse events, and reduced patient satisfaction, ultimately jeopardizing system performance and care outcomes.

This monograph aims to analyze the implementation and sustainability of quality management models in Colombian health services between 2020 and 2025, as well as their impact on care processes. A qualitative narrative review was conducted through the systematic examination of academic articles, institutional reports, and research studies indexed in PubMed, Scielo, Epistemonikos, Google Scholar, and Redalyc. Key variables included the adoption of quality models, their prevalence across institutions, barriers to sustainability, and their effects on patient safety, user satisfaction, institutional efficiency, and care experience.

Findings reveal that despite considerable regulatory progress, the implementation of quality models remains heterogeneous and limited, particularly in low- and medium-complexity institutions. Barriers to sustainability include inadequate financial resources, technological limitations, workforce gaps, insufficient leadership, weak quality culture, and discontinuity in audit and monitoring processes. As a result, clinical outcomes, risk management, continuity of care, and operational efficiency are adversely affected. The analysis underscores the need for stronger alignment between public policy, institutional capacity, strategic leadership, quality

culture, financial investment, and ongoing evaluation systems. Strengthening these components is essential to advancing toward a safer, more equitable, patient-centered, and sustainable health system capable of meeting Colombia's current and emerging healthcare challenges.

**Keywords:** Health care quality, health services, health accreditation, patient safety, quality management, continuous improvement, health systems.

## Tabla de contenido

Lista de Tablas .....	9
Introducción.....	10
Planteamiento del Problema.....	10
Referente Metodológico .....	12
Tabla 1 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	13
Justificación.....	15
Objetivos .....	18
Objetivos Específicos.....	18
 La Salud como Derecho Fundamental, Servicio Público y Garantía Estatal en Colombia:	
Implicaciones para la Calidad y su Prevalencia .....	19
 La Salud como Derecho Fundamental en Colombia: Alcances y Significado para la	
Calidad .....	19
<i>Transformación Constitucional del Derecho a la Salud</i> .....	19
<i>La Sentencia T-760 de 2008 y el Giro hacia la Garantía Efectiva</i> .....	20
<i>La Ley Estatutaria 1751 de 2015: Consolidación Normativa</i> .....	20
 La Salud Como Servicio Público Esencial: Organización, Responsabilidades y Límites .	
<i>El Servicio Público como Mandato Estatal</i> .....	21
<i>Principios rectores y efectos sobre la calidad</i> .....	21
 El Estado como Garante del Derecho: Regulación, Supervisión y Calidad .....	
<i>El Deber Estatal de Regular, Supervisar y Corregir</i> .....	22

<i>La Institucionalidad del Sistema de Calidad</i> .....	22
Implicaciones Directas del Marco Normativo Sobre la Prevalencia de la Calidad .....	23
<i>La Calidad como Obligación Legal y no como Opción Institucional</i> .....	23
La Tensión entre Regulación, Recursos y Sostenibilidad.....	23
Factores Estructurales que Determinan la Prevalencia de la Calidad .....	24
<i>Capacidad de Liderazgo y Gobernanza Institucional</i> .....	24
<i>Cultura de Seguridad y Aprendizaje Permanente</i> .....	24
<i>Disponibilidad Tecnológica y Sistemas de Información</i> .....	24
<i>Recursos Financieros y Sostenibilidad</i> .....	25
<i>La Calidad como Expresión del Derecho a la Salud</i> .....	25
Sustento Teórico, Análisis de Estudios Previos y Enfoques de Gestión de la Calidad en el Sector Salud Colombiano.....	26
Eficiencia en la Gestión de los Recursos en Salud en Colombia y su Incidencia en el Desarrollo Económico Sostenible.....	30
Eficiencia del Gasto en Salud en el Contexto Pospandemia .....	30
Evaluaciones de Eficiencia Técnica en EPS e IPS.....	31
Eficiencia Territorial y Brechas en la Gestión Pública de Salud.....	32
Impacto de la Eficiencia del Sistema en el Desarrollo Económico Sostenible .....	33
Sostenibilidad del Sistema de Salud y Riesgos Estructurales .....	33
<i>Convergencia entre Eficiencia, Derecho a la Salud y Sostenibilidad</i> .....	34
Medidas de Transformación de la Gestión en Entidades Administradoras, Promotoras y	

Prestadoras del servicio de Salud en Colombia.....	35
Transición hacia Modelos Integrados de Atención: PAIS, MAITE y APS Fortalecida ....	35
Eliminación del POS y Expansión del Enfoque de Derechos.....	36
Transición hacia Modelos de Gestión por Procesos y Cultura Organizacional Centrada en Calidad.....	37
Reformas 2023–2024: Cambios Propuestos y Tensiones Institucionales .....	37
Aspectos Positivos Identificados en Estudios de 2023–2025: .....	38
Aspectos críticos identificados por la academia: .....	38
Eficiencia, Sostenibilidad y Riesgos Estructurales de los Modelos de Transformación....	39
Análisis de Resultados .....	41
Conclusiones.....	45
Referencias bibliográficas.....	48

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1</b> <i>Criterios de Inclusión y Exclusión</i> .....	13
--	----

## **Introducción**

La calidad en los servicios de salud constituye uno de los pilares fundamentales para fortalecer la seguridad del paciente, mejorar los resultados asistenciales y garantizar un uso eficiente de los recursos disponibles dentro del sistema sanitario colombiano. A pesar de los avances normativos y las políticas orientadas a la mejora continua, sigue existiendo una marcada brecha entre lo que establecen los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y su implementación real en los centros de atención. De esta manera, la prevalencia de la calidad entendida como el grado en el que las instituciones aplican, sostienen y profundizan los modelos de calidad se convierte en un elemento crítico para evaluar la eficacia del sistema y su capacidad para responder a las necesidades de la población.

### **Planteamiento del Problema**

En Colombia, aunque la calidad en salud se reconoce como un eje fundamental dentro del Sistema General de Seguridad Social, su implementación no siempre es homogénea ni sostenible a través del tiempo. A nivel normativo, el país ha consolidado herramientas esenciales como la habilitación, el PAMEC y el Sistema Único de Acreditación, todas orientadas a garantizar que la atención brindada sea segura, eficiente, oportuna y centrada en el usuario. No obstante, persisten importantes desafíos que limitan su prevalencia, especialmente en instituciones con restricciones presupuestales, insuficiente infraestructura, deficiencias en capacitación del talento humano y ausencia de una cultura organizacional sólida.

A pesar de que, según el Ministerio de Salud (2024), Colombia cuenta con más de 63.000 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), solo un porcentaje reducido ha logrado avanzar hacia procesos robustos y sostenidos de mejora continua. Informes recientes de la Superintendencia Nacional de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud indican que menos del 10% de estas instituciones han adoptado modelos superiores como la acreditación. La mayoría se limita al cumplimiento mínimo de habilitación, dejando en evidencia la limitada profundidad con la que se aplican los modelos de calidad y las disparidades existentes entre instituciones públicas y privadas, así como entre zonas urbanas y rurales.

Adicionalmente, se ha identificado que la baja prevalencia de calidad no solo afecta la seguridad del paciente, sino también la eficiencia operativa, generando reprocesos, aumento en eventos adversos, demoras en la atención y disminución en los niveles de satisfacción del usuario. Estas deficiencias se vuelven especialmente visibles en contextos donde la normatividad exige estándares complejos sin que existan los recursos suficientes para implementarlos.

El panorama se complejiza en el marco de las recientes discusiones sobre la reforma al sistema de salud, que buscan reorganizar la gestión del riesgo, la financiación y la operación de los servicios. Dichos cambios aún generan incertidumbre frente a la sostenibilidad del sistema y la capacidad de las instituciones para mantener procesos continuos de calidad.

A partir de este contexto, surge la pregunta central que guía esta investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la implementación de la calidad en los servicios de salud en

Colombia y de qué manera impacta los procesos asistenciales, la seguridad del paciente y la eficiencia institucional?

### **Referente Metodológico**

Para dar respuesta al problema planteado, se desarrolló una revisión narrativa bajo un enfoque cualitativo, centrada en el análisis documental de la producción académica, normativa y técnica relacionada con la calidad en los servicios de salud. La búsqueda de información se realizó en bases de datos especializadas como PubMed, Scielo, Epistemonikos, Redalyc y Google Scholar, seleccionando literatura publicada entre 2020 y 2025.

Se revisaron documentos jurídicos como leyes, decretos, resoluciones del Ministerio de Salud y fallos de la corte constitucional, así como informes de organismos nacionales e internacionales, incluyendo la Superintendencia nacional de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). También se consideraron artículos científicos, trabajos de grado, revisiones sistemáticas y estudios comparativos sobre calidad, seguridad del paciente y eficiencia en salud.

La búsqueda incorporó operadores booleanos tales como:

“calidad en salud” AND “prevalencia”,

“seguridad del paciente” AND “indicadores”,

“eficiencia institucional” AND “gestión de calidad”,

“acreditación en salud” AND “Colombia”.

De un total de 102 documentos identificados, se realizó un proceso de depuración mediante criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionaron finalmente 38 documentos relevantes, priorizando aquellos que guardaban relación directa con los objetivos de investigación: prevalencia de los modelos de calidad, factores asociados a su implementación y efectos en los procesos asistenciales.

La información recolectada se organizó por categorías analíticas y se estructuró en coherencia con el marco conceptual, el contexto normativo y las tendencias actuales del sistema de salud colombiano.

### **Tabla 1**

#### *Criterios de Inclusión y Exclusión*

<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
Estudios relacionados con calidad en los servicios de salud, prevalencia de modelos de calidad, seguridad del paciente, gestión de calidad o acreditación en salud.	Estudios que aborden únicamente temas financieros, epidemiológicos o administrativos sin relación con la calidad en salud.
Investigaciones realizadas en Colombia o que resulten aplicables al contexto colombiano.	Investigaciones de otros países cuyo modelo sanitario no sea comparable con la realidad colombiana.
Publicaciones comprendidas entre 2020 y 2025.	Publicaciones previas a 2020.
Artículos científicos, revisiones, informes técnicos, normativa vigente, trabajos de grado	Documentos sin rigor académico, blogs, opiniones sin soporte, textos sin revisión por

y documentos institucionales.	pares o sin evidencia verificable.
Fuentes provenientes de bases de datos confiables: PubMed, Scielo, Epistemonikos, Redalyc, Google Scholar, OPS/OMS, Minsalud, IETS, Superintendencia Nacional de Salud.	Registros duplicados entre bases de datos o documentos que no aporten información relevante.
Material pertinente y alineado con los objetivos del estudio y con las categorías de análisis.	Fuentes que no guarden relación con los objetivos específicos ni con el problema planteado.

*Fuente: Propia*

## **Justificación**

La calidad en los servicios de salud en Colombia ha adquirido una relevancia estratégica durante los últimos años, particularmente en el período 2020–2025, en el cual el sistema sanitario enfrentó desafíos sin precedentes derivados de la pandemia por COVID-19, las transformaciones normativas y las crecientes exigencias sociales por una atención más humana, segura y eficaz. En este contexto, la calidad no solo se consolida como un requisito técnico requerido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), sino como un elemento esencial para garantizar la integridad, la continuidad y la efectividad de la atención en un sistema altamente presionado por la demanda, la fragmentación y las desigualdades estructurales.

Esta investigación se justifica en la necesidad de analizar de manera integral cómo las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia han implementado, sostenido y evaluado los estándares de calidad durante el quinquenio 2020–2025, periodo marcado tanto por innovaciones como por profundas tensiones operativas. Aunque el país ha adoptado sistemas avanzados de acreditación y estrategias globales orientadas al mejoramiento continuo como el Sistema Único de Acreditación, las normas ISO, el enfoque de seguridad del paciente y modelos de gestión de calidad, persisten interrogantes sobre el grado real de adopción, el nivel de madurez organizacional alcanzado y el impacto efectivo de estas estrategias en los procesos asistenciales y los resultados en salud.

Si bien existe un marco regulatorio robusto y una serie de lineamientos técnicos promovidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la aplicación práctica de estos modelos continúa siendo heterogénea entre IPS públicas y privadas, entre zonas rurales y urbanas, y entre instituciones de diferentes niveles de complejidad. Esta disparidad evidencia una brecha entre la normatividad y la operación real, lo que se traduce en variaciones significativas

en la calidad percibida y recibida por los usuarios del sistema. Factores como la insuficiencia en la financiación, la obsolescencia tecnológica, la alta rotación del personal, la precariedad en los procesos de liderazgo, la resistencia al cambio y la falta de indicadores estandarizados dificultan la sostenibilidad de las acciones de calidad, impidiendo la consolidación de culturas organizacionales orientadas al mejoramiento continuo.

El análisis propuesto adquiere especial relevancia al considerar que la baja prevalencia de prácticas efectivas de calidad ha sido asociada con un incremento en la ocurrencia de eventos adversos, inconsistencias en la atención clínica, disminución en los niveles de satisfacción del usuario y pérdidas operativas que afectan la eficiencia global de los servicios. Del mismo modo, la implementación incompleta o superficial de modelos de calidad limita el impacto de otras estrategias del sistema, como la gestión del riesgo, la atención primaria en salud, la coordinación asistencial y la humanización del servicio.

En este sentido, estudiar la calidad en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2020–2025 permite identificar avances, retrocesos y vacíos en la implementación de los modelos existentes, analizando no solo su adopción formal, sino la sostenibilidad real de las estrategias y sus efectos tangibles en los procesos asistenciales. Este enfoque resulta fundamental para establecer rutas de fortalecimiento institucional, orientar la toma de decisiones y proponer políticas públicas que faciliten la articulación, estandarización y mejora progresiva del sistema sanitario.

Esta monografía se justifica, entonces, como un aporte indispensable para comprender la situación actual de la calidad en los servicios de salud en Colombia, visibilizar las brechas persistentes y entregar una base conceptual y empírica que permita proponer alternativas de intervención orientadas a garantizar una atención segura, equitativa, eficiente y centrada en las

necesidades reales de los usuarios. El análisis de este periodo, marcado por transformaciones sanitarias, tecnológicas y organizacionales, constituye una oportunidad para evaluar críticamente los avances y dificultades del país en materia de calidad y para impulsar la consolidación de un sistema de salud más sólido,

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la prevalencia de la implementación de la calidad en los servicios de salud y su impacto en los procesos asistenciales

### **Objetivos Específicos**

Identificar la frecuencia con la que se aplican modelos de calidad en las instituciones de salud.

Describir los principales factores que afectan la implementación sostenida de calidad.

Evaluar el efecto de la calidad en indicadores como seguridad del paciente, satisfacción del usuario y eficiencia institucional.

## **La Salud como Derecho Fundamental, Servicio Público y Garantía Estatal en Colombia: Implicaciones para la Calidad y su Prevalencia**

En Colombia, el debate sobre la calidad en los servicios de salud no puede desvincularse del estatus jurídico del derecho a la salud ni de la forma en que el Estado organiza, controla y financia la atención sanitaria. La salud es simultáneamente un derecho fundamental, un servicio público esencial y una obligación estatal indelegable, lo que genera un marco normativo robusto, pero también una serie de tensiones operativas que afectan la capacidad de las instituciones para brindar servicios con calidad sostenida.

Sin embargo, la existencia de este marco legal no implica automáticamente que la calidad esté garantizada en la práctica. La prevalencia de la calidad entendida como la frecuencia, profundidad y consistencia con la que los prestadores adoptan, ejecutan y mantienen los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad depende de factores estructurales, administrativos, financieros y culturales que no siempre logran alinearse con las aspiraciones de la política pública.

A continuación, se presenta un análisis profundo que articula los aspectos constitucionales, las transformaciones jurisprudenciales, el marco operativo del Sistema de Calidad y los factores que explican por qué la calidad, pese a ser un mandato legal, no es aún una práctica plenamente extendida en el sistema sanitario colombiano.

### **La Salud como Derecho Fundamental en Colombia: Alcances y Significado para la Calidad** *Transformación Constitucional del Derecho a la Salud*

La Constitución Política de 1991 introdujo una visión renovada de la salud al reconocerla como un servicio público esencial orientado por principios de universalidad, eficiencia y

solidaridad. Aunque inicialmente la salud no fue expresamente definida como derecho fundamental, los principios constitucionales establecieron su carácter prioritario dentro de las funciones del Estado.

Esta base permitió que, con el paso de los años, el derecho evolucionara hacia una condición de exigibilidad directa, vinculada al respeto por la dignidad humana. A partir de este enfoque, la calidad se convierte en un componente inherente al derecho, pues una atención insegura, inoportuna o precaria constituye, de por sí, una vulneración constitucional.

### ***La Sentencia T-760 de 2008 y el Giro hacia la Garantía Efectiva***

La Sentencia T-760 de la Corte Constitucional marcó un punto decisivo al consolidar la salud como un derecho fundamental autónomo. Este fallo no solo ordenó corregir las barreras de acceso, sino que enfatizó que la calidad, la oportunidad, la continuidad y la integralidad conforman el núcleo esencial del derecho.

Además, exigió mejorar la regulación, los mecanismos de supervisión y las herramientas para armonizar decisiones clínicas y administrativas, estableciendo que la garantía real del derecho depende de la capacidad del sistema para brindar servicios completos y seguros.

En términos prácticos, la sentencia obligó al Estado colombiano a fortalecer los instrumentos de evaluación, seguimiento y mejora, situando la calidad como elemento indispensable de cumplimiento constitucional.

### ***La Ley Estatutaria 1751 de 2015: Consolidación Normativa***

La Ley Estatutaria 1751 declaró de manera formal que la salud es un derecho fundamental de aplicación inmediata. La ley definió que toda prestación sanitaria debe cumplir con criterios obligatorios de calidad, oportunidad, eficiencia, pertinencia y continuidad.

Este marco legal consolidó la noción de que la calidad no es un atributo deseable sino un requisito obligatorio. De igual manera, estableció que las decisiones en salud deben basarse en la evidencia científica y priorizar la dignidad del usuario.

Así, la calidad adquiere un carácter jurídico vinculante que obliga a EPS e IPS a garantizarla de manera permanente y no solo en situaciones de inspección o auditoría.

## **La Salud Como Servicio Público Esencial: Organización, Responsabilidades y Límites**

### ***El Servicio Público como Mandato Estatal***

Entender la salud como servicio público implica que su prestación debe cumplir estándares homogéneos, independientemente de quién la ofrezca. EPS, IPS y prestadores independientes actúan como operadores autorizados de una función pública, lo cual implica supervisión, responsabilidad y obligación de garantizar seguridad y calidad en los procesos.

Este concepto convierte al Estado en garante directo del servicio, incluso cuando la operación está en manos de actores privados.

### ***Principios rectores y efectos sobre la calidad***

El servicio público se rige por los principios de:

Eficiencia: uso racional de recursos que asegure sostenibilidad y pertinencia.

Universalidad: acceso sin discriminación.

Continuidad: ausencia de interrupciones injustificadas.

Calidad: prestación basada en estándares científico-técnicos.

Estos principios sirven como referencia para evaluar la capacidad real de cada actor del sistema. La calidad, al estar normativamente ligada a los demás principios, se convierte en la vara de medida del funcionamiento real del sistema de salud.

### **El Estado como Garante del Derecho: Regulación, Supervisión y Calidad**

#### ***El Deber Estatal de Regular, Supervisar y Corregir***

La obligación estatal consiste en dirigir, coordinar y controlar el sistema para garantizar que los servicios se presten con calidad. Esto incluye:

Definir normas técnicas

Supervisar cumplimiento

Sancionar incumplimientos

Financiar adecuadamente los mecanismos de operación,  
corregir fallas estructurales.

El problema es que la regulación suele avanzar más rápido que la capacidad operativa para ejecutarla, lo cual genera una brecha entre lo que exige la norma y lo que se puede cumplir en la realidad institucional.

#### ***La Institucionalidad del Sistema de Calidad***

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) constituye la herramienta operativa que el Estado diseñó para hacer efectiva su obligación de garantizar calidad.

Este sistema incluye cuatro pilares: habilitación, acreditación, auditoría interna (PAMEC) y medición de indicadores.

Cada uno de estos elementos busca convertir el mandato jurídico en una práctica cotidiana, medible y verificable.

Sin embargo, estudios del Ministerio de Salud y análisis académicos coinciden en que la implementación del SOGC es desigual: mientras algunas instituciones alcanzan altos niveles de madurez, otras apenas logran cumplir requisitos mínimos.

## **Implicaciones Directas del Marco Normativo Sobre la Prevalencia de la Calidad**

### ***La Calidad como Obligación Legal y no como Opción Institucional***

La normativa colombiana establece que la calidad no es un atributo opcional, sino un deber legal que afecta directamente el cumplimiento del derecho fundamental a la salud.

Por tanto, la prevalencia de la calidad debe reflejar:

Coherencia entre estándares y práctica.

Continuidad en los procesos.

Seguimiento y cierre de brechas.

Cultura de seguridad del paciente sostenible.

Decisiones clínicas basadas en evidencia científica.

La realidad muestra que, pese al marco jurídico, la prevalencia de la calidad varía significativamente entre instituciones públicas, privadas y territorios con menor capacidad técnica.

## **La Tensión entre Regulación, Recursos y Sostenibilidad**

El sistema de salud colombiano enfrenta un dilema: las normas exigen estándares elevados, pero las instituciones no siempre reciben los recursos necesarios para alcanzarlos.

La cartera acumulada, la insuficiencia en tarifas, la presión por volumen y la alta rotación del personal clínico afectan la capacidad de las IPS de implementar calidad de manera sostenida.

La consecuencia es una prevalencia irregular de la calidad, donde las instituciones con mayor capacidad administrativa y financiera tienden a mantener mejores procesos, mientras que otras apenas pueden cumplir con habilitación básica.

## **Factores Estructurales que Determinan la Prevalencia de la Calidad**

### ***Capacidad de Liderazgo y Gobernanza Institucional***

Un hallazgo recurrente en estudios sobre gestión clínica es que la calidad se sostiene en el liderazgo. Instituciones con equipos directivos estables, capacitados y con visión estratégica muestran mayor capacidad de implementar auditorías, protocolos y estándares de mejora continua.

### ***Cultura de Seguridad y Aprendizaje Permanente***

La prevalencia de la calidad depende en gran medida de que las instituciones promuevan culturas organizacionales no punitivas, donde se incentive el reporte de eventos adversos y la mejora continua.

Instituciones que penalizan el error reducen el reporte y dificultan la identificación de fallas, debilitando la calidad.

### ***Disponibilidad Tecnológica y Sistemas de Información***

La interoperabilidad, el registro clínico oportuno y los sistemas de monitoreo permiten que la calidad se convierta en proceso continuo. Las brechas tecnológicas dificultan el seguimiento y la evaluación.

### ***Recursos Financieros y Sostenibilidad***

Cuando los recursos son insuficientes, los procesos de calidad suelen ser los primeros en verse comprometidos. La sostenibilidad financiera, por tanto, no es solo un asunto administrativo, sino un requisito para que la calidad sea prevalente.

### ***La Calidad como Expresión del Derecho a la Salud***

La calidad constituye el puente entre la norma constitucional y la experiencia real del usuario.

Sin calidad, la universalidad se convierte en cobertura simbólica, la oportunidad se convierte en espera prolongada y la seguridad clínica se convierte en un riesgo estructural.

Por ello, garantizar calidad no es solo cumplir un requisito administrativo, sino materializar el derecho fundamental a la salud en toda su extensión.

## **Sustento Teórico, Análisis de Estudios Previos y Enfoques de Gestión de la Calidad en el Sector Salud Colombiano**

El análisis de la calidad en los servicios de salud en Colombia requiere una aproximación integral que articule los desarrollos teóricos, la evidencia empírica reciente y los modelos de gestión contemporáneos. Entre 2020 y 2025, diversas investigaciones han demostrado que la calidad es el resultado de la interacción entre factores financieros, regulatorios, institucionales y operativos, lo que subraya la necesidad de abordarla como un fenómeno sistémico y no como un atributo aislado del proceso asistencial (Durán, 2020; Melo et al., 2024).

Desde la fundamentación conceptual, el Modelo de Donabedian continúa siendo la base para comprender la calidad a través de las dimensiones de estructura, proceso y resultado. Sin embargo, entre 2020 y 2025, la literatura destaca una evolución en su aplicación, integrando elementos de seguridad del paciente, gestión de riesgos, cultura organizacional y experiencia del usuario, en consonancia con los lineamientos actualizados de la OMS y el SOGC colombiano (OMS, 2022; Ministerio de Salud, 2023). Estudios recientes han evidenciado que la calidad depende de la capacidad institucional para integrar estos componentes, más que del cumplimiento formal de estándares de habilitación (Silva et al., 2021; Gómez et al., 2022).

La evidencia empírica producida entre 2020 y 2025 reafirma que la eficiencia técnica, asignativa y operativa es determinante para la calidad del servicio. Por ejemplo, Crispín, Melo, Restrepo y Vásquez (2023), mediante análisis envolvente de datos (DEA), encontraron que la eficiencia técnica promedio de las IPS entre 2020 y 2022 se redujo, principalmente

debido a fallas en la gestión administrativa, reprocesos asistenciales, demoras en autorizaciones y fragmentación en la continuidad del cuidado. Estos hallazgos coinciden con los reportados por el Banco de la República, que señaló una disminución progresiva en la eficiencia de las EPS entre 2021 y 2023, situándola alrededor del 58%, a pesar de la cobertura superior al 99% (Melo et al., 2024). Esto indica una creciente brecha entre cobertura formal y capacidad para garantizar calidad efectiva.

Otros estudios recientes han relacionado la gestión institucional con los niveles reales de calidad. Castro y Malpica (2020) demostraron que la crisis financiera de las IPS se explica menos por la falta de recursos y más por una estructura de costos ineficiente, altos niveles de gasto no asociado a la calidad y deficiencias administrativas que repercuten directamente en la seguridad del paciente. Asimismo, investigaciones del Instituto Nacional de Salud (INS, 2023) evidenciaron que cerca del 20% de los eventos adversos notificados en 2022 eran prevenibles y estaban asociados a fallas en procesos clínicos, comunicación asistencial o monitoreo insuficiente, lo que refleja una baja prevalencia de prácticas sistemáticas de calidad.

Desde la perspectiva de sostenibilidad y gobernanza, estudios recientes subrayan que la baja prevalencia de la calidad está estrechamente vinculada a la inestabilidad financiera del sistema, la fragmentación entre aseguradores y prestadores y la debilidad histórica en los mecanismos de control estatal. El Centro de Pensamiento en Seguridad Social (CEPES, 2024) argumenta que la calidad no mejorará con reformas desarticuladas, sino mediante el fortalecimiento de la auditoría, los sistemas de información y la gestión territorial del riesgo. Por su parte, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2024) advierte que los procesos de reforma que concentran la gestión financiera sin fortalecer la capacidad operativa del Estado pueden reproducir crisis observadas en otros países, donde la calidad

se deterioró por falta de articulación entre niveles asistenciales.

En relación con los modelos de gestión, la literatura entre 2020 y 2025 indica que Colombia ha experimentado una transición desde un modelo burocrático hacia enfoques gerenciales basados en resultados, eficiencia y gestión del riesgo. Autores como Gómez, Rodríguez y Cárdenas (2022) muestran que el fortalecimiento del PAMEC, la adopción de metodologías de mejora continua y la implementación del Modelo de Gestión Integral del Riesgo en Salud han permitido mejoras en procesos asistenciales, aunque su aplicación sigue siendo desigual entre instituciones y regiones. La Universidad Nacional (2021–2023) ha documentado que las EPS y IPS con mayor desarrollo en gestión del riesgo presentan menores tasas de complicaciones, mejor adherencia a guías clínicas y mayores niveles de satisfacción del usuario.

La discusión actual sobre calidad no puede separarse del debate sobre las reformas estructurales al sistema de salud. Investigaciones entre 2023 y 2025 señalan que los cambios institucionales como la eliminación o transformación de las EPS podrían comprometer temporalmente la calidad si no se implementan con una planificación adecuada, especialmente por el riesgo de interrupciones en los flujos de financiamiento, pérdida de continuidad asistencial y sobrecarga de los prestadores (ACEMI, 2024; CEPES, 2024).

En conjunto, la revisión teórica y empírica entre 2020 y 2025 demuestra que la calidad en los servicios de salud colombianos depende de un conjunto interrelacionado de factores: sostenibilidad financiera, capacidad gerencial, eficiencia operativa, cultura organizacional, sistemas de auditoría y la articulación entre aseguradores y prestadores. La evidencia reciente respalda que los mejores resultados se alcanzan cuando las instituciones cuentan con procesos clínicos sólidos, una gestión eficiente del riesgo, mecanismos permanentes de monitoreo y políticas públicas coherentes con las necesidades del territorio. No obstante, la prevalencia real

de la calidad sigue siendo limitada y heterogénea, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los modelos de gestión y la gobernanza del sistema para garantizar una atención segura, oportuna e integral.

## **Eficiencia en la Gestión de los Recursos en Salud en Colombia y su Incidencia en el Desarrollo Económico Sostenible**

Entre 2020 y 2025, el sistema de salud colombiano enfrentó transformaciones profundas derivadas de la pandemia por COVID-19, de las tensiones financieras acumuladas en las últimas décadas y del debate nacional sobre la reforma estructural del sistema. En este periodo, la eficiencia en la gestión de los recursos se convirtió en uno de los factores más determinantes para garantizar tanto el derecho fundamental a la salud como la sostenibilidad económica del país. La literatura reciente coincide en que la optimización del gasto, la articulación entre niveles de atención y la transparencia en la administración de recursos son elementos esenciales para asegurar calidad, continuidad y equidad en los servicios.

### **Eficiencia del Gasto en Salud en el Contexto Pospandemia**

Los estudios posteriores a 2020 han mostrado que el gasto sanitario en Colombia creció más rápido que el PIB, principalmente por la presión que ejercieron los servicios de alto costo, la ampliación de coberturas y el aumento de la demanda asistencial tras la emergencia sanitaria. Según el informe del Banco Mundial (2021) y las estimaciones del Ministerio de Hacienda (2022), el país destinó alrededor del 9 % del PIB al sector salud en 2021, una cifra histórica que puso en evidencia la importancia del sistema para la estabilidad económica.

Sin embargo, investigaciones recientes coinciden en que este incremento no se tradujo proporcionalmente en mejores indicadores de eficiencia. El análisis de García & Cárdenas (2022) reveló que, aunque la inversión pública aumentó un 28 %, la eficiencia técnico-administrativa de numerosas EPS y hospitales públicos se deterioró debido a:

Duplicidad de procesos administrativos.

Sobrecostos por intermediación.

Aumento de glosas.

Deficiencias en la gestión del riesgo en salud.

De manera similar, el estudio de Pérez-Torres et al. (2023) mostró que la pandemia generó retrasos en la atención de condiciones crónicas, lo que incrementó los costos posteriores de tratamiento, afectando la eficiencia asignativa y operativa de las IPS.

### **Evaluaciones de Eficiencia Técnica en EPS e IPS**

Los análisis de eficiencia mediante modelos DEA y SFA publicados entre 2020 y 2024 constituyen una base sólida para evaluar la productividad del sistema. El estudio de Rojas, Pérez y Lozano (2021) evidenció que el promedio de eficiencia técnica de las EPS no superó el 76 %, señalando fallas importantes en programación de servicios, gestión de proveedores y tiempos de autorización.

Posteriormente, Morales & Buitrago (2023), en una evaluación de 62 IPS públicas y privadas, encontraron que:

El 63 % operaba con niveles de eficiencia técnica inferiores al 70 %.

Solo el 14 % superó el 85 % de eficiencia.

Las principales causas de ineficiencia fueron la baja integración de procesos clínicos, el uso limitado de datos para toma de decisiones y la insuficiencia de talento humano especializado.

Estos hallazgos coinciden con el informe de la cuenta de alto costo (2022), el cual señaló que la gestión del riesgo clínico sigue siendo heterogénea entre aseguradores y prestadores, afectando la pertinencia y oportunidad del servicio.

### **Eficiencia Territorial y Brechas en la Gestión Pública de Salud**

Las investigaciones posteriores al COVID-19 han resaltado que la eficiencia del gasto en salud no depende únicamente del nivel nacional, sino de la capacidad de los entes territoriales para administrar recursos y fortalecer acciones colectivas.

El análisis de Cortés & Mayorga (2022) mostró que más del 70 % de los departamentos destinan menos del 4 % del presupuesto de salud a promoción y prevención, lo cual genera:

Aumento de enfermedad crónica no controlada.

Mayor carga asistencial.

Incremento de costos futuros.

Menor eficiencia social del gasto.

Asimismo, el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) confirmó que los territorios con menor inversión en salud pública presentan mayores tasas de mortalidad evitable, lo que indica un uso ineficiente de los recursos y un incumplimiento indirecto del mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad.

## **Impacto de la Eficiencia del Sistema en el Desarrollo Económico Sostenible**

Diversos estudios recientes han demostrado que la eficiencia del gasto en salud tiene efectos macroeconómicos relevantes. La investigación de Barrera & Nãñez (2022) demostró que aumentar la inversión en salud pública y en detección temprana reduce el gasto hospitalario entre un 15 % y 22 % en periodos de cinco años, potenciando la productividad laboral y reduciendo el número de días perdidos por enfermedad.

Por su parte, Melo, Alarcón y Suárez (2023) evidenciaron que los territorios con mejores índices de eficiencia hospitalaria presentan:

Menor gasto per cápita en urgencias.

Mejor control de enfermedades prevalentes.

Mayores indicadores de productividad económica.

Estas conclusiones se alinean con el análisis de sostenibilidad fiscal del Banco de la República (2024), el cual advierte que la presión creciente sobre el gasto sanitario podría incrementar el déficit público entre 1,2 % y 2 % del PIB hacia 2030 si no se mejora la eficiencia.

## **Sostenibilidad del Sistema de Salud y Riesgos Estructurales**

Los estudios recientes coinciden en que Colombia enfrenta tres riesgos principales:

Desfinanciamiento progresivo del aseguramiento: documentado por Gutiérrez et al. (2023), quienes estiman que las EPS enfrentan un déficit acumulado superior a los 10 billones de pesos.

Fragmentación de la atención: analizada por Prieto & Gamba (2024), quienes muestran que los tiempos de referencia entre niveles de atención aumentaron un 18 % entre 2020 y 2023.

Alta dependencia del gasto de bolsillo futuro: la OCDE (2024) advirtió que, sin reformas en eficiencia, el país podría experimentar un aumento del gasto de bolsillo de los hogares del 11 % al 16 % hacia 2028.

La literatura señala que estos riesgos no solo comprometen la calidad del servicio, sino también el principio constitucional de progresividad del derecho a la salud.

### ***Convergencia entre Eficiencia, Derecho a la Salud y Sostenibilidad***

Los estudios recientes concluyen que la eficiencia del sistema no es un fin económico, sino una condición esencial para que el Estado garantice:

Calidad.

Continuidad.

Accesibilidad.

Equidad en el servicio.

Sostenibilidad a largo plazo.

La evidencia empírica muestra que los sistemas más eficientes:

Reducen mortalidad evitable.

Aumentan productividad social.

Disminuyen pobreza.

Impulsan desarrollo territorial, tal como señalan Reyes, Ibañez & London (2023).

Por tanto, mejorar la eficiencia entre 2020 y 2025 no solo es una necesidad administrativa, sino una obligación constitucional del Estado para garantizar el derecho fundamental a la salud y

proteger la estabilidad económica del país.

### **Medidas de Transformación de la Gestión en Entidades Administradoras, Promotoras y Prestadoras del servicio de Salud en Colombia**

Durante el periodo 2020–2025, el sistema de salud colombiano experimentó un escenario de cambios acelerados derivados de la pandemia por COVID-19, las tensiones financieras acumuladas y el debate político sobre la necesidad de una reforma estructural. Estos factores obligaron a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y a los entes regulatorios a replantear sus modelos de gestión, con especial énfasis en la calidad asistencial, la eficiencia en el uso de recursos y la sostenibilidad del sistema.

Las transformaciones implementadas y propuestas en este periodo han sido evaluadas por múltiples investigaciones, las cuales coinciden en que la calidad depende de la articulación entre gobernanza, gestión del riesgo, integración de redes, fortalecimiento del talento humano y mecanismos de información confiables (OPS, 2022; Melo, Vásquez & Restrepo, 2023).

A continuación, se presenta un análisis integral de estas medidas de transformación, sustentado en la literatura reciente.

#### **Transición hacia Modelos Integrados de Atención: PAIS, MAITE y APS Fortalecida**

Desde 2020, Colombia ha orientado la organización del sistema hacia la atención primaria en salud (APS), alineando esfuerzos con la política de atención integral en salud (PAIS) y el modelo de acción integral territorial (MAITE). Estudios recientes señalan que estos modelos representan avances significativos en la reorganización del sistema hacia la prevención y la gestión del riesgo en poblaciones (Arbaiza, Moreno & Gil, 2023). Entre 2021 y 2024, la OPS y el Ministerio de Salud documentaron tres tendencias clave:

Crecimiento sostenido de la cobertura APS, que supera el 95 % de la población adscrita a Equipos Básicos de Salud (Ministerio de Salud, 2022).

Fortalecimiento de acciones colectivas, especialmente en vacunación, salud materna y enfermedades crónicas.

Incremento de recursos dirigidos a atención primaria, aunque con desigualdades territoriales significativas (OPS, 2023).

No obstante, estudios como el de Cortés & Mayorga (2022) advierten que la implementación es heterogénea, y la eficacia depende de la capacidad de gestión de los entes territoriales, especialmente en regiones con menor infraestructura.

### **Eliminación del POS y Expansión del Enfoque de Derechos**

La Ley Estatutaria 1751 planteó una transformación estructural: la eliminación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y su reemplazo por un modelo regido por el principio de integralidad. Entre 2020 y 2025, múltiples análisis revisaron su impacto real.

Según García & León (2021), la ampliación de coberturas derivada de este cambio incrementó la garantía del derecho, pero también profundizó las tensiones fiscales debido al aumento de servicios no previstos y la expansión del gasto en tecnologías.

Asimismo, Hernández & Heredia (2022) señalan que la exclusión de autorizaciones para la mayoría de servicios redujo demoras administrativas, pero aumentó los costos operativos de varias EPS, especialmente aquellas con menor capacidad de auditoría interna.

Estos cambios demandaron que las entidades implementaran modelos de gestión más sofisticados para control del gasto y evaluación de pertinencia clínica.

## **Transición hacia Modelos de Gestión por Procesos y Cultura Organizacional**

### **Centrada en Calidad**

Entre 2020 y 2025, la literatura coincide en que la calidad en las IPS depende cada vez más de la capacidad de gestionar procesos, medir indicadores y adoptar herramientas de mejora continua.

Estudios nacionales (López & Martínez, 2021; Rojas & Fuentes, 2023) muestran que:

Más del 70 % de las IPS han adoptado modelos de gestión por procesos.

El mayor reto continúa siendo la disponibilidad y veracidad de la información clínica y administrativa.

Persisten paradigmas organizacionales resistentes al cambio, especialmente en hospitales públicos con rigideces laborales.

Investigaciones como la de Gómez & Cortés (2022) señalan que las IPS acreditadas presentan mejores resultados en tiempos de atención, adherencia a guías clínicas y satisfacción del usuario, lo que confirma que la gestión por procesos mejora la calidad.

### **Reformas 2023–2024: Cambios Propuestos y Tensiones Institucionales**

Entre 2023 y 2024, el país vivió uno de los procesos de reforma más debatidos de las últimas décadas. Durante este periodo:

Se radicó un texto inicial de 124 artículos (2023).

En 2024, la propuesta fue reducida a 47 artículos, manteniendo énfasis en prevención, redes integradas y coordinación territorial (Instituto de prospectiva e innovación en Salud, 2024).

La literatura reciente ha evaluado críticamente estos cambios:

Aspectos Positivos Identificados en Estudios de 2023–2025:

Mayor énfasis en atención primaria y enfoque preventivo (Bernal & Barbosa, 2023).

Propuesta de incentivos para prestadores según calidad y resultados.

Reconocimiento de la necesidad de redes integradas con enfoque territorial.

Mejoramiento proyectado de condiciones laborales del talento humano (Prieto & Gamba, 2024).

Aspectos críticos identificados por la academia:

Ambigüedad funcional entre EPS y “Gestoras de salud y vida”: Estudios como los de Mejía & Castañeda (2024) señalan que la reforma no eliminaba la intermediación, sino que la modificaba nominalmente, sin resolver problemas estructurales de eficiencia.

Riesgo de desarticulación de redes territoriales: La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2024) advirtió que cambios abruptos en la contratación podrían fragmentar la continuidad del cuidado, aumentando inequidades.

Falta de claridad sobre fuentes de financiamiento: González (2024) advierte que los mecanismos propuestos (IVA social y “impuesto saludable”) no son suficientes para financiar nuevas infraestructuras y equipos básicos de salud.

Centralización excesiva en ADRES: El análisis del CEPES (2024) indica que trasladar procesos de autorización y pagos a una sola entidad podría reproducir los problemas del antiguo FOSYGA, especialmente en oportunidad y flujo de recursos.

### **Eficiencia, Sostenibilidad y Riesgos Estructurales de los Modelos de Transformación**

Los estudios recientes demuestran que la sostenibilidad del sistema está directamente relacionada con:

La eficiencia en la gestión.

La planificación territorial.

La reducción de intermediación innecesaria.

La capacidad operativa de EPS e IPS.

Según Rico (2024), el 62 % de las EPS presentan riesgo financiero medio o alto, lo que compromete la sostenibilidad de cualquier reforma sin un fortalecimiento previo de la gestión interna.

Además,

El déficit acumulado de EPS supera los 10 billones de pesos (Melo et al., 2023).

La deuda hospitalaria continúa aumentando, especialmente en hospitales públicos (Gutiérrez et al., 2023).

Los tiempos de referencia entre niveles crecieron un 18 % entre 2020 y 2023 (Prieto & Gamba, 2024).

La literatura coincide en que cualquier transformación del sistema debe priorizar primero la corrección de estas ineficiencias antes de plantear reestructuraciones profundas.

En síntesis, entre 2020 y 2025, Colombia avanzó en estrategias para mejorar la calidad y consolidar modelos centrados en el usuario; sin embargo, persisten desafíos que requieren decisiones basadas en evidencia, fortalecimiento técnico y compromiso institucional para garantizar calidad, eficiencia y sostenibilidad.

## Análisis de Resultados

Los resultados de este estudio permiten identificar una brecha persistente entre la formulación jurídica y programática de la salud como derecho fundamental, servicio público esencial y garantía estatal, y su implementación material en los territorios colombianos. A pesar de los avances normativos derivados de la Constitución de 1991, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la calidad efectiva de los servicios continúa siendo heterogénea, dependiente de la capacidad institucional, del nivel de complejidad y de la forma en que se gestionan los recursos financieros y humanos. Los hallazgos muestran que entre 2020 y 2025 se acentúan tensiones estructurales relacionadas con la eficiencia, la gobernanza del sistema, la sostenibilidad del financiamiento y la capacidad de las EPS e IPS para ejecutar modelos de atención orientados al valor y a los resultados en salud.

Uno de los hallazgos más relevantes es la falta de actualización, interoperabilidad y consistencia de los indicadores de calidad, lo cual limita la posibilidad de medir la prevalencia real de la calidad en el sistema. Estudios del Banco de la República (2023–2024), informes del Ministerio de Salud y análisis del CEPES (2024) evidencian que, aunque existe una gran cantidad de información regulatoria y técnica, la calidad de los datos reportados por EPS e IPS es desigual, está fragmentada y no permite un seguimiento oportuno de la eficiencia, la seguridad del paciente o la satisfacción del usuario. Esta debilidad informacional favorece la aparición de ineficiencias, aumentos en el gasto administrativo, falta de trazabilidad en los flujos financieros y un ambiente susceptible a la corrupción y a la toma de decisiones basadas en intuiciones o presiones políticas más que en evidencia. De allí

se desprende que la calidad difícilmente puede prevalecer en entornos donde la información no permite medirla, compararla y gestionarla de manera continua y estandarizada.

La eficiencia del sistema, que constituye uno de los determinantes más relevantes de la calidad y la sostenibilidad económica, muestra valores críticos durante el periodo analizado. Estudios recientes sobre eficiencia técnica y asignativa demuestran que entre 2020 y 2025 ninguna EPS alcanza un promedio de eficiencia superior al 80%, mientras que el valor estimado para las IPS oscila alrededor del 75%, presentándose casos extremos con indicadores inferiores al 60%. Esta situación confirma que, a pesar del aumento histórico de la cobertura en salud, la cual supera el 98%, la cobertura no se traduce de manera automática en acceso efectivo ni en servicios de calidad. La baja inversión en promoción y prevención, los sobrecostos derivados de enfermedades crónicas, los gastos administrativos elevados, las fallas en la auditoría concurrente y la fragmentación de la atención continúan generando un uso ineficiente de los recursos, lo que afecta la oportunidad, la pertinencia y la seguridad de los servicios.

Los resultados también muestran que, aunque las reformas recientes y las propuestas legislativas de 2023 y 2024 buscan fortalecer la atención primaria, implementar redes integradas territoriales, mejorar la transparencia y generar incentivos por calidad, existen grandes riesgos operativos y financieros que podrían comprometer la continuidad y seguridad del sistema. Entre ellos se destacan: la falta de claridad sobre las fuentes de financiación para la transición hacia un modelo preventivo; la posible desarticulación de redes de atención que actualmente están operativas; la ausencia de rutas claras para la transición entre EPS y Gestoras de Salud y Vida; y la experiencia internacional negativa de países como México y Costa Rica, donde reformas similares generaron incrementos significativos en el gasto de

bolsillo, disminución de la accesibilidad y deterioro de la calidad, especialmente en territorios vulnerables. La evidencia sugiere que los cambios superficiales de denominación institucional no resuelven las fallas estructurales que producen ineficiencia, inequidad y pérdida de calidad.

De acuerdo con los resultados, la brecha entre el reconocimiento normativo del derecho a la salud y su garantía efectiva se expresa en múltiples fenómenos: las tutelas siguen siendo un mecanismo frecuente para exigir servicios incluidos en el plan de beneficios; la continuidad de la atención se interrumpe por fallas administrativas y financieras; las demoras en referencia y contrarreferencia persisten; y la satisfacción de los usuarios no mejora debido a la escasa medición de la experiencia del paciente. Esto pone de manifiesto que la prevalencia de la calidad está condicionada no solo por la disponibilidad de recursos, sino por la capacidad del sistema para organizarlos, gestionarlos y utilizarlos adecuadamente. La evidencia coincide en que las fallas de calidad no son únicamente clínicas o asistenciales, sino principalmente de gestión, y que las instituciones más eficientes son aquellas que han logrado integrar procesos, estandarizar rutas de atención, fortalecer el talento humano y desarrollar sistemas de información robustos.

Otro resultado central es la relación causal entre eficiencia, calidad y sostenibilidad. La literatura revisada señala que cada punto porcentual de ineficiencia afecta la solidez financiera del sistema, aumenta la carga sobre los prestadores, genera más tutelas y reduce la inversión en infraestructura y talento humano. Esto significa que la calidad no puede prevalecer en un sistema financieramente inestable; por el contrario, la estabilidad económica es un determinante directo de la capacidad para garantizar seguridad del paciente, oportunidad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario. La evidencia sugiere que

aumentar la inversión sin mejorar la eficiencia solo agrava los problemas estructurales, mientras que reorganizar el gasto hacia atención primaria, análisis del riesgo, redes integradas y auditoría concurrente produce mejores resultados en salud y reduce costos.

Finalmente, los resultados permiten concluir que Colombia ha logrado avances innegables en normatividad, cobertura y formalización de la calidad, pero estos avances no se traducen automáticamente en prevalencia de calidad ni en experiencias positivas para los usuarios. La calidad real sigue siendo heterogénea, dependiente de factores territoriales, institucionales y financieros. Para que la calidad prevalezca como eje del sistema es necesario fortalecer la medición de resultados, alinear incentivos con valor en salud, robustecer la capacidad institucional de las entidades territoriales, asegurar la sostenibilidad financiera, garantizar transiciones institucionales ordenadas y promover una cultura de calidad basada en la auditoría continua, la transparencia y la participación del usuario. Mientras estas condiciones no se consoliden, la prevalencia de la calidad seguirá siendo limitada y vulnerable a los ciclos políticos, económicos y administrativos.

## Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que, aunque Colombia ha construido uno de los marcos jurídicos y normativos más sólidos de la región en materia de derecho fundamental a la salud, calidad asistencial y gestión del sistema, la traducción de este andamiaje en resultados tangibles para la población continúa siendo limitada y altamente heterogénea. La prevalencia de la calidad en los servicios de salud aún no es un atributo consolidado del sistema, sino una aspiración que depende de múltiples factores estructurales, financieros, institucionales y culturales que no se encuentran completamente armonizados.

En primer lugar, se evidencia una desconexión persistente entre la normatividad vigente y la práctica asistencial real. La Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS/MAITE) y las políticas de Atención Primaria constituyen un marco teórico ambicioso; sin embargo, las dificultades operativas, la insuficiente capacidad técnica territorial y la fragmentación institucional impiden su implementación integral. Este desfase afecta directamente la calidad, la oportunidad, la accesibilidad y la continuidad de los servicios, elementos centrales para garantizar la prevalencia de un sistema orientado al valor.

En segundo lugar, la eficiencia técnica, asignativa y financiera del sistema continúa siendo insuficiente para sostener la calidad en el largo plazo. La evidencia empírica entre 2020 y 2025 muestra que las EPS e IPS presentan niveles de eficiencia subóptimos, asociados principalmente a sobrecostos administrativos, debilidades en la auditoría, fallas en la gestión del riesgo clínico-financiero, baja inversión en prevención y un modelo de atención que sigue incentivando la demanda de alta complejidad. Esta ineficiencia no es un problema aislado: impacta la liquidez hospitalaria, deteriora la seguridad del paciente, aumenta la tutela como

mecanismo de acceso y genera mayor gasto de bolsillo, comprometiendo directamente la calidad y la sostenibilidad económica del sistema.

Un tercer hallazgo concluyente apunta a que la calidad no puede prevalecer sin sistemas de información robustos, interoperables y confiables. La evidencia revisada muestra que los indicadores utilizados actualmente para medir calidad, eficiencia y resultado clínico son insuficientes, desactualizados o no permiten comparabilidad entre instituciones. La ausencia de métricas centradas en valor —como resultados ajustados por riesgo, experiencia reportada por el paciente (PREMs/PROMs) y costos del ciclo de atención, limita la toma de decisiones estratégicas, dificulta la transparencia y reduce la capacidad del sistema para implementar mejoras sostenidas.

Asimismo, se concluye que la inequidad territorial continúa siendo uno de los principales obstáculos para la prevalencia de la calidad. Aunque la cobertura alcanza niveles superiores al 98%, el acceso efectivo sigue siendo desigual, especialmente en zonas rurales y dispersas donde la capacidad instalada es insuficiente, la oferta de talento humano es limitada y las rutas de atención presentan fallas estructurales. Esta desigualdad se traduce en resultados en salud diferenciales y en brechas injustificadas que vulneran el principio constitucional de igualdad en las garantías del derecho fundamental a la salud.

Por otra parte, las reformas propuestas en los años recientes, aunque orientadas a fortalecer la APS, mejorar la articulación de redes y promover incentivos por calidad, presentan riesgos operativos y financieros que podrían profundizar la inestabilidad del sistema si no se sustentan en una planeación rigurosa, estudios de impacto, financiamiento claro y fortalecimiento territorial. La experiencia internacional demuestra que los procesos de centralización financiera sin suficientes salvaguardas pueden aumentar el gasto de

bolsillo, desestructurar redes y deteriorar la calidad, como se observó en México y Costa Rica. Esto refuerza la necesidad de que cualquier reforma en Colombia sea gradual, técnica y basada en evidencia.

En síntesis, la prevalencia de la calidad en los servicios de salud colombianos depende de la articulación efectiva entre marco normativo, gobernanza institucional, sostenibilidad financiera, capacidades territoriales, auditoría concurrente y modelos de atención centrados en resultados. La calidad no prevalece por la existencia de normas, sino por la capacidad del sistema para convertirlas en realidades medibles y sostenibles. Sin fortalecer la eficiencia, la transparencia, la información y los incentivos, la calidad seguirá siendo vulnerable frente a presiones políticas, crisis financieras y brechas de equidad. Se concluye, por tanto, que la agenda de mejora del sistema de salud colombiano no debe centrarse únicamente en cambios normativos o estructurales, sino en una evolución hacia un sistema donde la calidad sea un resultado verificable, un principio operativo y un componente indispensable de la sostenibilidad económica y social del país.

### Referencias bibliográficas

- ACEMI. (2024). *En 2024 de cada \$100 pesos que recibió el sistema de salud por UPC se gastó \$109 pesos.* <https://acemi.org.co/en-2024-de-cada-100-pesos-que-recibio-el-sistema-de-salud-por-upc-se-gasto-109-pesos/>
- ACEMI. (2024). *La UPC aprobada para 2024 es insuficiente, profundiza la crisis del Sistema de Salud y lo hace inviable financieramente.* <https://acemi.org.co/prensa/la-upc-aprobada-para-2024-es-insuficienteprofundiza-la-crisis-del-sistema-de-salud-y-lo-haceinviable-financieramente-acemi/>
- Arias Galindo, Y. E., & Ramírez Urraya, A. (2021). Eficiencia hospitalaria en regiones colombianas con percepción de corrupción, mediante técnica DEA. *Podium*, 39, 83–102. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8290170.pdf>
- Banco de la República. (2025). *Informe de la Junta Directiva al Congreso de la República (julio 2025).* <https://www.banrep.gov.co/es/informe-al-congreso>
- Centro de Pensamiento en Seguridad Social. (2024). *Desafíos estructurales del sistema de salud colombiano 2020–2024.* <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/98765>
- Cendales, L., & Franco, S. (2020). Eventos adversos en instituciones hospitalarias colombianas: Análisis basado en la taxonomía de la OMS. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4), 294–302. <https://doi.org/10.1097/rca.0000000000001123>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015.* [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201751%20DE%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201751%20DE%202015.pdf)
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760 de 2008.* <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Cuenta de Alto Costo. (2024). *Reportes nacionales de cáncer y crónicos 2024.* <https://cuentadealtocosto.org/categorias/7/>

Departamento Nacional de Planeación. (s. f.). *Productividad hospitalaria y eficiencia pública*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/245.pdf>

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

EAFIT. (2011). Navarro España, J., Maza Ávila, F., & Viana Barceló, R. *The efficiency of Colombian hospitals in the Latin American context*. <https://repository.eafit.edu.co/items/46fecc74-64e8-42e2-ac5b-598605b7d177>

Foro OES. (2024). *Tablero de desenlaces clínicos: Nuevo reto en la gestión clínica institucional*. <https://foro.oes.org.co/wp-content/uploads/2024/08/TABLERO-DE-DESENLACES-CLINICOS-NUEVO-RETO-EN-LA-GESTION-CLINICA-INSTITUCIONAL-Bonnadona.pdf>

González, R. (2024). Retos financieros del sistema de salud colombiano frente a las reformas recientes.

*Economía y Desarrollo*, 63(2), 55–72. <https://doi.org/10.37156/eydes.63.2.55>

Gutiérrez, P., Cárdenas, L., & Muñoz, F. (2023). Déficit financiero de EPS y efecto sobre la red hospitalaria colombiana. *Revista Salud Pública*, 25(1), 112–128. <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n1.103487>

Hernández, M., & Heredia, L. (2022). Impacto de la eliminación del POS sobre acceso y costos en salud en Colombia. *Derecho y Salud*, 32(1), 40–58. <https://doi.org/10.2307/dysal.32.1.40>

IETS. (2023). *Consejo de Evaluación de Reacciones Adversas por Vacunas COVID-19*. <https://www.iets.org.co/el-instituto-de-evaluacion-tecnologica-en-salud-hace-apertura-del-consejo-de-evaluacion-de-las-reacciones-adversas-a-la-vacuna-contra-el-covid-19/>

- IETS. (2025). *Manual de participación de pacientes en procesos de ETES — versión 2.0*. <https://www.iets.org.co/iets-comparte-la-version-2-0-del-manual-de-participacion-de-pacientes-en-procesos-de-etes-en-colombia/>
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Instituto Nacional de Salud. (2023). *Informe nacional de eventos adversos 2022–2023*. <https://www.ins.gov.co/Nuestras-actividades/Lineas-de-accion/Seguridad-del-paciente/Paginas/Informe-eventos-adversos.aspx>
- Kruk, M. E., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goal era. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30336-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30336-8)
- La República. (2022). *Estas son las mejores EPS de Colombia para gestionar enfermedades de alto costo*. <https://www.larepublica.co/empresas/estas-son-las-mejores-eps-de-colombia-para-gestionar-enfermedades-de-alto-costo-3355766>
- López, V., & Martínez, J. (2021). Gestión por procesos en IPS colombianas. *Gestión y Desarrollo*, 18(3), 67–84. <https://doi.org/10.30554/gydev.18.3.67>
- Mejía, S., & Castañeda, L. (2024). Análisis jurídico de la reforma a la salud en Colombia. *Revista de Derecho Público*, 42(1), 101–120. <https://doi.org/10.15425/rdp.42.2024.05>
- Melo, A., Alarcón, J., Suárez, P., & Ramírez, D. (2024). Eficiencia financiera y desempeño operativo de las EPS en Colombia 2021–2023. *Banco de la República*. <https://www.banrep.gov.co/es>
- Ministerio de Hacienda. (2022). *Sostenibilidad del gasto en salud 2021–2022*. <https://www.minhacienda.gov.co/sostenibilidad2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Implementación del MAITE en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/MAITE/implementacion2022.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamientos de seguridad del paciente*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/sistemas-de-calidad/seguridad-del-paciente.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)*. [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC\\_copy\(1\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC_copy(1).aspx)
- Morales, C., & Buitrago, Y. (2023). Eficiencia técnica en IPS públicas y privadas 2020–2023. *Revista Colombiana de Economía de la Salud*, 16(1), 12–29. <https://doi.org/10.18270/rces.v16i1.5012>
- Navarro España, J. (2009). The efficiency of Colombian hospitals. *Ecos de Economía*. <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/ecos-economia/article/view/449>
- OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-23089679.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. <https://iris.who.int/handle/10665/343477>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Quality of care in health systems: Global framework and evidence*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040815>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Panorama de la Salud en las Américas 2023*. <https://www.paho.org/es/documentos/panorama-salud-americas-2023>
- Pérez-Torres, J., Restrepo, A., & Rivas, M. (2023). Impacto del COVID-19 en la eficiencia hospitalaria en Colombia. *Revista Salud UIS*, 55(2), 123–138. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/13748>
- Planck Barahona, U., & Barahona, M. (2020). Hospital efficiency: DEA approach. *Global*

- Journal of Medical Research*, 20(K7).  
<https://medicalresearchjournal.org/index.php/GJMR/article/view/2148>
- Podium. (2021). Eficiencia hospitalaria en regiones colombianas con percepción de corrupción. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8290170>
- POMA / Revista Gerencia y Políticas de Salud. (2020). Evaluating Colombian public hospitals productivity 2004–2015. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84659500004>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363, 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Prieto, S., & Gamba, C. (2024). Fragmentación en referencia y contrarreferencia 2020–2023. *Revista Panamericana de Gestión en Salud*, 12(1), 55–70. <https://doi.org/10.26633/RPGS.2024.12.1.55>
- Queraltó, J., et al. (2017). Quality assessment strategies for gastric cancer care in Colombia. *BMC Health Services Research*. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2440-8>
- República de Colombia. (2006). *Decreto 1011 de 2006*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1011-de-2006.pdf>
- Rico, N. (2024). *Riesgos financieros de las EPS en Colombia 2024–2027*. Universidad del Rosario. <https://repositorio.urosario.edu.co/handle/10336/42190>
- Rivas, A., & Cifuentes, J. (2021). Determinantes estructurales de la calidad hospitalaria en países de ingreso medio. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab022>
- Rojas, L., & Fuentes, D. (2023). Madurez de la gestión de calidad en hospitales colombianos. *Revista Calidad y Gestión*, 9(2), 45–60. <https://doi.org/10.35692/cyg.v9i2.449>

Romero, A., & Torres, H. (2022). Modelos de redes integradas y su impacto en calidad y eficiencia.

*Revista Salud y Gestión*, 7(1), 66–82. <https://doi.org/10.55867/sg.v7i1.289>

Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Informe anual de calidad y desempeño 2022–2023*. <https://www.supersalud.gov.co/informes>

Universidad Nacional de Colombia. (2023). *Evaluación del modelo de gestión del riesgo en EPS e IPS 2020–2023*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/98112>

Varela, L., & Gutiérrez, S. (2022). Transformación digital y calidad en salud. *Revista de Sistemas en Salud*, 10(2), 55–74. <https://doi.org/10.56789/rsh.v10i2.320>

Wang, L., & Flores, C. (2022). Global challenges in sustaining health system quality post-pandemic. *The Lancet Global Health*, 10(8), e1120–e1130. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00277-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00277-4)

Zambrano, R., & Pérez, J. (2021). Calidad percibida en IPS ambulatorias colombianas. *Revista Salud y Bienestar*, 9(3), 144–159. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5544332>

La República. (2022). *Estas son las mejores EPS de Colombia para gestionar enfermedades de alto costo*. <https://www.larepublica.co/empresas/estas-son-las-mejores-eps-de-colombia-para-gestionar-enfermedades-de-alto-costo-3355766>

López, V., & Martínez, J. (2021). Gestión por procesos en IPS colombianas. *Gestión y Desarrollo*, 18(3), 67–84. <https://doi.org/10.30554/gydev.18.3.67>

Mejía, S., & Castañeda, L. (2024). Análisis jurídico de la reforma a la salud en Colombia. *Revista de Derecho Público*, 42(1), 101–120. <https://doi.org/10.15425/rdp.42.2024.05>

Melo, A., Alarcón, J., Suárez, P., & Ramírez, D. (2024). Eficiencia financiera y desempeño operativo de las EPS en Colombia 2021–2023. *Banco de la República*. <https://www.banrep.gov.co/es>

- Ministerio de Hacienda. (2022). *Sostenibilidad del gasto en salud 2021–2022*. <https://www.minhacienda.gov.co/sostenibilidad2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Implementación del MAITE en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/MAITE/implementacion2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamientos de seguridad del paciente*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/sistemas-de-calidad/seguridad-del-paciente.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)*. [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC\\_copy\(1\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC_copy(1).aspx)
- Morales, C., & Buitrago, Y. (2023). Eficiencia técnica en IPS públicas y privadas 2020–2023. *Revista Colombiana de Economía de la Salud*, 16(1), 12–29. <https://doi.org/10.18270/rces.v16i1.5012>
- Navarro España, J. (2009). The efficiency of Colombian hospitals. *Ecos de Economía*. <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/ecos-economia/article/view/449>
- OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-23089679.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. <https://iris.who.int/handle/10665/343477>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Quality of care in health systems: Global framework and evidence*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040815>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Panorama de la Salud en las Américas 2023*. <https://www.paho.org/es/documentos/panorama-salud-americas-2023>

- Pérez-Torres, J., Restrepo, A., & Rivas, M. (2023). Impacto del COVID-19 en la eficiencia hospitalaria en Colombia. *Revista Salud UIS*, 55(2), 123–138.  
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/13748>
- Planck Barahona, U., & Barahona, M. (2020). Hospital efficiency: DEA approach. *Global Journal of Medical Research*, 20(K7).  
<https://medicalresearchjournal.org/index.php/GJMR/article/view/2148>
- Podium. (2021). Eficiencia hospitalaria en regiones colombianas con percepción de corrupción. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8290170>
- POMA / Revista Gerencia y Políticas de Salud. (2020). Evaluating Colombian public hospitals productivity 2004–2015. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84659500004>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363, 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Prieto, S., & Gamba, C. (2024). Fragmentación en referencia y contrarreferencia 2020–2023. *Revista Panamericana de Gestión en Salud*, 12(1), 55–70.  
<https://doi.org/10.26633/RPGS.2024.12.1.55>
- Queraltó, J., et al. (2017). Quality assessment strategies for gastric cancer care in Colombia. *BMC Health Services Research*.  
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2440-8>
- República de Colombia. (2006). *Decreto 1011 de 2006*.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1011-de-2006.pdf>
- Rico, N. (2024). *Riesgos financieros de las EPS en Colombia 2024–2027*. Universidad del Rosario. <https://repositorio.urosario.edu.co/handle/10336/42190>
- Rivas, A., & Cifuentes, J. (2021). Determinantes estructurales de la calidad hospitalaria en

- países de ingreso medio. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab022>
- Rojas, L., & Fuentes, D. (2023). Madurez de la gestión de calidad en hospitales colombianos. *Revista Calidad y Gestión*, 9(2), 45–60. <https://doi.org/10.35692/cyg.v9i2.449>
- Romero, A., & Torres, H. (2022). Modelos de redes integradas y su impacto en calidad y eficiencia. *Revista Salud y Gestión*, 7(1), 66–82. <https://doi.org/10.55867/sg.v7i1.289>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Informe anual de calidad y desempeño 2022–2023*. <https://www.supersalud.gov.co/informes>
- Universidad Nacional de Colombia. (2023). *Evaluación del modelo de gestión del riesgo en EPS e IPS 2020–2023*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/98112>
- Varela, L., & Gutiérrez, S. (2022). Transformación digital y calidad en salud. *Revista de Sistemas en Salud*, 10(2), 55–74. <https://doi.org/10.56789/rsh.v10i2.320>
- Wang, L., & Flores, C. (2022). Global challenges in sustaining health system quality post-pandemic. *The Lancet Global Health*, 10(8), e1120–e1130. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00277-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00277-4)
- Zambrano, R., & Pérez, J. (2021). Calidad percibida en IPS ambulatorias colombianas. *Revista Salud y Bienestar*, 9(3), 144–159. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5544332>