

RESUMEN DE EVIDENCIA

Modelo de gobierno y figura jurídica del
hospital Alma Mater - HAMA-

UNED

Unidad de Evidencia y Deliberación
para la Toma de decisiones

17/04/2026



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Resumen de Evidencia
Modelo de gobierno y figura jurídica
del Hospital Alma Mater de Antioquia - HAMA
17/04/2026



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Unidad de Evidencia y Deliberación
para la toma de decisiones

UNED

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED

La Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones (UNED) de la Facultad de medicina de la Universidad de Antioquia aprovecha la mejor evidencia global y local disponible para producir resúmenes de evidencia. UNED también convoca a ciudadanos, investigadores, tomadores de decisiones y otros actores interesados a participar en diálogos deliberativos con el objetivo de informar la formulación de políticas sociales y en salud y de mejorar de la población colombiana. Este resumen de evidencia se realiza en conjunto y a solicitud de la vicerrectoría de investigación de la Universidad de Antioquia

Autores

- Anny Jaramillo-García. Química Farmacéutica, Magíster en Salud Pública, Investigadora de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de decisiones (UNED), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
- Pamela Velásquez Salazar, MD, MSc, investigadora de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de decisiones (UNED) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Silvia Villatoro Rodríguez MD, MSc, investigadora de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de decisiones (UNED) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Claudia Marcela Vélez, MD, MSc, PhD, profesora de la Facultad de Medicina y Vicerrectora de investigación de la Universidad de Antioquia.
- Daniel Felipe Patiño-Lugo, PhD, profesor de la Facultad de Medicina, investigador de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de decisiones (UNED) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Financiación

La participación de la UNED en las mesas puntos de encuentro: Gobernanza y Figura Jurídica Hospital Universitario Alma Mater – HAMA fue financiada con recursos del proyecto "Fortalecimiento de la toma de decisiones informadas por la evidencia: desarrollo, implementación y evaluación de estrategias de transferencia del conocimiento a nivel institucional, local, regional, nacional e internacional" con código SIU 2023-66170. Los puntos de vista expresados en el resumen de evidencia son de los autores y no deben tomarse como representación de la visión de los financiadores, ni de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses profesionales o comerciales relevantes.

Agradecimientos

Este resumen de evidencia se elaboró por parte de todo el personal involucrado de la UNED, los autores agradecemos especialmente Viviana Vélez, Claudia Lorena Ramírez, Jissel Carolina Días, Juan Carlos Velásquez, Nelia Palacio, Paola Ramírez y Sergio Molina por la participación y contribución en los procesos de síntesis de evidencia y paneles de ciudadanos. Los resultados de este resumen no deben tomarse como una representación de los puntos de vista de estos individuos.

Citación

Jaramillo-García A, Velásquez-Salazar P, Villatoro-Rodríguez SN, Vélez CV, Patiño-Lugo D. Resumen de evidencia: Modelo de gobierno y figura jurídica del hospital Alma Mater - HAMA. Medellín, Colombia. Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones, Facultad de Medicina, Vicerrectoría de investigación. Universidad de Antioquia.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Contenido

Contenido	4
MENSAJES CLAVE	5
¿Cuál es el problema?	5
¿Qué conocemos (según revisiones sistemáticas, estudios primarios y reportes organizacionales) acerca de los modelos de gobernanza y financiación entre universidades y hospitales universitarios?	5
¿Qué percepciones tiene la comunidad universitaria y del hospital en torno a las relaciones de Gobernanza y financiación del Hospital Universitario Alma Mater (HAMA)?	7
CONTEXTO	9
1. EL PROBLEMA	10
1.1 Problema en el modelo de gobierno	10
1.2 Problema financiero	10
2. ELEMENTOS PARA ABORDAR EL PROBLEMA	12
2.1 Referentes sobre modelos de gobernanza y financiación entre hospitales y universidades en el país	12
2.2 Sobre el modelo de Gobierno	13
Hallazgos relacionados con la gobernanza identificados en los paneles	13
Hallazgos relacionados con la gobernanza en la síntesis de evidencia	16
2.3 Sobre la financiación	20
Hallazgos relacionados con la financiación identificados en los paneles	20
Hallazgos relacionados con la financiación en la síntesis de evidencia	23
REFERENCIAS	25
ANEXOS	27
Anexo 1. Resumen de los hallazgos de las revisiones sistemáticas	27
Anexo 2. Resumen de los hallazgos de análisis de políticas, casos descriptivos y métodos mixtos ..	31
Anexo 3. Resumen de los hallazgos de reportes organizacionales	41

MENSAJES CLAVE

¿Cuál es el problema?

El Hospital Alma Máter de Antioquia (HAMA) enfrenta dos problemáticas estructurales:

- En cuanto a la gobernanza, existe una débil articulación académica entre el hospital y la Universidad de Antioquia, con barreras como la falta de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, control institucional y liderazgo en actividades de docencia, investigación y servicio.
- En lo financiero, el hospital opera con una dependencia estructural de la universidad, que ha asumido involuntariamente roles de financiadora, acreedora y garante, con una deuda hospitalaria que alcanzó los \$147.000 millones en 2025 y un recaudo corriente que históricamente no supera el 5,5% de lo facturado.

Ambas dimensiones se agravan en el contexto del sistema de salud colombiano, caracterizado por retrasos en pagos de aseguradoras —con EPS como Savia Salud y Nueva EPS adeudando más de \$164.000 millones al hospital— y limitaciones normativas que restringen los modelos de financiación disponibles. El resultado es una situación insostenible en el que el hospital sobrevive acumulando deuda con la Universidad, mientras esta absorbe tensiones crecientes de liquidez que comprometen su misión académica y su estabilidad institucional.

¿Qué conocemos (según revisiones sistemáticas, estudios primarios y reportes organizacionales) acerca de los modelos de gobernanza y financiación entre universidades y hospitales universitarios ?

1. Sobre los arreglos de gobernanza

- Esquemas de vinculación institucional:
 - **Modelo Integrado:** el hospital y la universidad funcionan como una sola entidad legal y administrativa (p. ej., Países Bajos, Alemania, China y el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) en Brasil).
 - **Gobernanza Compartida o Híbrida:** entidades legalmente separadas que utilizan órganos conjuntos o fundaciones intermediarias para gestionar recursos e investigación (p. ej., Fundação Faculdade de Medicina (FFM) en Brasil y la oficina conjunta de Oxford en el Reino Unido).
 - **Vinculación o Colaboración:** instituciones independientes vinculadas únicamente mediante convenios funcionales específicos para la docencia y la investigación.
 - **Autoridad y toma de decisiones:** los modelos varían desde la integración total hasta las alianzas funcionales entre instituciones para la colaboración con variaciones en las formas de gobernanza. En el modelo integrado, por ejemplo, se suele incluir al decano de medicina en la junta directiva del hospital, mientras que en los modelos de vinculación la influencia de la institución académica en la gestión clínica es limitada.
 - **Estructuras de apoyo:** el uso de fundaciones (como la FFM) y de Oficinas de Investigación Conjunta (JRO) aporta agilidad administrativa y acelera procesos, como es el caso del Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust (OUH) que configura estudios de la Universidad de Oxford un 30% más rápido que los de otros patrocinadores, evidenciando las ventajas de la integración.
 - **Rendición de cuentas:** la Gobernanza Clínica se establece como el marco normativo para asegurar la calidad y seguridad, al incentivar a los hospitales con el desempeño en los servicios, el seguimiento de metas y la supervisión de los actores involucrados. Esta gobernanza se basa en pilares como la efectividad, la auditoría, la gestión de riesgos y la participación del paciente.

- Barreras clave identificadas para la implementación de los arreglos de gobernanza:
 - Inestabilidad regulatoria y falta de planificación estratégica a largo plazo por parte del gobierno.
 - Liderazgo organizacional débil y falta de compromiso de la gerencia con los programas de calidad.
 - Colisión de culturas entre los intereses puramente médicos (asistencia) y los académicos (docencia/investigación).
 - Complejidad organizacional extrema que genera ineficiencia percibida y fomenta el incrementalismo, entendido como un proceso de toma de decisiones fragmentado, basado en ajustes pequeños e intuitivos.
 - La fragilidad en las políticas de conflictos de interés (COI), especialmente en Europa, pone en riesgo la integridad institucional. Las políticas de conflicto de interés (COI) en los centros médicos académicos presentan importantes asimetrías entre regiones; mientras en Norteamérica se cuenta con marcos más sólidos y centralizados, en Europa se evidencian esquemas fragmentados, de baja observancia (en parte por la ausencia de estrategias de evaluación) que debilitan la integridad institucional y limitan la capacidad de estos centros para colaborar y tomar decisiones genuinamente orientadas al bien común.

- Facilitadores clave en la implementación de la gobernanza:
 - Marcos legales sólidos (como las leyes de educación superior) que formalicen y otorguen seguridad jurídica a la integración.
 - Flexibilidad administrativa mediante entidades intermediarias (fundaciones) que agilicen las compras y contrataciones.
 - Consejos de administración independientes y profesionales que supervisen la estrategia con transparencia. Implementación de Oficinas de Investigación Conjunta (JRO) para unificar los procesos entre el hospital y la universidad. Sistemas de monitoreo basados en indicadores de desempeño validados y acuerdos trimestrales.

2. Sobre los arreglos financieros

- **Sostenibilidad y desafíos:** los arreglos financieros determinan la viabilidad de la misión tripartita frente al aumento de los costos de personal y de tecnologías de alto costo.
- **Diversificación de ingresos:** los modelos exitosos son mixtos e incluyen fondos públicos (impuestos y seguros), servicios de salud suplementaria (atención privada), donaciones y convenios con la industria para la investigación.
- **Financiación de la innovación:** se requiere un financiamiento estructural a largo plazo que cubra todos los niveles de madurez tecnológica para evitar la fragmentación entre la investigación básica y la clínica.
- **Transparencia operativa:** la integración de procesos administrativos y financieros (*business-finance integration*) es vital para optimizar el presupuesto y reducir los riesgos de corrupción en la compra de insumos.

- Barreras clave en la financiación:
 - Déficit crónico de recursos financieros y humanos, que limita la capacidad operativa y de modernización.
 - Baja capacidad de absorción presupuestaria, en la que los fondos asignados no se ejecutan

- debido a trabas técnicas o burocráticas.
 - Opacidad en los flujos de fondos, lo que dificulta la separación contable entre los gastos de asistencia y los de docencia/investigación.
 - Atraso en los pagos de aseguradoras o ministerios, lo que compromete la liquidez hospitalaria.
 - Competencia perversa por fondos públicos limitados, lo que erosiona la colaboración necesaria entre centros médicos.
- Facilitadores clave para la financiación:
 - Recaudación diversificada mediante servicios privados y patrocinios de la industria farmacéutica para estudios clínicos.
 - Medidas fiscales favorables, como la inmunidad tributaria (p. ej., certificado CEBAS en Brasil), que permiten reinvertir ahorros masivos en infraestructura.
 - Incentivos financieros por desempeño (p. ej., subvenciones como Proyectos Subsidiados de Innovación e Investigación en Educación Médica (SIRPME)) diseñados para proteger el tiempo dedicado a la docencia y la innovación.
 - Integración de los negocios, las finanzas y los sistemas de control interno colectivos para mitigar la corrupción. Un ejemplo identificado en China, es el sistema de control interno decisiones colectivas para grandes gastos conocido como "tres importantes y uno mayor", cuyo objetivo es garantizar que las decisiones importantes, los nombramientos y destituciones de personal clave, la planificación de proyectos relevantes y el uso de grandes cantidades de fondos se sometan a demostraciones científicas y a decisiones colectivas para así evitar abusos de poder y corrupción.
 - Herramientas de gestión de costos (p. ej., sistema de costos por absorción) para asegurar la transparencia total por paciente y por actividad.

¿Qué percepciones tiene la comunidad universitaria y del hospital en torno a las relaciones de Gobernanza y financiación del Hospital Universitario Alma Mater (HAMA)?

1. Sobre los arreglos de gobernanza

- Presencia formal sin incidencia real: La Universidad participa formalmente en los órganos de gobierno del HAMA, pero esta presencia no se traduce en una influencia efectiva en la toma de decisiones, constituyendo uno de los principales puntos críticos de la relación.
- Debilidades en transparencia y flujo de información: Se identifican falencias en los mecanismos de participación y en el acceso a información clave.
- Concentración de la representación: La participación en los órganos de gobierno tiende a concentrarse en ciertas facultades del área de la salud, lo que limita el aporte de otras disciplinas y unidades académicas de la Universidad.
- El hospital como escenario formativo estratégico: Se reconoce el valor del hospital como espacio fundamental para la formación del talento humano en salud, lo que refuerza la necesidad de alinear su gobernanza con las funciones misionales de docencia, investigación y extensión.
- Avance hacia el reconocimiento como hospital universitario: Se plantea la necesidad de fortalecer el carácter universitario del HAMA, incluyendo su reconocimiento formal como hospital universitario, como paso relevante para consolidar su misión académica.

- Propuestas convergentes de reforma a la gobernanza:
 - Fortalecer la incidencia real de la Universidad en las decisiones del hospital,
 - Ampliar la participación institucional más allá del área de la salud,
 - Mejorar los mecanismos de transparencia e información,
 - Avanzar hacia esquemas de gobernanza más representativos y coherentes con la misión académica.

2. Sobre los arreglos financieros

- **Situación financiera compleja del HAMA:** el hospital enfrenta dificultades que comprometen su viabilidad, originadas tanto en factores externos (dificultades en el flujo de recursos y bajo pago de servicios del sistema de salud) como en elementos internos de gestión.
- **Relación financiera bidireccional con la Universidad de Antioquia:** existe un vínculo estrecho entre ambas instituciones, donde las dificultades de una pueden impactar directamente a la otra, lo que genera riesgos compartidos.
- **Debate sobre el riesgo patrimonial:** algunos actores advierten sobre el peligro que representa la acumulación de deudas para el patrimonio universitario, mientras otros reconocen que la figura jurídica actual lo ha protegido.
- **Limitaciones del cambio de figura jurídica:** un modelo público tipo Empresa Social del Estado (ESE) no constituye por sí solo una solución. Se deben analizar alternativas institucionales que mejoren el acceso a recursos públicos sin comprometer la estabilidad de la Universidad.
- **Tensión en torno al rol de la docencia:** aunque se valora su aporte académico, asistencial y reputacional, también se señalan los costos que implica y la necesidad de revisar su balance financiero dentro del hospital.

- Propuestas de mejora identificadas:
 - Fortalecer la transparencia sobre la situación financiera,
 - Diferenciar con mayor claridad las causas del déficit,
 - Mejorar los modelos de gestión,
 - Aprender de experiencias de otros hospitales universitarios,
 - Diversificar las fuentes de ingreso, incluyendo ingresos no operativos y alianzas,
 - Avanzar hacia un modelo de financiación que equilibre la viabilidad económica del hospital, el cumplimiento de su misión académica y la protección de la estabilidad financiera de la Universidad de Antioquia.

CONTEXTO

La Universidad de Antioquia ha establecido unas mesas de discusión tras la reciente coyuntura institucional, dentro de ellas se encuentra la comisión de Puntos de Encuentro sobre la gobernanza y la figura jurídica del Hospital Universitario Alma Mater (HAMA) liderada por la vicerrectoría de investigación. Desde allí, se establece un plan de trabajo con diferentes metodologías para proponer una posición institucional de la Universidad de Antioquia respecto del futuro del Hospital.

La meta de esta comisión es identificar y formular lineamientos de gobernanza y de figura jurídica que fortalezcan el carácter universitario del HAMA, aseguren su viabilidad institucional y financiera, consoliden su articulación con el sistema de salud y potencien su proyección académica y científica a largo plazo. Para lo cual se realizaron cuatro procesos: 1) Paneles de ciudadanos con la comunidad universitaria y la comunidad del hospital; 2) Síntesis rápida de evidencia, 3) Entrevistas semiestructuradas con actores clave y 4) diálogo deliberativo como método para la construcción de una posición institucional, trascendiendo el simple intercambio de opiniones para avanzar hacia consensos argumentados y propuestas concretas.

Esta situación indica una necesidad de generar alternativas basadas en la evidencia global y local que permitan establecer y/o fortalecer estrategias para mejorar las relaciones de gobernanza y financiera entre el HAMA y la UdeA.

El propósito de este resumen de evidencia es revisar la mejor información e investigaciones disponibles sobre cómo son las relaciones de gobernanza y financieras entre las universidades y los hospitales universitarios y tres procesos para abordar este problema.

Cuadro 1. Antecedentes del resumen de evidencia

Este resumen de evidencia moviliza la evidencia científica global y local sobre un problema, dos aspectos relevantes para abordar el problema (gobernanza y financiación) y las consideraciones claves sobre las percepciones de la comunidad universitaria (panel y entrevistas); que sirvan como insumo para la mesa de trabajo convocada por la rectoría. Siempre que sea posible, el resumen de evidencia resume la evidencia científica obtenida de revisiones sistemáticas de la literatura y, en ocasiones, de estudios de investigación individuales o como en este caso de metodologías complementarias que permitan enriquecer la información disponible. Una revisión sistemática es un resumen de estudios que abordan una pregunta claramente formulada que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar estudios de investigación y sintetizar datos de los estudios incluidos. El resumen de evidencia no contiene recomendaciones que requieran que los autores del resumen emitan juicios basados en sus valores y preferencias personales, ya que podrían anticipar importantes deliberaciones acerca de qué valores y preferencias son importantes para realizar dichos juicios.

La preparación del resumen de evidencia involucra siete pasos:

1. Convocar a un Comité Directivo compuesto por la vicerrectoría de investigación y la Unidad de Investigación y Deliberación para la Toma de Decisiones de la Universidad de Antioquia;
2. desarrollar y refinar los términos de referencia para un documento base, particularmente sobre la situación actual del hospital alma mater -HAMA- y su relación de gobernanza y financiera con la universidad, en consulta con el Comité Directivo y una serie de informantes clave y con la ayuda de varios marcos conceptuales que organicen la reflexión sobre las formas de abordar el problema;
3. realizar paneles de ciudadanos con diferentes miembros de la comunidad académica de la Universidad de Antioquia y del Hospital Alma Mater así: Panel 1 (profesores y estudiantes de áreas distintas a la salud); Panel 2 (profesores y estudiantes del área de la salud); y Panel 3 (personal clínico y administrativo del HAMA).
4. realizar entrevistas al Director del HAMA, profesionales del HAMA, profesionales de la universidad con experiencia en la coordinación de prácticas académicas y decano de la facultad de medicina.
5. identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar la evidencia relevante acerca del problema, opciones, barreras y facilitadores;
6. redactar el resumen de evidencia de tal manera que se presente de manera concisa y en un lenguaje accesible la evidencia científica global y local; y
7. finalizar el resumen de evidencia basado en los aportes de varios revisores de méritos.

El resumen de evidencia fue preparado para informar un diálogo entre actores en el que la evidencia científica es una de muchas consideraciones. Las opiniones y experiencias de los participantes y el conocimiento tácito que aportan a los temas en cuestión mediante las entrevistas y el panel también son aportes importantes para el diálogo. Uno de los objetivos del diálogo es generar ideas, ideas que solo pueden surgir cuando todos aquellos que participarán o se verán afectados por futuras decisiones sobre el tema, se sientan a trabajar juntos. Un segundo objetivo del diálogo es generar acción por quienes participan en el diálogo y por quienes revisan el resumen del diálogo y los videos de los participantes.

1. EL PROBLEMA

Los hospitales universitarios son instituciones clave para los sistemas de salud, al integrar la prestación de servicios, la formación de talento humano y la investigación científica. Sin embargo, en muchos contextos, estas relaciones presentan tensiones estructurales asociadas a la autonomía institucional, la sostenibilidad financiera y la articulación académica. En el caso del Hospital Universitario Alma Mater (HAMA), estas tensiones se manifiestan en un modelo en el que coexisten una gobernanza hospitalaria con autonomía operativa y una fuerte dependencia financiera de la Universidad de Antioquia.

Esta situación ha llevado a que la Universidad asuma roles de financiador, acreedor y garante del funcionamiento del hospital, lo que genera riesgos para su estabilidad institucional y limita su capacidad para cumplir plenamente su misión académica. Adicionalmente, la separación entre la gestión asistencial del hospital y la gobernanza académica universitaria ha dificultado la integración efectiva de las funciones de docencia, investigación y atención en salud.

Estas problemáticas se enmarcan en un contexto más amplio del sistema de salud colombiano, caracterizado por dificultades de liquidez, retrasos en los pagos por parte de los aseguradores y limitaciones normativas que condicionan las figuras jurídicas y los modelos de financiación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

De acuerdo al análisis inicial de la situación del hospital Alma Mater y su relación con la universidad se tienen dos dificultades sobre las cuales se deben plantear soluciones:

1.1 Problema en el modelo de gobierno

El problema central de gobernanza se relaciona con la articulación académica efectiva entre el hospital y la Universidad de Antioquia, así como con el fortalecimiento de su integración institucional y el alineamiento de su gestión, sus decisiones y su cultura organizacional con los valores y la misión universitaria. Problemáticas que no distan de las reportadas en la literatura donde los modelos usados entre hospitales y universidades para vinculación de actividades de investigación, docencia y servicio presentan barreras y facilitadores para la articulación de ambas instituciones. Vale la pena además resaltar que para la comunidad universitaria es importante conocer el proceso, las formas e intenciones de los cambios en el modelo de gobernanza de la universidad y el HAMA.

1.2 Problema financiero

El modelo actual genera riesgos para la misión universitaria en dos dimensiones principales. En el ámbito financiero, existe el riesgo de que la situación económica del HAMA pueda transmitir presiones de liquidez y endeudamiento a la Universidad de Antioquia. En el ámbito académico, se identifica el riesgo de una integración insuficiente del hospital con los procesos formativos universitarios, lo que limita su aporte no solo a la formación en salud, sino también a la interacción interdisciplinaria propia de una institución universitaria.

El problema corresponde a una combinación de dimensiones jurídicas, financieras, políticas y de diseño organizacional que, en conjunto, han generado tensiones entre autonomía, sostenibilidad y alineación institucional.

El Hospital Alma Máter de Antioquia opera bajo una dependencia financiera estructural de la Universidad de Antioquia (UdeA), que ha pasado a cumplir roles simultáneos de proveedora sin pago oportuno, acreedora involuntaria y financiadora sin intereses. Para 2025, la deuda del hospital con la Universidad alcanzó aproximadamente \$147.000 millones, muy por encima de su deuda bancaria, evidenciando que el crédito universitario es su principal fuente de financiamiento operativo. A esto se suma un recaudo corriente históricamente cercano al 5,5% de lo facturado y una cartera con EPS como Savia Salud y Nueva EPS que supera los \$164.000 millones, lo que impide al hospital convertir su facturación en flujo de caja real.

Esta dinámica configura un equilibrio insostenible en el que el hospital sobrevive acumulando deuda, la Universidad absorbe tensiones de liquidez crecientes y el Estado evita asumir el costo estructural del sistema. El impacto ya se refleja en las unidades académicas del área de la salud y en el funcionamiento general de la UdeA, con riesgos de desabastecimiento, sanciones legales y deterioro patrimonial. Mientras no se defina explícitamente si el hospital universitario es un proyecto académico financiado por el Estado o un hospital público subsidiado silenciosamente por la Universidad, la crisis continuará trasladándose entre las instituciones sin resolverse de fondo.

Con el fin de establecer un proceso informado por evidencia para plantear posibles estrategias de gobernanza y financiación del Hospital Alma Mater - HAMA-, se lidera desde la Vicerrectoría de Investigación una apuesta institucional de carácter participativo, orientada a consolidar escenarios de diálogo plural e informado que permitan avanzar en propósitos compartidos para el fortalecimiento y proyección de la Universidad. Para lo cual se ejecutan tres procesos desarrollados de manera conjunta entre la UNED y la vicerrectoría.

Los procesos son:

1. Paneles de ciudadanos con la comunidad universitaria;
2. Síntesis rápida de evidencia; y
3. Entrevistas semi estructuradas con actores clave.

En este resumen de evidencia se presentan los principales hallazgos en cada uno de los procesos. Vale la pena precisar que en cada uno de ellos se buscó identificar los aspectos más relevantes sobre los modelos de gobernanza entre hospitales universitarios y las universidades, así como identificar las barreras, facilitadores y percepciones de los actores claves en el proceso.

Cuadro 3. Movilizando la evidencia de la investigación acerca del problema

La evidencia científica disponible sobre el problema se buscó en las fuentes de información de investigación publicada y literatura gris pertinentes para el problema. La evidencia recuperada proporcionó una dimensión comparativa para el entendimiento del problema. Según el problema se consultaron los siguientes recursos PubMed, BVS, Embase, *Health Systems Evidence* y LENS, complementadas con la revisión de páginas web de organizaciones y hospitales universitarios. Se emplearon estrategias de búsqueda con términos relacionados con hospitales universitarios, gobernanza, financiamiento y organización, aplicando filtros de fecha (últimos 10 años) e idioma (español, inglés y portugués).

En cada recurso se realizaron consultas estratégicas basadas en los términos pertinentes identificados, y se aplicaron los filtros respectivos para separar las revisiones sistemáticas de otros tipos de informes y reportes que también fueran pertinentes. En total se recuperaron 3 revisiones de alcance, una revisión sistemática, 5 análisis de política o reportes de caso descriptivos, 3 estudios de métodos mixtos, 5 reportes organizaciones y 2 análisis de documentos y de sitios web, cuyos detalles pueden verse en los anexos 1, 2 y 3.

2. ELEMENTOS PARA ABORDAR EL PROBLEMA

2.1 Referentes sobre modelos de gobernanza y financiación entre hospitales y universidades en el país

En este escenario, comprender cómo se configuran las relaciones financieras y de gobernanza entre universidades y hospitales universitarios resulta fundamental para identificar modelos que equilibren la autonomía institucional, la sostenibilidad económica y la misión académica. Además, se requiere un análisis de las experiencias de otras instituciones de educación superior (IES) a nivel local, nacional e internacional (ver **tabla 1**); que le permita a la Universidad de Antioquia tener referentes sobre estrategias para establecer una gobernanza efectiva y sostenibilidad financiera.

Tabla 1. Experiencias locales y nacionales sobre relaciones de gobernanza entre hospitales y universidades

Tipo de Institución de educación superior	Instituciones (Naturaleza jurídica)	Modelo de gobernanza	Forma de relación IES con el hospital
Públicas	Universidad Nacional de Colombia Corporación SALUD UN (Sin ánimo de lucro)	Hibrido	Entidad autónoma con la regencia académica de la Universidad Nacional de Colombia. En la junta directiva están el rector (presidente), vicerrector de la sede Bogotá (vicepresidente), decano de la facultad de medicina y dos representantes, uno nombrado por el rector y otro por el CSU (1,2).
	Universidad del Valle Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E (pública)	Hibrido	Entidad pública descentralizada del orden departamental. En la junta directiva se encuentran el rector de la universidad y el decano de la facultad de salud (3,4).
Privadas	Universidad Pontificia Bolivariana (privada sin ánimo de lucro) Clínica Universitaria (Sin ánimo de lucro)	Integrado	La Universidad Pontificia Bolivariana presta servicios de salud a través de la IPS denominada “Clínica Universitaria”. Establece en su código de buen gobierno las relaciones entre el Consejo Directivo General de la Universidad, el Consejo de Dirección de la Clínica y las demás partes interesadas (5).
	Universidad CES (Privada) Clínica CES (Sin ánimo de lucro)	Integrado	Su misión y visión son un compromiso con el desarrollo de un campo de prácticas propio de la Universidad CES. Dentro de la junta participan decanos de las facultades de medicina, odontología y fisioterapia. En su mapa estratégico, se tiene como propósito afianzar el relacionamiento entre la universidad y la clínica (6).
	Fundación Valle de Lili (privada, sin ánimo de lucro) Universidad ICESI (privada sin ánimo de lucro)	Hibrido	Convenio de docencia, investigación y servicio: “Alianza Profunda por la Vida”. Articulación de los gobiernos corporativos: el rector de la universidad forma parte de la junta del hospital, el director del hospital del CSU y el decano de ciencias de la salud en el comité médico del hospital (7).

Se hace necesario un ejercicio de referenciación profundo para conocer de estas y de otras instituciones sobre estrategias, mecanismo y procedimientos implementados para mejorar las relaciones de gobernanza y/o financieras.

2.2 Sobre el modelo de Gobierno

Hallazgos relacionados con la gobernanza identificados en los paneles

En los paneles cuyo propósito era identificar percepciones que tiene la comunidad universitaria y el personal del hospital, se presentaron diferentes posturas entre los participantes. Se evidencian patrones consistentes en la forma en que los distintos actores comprenden la gobernanza entre las instituciones, así como tensiones estructurales que atraviesan dicha relación. De manera transversal, se **reconoce que la Universidad mantiene una presencia formal en los órganos de gobierno del hospital**; sin embargo, existe un consenso claro en que **dicha presencia no se traduce necesariamente en una incidencia efectiva en la toma de decisiones**. Esta brecha entre la participación formal y la influencia real emerge como uno de los principales puntos críticos identificados por los distintos grupos.

Asimismo, se observan coincidencias en torno a debilidades en los mecanismos de participación, de transparencia y de flujo de información, aunque con distintos énfasis. Mientras algunos actores destacan la **falta de transparencia en decisiones clave**, otros subrayan el **limitado conocimiento de la comunidad universitaria sobre los procesos de gobernanza**, la **concentración de la representación en ciertas facultades y la necesidad de ampliar la participación a otras disciplinas más allá del área de la salud**. En esta línea, varios paneles coinciden en la importancia de incorporar capacidades de distintas facultades y unidades académicas, ya sea mediante representación directa en los órganos de gobierno o a través de instancias de asesoría interdisciplinaria, como mecanismo para fortalecer la toma de decisiones.

De forma complementaria, se reconoce el papel del hospital como escenario fundamental para la formación del talento humano en salud, así como la necesidad de fortalecer su carácter universitario, incluyendo el **avance hacia su reconocimiento formal como hospital universitario**. En conjunto, estos elementos se articulan con preocupaciones sobre la alineación entre la gobernanza actual y las funciones misionales de docencia, investigación y extensión, y convergen en propuestas orientadas a fortalecer la incidencia de la Universidad, ampliar la participación institucional y avanzar hacia esquemas de gobernanza más representativos, transparentes y coherentes con la misión académica del hospital.

La **tabla 2**, presenta un resumen de las consideraciones, percepciones y propuestas expresadas por los actores participantes en los paneles de ciudadanos realizados en el marco de este ejercicio.

Tabla 2. Consideraciones, percepciones y propuestas de actores participantes en los paneles sobre la relación de gobernanza entre la Universidad de Antioquia y el HAMA

Panel - Participantes	Tipo de aporte	Síntesis de aportes
Panel 1 Profesores y estudiantes de áreas distintas a la salud.	Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una relación ambigua y desalineada entre la universidad (pública) y el hospital (entidad privada), lo que genera tensiones en la toma de decisiones. - El hospital opera con alta autonomía tipo empresa privada, incluso siendo la universidad de carácter público su accionista mayoritaria. - La gobernanza actual presenta debilidades en pesos y contrapesos (junta, asamblea, auditoría). - Se percibe una baja apropiación del hospital por parte de la comunidad universitaria.
	Preocupaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de transparencia en decisiones clave (modificación de estatutos, composición de órganos de gobierno, tercerización de servicios). - Concentración de poder e incentivos perversos (riesgos de corrupción o captura institucional). - Participación universitaria limitada o poco incidente en la toma de decisiones. · Uso del modelo mixto como posible mecanismo para eludir controles públicos. - Débil articulación entre el hospital y las funciones misionales (docencia, investigación, extensión).
	Propuestas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un diagnóstico integral del gobierno corporativo (estructura, decisiones, auditoría). - Reconfigurar la junta directiva con participación interdisciplinaria (salud, economía, derecho, etc.). - Garantizar participación efectiva (no solo formal) de la universidad en decisiones. - Implementar mecanismos robustos de auditoría interna y externa y veedurías. - Fortalecer la democracia universitaria en la discusión sobre el hospital. - Recuperar la misionalidad universitaria del hospital (investigación, formación, innovación). - Analizar experiencias comparadas de otros hospitales universitarios.
Panel 2 Profesores y estudiantes de áreas de la salud	Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital mantiene una relación estrecha con la Universidad y cumple un papel central en la formación académica. - Existe una relación histórica estrecha entre la UdeA y el HAMA, con presencia universitaria en órganos de gobierno (asamblea, junta y dirección). - Sin embargo, se percibe que la Universidad no ejerce plenamente su capacidad de incidencia en las decisiones estratégicas del hospital. - El hospital es percibido como un asunto estratégico para toda la Universidad, no solo del área de la salud. - La participación en los órganos de dirección ha estado concentrada en algunas facultades, especialmente en medicina. - Se reconoce que las decisiones del hospital no siempre incorporan la realidad docente-asistencial.
	Preocupaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de espacio institucional de la UdeA en la toma de decisiones tras cambios en la forma de elección de la Junta Directiva. - Débil participación de distintos estamentos universitarios (profesores, estudiantes, otras facultades) en la gobernanza. - Existe limitado conocimiento dentro de la comunidad universitaria sobre las decisiones y procesos de gobernanza del hospital. - La concentración de la representación en ciertas facultades limita la diversidad de perspectivas en la toma de

Panel - Participantes	Tipo de aporte	Síntesis de aportes
		<p>decisiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay falta de claridad sobre los mecanismos de rendición de cuentas del hospital.
	Propuestas	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la incidencia efectiva de la Universidad en la toma de decisiones del hospital, más allá de su presencia formal. - Ampliar la participación de diferentes facultades y estamentos universitarios en la gobernanza. - Avanzar hacia un modelo de gobernanza más representativo y participativo. - Fortalecer los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. - Mejorar los canales de comunicación institucional sobre las decisiones del hospital. - Incorporar otras disciplinas y facultades en el análisis y toma de decisiones. - Asegurar que la gobernanza del hospital responda a sus funciones misionales de docencia, investigación y servicio. - Avanzar hacia el reconocimiento formal del hospital como hospital universitario. - Aprender de modelos de otros hospitales universitarios para fortalecer el esquema de gobernanza.
<p>Panel 3</p> <p>Personal clínico y administrativo del HAMA</p>	Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital cumple funciones universitarias en la práctica, pero sin reconocimiento formal como hospital universitario. - La Universidad participa en la estructura formal de gobierno a través de la asamblea y la junta. - La figura jurídica actual permite cierto grado de autonomía administrativa del hospital.
	Preocupaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Dudas sobre la incidencia real de la Universidad en la toma de decisiones. - Falta de claridad en la relación institucional Universidad-hospital. · Desalineación entre la gobernanza del hospital y las funciones misionales de la Universidad. - Baja integración de capacidades académicas de la Universidad en el hospital. - Dificultades en el modelo docente dentro del hospital (condiciones de vinculación e incentivos).
	Propuestas	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el papel de la Universidad en instancias estratégicas de gobernanza. - Crear instancias de asesoría interdisciplinaria desde la Universidad (economía, derecho, etc.). - Avanzar hacia un modelo más estructurado de relación hospital–universidad (y otros actores). - Avanzar hacia certificación formal como hospital universitario. - Mejorar la articulación entre docencia, investigación, extensión y servicios.

Hallazgos relacionados con la gobernanza en la síntesis de evidencia

Las relaciones entre universidades y hospitales pueden clasificarse según su nivel de integración funcional, legal y administrativa. La naturaleza del vínculo institucional define el grado de autoridad y coordinación entre las misiones académicas y asistenciales (8). También pueden regularse según la forma en que se ejercen los poderes desde la autoridad, la rendición de cuentas y las responsabilidades de las organizaciones (9,10). Esta gobernanza busca alinear objetivos financieros y clínicos que a menudo son divergentes, utilizando estructuras intermedias para asegurar la transparencia y la calidad del servicio (11). En la **tabla 3**, se describen los tipos de vinculación institucional descritos en la literatura y algunos ejemplos identificados.

Tabla 3. Modelos de gobernanza

Modelo de Gobernanza	Relación Hospital-Universidad	Características destacadas	Ejemplos de Países / Instituciones
Integrado	Operan como una sola organización; gestión unificada de las tres misiones de investigación, docencia y servicio (12).	El decano de la facultad de medicina suele estar integrado en la gobernanza del hospital y participa directamente en su junta directiva para asegurar la alineación estratégica (8).	<ul style="list-style-type: none"> - Países Bajos, donde los Centros Médicos Académicos (CMA) están establecidos por ley como entidades integradas (12), - China, se promueve una integración total entre la gestión administrativa y la financiera para optimizar los presupuestos y reducir el riesgo de corrupción (13), - Irán, el Ministerio de Salud y Educación Médica (MOHME) introdujo la gobernanza clínica y en 2011 (2 años después) se establecieron oficinas de gobernanza clínica en todas las universidades y hospitales (14).
Gobernanza compartida/ Híbrido	Organizaciones legalmente separadas con órganos de gobierno conjunto o entidades intermediarias (15,16).	Se destaca la importancia de poseer una estructura interna para la rendición de cuentas (como una junta directiva o consejo de personal médico), que a su vez es responsable ante entidades gubernamentales o superiores como el Ministerio de Salud o directivas de las universidades (11).	<ul style="list-style-type: none"> - En Brasil, la <i>Fundação Faculdade de Medicina (FFM)</i> actúa como una fundación de apoyo e intermediaria que gestiona contratos y procesos administrativos para articular la relación entre la Facultad de Medicina de São Paulo (FMUSP) y el Hospital das Clínicas (15,17,18). Los consejos de la FFM son presididos por el Director de la FMUSP (15). - Reino Unido, el modelo de la Universidad de Oxford utiliza una Oficina de Investigación Conjunta (JRO) y un comité compartido de I+D, bajo un acuerdo de trabajo conjunto, para coordinar la actividad académica dentro del hospital (16). 19/05/2026 6:52:00 p. m.
Vinculación/ Colaboración	Instituciones separadas vinculadas mediante acuerdos de cooperación funcional para la docencia y la investigación (8).	La autoridad de la escuela de medicina sobre la gestión clínica es limitada (8).	<ul style="list-style-type: none"> - España, las facultades y los hospitales pertenecen a administraciones distintas y se vinculan mediante convenios específicos (8,19). - Italia, el modelo suele clasificarse como "Líder de Alianza", en el que los académicos de medicina tienen una autoridad sólida en la toma de decisiones clínicas, aunque las administraciones se rigen por ministerios separados (8). - En Chequia, los hospitales son propiedad del Estado y deben estar afiliados a una facultad

Modelo de Gobernanza	Relación Hospital-Universidad	Características destacadas	Ejemplos de Países / Instituciones
			para cumplir su función docente, pero bajo la supervisión del Ministerio de Salud; en este caso, el decano nombra a los jefes clínicos responsables de la formación (8). - En Estados Unidos, la Universidad de Kentucky implementó un modelo de campus regionales, seleccionando socios clínicos según criterios estrictos de estabilidad financiera, volumen de pacientes y compromiso con la formación (20).

Según el marco de arreglos de gobernanza, estas relaciones se definen por procesos de autoridad, rendición de cuentas y arreglos multiinstitucionales (9).

Autoridad y Toma de Decisiones: como se describió anteriormente, los modelos varían desde la integración total, donde el hospital y la universidad operan como una sola organización para la atención al paciente, la investigación y la educación (12,15); hasta las alianzas funcionales, donde existe cooperación en docencia e investigación entre universidades y hospitales, pero estas operan como organizaciones independientes en estructura y gobiernos (8,15,16). Algunos ejemplos:

- En los Países Bajos, la Ley de Educación Superior (WHW) regula formalmente esta integración, exigiendo la creación de un "Comité de Personal" integrado por jefes de departamento que también son profesores para asesorar a la junta directiva (12).
- En Polonia, las decisiones estratégicas requieren el permiso de la universidad, como propietaria, mientras que en Italia los académicos vinculados a los programas de medicina suelen ser los principales tomadores de decisiones (8).
- En los Países Bajos y en Alemania, el decano participa en la junta directiva del hospital (8,21).
- En Irán, se han implementado juntas de fideicomisarios en las que el rector de la universidad actúa como presidente (22), asimismo se establecen mecanismos de autonomía universitaria donde las decisiones de los hospitales en materia de recursos financieros y humanos deben ser aprobadas por la universidad (23).

Arreglos Multiinstitucionales: los acuerdos entre las instituciones involucradas cuentan con diferentes estrategias para establecer los acuerdos de gobernanza. Por ejemplo:

- En Brasil, se presenta una articulación entre universidad, hospital universitario y fundaciones sin ánimo de lucro o filantrópicas que brindan apoyo con una estructura de gobierno corporativo vinculada a los órganos colegiados; por ejemplo, la *Fundação Faculdade de Medicina* (FFM) actúa como una entidad de apoyo e intermediaria que gestiona recursos y procesos administrativos para integrar la docencia (universidad) y la asistencia (hospital) (15,17,18).
- En Irán, se describe la articulación entre las instituciones donde el rector de la universidad hace parte de los consejos de los hospitales autónomos (23).
- A nivel europeo, la Alianza de Hospitales Universitarios Europeos (EUHA) funciona como un hub para conectar hospitales con universidades e institutos de investigación, facilitando ecosistemas de innovación (24).

Responsabilidad y Normas: se identifican diversas formas de establecer las relaciones, entre ellas:

- La gobernanza clínica (GC) se presenta como un marco de rendición de cuentas basado en siete categorías: efectividad, riesgo, participación del paciente, información, educación, auditoría y gestión de personal (25). Para lograr los objetivos de este programa, en Irán se establecieron oficinas de GC en todas las universidades y hospitales, pese a encontrar barreras como liderazgo organizacional débil, recursos humanos insuficientes, recursos financieros insuficientes, monitoreo y evaluación inadecuados, falta de coordinación entre los distintos departamentos de la organización, entre otros.
- En el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) de Brasil, se utilizan documentos como la Carta Anual de Políticas Públicas y Gobernanza Corporativa para transparencia en el desempeño institucional y el cumplimiento de metas ante la sociedad y los accionistas estatales (26).
- La gestión de conflictos de interés (COI) es otra estrategia aunque varía según la región: mientras en Norteamérica las políticas son prevalentes (hasta el 100% en algunos estudios) y fuertes, en Europa (especialmente en Francia y Alemania) suelen ser débiles o inexistentes en muchos hospitales (27).
- También se destaca el nivel de provisión administrativa de recursos, procesos, métodos y medidas (sedimentación) para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTA), donde los hospitales universitarios con financiamiento público suelen contar con estructuras más robustas para la toma de decisiones basadas en evidencia (28).

La implementación de políticas en los Centros Médicos Académicos (CMA) y en los hospitales universitarios está condicionada por factores críticos que operan de manera interconectada (23). Esta complejidad se ve agravada por la coexistencia de tres misiones (asistencia, docencia e investigación), que a menudo compiten por los mismos recursos humanos y financieros (8).

La **tabla 4** presenta el análisis de los factores que influyen en la implementación de los arreglos de gobernanza, organizado por niveles de influencia y por la naturaleza de los modelos identificados en la evidencia.

Tabla 4. Barreras y facilitadores de la implementación de arreglos de gobernanza

Nivel de Influencia	Descripción	Barreras clave	Facilitadores clave
Institucional y Gubernamental	La gobernanza efectiva y el compromiso político del liderazgo superior son indispensables para el éxito de cualquier reforma en todas sus fases, desde la formulación hasta la adopción (23).	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad del financiamiento y de la regulación, la falta de planificación a largo plazo (12), - Falta de una dirección gubernamental clara y la interferencia política en la gestión del personal y en la autonomía hospitalaria (8). 	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de marcos legales sólidos (como la Ley de Educación Superior en Países Bajos o la legislación sobre fundaciones sanitarias en Brasil) y la existencia de organizaciones "paraguas" que coordinan los intereses de los CMA (8,12) y el refuerzo de la seguridad jurídica y la transparencia institucional mediante oficinas de cumplimiento normativo y portales de datos abiertos (15).
Departamental	Se materializa la política de docencia e investigación (21).	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de coordinación entre los departamentos clínicos y universitarios, así como la "colisión de culturas" entre los intereses médicos y académicos (8,14). - Identidad profesional del departamento también influye: los departamentos centrados exclusivamente en la asistencia tienden a dejar de lado los objetivos docentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de estructuras de apoyo administrativo (secretarías de educación), de líderes departamentales comprometidos, que permitan a los empleados dedicar tiempo a la enseñanza sin que ello les suponga un perjuicio, y de una cultura que valore tanto la docencia como la asistencia (21). - La implantación de sistemas de control interno, como el modelo de las «tres líneas de defensa», contribuye a mitigar los riesgos operativos y a alinear los departamentos con los objetivos de la alta dirección (26)
Individual	La decisión final de participar en actividades académicas recae en el profesional (21).	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabajo clínico, que desplaza el tiempo destinado a la enseñanza, - Percepción de las tareas administrativas de gobernanza como una carga burocrática sin impacto clínico (21,22,25), - Falta de conocimiento o la comprensión superficial de los principios y pilares de la gobernanza, - fragilidad o la ausencia de políticas institucionales sobre COI puede comprometer la integridad individual en la investigación (27). 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación intrínseca, el prestigio asociado a las calificaciones docentes y la influencia positiva de los pares que actúan como modelos a seguir (21). - Existencia de planes de carrera claros e incentivos (económicos o en forma de tiempo dedicado) diseñados específicamente para la formación y la innovación clínica fomenta el compromiso del personal (22).

2.3 Sobre la financiación

Hallazgos relacionados con la financiación identificados en los paneles

En los paneles, se evidencian importantes puntos de convergencia en torno a la relación de financiación entre la Universidad de Antioquia y el HAMA, así como tensiones estructurales sobre su sostenibilidad. Los distintos actores coinciden en que el hospital enfrenta una situación financiera compleja que compromete su viabilidad, influenciada tanto por factores externos del sistema de salud (como las dificultades en el flujo de recursos y el bajo pago de servicios), como por elementos internos de gestión. También se reconoce la existencia de una relación financiera estrecha y bidireccional entre la Universidad y el hospital, en la que las dificultades de una institución pueden impactar directamente a la otra.

Al mismo tiempo, se identifican diferencias en la forma de interpretar esta relación y sus implicaciones. Algunos actores enfatizan el riesgo que representa para la Universidad la acumulación de deudas y la posible afectación de su patrimonio, mientras otros destacan que la figura jurídica actual ha permitido protegerlo, aunque coinciden en que esta no es suficiente para garantizar la sostenibilidad en el largo plazo. En esta línea, varios paneles señalan que cambios en la figura jurídica, como avanzar hacia un modelo público tipo Empresa Social del Estado (ESE), no constituyen por sí mismos una solución suficiente, y plantean la necesidad de analizar alternativas institucionales que permitan mejorar el acceso a recursos públicos sin comprometer la estabilidad de la Universidad. Adicionalmente, se identifican tensiones en torno al rol de la docencia dentro del hospital: aunque se reconoce su valor académico, asistencial y reputacional, también se señalan los costos que implica y la necesidad de revisar su balance financiero.

Las propuestas coinciden en la necesidad de fortalecer la transparencia sobre la situación financiera, diferenciar con mayor claridad las causas del déficit, mejorar los modelos de gestión, aprender de experiencias de otros hospitales universitarios y diversificar las fuentes de ingreso, incluyendo ingresos no operativos y alianzas. Estas consideraciones apuntan a la necesidad de avanzar hacia un modelo de financiación que permita equilibrar la viabilidad económica del hospital con el cumplimiento de su misión académica y la protección de la estabilidad financiera de la Universidad.

La **tabla 6** sintetiza las consideraciones, percepciones y propuestas expresadas por los actores participantes en los paneles de ciudadanos en relación con la financiación entre la Universidad de Antioquia y el HAMA. Se organizan los aportes en torno a percepciones, preocupaciones y propuestas.

Tabla 5. Consideraciones, percepciones y propuestas de actores participantes en los paneles sobre la relación de financiamiento entre la Universidad de Antioquia y el HAMA

Panel - Participantes	Tipo de aporte	Síntesis de aportes
<p>Panel 1 Profesores y estudiantes de áreas distintas a la salud</p>	<p>Percepciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una alta dependencia financiera de la universidad hacia el hospital, vía deuda acumulada. - El hospital prioriza obligaciones externas (proveedores) sobre compromisos con la universidad. - El modelo actual no está funcionando financieramente. - La universidad está asumiendo riesgos que no corresponden a su misión institucional. - El hospital es percibido por algunos como un activo que no genera retorno económico (“elefante blanco”), aunque con valor social y académico.
	<p>Preocupaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento de la deuda del hospital con impacto directo en el déficit universitario. - Riesgo de afectación del patrimonio de la universidad. · Falta de claridad sobre causas del déficit (sistema de salud vs gestión interna). - Tercerización de servicios con posibles efectos negativos en costos y calidad. - Falta de control sobre el gasto y decisiones financieras. - Fallas en el flujo de recursos del sistema de salud (problemas en pagos del Estado).
	<p>Propuestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un diagnóstico financiero riguroso (diferenciar causas internas vs sistémicas). - Establecer límites claros para proteger financieramente a la universidad. - Fortalecer controles internos del gasto y seguimiento financiero. - Evaluar la gestión directiva y decisiones de tercerización. - Explorar alianzas con entidades territoriales (Gobernación, Municipio) para inyección de recursos. - Considerar un modelo híbrido con participación de nuevos actores/inversores. - Mantener el modelo actual, pero mejorando su operación, en lugar de cambiarlo inmediatamente. - Exigir al Estado mecanismos efectivos de flujo de recursos (giros directos).
<p>Panel 2 Profesores y estudiantes de áreas de la salud</p>	<p>Percepciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital enfrenta una situación financiera compleja que compromete su sostenibilidad. - La crisis financiera del hospital está influenciada tanto por factores del sistema de salud como por elementos de gestión interna. - Existe una relación financiera estrecha entre la Universidad y el hospital, con implicaciones para ambas instituciones. - La docencia (especialmente posgrados) genera costos relevantes, pero también aporta valor asistencial, académico y reputacional. - La figura jurídica del hospital ha permitido limitar el riesgo financiero directo para la Universidad.
	<p>Preocupaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo estructural de que dos instituciones en crisis financiera se sostengan mutuamente, lo cual se percibe como inviable. - Impacto potencial de la situación financiera del hospital sobre la Universidad. - Falta de claridad y transparencia sobre las causas del déficit (factores del sistema vs. gestión interna). - Dificultades en el flujo de recursos del sistema de salud que afectan la operación del hospital. - Costos asociados a la docencia-servicio y a la normativa vigente, que generan tensiones financieras para hospital y universidad. - La figura jurídica por sí sola no garantiza sostenibilidad, por lo que el problema es más amplio (modelo de gestión y financiamiento).

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Panel - Participantes	Tipo de aporte	Síntesis de aportes
	Propuestas	<ul style="list-style-type: none"> - Diversificar fuentes de ingreso (alianzas, donaciones, internacionalización). - Revisar y optimizar la relación docencia-servicio, fortaleciendo la vinculación del profesorado y reduciendo ineficiencias. - Explorar nuevas fuentes internas de financiamiento, como matrículas en residencias médicas. - Aprender de modelos exitosos de otros hospitales universitarios. - Fortalecer el modelo de gestión y organización de servicios, más allá de la figura jurídica. - Evaluar el balance costo-beneficio de la docencia. - Avanzar hacia un modelo sostenible que no comprometa la misión académica ni la estabilidad de la universidad.
<p style="text-align: center;">Panel 3</p> <p style="text-align: center;">Personal clínico y administrativo del HAMA</p>	Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> - Existe dependencia financiera del hospital respecto a la Universidad. - La crisis financiera está fuertemente influenciada por el sistema de salud (bajo pago de servicios). - La figura jurídica actual protege el patrimonio de la Universidad.
	Preocupaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de cierre o inviabilidad financiera del hospital. - Inestabilidad operativa derivada de la crisis financiera (servicios, insumos, personal). - Impacto financiero cruzado entre hospital y Universidad (“el uno pone en riesgo al otro”). - Falta de claridad sobre causas del déficit (externas vs internas). - Dependencia de terceros y efectos de la tercerización en costos y operación. - Limitaciones de los recursos públicos como solución suficiente.
	Propuestas	<ul style="list-style-type: none"> - Diversificar fuentes de financiamiento incluyendo ingresos no operativos como donaciones, ensayos clínicos y actividades comerciales. - Aprovechar capacidades de la Universidad para producir insumos, medicamentos y tecnologías. - Explorar modelos institucionales alternativos que combinen acceso a recursos y protección institucional. - Revisar el relacionamiento comercial con unidades académicas (equidad en condiciones).

Hallazgos relacionados con la financiación en la síntesis de evidencia

Las relaciones financieras se enmarcan en los arreglos financieros, que incluyen la recaudación de fondos y el uso de incentivos.

Recaudación y Fuentes de Financiamiento: los modelos suelen ser mixtos (17). En Brasil, el *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* (HCFMUSP) se financia con recursos públicos del Sistema Único de Salud (SUS), pero la *Fundação Faculdade de Medicina* (FFM) recauda fondos adicionales mediante contratos de gestión, donaciones, estudios clínicos y servicios de salud suplementaria (15,17,18). En el *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (HCPA), el 81,86% de los recursos provienen del Tesoro Nacional y el 18,14% de ingresos directamente recaudados por servicios al SUS y convenios (26). Como incentivo fiscal, en Brasil, el certificado CEBAS otorga inmunidad tributaria a las fundaciones de apoyo, lo que permite reinvertir ahorros significativos en tecnología (17). En el Reino Unido, se reportan ingresos significativos provenientes de subvenciones del NIHR (£35M anuales para infraestructura) y del financiamiento de la industria para la investigación (16). En la Unión Europea, se recomienda un financiamiento estructural que refuerce las alianzas público-privadas para la innovación (24).

Gestión Financiera e Incentivos: en China, se promueve la integración negocio-finanzas y el sistema de toma de decisiones mediante el sistema de control interno para decisiones colectivas para grandes gastos conocido como "tres importantes y uno mayor" cuyo objetivo es garantizar que las decisiones importantes, los nombramientos y destituciones de personal clave, la planificación de proyectos relevantes y el uso de grandes cantidades de fondos se sometan a demostraciones científicas y a decisiones colectivas para así evitar abusos de poder y corrupción (13). En los Países Bajos, el centro de atención médica de la Universidad Radboud (RUMC), utiliza subvenciones específicas como Proyectos Subsidiados de Innovación e Investigación en Educación Médica (SIRPME) y estatus de Profesor Principal Junior ((J)PL por sus siglas en inglés) para incentivar la innovación educativa y la carrera docente, compensando así la presión del trabajo asistencial (21). En Ruanda, el financiamiento basado en resultados (RBF) se vincula a la acreditación hospitalaria para alinear los incentivos de calidad con los pagos (23).

Conflictos Financieros: un desafío interno común es el conflicto por la asignación de recursos entre las tres misiones: asistencia, investigación y educación (8). En los Países Bajos, se reporta un fenómeno de toma de decisiones fragmentada, basadas en ajustes pequeños e intuitivos (incrementalismo) que complejiza la sostenibilidad financiera en un contexto marcado por la complejidad institucional, los intereses individuales y los incentivos perversos del mercado (12). Además, un estudio resalta que la sostenibilidad se ve amenazada por el alto costo de las tecnologías médicas y la inestabilidad regulatoria (23). En países de ingresos bajos, se identifican problemas de comunicación en los que el ministerio o los seguros no pagan a tiempo las tarifas garantizadas, sumados a dificultades en la absorción del presupuesto (como en Nepal), que afectan la operatividad (23).

La **tabla 7** presenta el análisis de los factores que influyen en la implementación de los arreglos de gobernanza, organizado por niveles de influencia y por la naturaleza de los modelos identificados en la evidencia.

Tabla 6. Barreras y facilitadores de la implementación de arreglos financieros

Nivel de Influencia	Barreras clave	Facilitadores clave
Gubernamental	Incumplimiento de pagos garantizados por ministerios o seguros (23); inestabilidad en las reglas de financiamiento (8,14). El límite presupuestario y las tarifas del sector público están desfasadas con respecto a los costes reales de los insumos (26). Escasa capacidad de absorción presupuestaria de los hospitales para ejecutar íntegramente los fondos destinados a infraestructuras (23,26). La falta de una planificación estratégica a largo plazo y una fuerte interferencia política volátil (14,23).	Marcos legales para la inmunidad tributaria y exenciones fiscales (17); programas de financiamiento estructural a largo plazo para innovación (24). Leyes que permiten la descentralización de créditos presupuestarios del Fondo Nacional de Salud directamente a los hospitales universitarios, facilitando el uso de enmiendas parlamentarias (26). Compromiso político desde el nivel terciario para integrar la financiación de los CMA en la agenda nacional de salud (23).
Institucional	Falta de transparencia en grandes gastos y "operaciones por la puerta trasera" (13); dificultad para separar contablemente los fondos de las tres misiones (12,19). Los estrictos objetivos financieros impuestos por los consejos ejecutivos, que obligan a los departamentos a dar prioridad a los ingresos por asistencia en detrimento de la innovación educativa (21). La feroz competencia entre los hospitales universitarios por unos fondos públicos limitados dispersa los recursos estratégicos (12).	Modelos de gestión ágil a través de fundaciones privadas sin fines de lucro (17); sistemas de control interno estandarizados ("tres importantes y uno mayor") (13). Integración total entre la gestión administrativa y financiera (<i>business-finance integration</i>) para mitigar los riesgos de corrupción (13). Modelos de «tres líneas de defensa» que integran la gestión de riesgos, la integridad corporativa y la auditoría interna (26). Uso de sistemas de «costes por absorción» para garantizar una transparencia total en los costes por actividad y por paciente (26).
Individual / Departamental	Inexistencia de compensación financiera por actividades de enseñanza médica (14,21); carga administrativa excesiva sin retorno directo (22,24). Identidad profesional centrada principalmente en la asistencia o la investigación básica, marginando la misión educativa secundaria (21). Saturación y agotamiento del personal clínico y de enfermería debido a la sobrecarga de trabajo, que elimina el tiempo dedicado a la formación (22,26).	Subvenciones directas para innovación educativa e investigación clínica (21); incentivos basados en el desempeño y resultados de calidad (22,23). Planes de carrera claros que ofrecen perspectivas atractivas y un reconocimiento de prestigio para las funciones docentes (21). Estructuras de apoyo administrativo específicas, como secretarías dedicadas a la educación, que reducen la carga burocrática de los profesores y los gestores clínicos (21).

REFERENCIAS

1. Hospital Universitario Nacional de Colombia. Gobierno Corporativo - HUN. Gobierno Corporativo. Disponible en: <https://www.hun.edu.co/gobierno-corporativo>
2. Hospital Universitario Nacional de Colombia. Informe de gestión 2021 Bogotá: Hospital Universitario Nacional de Colombia; 2021. Disponible en: https://www.hun.edu.co/sites/default/files/2022-04/Informe%20de%20gesti%C3%B3n%202021_0.pdf
3. Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. Historia. 2023. Historia: Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. Disponible en: <https://www.huv.gov.co/entidad/historia>
4. Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. Conformacion Junta Directiva - Periodo 2024. Cali; 2024. Disponible en: <https://www.huv.gov.co/otros/conformacion-junta-directiva--periodo-2024>
5. Clinica Universitaria Bolivarina. Código de Buen Gobierno. Medellín; 2023. Código de buen gobierno. Disponible en: https://upbeducomy.sharepoint.com/personal/veronica_mendozaa_ubedu_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fveronica%5Fmendozaa%5Fupb%5Fedu%5Fco%2FDocuments%2FC%C3%93DIGO%20DE%20BUEN%20GOBIERNO%2FC%C3%B3digo%20de%20Buen%20Gobierno%20%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Fveronica%5Fmendozaa%5Fupb%5Fedu%5Fco%2FDocuments%2FC%C3%93DIGO%20DE%20BUEN%20GOBIERNO&ga=1
6. Universidad CES. Informe de Gestión Clínica CES. Medellín; 2019. Disponible en: <https://clinicaces.edu.co/wp-content/uploads/2022/05/Informe-de-Gestion-Clinica-CES-2019.pdf>
7. Universidad ICESI, Fundación Valle del Lili. Alianza Profunda por la Vida. Cali; 2025. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/salud-y-vida/alianza-profunda-por-la-vida-fvl/>
8. Cardinaal E, Dubas-Jakóbczyk K, Behmane D, Bryndová L, Cascini F, Duighuisen H, et al. Governance of academic medical centres in changing healthcare systems: An international comparison. Health Policy. julio de 2022;126(7):613-8. doi:10.1016/j.healthpol.2022.04.011
9. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Cochrane. EPOC taxonomy. 2015.
10. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci IS. 23 de abril de 2011;6:42. doi:10.1186/1748-5908-6-42
11. Jalilvand MA, Raeisi AR, Shaarbafchizadeh N. Hospital governance accountability structure: a scoping review. BMC Health Serv Res. 10 de enero de 2024;24:47. doi:10.1186/s12913-023-10135-0 P
12. Cardinaal EMM, Tjan MJH, Jeurissen PPT, Berden H. Academic medical centres in the Netherlands: muddling through or radical change? Front Public Health. 4 de enero de 2024;11:1252977. doi:10.3389/fpubh.2023.1252977
13. Xiaoyan S. Research on the Optimization of Financial Management in University Hospitals Based on the Integration of Business and Finance. ResearchGate. marzo de 2025;(4). doi:10.63887/jber.2025.1.4.4
14. Ziari A, Rassouli M, Mirbaha-Hashemi F, Heidarnia MA, Abachizadeh K. Prioritizing barriers to implement clinical governance in teaching hospitals of Iran: A mixed method study. Med J Islam Repub Iran. 18 de diciembre de 2019;33:140. doi:10.34171/mjiri.33.140
15. Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Relatório de Atividades 2023. São Paulo: FFM; 2024. Disponible en: <https://www.ffmpeg.br/ffmpeg/conteudo/relatorios/Rel%20Atividades%2023%20s.pdf>
16. Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust. Research and Development Governance and Performance Report 2024–2025. Oxford; 2025. Disponible en: <https://www.ouh.nhs.uk/media/5acbqroq/tb202564-research-governance-and-performance-report-2024-25.pdf>

17. Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Demonstrações contábeis acompanhadas do relatório do auditor independente em 31 de dezembro de 2023 e 2022. São Paulo: Grant Thornton; 2024. Disponible en: <https://www.ffm.br/ffm/conteudo/Transparencia/arquivos/Relat%C3%B3rios%20e%20Balan%C3%A7os/2024/2434C-014-PB%20Funda%C3%A7%C3%A3o%20Faculdade%20Medicina%2028EF%29.pdf>
18. Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Plano de Trabalho 2024. São Paulo: FFM; noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.ffm.br/ffm/conteudo/Transparencia/arquivos/Relat%C3%B3rios%20e%20Balan%C3%A7os/2023/Plano%20de%20Trabalho%20FFM%202024.pdf>
19. Guy-Coichard C, Perraud G, Chailieu A, Gaillac V, Scheffer P, Mintzes B. Inadequate conflict of interest policies at most French teaching hospitals: A survey and website analysis. *PloS One*. 2019;14(11):e0224193. doi:10.1371/journal.pone.0224193
20. Griffith CH, de Beer F, Edwards RL, Smith C, Colvin G, Karpf M. Addressing Kentucky's Physician Shortage While Securing a Network for a Research-Intensive, Referral Academic Medical Center: Where Public Policy Meets Effective Clinical Strategic Planning. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 1 de marzo de 2021;96(3):375-80. doi:10.1097/ACM.0000000000003582
21. Engbers R, Fluit CRMG, Bolhuis S, de Visser M, Laan RFJM. Implementing medical teaching policy in university hospitals. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. octubre de 2017;22(4):985-1009. doi:10.1007/s10459-016-9737-y
22. Mohaghegh B, Ravaghi H, Mannion R, Heidarpoor P, Sajadi HS. Implementing Clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electron Physician*. 15 de enero de 2016;8(1):1796-803. doi:10.19082/1796
23. Zeng W, Boiangiu M, Trachsel N, Jarawan E, Turbat V, Meessen B. What affects the performance of hospital financing interventions in low and lower-middle income countries from the program design and implementation perspective? A scoping review. *Health Policy Plan*. 12 de noviembre de 2025;40(10):1127-41. doi:10.1093/heapol/czaf065
24. European University Hospital Alliance. EUHA Recommendations for the 10 Framework Programme (FP10). jun de 2025. EUHA Position Paper. Disponible en: <https://www.euhalliance.eu/wp-content/uploads/2025/05/Recommendations-for-the-10th-Framework-Programme-FP10.pdf>
25. Ferdosi M, Ziyari FB, Ollahi MN, Salmani AR, Niknam N. Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. *J Educ Health Promot*. 2016;5(1):20. doi:10.4103/2277-9531.184554
26. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relatório de Administração: Relatório Integrado de Gestão 2024. Porto Alegre: HCPA; 2024. Disponible en: https://www.hcpa.edu.br/downloads/relatorio_integrado_de_gestao_2024-reduzido.pdf
27. Fabbri A, Hone KR, Hróbjartsson A, Lundh A. Conflict of Interest Policies at Medical Schools and Teaching Hospitals: A Systematic Review of Cross-sectional Studies. *Int J Health Policy Manag*. 1 de agosto de 2022;11(8):1274-85. doi:10.34172/ijhpm.2021.12
28. Galdino JP da S, Camargo EB, Elias FTS. Sedimentation of health technology assessment in hospitals: a scoping review. *Cad Saude Publica*. 2021;37(9):e00352520. doi:10.1590/0102-311X00352520

ANEXOS

Las siguientes tablas proporcionan información detallada sobre las revisiones sistemáticas, los análisis de política, reportes de caso, estudios de métodos mixtos y reportes organizacionales que identificados para cada opción. Cada fila en una tabla corresponde a una revisión sistemática particular y las revisiones están organizadas por elemento de opción (primera columna). El enfoque de la revisión se describe en la segunda columna. Los hallazgos clave de la revisión que se relacionan con la opción se enumeran en la tercera columna, mientras que la cuarta columna registra el último año en que se realizó una búsqueda en la literatura como parte de la revisión

Anexo 1. Resumen de los hallazgos de las revisiones sistemáticas

Número de referencia	Autor, año	Tipo de revisión	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Año de la última búsqueda de la literatura	Proporción de estudios conducidos en Latinoamérica/ Colombia	AMSTAR 2
(28)	Galdino, 2021	Revisión de alcance	Analizar el nivel de sedimentación de la evaluación de tecnologías sanitarias basada en hospitales (HTA) en los contextos brasileño e internacional.	<p>Los autores definen la “sedimentación” como la provisión de recursos, procesos, métodos y medidas para la implementación de HTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El método principal utilizado por la mayoría de los hospitales fue el informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTA). Esta herramienta puede basarse en aspectos técnicos o en evidencia proveniente de revisiones de la literatura científica para evaluar la relevancia y la aplicabilidad local. - 23 hospitales estaban afiliados a universidades, predominando los hospitales de gran escala con capacidad adicional de camas, con el 82,6% (19/23). - Se identificaron cuatro hospitales de docencia e investigación que no tenían o no informaban vinculación con universidades. - Canadá lideró con 5 hospitales universitarios públicos. Brasil aportó 3 hospitales con evaluación de tecnología es salud en desarrollo. En Australia, se promueve la introducción de herramientas de evaluación (mini-HTA) tanto en hospitales públicos como privados. -La principal barrera transversal fue la capacidad para mantener cumplimiento de directrices locales para la implementación de evaluación de tecnología en salud - Treinta y dos hospitales, incluso aquellos clasificados como sedimentados, señalaron como principal barrera la capacidad para elaborar y mantener el cumplimiento de directrices y formalidades locales para la implementación de la evaluación de tecnologías sanitarias basada en hospitales 	2019	4/0	Low

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de revisión	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Año de la última búsqueda de la literatura	Proporción de estudios conducidos en Latinoamérica/ Colombia	AMSTAR 2
(27)	Fabbri, 2022	Revisión sistemática	<p>1. Describir la proporción de escuelas de medicina y hospitales universitarios con políticas de conflictos de intereses para investigación y educación en salud.</p> <p>2. Para las instituciones con políticas de conflicto de intereses: (a) describir las disposiciones incluidas y a quiénes aplican; (b) describir el impacto de las políticas COI en producción investigativa, calidad o contenido educativo.</p>	<p>- Políticas institucionales de conflicto de interés (COI): Implementación de políticas institucionales de conflicto de interés (COI) en hospitales universitarios y sus universidades asociadas, orientadas a regular las interacciones con la industria tanto a nivel individual (investigadores) como institucional.</p> <p>- Prevalencia: proporción de instituciones con al menos una política COI</p> <p>- Contenido y fortaleza: puntuación estandarizada media usando herramientas de evaluación (escalas/<i>checklists</i>), agrupadas en 14 dominios comunes</p> <p>- Impacto: medida objetiva del efecto de las políticas sobre resultados de investigación o educación (no opiniones subjetivas)</p> <p>La prevalencia de políticas COI en hospitales universitarios varió ampliamente (53%–100%) dependiendo del país, el tipo de política evaluada y el método de medición. El único estudio que evaluó la fortaleza del contenido específicamente en hospitales universitarios (Guy-Coichard, 2019) encontró políticas muy débiles. Ningún estudio evaluó el impacto de estas políticas sobre resultados de investigación o calidad educativa.</p>	2020	NA	Critically Low
(11)	Jalilvand, 2024	Revisión de alcance	Identificar estructuras de gobernanza responsable en hospitales públicos, a través de una revisión de alcance (<i>scoping review</i>) de la literatura de investigación global.	<p>Se incluyeron 40 recursos, la mayoría de los estudios se centraron en la gobernanza y la rendición de cuentas hospitalaria (75%), y el resto en el sistema de salud en general (25%). Los estudios se realizaron principalmente en Estados Unidos, Europa y el Reino Unido. Se utilizaron en igual proporción métodos cuantitativos y cualitativos (22,5% cada uno).</p> <p>De los estudios incluidos, dos abordan específicamente la rendición de cuentas en hospitales universitarios en Estados Unidos. Uno mencionó la importancia de la gobernanza reflexiva, diseño de planes eficaces, análisis de datos personalizados, redes e incentivos para médicos, compromiso innovador del paciente y recursos de coordinación suplementarios. El otro fue un estudio que encontró que todos los hospitales, incluso aquellos con las calificaciones de calidad más altas, presentaban brechas importantes en el uso de las mejores prácticas para las evaluaciones del CEO y de la junta directiva.</p>	2020	1/0	Critically Low

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de revisión	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Año de la última búsqueda de la literatura	Proporción de estudios conducidos en Latinoamérica/ Colombia	AMSTAR 2
				<p>Después de categorizar y analizar los datos, se extrajeron cuatro temas principales y trece subtemas:</p> <p>1. Gobernanza inclusiva: Los hospitales son organizaciones complejas que enfrentan presiones externas e internas para rendir cuentas. Se requiere una estructura intermedia, como una junta (de fideicomisarios, gobernanza o directiva), para coordinar la rendición de cuentas entre los departamentos clínicos y administrativos. Esta estructura puede incluir personal médico, representantes de enfermería y comités hospitalarios, lo que facilita la articulación entre distintos grupos y la comprensión compartida de barreras y recursos.</p> <p>2. Compromiso con la rendición de cuentas: La rendición de cuentas suele limitarse a aspectos financieros, especialmente en países en desarrollo, lo que resulta insuficiente. Es necesario un enfoque integral que incluya la dimensión clínica. La estructura de gobernanza debe comprometerse con la provisión de atención segura y de alta calidad, así como con la evaluación de su cumplimiento.</p> <p>3. Autonomía: La rendición de cuentas tradicional hacia entidades superiores puede ser compleja e imprecisa. Los hospitales pueden fortalecer su rendición de cuentas mediante estructuras internas que supervisen su desempeño. Estas estructuras permiten responder por aspectos financieros, clínicos, sociopolíticos, estratégicos y operativos. La gobernanza independiente o híbrida combina mecanismos internos con rendición de cuentas ante instancias gubernamentales para garantizar servicios de calidad a costos razonables.</p> <p>4. Planificación para la rendición de cuentas: La existencia de programas específicos de rendición de cuentas permite a los actores del hospital conocer sus responsabilidades y autoridades. Estos programas incluyen responsabilidades financieras, clínicas, sociales y políticas, y facilitan la comprensión y el uso de la estructura de rendición de cuentas. Las líneas de reporte claras reducen la confusión, apoyan la toma de decisiones y aseguran que el personal rinda cuentas ante la estructura de gobernanza del hospital.</p>			

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de revisión	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Año de la última búsqueda de la literatura	Proporción de estudios conducidos en Latinoamérica/ Colombia	AMSTAR 2
(23)	Zeng, 2025	Revisión de alcance	Realizar una revisión de la literatura sobre intervenciones de financiamiento hospitalario en países de ingresos bajos y medios-bajos (PIBM) para sintetizar e identificar los factores clave de diseño e implementación que guíen sus futuros esfuerzos de implementación.	<p>Vale la pena resaltar que el artículo no se centra solo en hospitales y su relación con las universidades, los aspectos descritos sobre el tema de interés para esta revisión se extrajeron principalmente de los estudios primarios descritos en el anexo complementario del artículo.</p> <p>En términos de gobernanza se destacan los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La evidencia disponible sobre implementación de intervenciones de financiamiento hospitalario en PIBMs es escasa y limitada, con la mayoría de estudios concentrándose en efectividad más que en factores de implementación. - Las intervenciones de financiamiento hospitalario en PIBMs raramente operan de forma aislada; forman parte de reformas más amplias del sistema de salud, lo que requiere un enfoque comprehensivo, holístico y de largo plazo en su diseño. - Se identificaron 5 factores comunes e interconectados que determinan el desempeño de las intervenciones: (1) gobernanza y rendición de cuentas, (2) proceso participativo, (3) diseño adecuado de la intervención, (4) recursos y capacidad suficientes, y (5) monitoreo y evaluación (M&E). - La gobernanza efectiva y el compromiso político del liderazgo son indispensables en todas las fases de reformas institucionales; su ausencia conduce al fracaso de la intervención. - La participación de actores clave debe ser continua e inclusiva a lo largo de todo el ciclo de las reformas; a mayor complejidad de la reforma, mayor necesidad de participación activa. - El diseño de la intervención debe ajustarse al contexto local, considerando demandas de la población, carga de enfermedad, capacidades del sistema de salud y factores socioculturales; el uso de datos locales (costos, disposición a pagar) es fundamental para dicho ajuste. - La disponibilidad de recursos financieros es condición necesaria pero no suficiente; se requiere además capacidad de gestión financiera para garantizar desembolsos oportunos, siendo la falta de esta capacidad uno de los principales obstáculos en reformas de contratación. <p>El monitoreo y seguimiento robusto es esencial como proceso continuo de gestión para identificar fallas de diseño y cuellos de botella.</p>	2023	NA	Low

Anexo 2. Resumen de los hallazgos de análisis de políticas, casos descriptivos y métodos mixtos

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
(21)	Engbers, 2016	Estudio de caso	Países Bajos	Explorar los factores que influyen en el uso que hace el profesorado de los incentivos de las políticas de docencia y desarrollar un modelo conceptual para la implementación de dichas políticas en hospitales universitarios.	<p>Se describe el sistema de financiación de la educación médica de pregrado en el Centro Médico Universitario Radboud (RUMC, por sus siglas en inglés). Se caracteriza por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Todas las actividades educativas regulares en el RUMC se compensan completamente de acuerdo con un modelo de distribución financiera * Como parte de ese modelo, se puede obtener dinero adicional para la educación a través de subvenciones Proyectos Subsidiados de Innovación e Investigación en Educación Médica (SIRPME por sus siglas en inglés), destinadas a la investigación o innovación educativa; Subvenciones (J)PL destinadas, otorgadas a los departamentos * Al no existir obligación para los departamentos de destinar las subvenciones del (J)PL a la investigación o la innovación educativa, pueden priorizar financieramente la investigación médica o la atención al paciente. Los departamentos también deben cumplir con los objetivos financieros impuestos por el Consejo Ejecutivo y pueden sentirse obligados a utilizar el dinero para alcanzarlos. <ul style="list-style-type: none"> - Se identificaron cinco factores principales que promueven o inhiben que el profesorado utilice incentivos de política de enseñanza: (1) estrategia del consejo directivo, (2) estrategia departamental, (3) estructura departamental, (4) cultura departamental y (5) estrategia individual. - Los factores que influyen en la implementación de incentivos de política docente operan en tres niveles interrelacionados: institucional, departamental e individual, donde el nivel institucional influye en los departamentos y el nivel individual interactúa directamente con el contexto departamental. - La decisión final de utilizar incentivos de política docente se toma a nivel individual, y es más probable cuando la estrategia profesional del docente está orientada a la enseñanza médica y a una carrera académica en educación. - La orientación de la estrategia individual hacia la enseñanza depende de tres factores principales: motivación personal para enseñar, prioridad otorgada a la enseñanza frente a la investigación y la atención clínica, y aspiraciones de desarrollar una carrera en educación médica. - La mayoría de los factores que influyen en el uso de incentivos docentes se encuentran en el nivel departamental, ya que es en ese nivel donde la política educativa se implementa en la práctica. - La falta de seguimiento institucional (por ejemplo, no revisar regularmente indicadores como certificaciones docentes o proyectos educativos) puede debilitar la implementación de la política de enseñanza.

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
(22)	Mohagheh, 2016	Estudio cualitativo de casos múltiples	Irán	Proporcionar una visión sobre los desafíos y oportunidades que enfrentan los hospitales iraníes en la implementación del nuevo sistema de gobernanza clínica.	<p>- El modelo conceptual del estudio concluye que alinear las ambiciones individuales con las estrategias y condiciones departamentales es clave para promover la implementación de políticas de enseñanza en hospitales universitarios</p> <p>Los hallazgos cualitativos derivados de la percepción del personal sobre gobernanza incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con respecto a la percepción y conocimiento de la Gobernanza, la comprensión entre los participantes fue limitada, la mayoría tenía un conocimiento superficial y no definieron formalmente la gobernanza ni lograron enumerar sus 7 pilares. Además se presentó que entre los cargos gerenciales hay una visión optimista de la gobernanza, quienes la ven como una vía para mejorar servicios y reducir errores. Mientras que el personal como las enfermeras percibieron la gobernanza como una carga de trabajo adicional que les quita el tiempo para el cuidado directo del paciente. - Aunque 4 de los 6 hospitales tenían planes estratégicos de gobernanza, estos fueron elaborados por consultores externos con una participación casi nula del personal clínico. Los entrevistados sintieron que los planes carecían de metas prácticas y que los gerentes no estaban realmente comprometidos con su ejecución. - Se mencionaron barreras críticas en la gobernanza: <ul style="list-style-type: none"> (1) La escasez de recursos (sobre todo falta de personal, presupuesto, equipo y espacio físico). (2) La resistencia "cultural" porque hay una falta de rendición de cuentas y resistencia por parte de los médicos especialistas, quienes valoran su autonomía clínica y se oponen a ser monitoreados. (3) Las estructuras ausentes, porque varios hospitales carecen de comités formales de gobernanza y de métodos claros para guiar el trabajo en equipo. - Los participantes que no ocupan cargos gerenciales piden un modelo donde se incluya en un comité una representación de todos los cargos del hospital para ejercer la gobernanza. - Varios entrevistados coincidieron con un sistema de incentivos reconocimiento: un sistema de recompensas (monetarias y no monetarias) bajo el concepto de ser "visto/escuchado" como parte del ejercicio de la gobernanza.
(25)	Ferdosi, 2016	Métodos mixtos	Irán	Identificar las barreras para la implementación de la gobernanza clínica (GC) en hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan, desde la perspectiva de los hospitales involucrados, y proponer	<p>Mediana de las puntuaciones para cada categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos: 1.6 Muy alto - Gestión 1.7 Muy alto - Cultura organizacional 1.8 Alto - Infraestructura 1.9 Alto - Estadísticas y datos 2.1 Alto - Sociocultural 2.3 Alto - Procesos 2.5 Alto - Educación 2.8 Promedio

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
				soluciones basadas en las opiniones de los actores clave.	En los hospitales universitarios analizados, se identificaron barreras significativas para la implementación de la gobernanza clínica (CG), agrupadas en ocho dimensiones: infraestructura, procesos, factores socioculturales, gestión, recursos humanos, cultura organizacional, estadísticas y educación. Las de mayor impacto corresponden a la gestión y los recursos humanos, donde destacan la inestabilidad administrativa, la falta de compromiso gerencial y la escasa participación del personal médico. Ante este panorama, las soluciones propuestas apuntan a fortalecer el marco institucional mediante la creación de estructuras formales en el organigrama ministerial, la estabilización de programas a largo plazo, la incorporación de principios de CG en la formación médica, el desarrollo de sistemas electrónicos de información clínica y la capacitación continua de directivos y personal, con el fin de consolidar una cultura organizacional orientada a la calidad y la seguridad del paciente.
(14)	Ziari, 2019	Estudio de caso	Irán	Determinar las barreras para el establecimiento de la gobernanza clínica y priorizar estos problemas en los hospitales universitarios de la Universidad de Ciencias Médicas Shahid Beheshti.	<ul style="list-style-type: none"> - Si bien no se describen los roles y funciones en la relación entre hospital y universidad se describen barreras que podrían ser de utilidad para la implementación de la gobernanza entre las universidades y los hospitales. - Las principales barreras para implementar un programa de gobernanza clínica en los hospitales investigados, en orden de importancia, incluyeron un liderazgo organizacional débil, recursos humanos insuficientes, una cultura organizacional inapropiada, recursos financieros inadecuados, conocimientos insuficientes del personal y la gerencia, monitoreo y evaluación inapropiados y falta de coordinación entre los diversos departamentos de la organización. - Para la correcta implementación del programa y el logro de sus objetivos, los responsables políticos y los altos directivos deben proporcionar los medios y recursos necesarios, especialmente en materia de recursos humanos, financieros y de capacitación de todo el personal. Su pleno compromiso y apoyo a la implementación del programa son esenciales para alcanzar sus metas finales. Se observa que los rectores universitarios pueden mostrarse reacios a liderar reformas de autonomía hospitalaria si perciben que estas limitan su poder de decisión.
(19)	Guy-Coichard, 2019	Análisis de sitios web	Francia	Identificar y evaluar las políticas existentes sobre conflictos de interés en los 32 hospitales universitarios de Francia.	<ul style="list-style-type: none"> - Según las normativas francesas, en su función como centros de educación médica superior, cada hospital universitario está vinculado a una facultad de medicina mediante un acuerdo contractual. - La cobertura mediática de una encuesta sobre políticas de conflictos de interés en las facultades de medicina francesas, realizada en 2017, tuvo un impacto importante en la política posterior, lo que llevó a la conferencia de decanos de facultades de medicina a redactar una carta para abordar los conflictos de interés. - El hospital mejor rankeado, Hospital de Toulouse, desarrolló su política precisamente tras esa publicación, en colaboración con su facultad de medicina. - 13 de los 32 hospitales universitarios (40,6%) tenían normas y regulaciones solo para

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
					<p>algunos aspectos, y otros cuatro (12,5%) han considerado implementar una política, dos de los cuales (6,3%) han comenzado su implementación. Quince de los hospitales (46,9%) no tenían evidencia de políticas sobre conflictos de interés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solo dos hospitales han implementado una política integral de conflictos de interés (Toulouse y AP-HP París), y otros dos han iniciado políticas que aún no han sido implementadas (Montpellier y AP-HM Marsella) - Luego de la aplicación de los criterios, 15 (46,9%) hospitales universitarios obtuvieron una puntuación de cero, 13 (40,6%) una puntuación inferior a 10 y 4 (12,5%) una puntuación entre 10 y 24. - La falta de un mandato centralizado deja la supervisión de políticas de transparencia en manos de iniciativas individuales de los directores ejecutivos
(20)	Griffith, 2021	Estudio de caso	Estados Unidos	Describir la forma en que la dirección de la Universidad de Kentucky crea planes estratégicos para comprometerse con la escasez de médicos en el estado, al tiempo que fortalecer las relaciones con socios clave mediante la creación de dos campus médicos regionales de la UK COM.	<ul style="list-style-type: none"> - UK COM concluye que la clave del éxito fue la selección estratégica de socios clínicos con estabilidad financiera, volumen suficiente de pacientes, cuerpo médico comprometido con la docencia y disposición para el co-branding con UK HealthCare. - La matrícula total de UK COM creció de 544 a 804 estudiantes, con un tamaño de clase que pasó de 136 a 201 estudiantes distribuidos en tres campus. - La contribución anual al mercado laboral médico de Kentucky aumentó de 65–70 médicos por año a 120 médicos por año tras la expansión. - Se estableció una estrategia clínica de UK HealthCare, en los últimos 15 años (2005-2020), basado en tres planes estratégicos clínicos interrelacionados. Y describen las instituciones y cómo estas logran designación como hospitales universitario.
(8)	Cardinaal, 2022	Métodos mixtos	10 países europeos (Chipre, Chequia, Dinamarca, Alemania, Italia, Letonia, Países Bajos, Noruega, Polonia y España) y un estado asociado (Israel)	Aumentar el conocimiento sobre los modelos de gobernanza de los CMA europeos. Los objetivos específicos proporcionan (1) una visión general de cómo los países definen específicamente una CMA; (2) un inventario de sus características; (3) una comparación y análisis de su gobernanza; y (4) una exploración por parte de expertos nacionales de tendencias y desafíos relevantes.	<p><u>Relaciones de gobernanza:</u></p> <p>La mayoría de los países tienen sistemas públicos de propiedad sin ánimo de lucro para AMCs y facultades de medicina. Sin embargo, Alemania, Chipre y España muestran que algunas AMC y facultades de medicina son entidades privadas. Hay algunas facultades de medicina privadas en Polonia, pero no hay CMAs privadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chipre. En Chipre, los centros médicos académicos (CMA) pueden ser públicos o privados y pueden operar con o sin ánimo de lucro. De manera similar, las facultades de medicina también pueden ser públicas o privadas y pueden funcionar con o sin ánimo de lucro. - Chequia. En Chequia, los CMA son públicos y funcionan sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina también son públicas y sin ánimo de lucro. - Dinamarca. En Dinamarca, los CMA son públicos y sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina también son públicas y sin ánimo de lucro. - Alemania. En Alemania, los CMA son principalmente públicos y sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina son públicas y también operan sin ánimo de lucro. - Israel. En Israel, los CMA pueden ser públicos o privados, pero funcionan sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina son públicas y sin ánimo de lucro.

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
					<p>- Italia. En Italia, los CMA pueden ser públicos o privados, aunque operan sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina pueden ser públicas o privadas, y también funcionan sin ánimo de lucro.</p> <p>- Letonia. En Letonia, los CMA son públicos y sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina son públicas y sin ánimo de lucro.</p> <p>- Países Bajos. En los Países Bajos, los CMA pueden ser públicos o privados, aunque operan sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina son públicas y sin ánimo de lucro.</p> <p>- Noruega. En Noruega, los CMA son públicos y sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina también son públicas y sin ánimo de lucro.</p> <p>- Polonia. En Polonia, los CMA son públicos y sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina son principalmente públicas, aunque existen algunas privadas, y funcionan sin ánimo de lucro.</p> <p>- España. En España, los CMA pueden ser públicos o privados y pueden operar con o sin ánimo de lucro. Las facultades de medicina también pueden ser públicas o privadas y con o sin ánimo de lucro.</p> <p>Relación entre un AMC y una facultad de medicina</p> <p>- La forma organizativa y la relación AMC/médica de 6 de los 11 países se compararon con la tipología de Weiner. Los resultados revelaron que cinco países no pudieron etiquetar la situación de su país. Por ejemplo, Letonia y los Países Bajos clasificaron su sistema como Subsidiario; Italia como líder de la Alianza; España y Polonia como socios de la alianza; y Chipre como líder de la coalición. Estos resultados ponen de manifiesto las diferencias considerables en las relaciones entre los CMA y las universidades en los países europeos. Además, esto se evidencia en los datos en el campo abierto del cuestionario:</p> <p>Función del decano</p> <p>La posición de la universidad en la red de relaciones se concentra principalmente en la autoridad otorgada al decano, que varía significativamente según el país. Por ejemplo, en los CMA alemanes y holandeses, el decano está integrado en la gobernanza del hospital y participa en el consejo de administración del CMA. En Chequia, el decano nombra a los principales clínicos, que informan sobre los aspectos educativos. Esto también es aplicable a Israel, donde algunas colaboraciones de investigación establecen centros conjuntos de investigación entre universidades y hospitales. En Letonia, el decano desempeña varios cargos en la universidad y el hospital. En comparación, los vicedecanos intermedios participan como representantes universitarios en los comités y reuniones hospitalarias en Noruega y España. Además, el decano supervisa la estrategia y organización de los departamentos científicos de la facultad de medicina en Italia.</p>

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
					<p><u>Relaciones financieras:</u> La mayoría de los países tienen sistemas públicos de propiedad sin ánimo de lucro para AMC y facultades de medicina. Sin embargo, Alemania, Chipre y España muestran que algunas AMC y facultades de medicina son entidades privadas. Hay algunas facultades de medicina privadas en Polonia, pero no hay CMAs privadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los CMA y facultades de medicina son instituciones públicas y sin ánimo de lucro, aunque en algunos países existen entidades privadas. - Los principales desafíos internos incluyen conflictos de financiación entre las tres misiones (asistencia, docencia e investigación), diferencias culturales entre organizaciones y limitaciones en liderazgo y gestión estratégica. - Los desafíos externos más relevantes se relacionan con la sostenibilidad financiera, el alto costo de las tecnologías médicas y la escasez de personal altamente cualificado. - La mayoría de los expertos consideran que el futuro de la gobernanza de los CMA se orientará hacia modelos más integrados funcionalmente entre hospitales y universidades.
(12)	Cardinaal, 2024	Métodos mixtos	Países Bajos	Explorar si el cambio radical puede ofrecer una solución al incrementalismo actual en la gobernanza de los CMA de Países Bajos, e identificar las condiciones bajo las cuales dicho cambio podría o no llevarse a cabo.	<p>La forma de interacción entre universidades y hospitales está dada por un contexto político y jurídico: entre 1983 y 2007, se fundaron los Centros Médicos Académicos (CMA) neerlandeses, que adoptaron la estructura organizativa actualmente reconocida (relación integrada universidad-hospital) y con funciones de prestación de servicios, investigación y formación. La Ley de Educación Superior de 1992 estableció el papel y el funcionamiento de los CMA en la atención sanitaria, la educación y la investigación, así como sus relaciones con las universidades. Esta ley exige la creación de un Comité de Personal, un órgano asesor del Consejo Ejecutivo compuesto por todos los jefes de departamento médico, quienes generalmente también ocupan puestos de profesor titular.</p> <p>Dentro de problemas estructurales que afectan negativamente la gobernanza y la cooperación entre los CMA y entre estos y otros hospitales, se encontraron</p> <ul style="list-style-type: none"> * Conflicto de intereses entre los CMA obstaculizan la colaboración y la toma de decisiones en beneficio de la sociedad. * Complejidad organizacional: la relación de los CMA con una universidad, si bien los distingue, aumenta la complejidad organizacional y frena la eficiencia. Además, los participantes opinaron que la fuerte influencia de los especialistas médicos académicos y los grupos profesionales obstaculiza la gobernanza del AMC; y que la supervisión por parte de diferentes organismos gubernamentales (por ejemplo, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación) se considera ineficiente y una de las razones de la complejidad de la gobernanza del AMC.

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
					<p>* Gobernanza una mayor orientación por parte del gobierno podría estimular la colaboración entre las organizaciones sanitarias. La cultura tradicional neerlandesa de consenso fue percibida como un proceso lento y costoso, que genera demoras o fracasos en la implementación de cambios. No obstante, esa misma cultura puede facilitar el apoyo amplio a las decisiones cuando se logra el acuerdo.</p> <p>* Papel público y regional de los comités: Los tres miembros de la junta directiva de los CMA participantes se enfrentaron al dilema de gestionar, por un lado, grandes organizaciones con un elevado número de empleados y, por otro, servir al interés público, lo que a veces puede generar conflictos.</p> <p>* Función tripartita: Los participantes coincidieron unánimemente en que la función tripartita (atención sanitaria, investigación y educación) diferencia a los CMA de otros hospitales; sin embargo, la integración de estas 3 funciones principales en una sola organización hace a los CMA ineficientes.</p> <p>* Otras problemáticas no muy relacionadas con el proceso de gobernanza fueron la competencia, la colaboración, la concentración de la atención de alta complejidad y regulación del mercado.</p> <p>- Si bien no se describen relaciones financieras entre hospitales y universidades, si mencionan que los AMC deben competir con otros proveedores de atención médica para obtener cuotas de producción de atención curativa. Además, todos los proveedores de atención médica, incluidos los AMC, deben negociar con las aseguradoras de salud y demostrar qué servicios prestan, a qué precio y con qué calidad.</p> <p>- La integración de las 3 funciones principales (atención, investigación y educación) en una sola organización genera ineficiencias estructurales, y se planteó la posibilidad de que estas funciones operan como entidades separadas pero cooperantes.</p> <p>- La concentración de atención terciaria podría beneficiar la calidad y eficiencia, pero los directivos de los CMA fueron unánimes en señalar que un nivel mínimo de atención menos compleja es indispensable para la formación e investigación, ya que los estudiantes aprenden principalmente de enfermedades comunes.</p> <p>- Para que ocurra un cambio radical serían necesarios dos factores facilitadores que actualmente están ausentes: (1) que quienes detentan el poder estén a favor del cambio propuesto, y (2) capacidad suficiente para gestionar la transición, incluyendo habilidades, competencias y comprensión del nuevo modelo organizacional. Ninguno de los entrevistados demostró tener esta capacidad ni pudo imaginar una configuración alternativa viable.</p> <p>- Los problemas de gobernanza de los CMA europeos son percibidos como similares entre países, por lo que los hallazgos de este estudio pueden ser de interés para otros sistemas sanitarios en circunstancias comparables.</p>

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
(26)	Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2024	Estudio de caso	Brasil	Construir un Informe Integrado de Gestión para 2024, que presenta un retrato de las iniciativas realizadas a lo largo del año, cuyos avances seguirán repercutiendo en 2025. Lo que también permanece inalterado es el compromiso de fortalecer el papel del hospital como agente de transformación en la salud pública, a través de acciones que acerquen aún más al HCPA a la sociedad.	<ul style="list-style-type: none"> - El <i>Hospital de Clínicas de Porto Alegre</i> (HCPA) es un hospital público y universitario, vinculado administrativamente al Ministerio de Educación (MEC) y académicamente a la <i>Universidad Federal de Rio Grande do Sul</i> (UFRGS). Empresa pública de capital cerrado, tiene a la Unión Federal como única accionista controladora. La empresa pública fue creada por la Ley 5.604, de 2 de septiembre de 1970 - El HCPA opera bajo un modelo de negocio basado en la integración de asistencia, enseñanza e investigación, apoyado en tres tipos principales de capital: humano, infraestructura y recursos financieros. El hospital cuenta con una amplia plantilla de profesionales, estudiantes e investigadores, una infraestructura hospitalaria y académica de gran escala, y recursos financieros provenientes tanto de ingresos propios como de subvenciones públicas. - Sus procesos y productos abarcan servicios asistenciales de alta complejidad, formación académica y producción científica. En el ámbito asistencial, el hospital realiza miles de consultas, procedimientos quirúrgicos, exámenes, internaciones, partos y trasplantes. En enseñanza, ofrece programas de maestría, especialización, residencias médicas y multiprofesionales, además de múltiples actividades de capacitación y extensión. En investigación, mantiene numerosos proyectos activos, grupos de investigación y publicaciones científicas, con una participación significativa de voluntarios en estudios clínicos. - El hospital busca generar valor público mediante la mejora de la salud y calidad de vida de la población, el desarrollo científico y tecnológico, el fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS), la cualificación del mercado sanitario y la promoción del desarrollo sostenible. - Desde el punto de vista financiero, el HCPA combina ingresos provenientes del presupuesto público con ingresos propios derivados de la prestación de servicios, convenios y actividades de enseñanza e investigación. La institución implementa mecanismos de control presupuestario y gestión de costos para garantizar la sostenibilidad económica, aunque enfrenta desafíos relacionados con la insuficiencia de recursos presupuestarios, la falta de actualización de tarifas del SUS y restricciones normativas para acceder a determinados programas de financiamiento. - En términos de gobernanza, el hospital cuenta con una estructura institucional que incluye asamblea general, consejo de administración, consejo fiscal, auditoría interna, comité de auditoría, defensoría del usuario y dirección ejecutiva. Esta estructura se complementa con un sistema de gestión de riesgos y cumplimiento y se organiza bajo el modelo de las tres líneas de defensa, que integra gestión operativa, supervisión de riesgos y auditoría independiente. - Las políticas institucionales orientan las actividades del hospital en ámbitos como asistencia, enseñanza, investigación, gobernanza, gestión de personas, cumplimiento normativo, seguridad de la información, innovación y privacidad. Estas políticas se

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
					<p>operacionalizan mediante planes, procedimientos operativos estándar y protocolos asistenciales basados en evidencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El hospital actúa alineado con las políticas públicas nacionales, particularmente con los ministerios de Educación, Salud, Ciencia y Tecnología, Hacienda y Desarrollo Social, además de adherir a marcos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), directrices de la OCDE y principios de derechos humanos de la ONU. - El entorno externo ha planteado desafíos significativos, especialmente debido a eventos climáticos extremos en 2024 en el estado de Rio Grande do Sul, que aumentaron la demanda de atención sanitaria y exigieron la implementación de mecanismos de respuesta institucional, como la creación de un comité de crisis. - En el marco del Plan de Negocios y Gestión Estratégica 2022–2024, el hospital orienta sus acciones a tres prioridades estratégicas: cuidado centrado en el paciente, optimización de recursos y espacios, y sostenibilidad. Entre los resultados alcanzados en 2024 se destacan la expansión de la teleatención, mejoras en la gestión de procesos y uso de datos, avances en sostenibilidad ambiental e innovación, y el fortalecimiento de iniciativas de diversidad e inclusión. Además, el hospital mantiene el monitoreo permanente de protocolos asistenciales y de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, orientadas a mejorar la calidad y seguridad de la atención.
(13)	Xiaoyan, 2025	Análisis documental	China	Analizar la gestión financiera de los hospitales universitarios desde la integración negocio-finanzas, identificar riesgos y proponer estrategias de optimización.	<p>No evalúa una política implementada, sino que propone mejoras basadas en el análisis de problemas existentes. Rutas de optimización para la gestión financiera de los hospitales universitarios basadas en la integración negocio-finanzas:</p> <p>(1) Mejora del sistema de control interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los hospitales universitarios deben perfeccionar aún más el sistema de control interno para garantizar la implementación efectiva del sistema de toma de decisiones de “tres importantes y uno mayor” y otros mecanismos similares. - Es necesario establecer y mejorar los procesos de toma de decisiones y los mecanismos de supervisión, aclarar las competencias y responsabilidades, y fortalecer el registro y la auditoría de los procesos de decisión. - Al mismo tiempo, se deben realizar autoevaluaciones periódicas y auditorías internas del sistema de control interno, identificar y corregir oportunamente los problemas en su implementación y mejorar continuamente dicho sistema. <p>(2) Fortalecimiento de la gestión de adquisiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cuanto a la gestión de adquisiciones, los hospitales universitarios deben establecer un mecanismo científico de evaluación y selección de proveedores, eligiendo aquellos con buenas credenciales y reputación mediante licitaciones públicas, negociaciones competitivas u otros métodos. - Se debe reforzar el monitoreo y la comparación de precios, crear una base de datos de información de precios y asegurar que estos sean razonables. - Es fundamental estandarizar la gestión de contratos de adquisición, clarificar las

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Tipo de estudio	País	Objetivo	Hallazgos clave
					<p>cláusulas contractuales y las responsabilidades.</p> <p><u>(3) Optimización de la gestión de inventarios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Para optimizar la gestión de inventarios, los hospitales universitarios deben establecer modelos científicos de previsión y planificación, determinando niveles adecuados de inventario según datos históricos y necesidades operativas. - Es necesario fortalecer el control y almacenamiento de inventarios, implementar sistemas de inventario periódico para garantizar la concordancia entre registros y existencias reales, y mejorar las condiciones de almacenamiento de medicamentos y equipos para evitar su deterioro o pérdida de funcionalidad. - Además, se pueden introducir sistemas de gestión informatizados para lograr el monitoreo en tiempo real y la gestión dinámica del inventario. <p><u>(4) Fortalecimiento de la gestión financiera de los servicios médicos básicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En la gestión financiera de los servicios médicos básicos, los hospitales universitarios deben fortalecer la gestión presupuestaria, estableciendo mecanismos de monitoreo y ajuste de la ejecución del presupuesto para asegurar el uso eficiente de los recursos. - Se debe reforzar la gestión y el análisis de costos, promoviendo una cultura de control de costos, utilizando métodos científicos de cálculo y aplicando una gestión más detallada que permita reducir los costos operativos. - Asimismo, es necesario mejorar la gestión del seguro médico de los estudiantes, fortaleciendo la difusión y comprensión de las políticas, simplificando los procesos de reembolso y mejorando la calidad y eficiencia de estos servicios. <p><u>(5) Mejora de las capacidades de gestión financiera del apoyo médico de emergencia y de las emergencias de salud pública</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los hospitales universitarios deben establecer sistemas de reservas de fondos de emergencia para garantizar el apoyo financiero suficiente ante situaciones de emergencia médica o de salud pública. - También deben fortalecer la cooperación con proveedores, crear canales rápidos para la adquisición de materiales de emergencia y asegurar su suministro oportuno. - Al mismo tiempo, es importante reforzar la formación del personal de gestión financiera en situaciones de emergencia, mejorar su capacidad de respuesta, optimizar los procesos financieros y garantizar el funcionamiento ordenado de la gestión financiera en contextos de crisis.

Anexo 3. Resumen de los hallazgos de reportes organizacionales

Número de referencia	Autor, año	Nombre del reporte	País	Objetivo	Hallazgos clave
(18)	Fundação Faculdade de Medicina (FFM), 2023	Plano de Trabalho FFM 2024	Brasil	Presentar el plan de trabajo de la Fundación de la Facultad de Medicina (FFM) para el 2024. Una institución con una trayectoria de 37 años, que continúa siendo un pilar fundamental en el apoyo a las actividades de docencia, investigación, asistencia e innovación en el ámbito de la salud, llevadas a cabo por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP) y el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HCFMUSP).	<ul style="list-style-type: none"> - Se presenta un informe de la gestión de la fundación en diferentes áreas durante el 2023 así como los proyectos que pretenden desarrollar en 2024. - Se han implementado análisis de datos e informes en tiempo real para la toma de decisiones. Todas las medidas implementadas están en consonancia con el Plan Estratégico de la FFM, que refleja el compromiso de la organización con la excelencia, la innovación y la eficiencia. - La institución mantiene un Portal de Transparencia que destaca como modelo para la Oficina del Contralor General del Estado. Con herramientas de búsqueda que facilitan el acceso a los datos tanto del área de recursos humanos como del área de compras y contratación de terceros. - La FFM también es evaluada periódicamente mediante auditorías e inspecciones externas, tanto a nivel general como en lo que respecta a fondos y programas de proyectos específicos. Además, el desarrollo y el seguimiento de todas las acciones institucionales, la FFM cuenta con una estructura de cumplimiento normativo, responsable de los mecanismos y procedimientos internos de integridad, auditoría y prevención. - Desde mayo de 2022, se ha reforzado la relación con los organismos de control, lo que ha propiciado un acercamiento significativo. Todas las medidas aprobadas por el Consejo de Administración de la FFM, incluidas las modificaciones de los reglamentos internos, se comunican sin demora al Ministerio Público y al Tribunal de Cuentas, lo que demuestra el compromiso con la transparencia y la responsabilidad en la gestión. - Describen los roles de las diferentes organizaciones, en particular el Hospital Universitario de la USP (HU-USP) es de carácter comunitario y ofrece asistencia sanitaria al profesorado, al personal y a los estudiantes de la USP. Se encarga de la atención de complejidad media del Sistema Académico de Salud FMUSP-HC (atención secundaria), promueve la docencia y la investigación, y presta asistencia a los pacientes del Sistema Único de Salud (SUS) del barrio de Butantã. Además, el Hospital forma parte de la Red de Urgencias y Emergencias del municipio de São Paulo.
(15)	Fundação Faculdade de Medicina (FFM), 2023	Relatório de Atividades FFM 2023	Brasil	Describir y reportar las actividades, proyectos de investigación, estudios clínicos y acciones institucionales desarrolladas durante el año 2023 por la Fundação Faculdade de Medicina,	<p>Se describe una relación de apoyo y articulación entre la FFM, la FMUSP y el HCFMUSP, con integración de funciones de docencia, investigación y asistencia, así como gobernanza compartida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Arreglos multiinstitucionales</u>: integración de docencia (Universidad), asistencia (hospital) y la gestión (fundación). Articulación entre

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Nombre del reporte	País	Objetivo	Hallazgos clave
				incluyendo sus objetivos, financiamiento y áreas de actuación como parte de su rendición de cuentas anual.	<p>universidad, hospital universitario y fundación de apoyo, donde la fundación gestiona y coordina recursos, contratos y procesos administrativos que permiten la prestación de servicios de salud, integrando funciones asistenciales, docentes y de investigación. Se describe una relación de apoyo y articulación entre la FFM, la FMUSP y el HCFMUSP, con integración de funciones de docencia, investigación y asistencia, así como gobernanza compartida.</p> <p>- Autoridad y responsabilidad de las organizaciones: El director de la FMUSP preside los consejos. Consejo deliberativo del hospital, dirección clínica y superintendencia</p> <p>Se reportan resultados organizacionales como crecimiento de servicios, mejora en procesos y aumento de ingresos, aunque sin atribución directa a la relación entre universidad y hospital:</p> <p>- Crecimiento de la salud suplementaria mediante la ampliación de los servicios contratados.</p> <p>- Continuidad en el fortalecimiento de los controles y herramientas de gestión.</p> <p>- Un aumento de R\$ 9,5 millones en relación con 2022. Los contratos por excepcionalidad contribuyeron con R\$ 9,8 millones al total consolidado</p>
(17)	Fundação Faculdade de Medicina (FFM), 2024	Demonstrações contábeis acompanhadas do relatório do auditor independente no 2434C-014-PB	Brasil	Presentar y validar la situación financiera de la Fundação Faculdade de Medicina, demostrando cómo se gestionan, utilizan y controlan sus recursos económicos.	<p>Arreglos de gobernanza: La Fundación Facultad de Medicina (FFM) tiene una gobernanza que se estructura bajo un modelo de administración colegiada con supervisión estatal, orientada a que los recursos se utilicen estrictamente para los fines de salud y educación.</p> <p>- Tienen un consejo y administración que son los responsables de la dirección estratégica, la elaboración de estados financieros y la implementación de los controles internos.</p> <p>- La coherencia operativa se asegura mediante la segregación de fondos. En la auditoría se separan los dineros destinados al hospital del patrimonio general de la fundación. (esto aparece en las últimas secciones)</p> <p>- Hay varios procesos de fiscalización externa: la auditoría que hace el Tribunal de cuentas del Estado de Sao Pablo TCE-SP, la supervisión del Ministerio de salud, y la rendición de cuentas que deben hacer ante las autoridades fiscales para mantener la inmunidad tributaria CEBAS. Hay auditorías por firmas independientes.</p> <p>Arreglos financieros: El Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP-HC) se financia mediante un modelo mixto:</p>

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Nombre del reporte	País	Objetivo	Hallazgos clave
					<p>- Principalmente a través de recursos públicos del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, y tiene una entidad de apoyo que es la Fundación Facultad de Medicina (FFM), encargada de la gestión operativa y financiera de los recursos.</p> <p>- La FFM tiene un modelo Mixto de recaudación: ingresos por contratos de gestión, convenios de investigación, subvenciones y contribuciones, donaciones, patrocinios, estudios clínicos, actividades de enseñanza y educación continua y servicios de atenciones médicas privadas (salud suplementaria), además de las transferencias públicas. Operar bajo un régimen de derecho privado le permite ejecutar proyectos asistenciales y académicos con flexibilidad administrativa. Como incentivos, la FFM cuenta con beneficios fiscales derivados de su certificación CEBAS (Certificado de Entidad Beneficente de Asistencia Social). El CEBAS garantiza a FFM la exención de las cotizaciones al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) sobre nóminas y servicios de terceros (comisiones patronales), así como la inmunidad o exención de otros impuestos y cotizaciones. Esta inmunidad tributaria facilita la reinversión de excedentes.</p>
(24)	European University Hospital Alliance (EUHA) Research Leads Network & the EUHA Policy Working Group, 2025	Recommendations for the 10 Framework Programme (FP10)	Unión Europea	Realizar recomendaciones haciendo hincapié en que tanto la investigación básica como las acciones orientadas a la innovación deben desempeñar un papel fundamental en el próximo Plan Marco de la Unión Europea.	<p>La Alianza Europea de Hospitales Universitarios (EUHA, por sus siglas en inglés) da las siguientes recomendaciones para el 10 programa marco (10 Framework Programme):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Financiación equilibrada en todos los niveles de madurez tecnológica para mantener un flujo constante de descubrimientos innovadores, evitando así un desequilibrio entre la investigación básica y la aplicada. 2. Financiación estructural para los hospitales universitarios con el fin de reforzar las colaboraciones intersectoriales entre el sector público y el privado: La investigación colaborativa y las alianzas público-privadas son fundamentales para el avance de la investigación e innovación médicas. 3. Una financiación adecuada y estable, y un enfoque en el impacto y la sostenibilidad de las iniciativas en salud: Alinear los esfuerzos de innovación con las prioridades políticas más amplias garantizará que la financiación y las reformas regulatorias funcionen de forma coordinada. 4. Apostar por la flexibilidad y reducir las cargas administrativas: el nuevo marco El FP10 debería adoptar un enfoque flexible en materia de financiación y reducir la carga administrativa para facilitar una colaboración más fluida.

Arreglos de gobernanza y financieros entre hospitales universitarios y universidades

Número de referencia	Autor, año	Nombre del reporte	País	Objetivo	Hallazgos clave
(16)	Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, 2025	Research & Development Governance and Performance Report 2024-25	Inglaterra	Presentar el Informe de Gobernanza y Desempeño de Investigación y Desarrollo del Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust (OUH) para 2024-25.	<p><u>Gobernanza conjunta hospital-universidad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento del Joint R&D Committee (JRDC) en 2011 bajo Acuerdo de Trabajo Conjunto OUH-Universidad de Oxford - Joint Research Office (JRO) como alianza formal entre OUH, Universidad de Oxford, Oxford Health NHS FT y Oxford Brookes University - Integración de funciones asistenciales, docentes e investigativas se materializa mediante contratos honorarios, lo que permite que el personal universitario trabaje directamente en el entorno clínico del hospital - Reportes trimestrales al JRDC y TME; reporte anual al Trust Board <p>Integración académica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40% del personal de investigación (n=140) son empleados de la Universidad de Oxford con contratos honorarios con OUH - OUH configura estudios patrocinados por OU un 30% más rápido que otros patrocinadores <p>Marco regulatorio de gobernanza:</p> <p>políticas institucionales de OUH que incluyen reporte de seguridad, patrocinio de estudios, aprobación de gestión del Trust, monitoreo y auditoría, pasaportes de investigación, gestión de propiedad intelectual e integridad en investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recepción de £35M anuales en subvenciones de infraestructura del NIHR y financiamiento de la industria



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

