



Universidad del
Rosario

Escuela de Administración

Reinvención de los servicios de salud en las IPS colombianas luego de la crisis 2023

Solución a la problemática empresarial

Claudia Patricia Batista Peña
David Enrique Largo Pira

Bogotá

2025.



**Universidad del
Rosario**

Escuela de Administración

Reinvención de los servicios de salud en las IPS colombianas luego de la crisis 2023

Solución a la problemática empresarial

Claudia Patricia Batista Peña
David Enrique Largo Pira

José Israel Galindo Buitrago

Maestría en Administración de Negocios (MBA)

Escuela de Administración

22 de agosto de 2025

Bogotá, Colombia

2025

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Preliminares..... | 4 |
| Declaración de Exoneración de Responsabilidad | 6 |
| Lista de Tablas..... | 7 |
| Lista de Ilustraciones | 8 |
| Abreviaturas..... | 9 |
| Palabras clave..... | 13 |
| Abstract..... | 13 |
| Keywords | 14 |
| Descripción de la Situación Organizacional en el que se Enmarca la Solución a la Problemática (Contexto)..... | 17 |
| Salud en Cuidados Intensivos. | 17 |
| Descripción del Método y/o Estrategia que Utilizará para Resolver la Problemática Organizacional..... | 23 |
| Descripción de la Problemática Empresarial..... | 26 |
| Descripción de las Alternativas, Estrategias y/o Acciones a Desarrollar para dar Solución a la Problemática Empresarial | 27 |
| Plan y recomendaciones para la implementación de la solución | 39 |
| Conclusiones..... | 42 |
| Referencias | 44 |

Preliminares

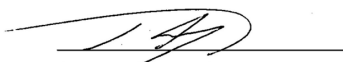
Declaración de Originalidad y Autonomía

Declaramos bajo la gravedad del juramento, que hemos escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por nuestra propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



Claudia Patricia Batista Peña



David Enrique Largo Pira

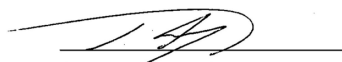
Firmado en Bogotá, D.C. el 22 de agosto de 2025

Declaración de Exoneración de Responsabilidad

Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



Claudia Patricia Batista Peña



David Enrique Largo Pira

Firmado en Bogotá, D.C. el 22 de agosto de 2025

Lista de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Fuentes de financiación del SGSSS | 18 |
| Tabla 2. Comportamiento histórico del número de afiliados atendido a contratos con EPS Famisanar | 26 |
| Tabla 3. Estudio de mercado productos sustitutos..... | 37 |
| Tabla 4. Proyección de ventas Primer Semestre..... | 38 |
| Tabla 5. Proyección de ventas Segundo Semestre..... | 39 |

Lista de Ilustraciones

| | |
|--|----|
| Ilustración 1. Aumento de los servicios en consulta por salud mental | 20 |
| Ilustración 2. Número de personas muertas por lesiones autoinfligidas y población afiliada al SGSS | 21 |
| Ilustración 3. Análisis general de los factores pestel | 28 |
| Ilustración 4. Factores sociales | 28 |
| Ilustración 5. Factores económicos | 29 |
| Ilustración 6. Factores legales | 31 |
| Ilustración 7. Factores políticos..... | 32 |
| Ilustración 8. Factores Tecnológicos | 33 |

Abreviaturas

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios

EBITDA: Beneficio Antes de Intereses, Impuestos, Depreciación y Amortización

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Instituto Prestador de Salud

FASECOLDA: Federación de Aseguradores Colombianos

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

PAC: Plan de Atención Complementaria

PBS: Plan de Beneficios en Salud.

PESTEL: Político, Económico, Social, Tecnológico, Ecológico y Legal, acrónimo de la metodología de estudio de factores externos de una empresa.

ROI: Retorno de la Inversión.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

TIR: Tasa Interna de Retorno

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

Glosario

Institución Prestadora de Servicios de Salud: organización pública o privada que presta servicios médicos como consultas, hospitalización, procedimientos diagnósticos y terapias.

Entidad Promotora de Salud: entidad aseguradora responsable de afiliar a los usuarios al sistema, recaudar aportes y garantizar el acceso a servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Unidad de Pago por Capitación: valor per cápita que se gira a las EPS por cada afiliado para cubrir los servicios incluidos en el PBS. Se calcula con base en factores como edad, sexo y zona de residencia.

Plan de Beneficios en Salud: lista de servicios, medicamentos y procedimientos que el sistema de salud colombiano garantiza a todos sus afiliados, financiado con recursos públicos.

Plan Voluntario en Salud: Alternativa adicional y opcional al PBS, que puede incluir medicina prepagada, pólizas de salud o planes ambulatorios con coberturas ampliadas.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud: entidad pública encargada de administrar los recursos financieros del sistema de salud, realizar giros a las EPS e implementar mecanismos de control financiero.

Pestel: herramienta de análisis estratégico que evalúa factores Políticos, Económicos, Sociales, Tecnológicos, Ecológicos y Legales, para entender el entorno externo de una organización.

Salario Mínimo Mensual Legal Vigente: parámetro económico oficial fijado anualmente por el gobierno colombiano, utilizado como base para calcular ingresos, tarifas y focalización de subsidios.

Cuenta por Cobrar (en salud): valor facturado por una IPS a una EPS por los servicios prestados a sus afiliados, pendiente de pago. Su acumulación puede afectar el flujo de caja.

Capitación (modelo de pago): mecanismo de contratación en el cual la IPS recibe un pago mensual fijo por cada usuario, independientemente del uso efectivo de los servicios.

Return on Investment / Retorno sobre la Inversión: indicador que mide la rentabilidad de una inversión en términos porcentuales, comparando el beneficio obtenido con la inversión inicial.

Tasa Interna de Retorno: indicador financiero que refleja la rentabilidad esperada de un proyecto, es la tasa de descuento que hace que el valor presente neto (VPN) de los flujos futuros sea cero.

Key Performance Indicator / Indicador Clave de Desempeño: métrica utilizada para evaluar el rendimiento de un proceso, proyecto o servicio. En salud, puede incluir número de citas atendidas, oportunidad de atención, o satisfacción del usuario.

Medicina Prepagada: forma de aseguramiento voluntario que permite al usuario acceder a una red de servicios privados de salud mediante el pago periódico de una prima.

Plan Exequial: servicio adicional incluido en algunos paquetes de salud, que cubre gastos funerarios del afiliado en caso de fallecimiento.

Resumen Ejecutivo

Este proyecto de solución a la problemática empresarial de aplicación ofrece una respuesta innovadora y duradera para potenciar los ingresos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en Bogotá, en respuesta a la crisis financiera del sistema de salud colombiano entre 2023 y la actualidad. Esta crisis se ha enmarcado por la desfinanciación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), principales contratantes de la red de IPS, la migración a gran escala de afiliados y las propuestas de reforma del gobierno, creando un ambiente adverso en general para todo el sistema.

La propuesta implica elaborar un paquete de servicios de salud voluntario, destinado a cualquier individuo de la población de la ciudad de Bogotá que en general cuente con ingresos iguales o superiores a los dos Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMMLV) y afiliados de EPS en liquidación o intervención. El servicio, de naturaleza ambulatoria, abarca consultas especializadas, atención médica en el hogar, exámenes de laboratorio y cobertura exequial. El pago se realiza de manera mensual y se oferta un innovador y eficaz medio de afiliación digital.

Se utilizó el método PESTEL para examinar el contexto y se emplearon técnicas variadas: entrevistas, cuestionarios y análisis de documentos. Basándose en los resultados de dicha exploración, se elaboró un plan de acción centrado en la diversificación del portafolio, la eficiencia en las operaciones, el marketing y fidelización.

La propuesta busca mejorar la sostenibilidad financiera de la IPS, generar nuevas fuentes de ingreso y posicionarla como líder en el mercado de salud voluntaria en Colombia.

Palabras clave

Administración en Salud, Reforma de la Atención de Salud, Servicio de Salud, Reorientación de los Servicios Sanitarios, Servicios de Atención al Paciente

Abstract

This entrepreneurial implementation project offers an innovative and lasting response to boost the revenues of a Health Service Provider Institution (IPS) in Bogota, in response to the financial crisis of the Colombian healthcare system between 2023 and 2024. This crisis was distinguished by the de-financing of the Health Promoting Entities (EPS), large-scale migration of affiliates and government reforms, creating an adverse environment for IPSs.

The proposal involves developing a set of voluntary health services aimed at individuals in the contributory system with incomes exceeding two Minimum Monthly Minimum Wages in Force (SMMLV) and former members of EPSs in liquidation. The service, which is ambulatory in nature, covers specialized consultations, home care, diagnostics, laboratory and funeral coverage, provided through affordable monthly payments and an effective digital medium.

The PESTEL method was used to examine the environment and a variety of techniques were employed: interviews, questionnaires and document analysis. Based on the findings, an action plan was developed focusing on portfolio diversification, operational efficiency, marketing and loyalty.

The proposal seeks to improve the financial sustainability of the IPS, generate new sources of income and position it as a leader in the voluntary health market in Colombia.

Keywords

Health Administration, Health Care Reform, Health Service, Reorientation of Health Services, Patient Care Services

Introducción

Entre el 2023 y el 2024 se han generado importantes impactos en el sector de salud en Colombia, desde las propuestas de reforma hechas por el gobierno al sistema, donde una de ellas es el cambio de roles y gestión de las EPS e IPS (Camara de Representantes, 2023), hasta la estrategia de financiación, lo cual se ha convertido en el principal punto de discusión y quiebre entre los diferentes grupos de interés que conforman el sistema.

La estructura del SGSSS de Colombia está conformada por las aseguradoras llamadas Empresas Promotoras de Salud, las cuales se encargan de contratar la red de prestadores, más conocidas como Instituciones Prestadores de Salud (IPS). A su vez, la prestación de servicios de salud en Colombia se rige por la política nacional de salud, ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, la cual tiene como objetivo garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se le brindan a la población colombiana.

(Carrasquilla, Alberto, 2007)

En medio de este crítico y acalorado debate, tanto IPS, como los usuarios del sistema, son quienes han sufrido las consecuencias que se reflejan principalmente en dos puntos: Por parte de las IPS; La caída en sus utilidades, afectada por el aumento sostenido de los costos y la disminución de los ingresos. Así mismo el deterioro de sus flujos de caja por el aumento de sus cuentas por cobrar con las EPS (Correa, 2024). Por parte de los usuarios; el aumento en las quejas por la dificultad de acceder a los servicios de medicina especializada en un tiempo

oportuno, que de acuerdo con el reporte acumulado de PQRS de 2024 de la Supersalud llegó a representar el 89.7% de las quejas registradas. (Superintendencia Nacional de Salud, 2024)

En dicho sentido y ante la situación latente, la IPS objeto de análisis, se ve enfrentada a una situación donde debe generar nuevas fuentes de ingresos operacionales y constituir una nueva oferta de servicios con una promesa de valor que responda a las necesidades del mercado.

Este proyecto se centra en el análisis y diseño de un paquete de servicios de salud voluntario para una IPS en Bogotá, que responde a la necesidad inmediata de generar ingresos sostenibles y ofrecer una propuesta de valor sólida para los usuarios: acceso rápido a consultas médicas especializadas, atención domiciliaria, exámenes de laboratorio y cobertura exequial, todo a través del acceso por medio de una plataforma digital eficiente.

A lo largo de este escrito, se abordará de manera detallada el contexto organizacional de la IPS, la metodología utilizada para estructurar la solución a la problemática, incluyendo el análisis pestel, así como el plan de acción diseñado para implementar este producto y poder asegurar su éxito y sostenibilidad.

**Descripción de la Situación Organizacional en el que se Enmarca la Solución a la
Problemática (Contexto)**

Salud en Cuidados Intensivos.

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia fue reformado por completo, su objetivo; garantizar que toda la población en el territorio nacional cuente con acceso a servicios de salud. A través de este se estableció un modelo de aseguramiento con participación pública y privada, el cual promovía principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. (Congreso nacional de la republica, 1993)

Sin embargo, a lo largo de los años se han evidenciado fallas estructurales que han comprometido el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, reconocido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.(Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, 2015)

La receptora de todos los recursos económicos del sistema de salud es la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conocida como ADRES, así mismo, gestiona y protege el buen uso de los recursos y garantiza el pago de estos a través de las EPS o por giro directo. Es clave entender que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuenta con múltiples fuentes de financiación. A continuación, se presenta un resumen de las principales fuentes de financiación del SGSSS:

Tabla 1. Fuentes de financiación del SGSSS

| Fuente de financiación | Descripción | Entidad administradora |
|---|---|---|
| Cotizaciones del régimen contributivo | Aportes de trabajadores (4% SMMLV) y empleadores (8,5% SMMLV) al régimen contributivo. Financia la UPC. | EPS / ADRES |
| Presupuesto General de la Nación (PGN) | Recursos del gobierno nacional para cubrir el régimen subsidiado a través del ADRES. | ADRES |
| Sistema General de Participaciones (SGP) | Transferencias a los entes territoriales para salud pública, cofinanciación y prestación de servicios. | Entidades territoriales |
| Recursos propios de entidades territoriales | Rentas cedidas y recursos locales destinados a salud e infraestructura. | Entidades territoriales |
| Pagos por servicios y recobros | Incluye copagos, cuotas moderadoras y recobros por servicios no incluidos en el plan de beneficios. | EPS / ADRES |
| Otras fuentes complementarias | Incluye cooperación internacional, donaciones y seguros especiales (ARL, Fuerzas Armadas). | Varias (incluye cooperación y aseguradoras) |

Fuente: Elaboración propia, fuentes

El modelo de aseguramiento delega a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la administración del riesgo en salud y la gestión de recursos públicos a través del mecanismo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Según los datos más recientes publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en octubre de 2024, el 98,5% de la población colombiana está afiliada al sistema de salud, ya sea a través del régimen contributivo o subsidiado. (Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, 2025)

Si bien, a través de este sistema se logró tener coberturas cercanas al 95% de la población, también se generaron comportamientos de restricción de servicios, fragmentación de la atención y priorización de intereses financieros sobre clínicos, debido al enfoque en el cuidado del costo.

Una de las cifras que más evidencian estas falencias son las más de 200.000 tutelas anuales, según informes de la Defensoría del Pueblo, las cuales revelan que los ciudadanos acuden masivamente a mecanismos legales para acceder a tratamientos, medicamentos o

procedimientos negados, dejando en evidencia las dificultades de acceso y calidad en la atención de servicios.

A los problemas descritos anteriormente, se suman hechos de corrupción por malos manejos administrativos en algunas EPS, una problemática financiera con pérdidas operativas, carteras vencidas con IPS y múltiples procesos de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Las consecuencias de dicha problemática se han visto reflejados directamente en la oportunidad de la atención, la disponibilidad de servicios especializados y el suministro de medicamentos, especialmente en pacientes con patologías de alto costo y enfermedades crónicas.

Otra de las circunstancias adversas que tuvo que soportar el SGSSS luego de la pandemia por **COVID-19**, fue la alta demanda de servicios médicos, lo que alteró significativamente las proyecciones habituales de consumo. Una vez superada la etapa más crítica de la pandemia, ocurrió un fenómeno denominado efecto rebote en la salud: miles de pacientes que habían aplazado sus terapias médicas volvieron a buscar atención médica, lo que generó una sobrecarga en los servicios de atención médica ambulatoria y especializada. En consecuencia, las IPS acumularon más cuentas por cobrar, incrementando su dependencia de un sistema financiero que ya presentaba indicios de declive. (Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, 2022a)

Ilustración 1. Aumento de los servicios en consulta por salud mental

Fuente: (Registro individual de prestador de servicios-RIPS, 2009)

1.647.573. Es importante resaltar que Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca son los lugares donde más se reportaron casos.



Gráfico 14 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

| Año | Número de Personas Atendidas |
|------|------------------------------|
| 2009 | 405.124 |
| 2010 | 429.800 |
| 2011 | 528.343 |
| 2012 | 629.924 |
| 2013 | 729.085 |
| 2014 | 915.734 |
| 2015 | 936.963 |
| 2016 | 721.943 |
| 2017 | 945.954 |
| 2018 | 1.165.248 |
| 2019 | 1.647.573 |
| 2020 | 1.321.382 |
| 2021 | 1.543.543 |

Tabla 3 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

Ilustración 2. Número de personas muertas por lesiones autoinfligidas y población afiliada al SGSS

Así mismo, las muertes por suicidio han aumentado en el último tiempo, para el año 2010 era 2118 casos y hoy son 2748 personas. Como se ve en la siguiente gráfica:

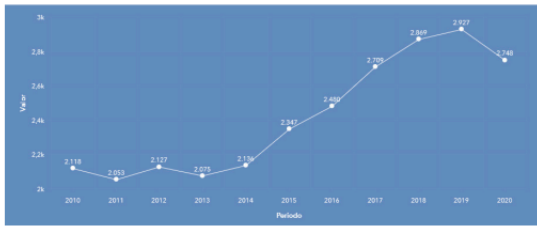


Gráfico 15 Número de personas muertas por lesiones auto inflingidas intencionalmente (suicidio) 2010-2020

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD.

Población afiliada al sistema de seguridad social en salud. La afiliación de usuarios a los regímenes subsidiado y contributivo, es de 99,1%, en donde el 49,7% es contributivo, el 45,1% subsidiado y el 4,3% de regímenes especiales y de excepción. De esta forma el 1% de los colombianos, no están afiliados, frente a un total de población estimada DANE para 2022 de 51.609.474, aproximadamente 460.220 ciudadanos. Los departamentos con menor porcentaje de afiliación son Vaupés 68.54%, Vichada 69.60%, Cundinamarca 74,36% y Chocó 80.02%.

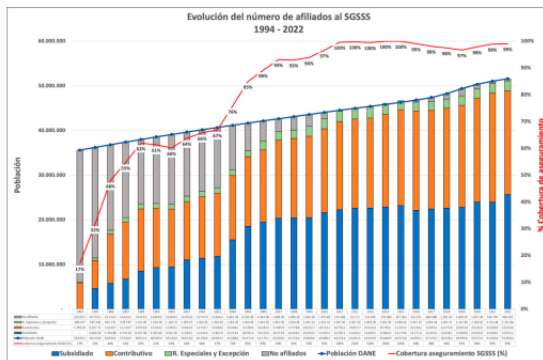


Gráfico 16 evolución número de afiliados al SGSSS 1994-2022

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022) Artículo: Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia, 1993 - 2016 de Carlos Alberto Jaimes en 2009 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, 1995)

Este hecho, sumado a que por vía de fallo jurídico se venían agregando servicios no contemplados inicialmente dentro de la UPC, genero un sobre costo que desde el periodo 2020-2021 causo una acumulación de endeudamiento año tras año (Rodríguez, 2024b).

De cara a las IPS, el principal impacto ha sido financiero, acumulado carteras incluso a más de 180 días que comprometen su sostenibilidad operativa, su capacidad de atención y la calidad de los servicios que ofrecen, teniendo incluso que reducir la cantidad de personal

disponible. Según la Superintendencia Nacional de Salud, el pasivo del sistema superó los **\$28 billones de pesos en 2024**, siendo las IPS públicas y privadas las principales acreedoras.(Superintendencia Nacional de Salud, 2025)

A raíz de los sucesos descritos anteriormente, el comportamiento en la compra de planes voluntarios de salud en Colombia ha mostrado un incremento en los últimos cuatro años del 68% y un incremento en el gasto de bolsillo de los hogares del 5,1%, reafirmado la preocupación de los afiliados al Sistema de Salud por vincularse a un sistema de aseguramiento que garantice las coberturas que no están logrando a través del sistema del Plan de Beneficio en Salud (PBS) (Rodríguez, 2024a)

De acuerdo con informes de Fasecolda, el gasto total en los planes voluntarios de salud, al cierre del 2024 fue de aproximadamente \$12,5 Billones COP, de los cuales:

- \$6.5 Billones fueron emitidos en medicina prepagada
- \$3,9 Billones en pólizas
- \$1,52 Billones en planes complementarios

En lo corrido del 2025 el mercado ha crecido un 27% y se pronostica que en general el crecimiento para el cierre de año estará alrededor del 23%.

Se estima que estos planes generaron un ahorro al sistema obligatorio de salud equivalente a \$1.5 billones COP anuales, al descongestionar la demanda pública.

Descripción del Método y/o Estrategia que Utilizará para Resolver la Problemática Organizacional

En este trabajo, el análisis PESTEL se considera un instrumento estratégico para analizar y medir factores externos que están influyendo en la situación actual del sector salud en nuestro país. También nos facilita identificar las oportunidades y amenazas que pueden determinar la aplicación de la solución al problema planteado.

Este instrumento revela algunos secretos que pueden afectar esta área. Políticamente, se trata de la estabilidad del gobierno, reformas y regulaciones que impactan a los cuerpos, instituciones y ciudadanos colombianos. Se trata de temas económicos como la inflación y el gasto de los consumidores. Socialmente, hay un cambio en las preferencias y valores de los consumidores que nos obliga a adaptar nuestras estrategias de marketing. En tecnología, la innovación es controvertida en términos de inversión y transformación. Finalmente, también hay que obedecer la ley y seguir regulaciones estrictas para minimizar los riesgos.

El proceso de este proyecto fue guiado por un modelo de diseño utilizando una mezcla de herramientas de análisis estratégico. Esto estaba dirigido a asegurar que el proyecto de una oferta voluntaria de servicios de salud en una IPS en Bogotá se basara en un fuerte análisis de los requerimientos del entorno y del mercado.

Este estudio se enfocó más hacia el enfoque descriptivo exploratorio. Esta estrategia permitió una comprensión profunda del sistema de salud en su actualidad y, particularmente, de la situación de crisis a la que el EPS había estado sujeto y de sus repercusiones en la IPS. El

enfoque exploratorio, a su vez, fue clave para entender las oportunidades de mercado, especialmente en la salud voluntaria, un área donde no hay mucha información y cuya evaluación es dinámica.

1. Información secundaria:

* MSPS y Superintendencia Nacional de Salud (SNS): Informes rutinarios sobre afiliación al seguro de salud, stock de deuda del EPS y sobre la reforma actual.

* Publicaciones específicas y documentos académicos sobre tendencias del mercado en la atención de salud voluntaria en Colombia.

* Investigación de mercado (productos sustitutos).

2. Herramienta Analítica: PESTEL. El análisis PESTEL es una herramienta efectiva que puede ser utilizada para analizar el macroentorno del país en el que opera.

Este fue el marco estratégico clave utilizado para examinar los factores externos que influyen en la IPS y el potencial y viabilidad de la oferta de salud voluntaria. La investigación actual nos permitió identificar:

Factores político: El efecto de la reforma de salud y las decisiones gubernamentales sobre descentralización y el sistema de garantías.

Factores económicos: deuda acumulada en el EPS, capacidad de pago de los clientes potenciales y el aumento de la adquisición de planes voluntarios.

Factores sociales: La creciente demanda de medicina de emergencia y la disminución de la confianza en la atención médica convencional.

Factores tecnológicos: La participación de plataformas digitales en los procesos de membresía/tarifas/entrega de servicios.

Aspectos legales: Legislación existente, por ejemplo, Ley 1581/2012, protección de datos y obligaciones legales para ofrecer productos de salud voluntaria.

3. Análisis de los resultados:

Los datos combinados fueron analizados sistemáticamente como sigue:

1. Organización de la información: El estudio técnico de datos secundarios - informes y reportes de registros.

2. Aplicación del análisis PESTEL: Cada componente fue medido con base en el impacto que tendría sobre la IPS y el potencial del producto para contribuir al éxito del producto voluntario.

Descripción de la Problemática Empresarial

Debido a las consecuencias del contexto descrito anterior y principalmente por los impactos generados en la atención, se empezó a presentar de manera sostenida un traslado de afiliados a otras EPS, por ende, a otros prestadores (IPS). A su vez, las dificultades financieras enfrentadas presentadas en las EPS derivaron en su intervención, afectando el flujo de pagos desde septiembre de 2023.

En algunas regiones del país, los gobiernos locales decidieron reemplazar a las IPS privadas como el prestador de servicios médicos de la población subsidiada y, por lo tanto, la IPS objeto de análisis perdió 15,000 afiliados más.

Comportamiento histórico del número de afiliados atendido a contratos con EPS

Famisanar

Tabla 2. Comportamiento histórico del número de afiliados atendido a contratos con EPS Famisanar

| | 2021 | 2022 | 2023 |
|----------------------|-----------|-----------|---------|
| Número de afiliados | 1.058.962 | 1.036.168 | 978.115 |
| Perdida de afiliados | | -22.794 | -58.053 |

Fuente: Elaboración propia, datos tomados de EPS Famisanar

Modelo de contratación entre EPS - IPS:

Uno de los modelos de contratación más utilizado, se basa en capitas o pagos mensuales por persona, use o no use el servicio. Esta cápita se calcula de acuerdo con la población, frecuencia de uso y por supuesto los servicios que se incluyen, que normalmente son de atención primaria (medicina general, odontología, algunas especialidades, oftalmología, medicamentos, entre otros).(Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, 2022b)

Entendiéndose la pérdida de afiliados, así como el modelo de contratación, el impacto generado en la disminución de ingresos entre 2022 y 2023 ya acumula algo más de \$168 Mil Millones COP. Sin embargo, los gastos generales y de personal se han mantenido constantes, lo que representa una pérdida en las utilidades de la organización y un reto para poder sostener la operación sin tener que reducir el personal médico y asistencial. (Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, 2024)

Descripción de las Alternativas, Estrategias y/o Acciones a Desarrollar para dar Solución a la Problemática Empresarial

Sobre la base del entorno general en el que se ha desarrollado, posicionado y heredado la solución a este problema, se aplicó el análisis PESTEL como una herramienta estratégica para analizar los factores externos que pueden tener un impacto persistente en él. Este estudio mencionó seis dimensiones del macroentorno: político, económico, social, tecnológico, ambiental y legal, siendo así crítico identificar eso en el análisis de oportunidades y amenazas que tuvieron una influencia directa en la gestión del producto.

Al aplicar el análisis PESTEL, se obtuvo una visión general de los factores ambientales que influyeron en el producto de este proyecto y ayudaron en la generación de estrategias más cercanas al entorno externo del sistema de salud en Colombia.

Una evaluación completa sobre los factores descritos en este informe resultó en lo siguiente:

Ilustración 3. Análisis general de los factores pestel

| | | |
|--------------|-----|-----|
| Políticos | 15% | 275 |
| Económicos | 22% | 415 |
| Sociales | 25% | 465 |
| Tecnológicos | 18% | 346 |
| Legales | 20% | 385 |

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 4. Factores sociales

| | |
|---|----|
| Nivel de salud en el área de actuación de la empresa | 64 |
| Tasa de crecimiento de la población | 64 |
| Tendencias del estilo de vida de su público objetivo | 64 |
| Nivel de uso de la tecnología en el área de actuación | 64 |
| Estándares de consumo locales | 36 |

Fuente: Elaboración propia

Factores Sociales

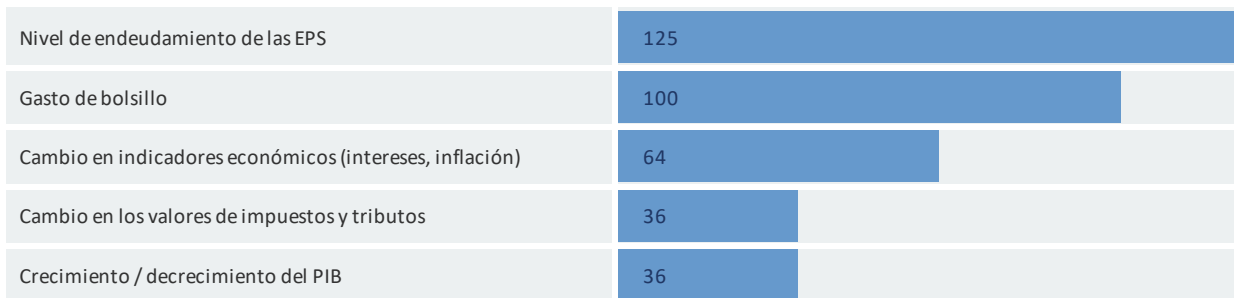
- **Disparidades en la atención médica:** Pese al alto nivel de cobertura de salud en la población de Colombia, las dificultades en cuanto al acceso y la oportunidad en los servicios

como medicina especializada, genera un alto nivel de quejas que deja en evidencia los fallos existentes en dichos aspectos. Un plan de salud voluntario se convierte entonces en una alternativa que garantiza acceso de calidad y oportuno.

- **Demografía y envejecimiento de la población:** La población colombiana está envejeciendo, lo que conlleva un aumento de enfermedades crónicas y una mayor demanda de servicios de salud especializados. La opción de servicios de salud voluntarios debe tener en cuenta esto para proporcionar servicios apropiados para el cuidado de la tercera edad.

- **Expectativas de la sociedad sobre la salud:** La población colombiana está volviéndose más conocedora de sus derechos de salud y las expectativas respecto a la calidad de los servicios son más altas. Las propuestas de nuevas alternativas deben considerar estas expectativas en su promesa de valor, ya que incluye un servicio de calidad que se vuelve distinguido en comparación con la oferta actual.

Ilustración 5. Factores económicos



Fuente: Elaboración propia

Factores Económicos:

• Sostenibilidad del sistema de salud pública:

- El alto grado de endeudamiento del sistema de salud pone en peligro su sostenibilidad y permanencia, impactando directamente la red de atención, el acceso a servicios y la oportunidad de estos.

- Se trata de una falta de recursos que implica que, sin ellos, según un informe de servicios de aseguramiento, 100 servicios electivos que sus afiliados necesitan podrían no estar disponibles.

- El sistema de salud existente podría colapsar.

• Salud y poder adquisitivo:

- La calidad de los servicios de salud pública, así como el acceso a servicios privados, dependen de los estratos sociales.

- Hay ciertas secciones de la población que pueden no tener acceso a una opción de servicios de salud a bajo costo y no obligatorios.

- También se deben tomar en cuenta las capacidades económicas de los clientes potenciales y sus preferencias de compra.

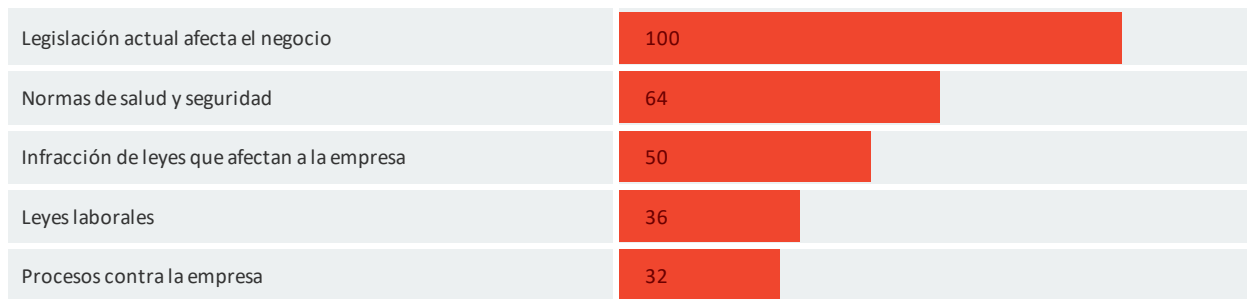
• Inversión en tecnología y salud:

- Es necesario invertir en infraestructura tecnológica y en ofertas de salud digital para impulsar la eficiencia del sistema.

- Esta barrera económica puede reflejarse en forma de costos para la modernización de los servicios y la adopción de plataformas de salud digital,

- También representa una oportunidad para garantizar la eliminación de barreras de acceso a la salud.

Ilustración 6. Factores legales



Fuente: Elaboración propia

Factores Legales

Estándares de salud pública: Las leyes colombianas relacionadas con el sistema de salud y las normas para el funcionamiento de las EPS (Entidades Promotoras de Salud) representan un desafío continuo. Este producto debe cumplir con las leyes locales sobre el servicio de salud, la seguridad social y la salvaguarda de los datos personales. Hay una distinción que debe hacerse entre productos de financiamiento (seguros) y productos de servicio.

Legislación sobre protección de datos personales: Dado que la información médica es altamente sensible, la propuesta debe tener coherencia con la legislación respecto a la protección de los datos personales (Ley 1581 de 2012) para la seguridad de la información del paciente.

Implicaciones legales de licencias o permisos para actuar: Reglamentos como los de servicios de salud privados necesitan ser analizados cuidadosamente para evitar barreras legales.

También se debe considerar la fiscalidad, la facturación y las licencias de operación para las instalaciones médicas a la espera de la prestación de servicios.

Ilustración 7. Factores políticos

| | |
|--------------------------------------|----|
| Niveles de corrupción | 40 |
| Política de protección al consumidor | 36 |
| Leyes laborales | 36 |
| Política de impuestos y tributos | 32 |
| Legislación del sector | 25 |

Fuente: Elaboración propia

Factores Políticos

- **Reforma de Salud:** La reforma de salud está dirigida a reconfigurar la atención primaria y sacar el sistema de las jerarquías y llevarlo a manos de líderes locales. Esto puede poner en cuestión la continuidad y disponibilidad de los servicios de salud para la población.

- **Inestabilidad del sistema gubernamental:** La inestabilidad política dentro del país puede resultar en el aplazamiento de la implementación de reformas o la asignación de recursos para el sector de salud puede cambiar. Esto puede tener implicaciones positivas para la promoción de iniciativas privadas en servicios de salud privados.

Ilustración 8. Factores Tecnológicos

| | |
|--|----|
| Nuevas soluciones tecnológicas en su sector de actuación | 27 |
| Nuevas formas de comunicación | 18 |
| Inversión en investigación y desarrollo (I&D) | 18 |
| Máquinas y equipos obsoletos | 15 |
| Uso de Internet impactando su negocio | 4 |

Fuente: Elaboración propia

Factores Tecnológicos

Telemedicina y salud digital: Las plataformas digitales de salud y la telemedicina se han convertido en herramientas cruciales para la prestación de servicios médicos, especialmente en tiempos de crisis como la pandemia de COVID-19. Es crucial que dentro de la propuesta se consideren la inclusión de dichos elementos.

Ciberseguridad en plataformas de salud: La protección de la información de salud de los pacientes es un aspecto crítico. Dentro de la alternativa propuesta no solamente se debe garantizar un fácil acceso a los servicios a través de herramientas tecnológicas, sino que las mismas brinden alternativas de validación de identidad y confidencialidad de los datos.

Teniendo en cuenta los problemas del sistema de salud en Colombia, se ha generado un creciente traslado de la demanda hacia los planes voluntarios de salud, los cuales ofrecen accesos oportunos y preferenciales, servicios hospitalarios en instituciones de buen renombre, médico domiciliario y otras coberturas para exámenes de diagnóstico y enfermedades de alto costo.

De acuerdo con informes de (Fasecolda, 2024) el gasto total en los planes voluntarios de salud, al cierre del 2024 fue de aproximadamente \$12,5 Billones COP, de los cuales:

\$6.5 Billones fueron emitidos en medicina prepagada

\$3,9 Billones en pólizas

\$1,52 Billones en planes complementarios

En lo corrido del 2025 el mercado ha crecido un 27% (Fasecolda, 2025) y se pronostica que en general el crecimiento para el cierre de año estará alrededor del 23%.

Se estima que estos planes generaron un ahorro al sistema obligatorio de salud equivalente a \$1.5 billones COP anuales, al descongestionar la demanda pública.

Una vez analizado el entorno que influye en el diseño del producto, se consideraron los siguientes criterios para su construcción:

1. Que sea un producto voluntario de salud.
2. Que cuente con la capacidad instalada de brindar servicio ambulatorio.
3. Recaudo mensual.
4. Que sea un producto de bajo costo.
5. Que cuente con un canal de venta digital para facilitar su adquisición.
6. Definición de puntos de atención y servicios diferenciales.
7. Aseguramiento exequial como valor agregado.

La propuesta de servicios de salud brinda una alternativa innovadora y complementaria al sistema de salud tradicional. Se trata de un paquete de servicios médicos, en otras palabras, de empaquetar un número limitado de consultas médicas, cumpliendo así con la normatividad aplicable a la venta de servicios particulares de salud de una IPS y sin incurrir en modelos de

aseguramiento de planes de medicina prepagada. Su adquisición es voluntaria y está dirigido a personas que buscan accesibilidad, oportunidad y preferencialidad en la prestación de servicios de salud, sin depender exclusivamente de su plan de beneficios en salud (PBS).

Dentro de sus características, está diseñado para brindar rápido acceso a consultas médicas especializadas, medicina general, atención domiciliaria y exámenes diagnósticos. Su estructura permite a los afiliados recibir servicios de manera eficiente, con tiempos de espera reducidos y sin las limitaciones de acceso que se evidencian en la atención actual del plan de beneficios en salud (PBS).

Principales características del paquete de salud:

- Consultas médicas especializadas y generales:
- 8 consultas anuales de medicina general.
- 6 consultas anuales de una misma especialidad o en combinación de las siguientes especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Urología, Ginecología, Dermatología, Otorrinolaringología.
- 4 consultas anuales de una misma especialidad o en combinación de las siguientes especialidades en Medicina Alternativa, Ortopedia, Oftalmología, Nutrición, Optometría y Psicología.
- Atención domiciliaria:
Hasta 4 consultas anuales de medicina general a domicilio.
- Diagnósticos y exámenes:
Hasta 30 exámenes de laboratorio simples anuales.
Hasta 10 estudios de imagenología simple al año.

- Plan exequial, en caso de fallecimiento del titular.
- Afiliación y pagos a través de plataforma digital, con opción de débito automático.
-

El paquete de salud está dirigido a:

Personas del régimen contributivo con ingresos de hasta 2 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMMLV) que requieren acceso rápido a servicios médicos ambulatorios sin depender de las EPS.

Ciudadanos colombianos que ostenten la calidad de afiliados al PBS, con dificultades para acceder a servicios de medicina especializada.

Personas que buscan una alternativa estable de atención médica, con tiempos de espera reducidos y acceso garantizado.

Personas, adultos mayores a 60 años que tienen restricciones para acceder a planes voluntarios como medicinas prepagadas o pólizas de salud.

Afiliados a planes de atención complementaria (PAC) que se ven afectados por la disminución en las coberturas de servicios de medicina especializada.

Beneficios:

- Rápido acceso a servicios de consulta médica especializada.
- Atención preferencial en centros médicos.
- Oportunidad de citas a menos de 15 días con médicos especialistas.
- Sin barreras de acceso por edad o EPS.

Estudio de mercado productos sustitutos

Tabla 3. Estudio de mercado productos sustitutos

| Cobertura y Servicios | Colsanitas Esencial | Coomeva Ambulatorio Especial |
|-----------------------|---|---|
| Restricciones | No requiere examen de ingreso, no tiene límite edad de ingreso | No requiere examen de ingreso, no tiene límite edad de ingreso |
| Cobertura: Geografía | Según directorio: Armenia, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Chía, Cúcuta, Ibagué, Neiva, Medellín, Manizales, Montería, Pereira, Riohacha, Santa Marta, Sogamoso, Tunja, Valledupar, Villavicencio, Yopal. | cobertura a nivel nacional según directorio medico |
| Atención domiciliaria | Ilimitado | Ilimitado |
| Exámenes diagnóstico | Exámenes de laboratorio clínico y radiología/ exámenes de imagenología simple y especializados/exámenes especiales de diagnóstico, se cubre adicionalmente a tarifas especiales | Exámenes de laboratorio clínico y radiología/ exámenes de imagenología simple y especializados/exámenes especiales de diagnóstico |
| Tarifa | Tarifas desde \$35.500 hasta \$57.500 | Tarifas desde \$75.705 hasta 238.350 |

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el estudio de mercado realizado, las consideraciones del análisis pestel y las coberturas del paquete de servicios definido, se sugiere ajustar una tarifa por persona alrededor de \$75.000/mes, correspondiente a \$900.000 anuales. Lo anterior, teniendo también en cuenta que la investigación de mercado que arrojó un valor promedio de mercado de \$85.000 para planes ambulatorios (sin hospitalización y urgencias) y con coberturas similares.

Proyección de ventas

Para el cálculo de la proyección de ventas se tuvieron en cuenta variables internas en cuanto a la capacidad comercial, entendida como el número de ejecutivos disponibles, así como su productividad actual (promedio de ventas mensual por ejecutivo) buscando como objetivo no

generar impactos adicionales en procesos de contratación, capacitación, sino aprovechando los recursos disponibles. Los datos de estacionalidad y porcentaje de retiros son proporcionados directamente por la IPS de acuerdo con el volumen de facturación mensual actual y la deserción de clientes particulares

Consideraciones

- Meta esperada (definida por la IPS): 40 afiliaciones por ejecutivo
- Equipo comercial actual: 20 ejecutivos
- Productividad actual: 25 Afiliados por mes
- % Retiros (estimado por la IPS): 10%
- Estacionalidad: Determinada por la IPS con base a las atenciones realizadas en su histórico.

Tabla 4. Proyección de ventas Primer Semestre

| Calculo ventas | Primer Semestre | | | | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun |
| Ventas por ejecutivo | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Fuerza comercial | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Factor por rotación | -2 | -2 | -2 | -2 | -2 | -2 |
| | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Estacionalidad | 4% | 10% | 11% | 12% | 13% | 7% |
| Ventas (Q) | 216 | 540 | 594 | 648 | 702 | 378 |
| Valor de venta/Unit | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 |
| Total ventas (\$) | \$ 16.200.000 | \$ 40.500.000 | \$ 44.550.000 | \$ 48.600.000 | \$ 52.650.000 | \$ 28.350.000 |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Proyección de ventas Segundo Semestre

| Calculo ventas | Segundo Semestre | | | | | | Total |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | |
| Ventas por ejecutivo | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 300 |
| Fuerza comercial | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | |
| Factor por rotación | -2 | -2 | -2 | -2 | -2 | -2 | |
| | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | |
| Estacionalidad | 7% | 8% | 8% | 8% | 7% | 5% | |
| Ventas (Q) | 378 | 432 | 432 | 432 | 378 | 270 | 5400 |
| Valor de venta/Unit | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 75.000 | \$ 900.000 |
| Total ventas (\$) | \$ 28.350.000 | \$ 32.400.000 | \$ 32.400.000 | \$ 32.400.000 | \$ 28.350.000 | \$ 20.250.000 | \$ 405.000.000 |

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta el cálculo de la fuerza comercial actual, las variables de productividad y retiros, se estima que, para el primer año de venta, se alcanzaría un ingreso aproximado de \$2.500.470.000 pesos, generando una fuente de ingreso adicional a través de la diversificación de su portafolio de servicios.

Plan y recomendaciones para la implementación de la solución

Con el fin de llevar a cabo la solución a la problemática empresarial descrita en este proyecto, se propone las siguientes acciones:

1. Definir un equipo interdisciplinario con un gerente de proyecto, de acuerdo con los siguientes recomendaciones:
 - Gerencia de proyectos
 - Gerencia en salud
 - Gerencia comercial

- Director jurídico
 - Gerente financiero
 - Gerente de tecnología
 - Gerente de mercadeo
 - Asesor tributario
 - Jefe de tesorería
 - Jefe de cartera
2. Trazar un cronograma, actividades claras, alcanzables, medibles, con responsables por cada área sobre los requerimientos de salud, jurídicos, financieros, contables, tributarios, de facturación y cartera, mercadeo, tecnología, personal, comercial y operaciones.
 3. Diagramar el proceso y establecer la promesa de valor (acuerdos de servicio) para cada uno de los intervinientes.
 4. Definir y listar las inversiones a realizar a nivel estructural, tecnológico, de personal, estructurar el PYG y flujo de caja libre que permitan calcular el ROI, TIR, y rentabilidad del proyecto.
 5. De acuerdo con el mercado potencial, estructurar el plan estratégico de mercadeo definiendo el segmento, nombre del producto, racional de la campaña, canales de difusión y campañas de comunicación.
 6. Una vez diagramado el proceso, se debe socializar con cada área interviniente definiendo los momentos de valor donde se garantice el modelo de atención y la promesa de valor.
 7. Definir los KPI'S estratégicos que permitan evaluar la satisfacción de los clientes con cada una de las etapas del servicio.

- 7.1 Cantidad de ventas mensuales: volumen de ventas mensuales realizadas medidas en número de afiliados
- 7.2 Prima de ventas mensual: volúmenes de ventas expresados en dinero correspondiente a la sumatoria de las ventas realizadas por periodo
- 7.3 Cantidad de retiros mensual: volumen de afiliados retirados del paquete de servicios en cada periodo.
- 7.4 Numero de citas atendidas: cantidad de citas médicas atendidas a la población afiliada.
- 7.5 Oportunidad de citas: promedio de tiempo que muestra en cuantos días se asignan las citas con cada especialidad.
- 7.6 Frecuencia de uso: periodicidad de uso de los servicios médicos por afiliado

Ahora bien, para maximizar el impacto y garantizar la sostenibilidad en el tiempo de este paquete de servicios de salud, es vital realizar mejoras estratégicas en diferentes aspectos del producto. Estas recomendaciones buscan optimizar la oferta de este producto, y así poder fortalecer la propuesta de valor y garantizar su competitividad en el mercado.

1. El modelo financiero debe tener en cuenta un costo marginal (por lo menos los 5 primeros años, hasta cuando se llegue a una capacidad cercana a los 25.000 afiliados. Capacidad ociosa de la IPS, entendida como el volumen de citas disponible que no se ocupa en atenciones médicas), lo que conlleva a que no se hace necesario incurrir en la contratación de nuevos profesionales y se sugiere aprovechar la capacidad instalada desaprovechada por la pérdida de afiliados de la EPS.
2. Es relevante definir con claridad los modelos contractuales de afiliación y las normas aplicables a la ley de protección datos.

3. El producto debe contar con un concepto tributario que clarifique los términos de facturación y carga de impuestos.
4. Se recomienda establecer un mecanismo que permita realizar una medición permanente sobre los KPI'S definidos para garantizar el éxito y sostenibilidad del proyecto.
5. Es necesario considerar la capacidad disponible de los centros médicos escogidos geográficamente y con capacidad ociosa para los cálculos de venta, así como los costos asociados a la atención.
6. Se debe medir con una periodicidad mínima mensual el volumen de usos del producto (cantidad de citas) y la frecuencia de uso para hacer un seguimiento sobre los costos y el margen de utilidad.
7. Se recomienda actualizar el estudio de mercado proporcionado en el numeral de productos similares o sustitutos que permitan fijar un precio competitivo de acuerdo con la expectativa del mercado potencial definido. Es relevante considerar productos como: ambulancias prepagadas, planes complementarios y medicina prepagada ambulatoria.

Conclusiones

El diseño de este paquete de servicios de salud muestra cómo la iniciativa privada se ha adaptado rápidamente para satisfacer las deficiencias del sistema de salud colombiano, particularmente lo posterior a la pandemia del COVID-19. A medida que los riesgos de salud y financieros continúan evolucionando, este esquema representa un servicio complementario capaz de reducir la carga sobre el sector público y asegurar la provisión de tratamiento médico oportuno a la vez que se convierte en una nueva fuente de ingresos para la IPS.

Manejo Eficiente del Aumento de Demanda

Este producto se promueve como una respuesta a un aumento en la demanda de servicios de salud, tras el agravamiento gradual de las quejas por accesibilidad y oportunidad del sistema de salud en Colombia. El servicio propuesto, contribuye a una reducción en los tiempos de espera para citas con especialistas y para pruebas diagnósticas, permitiendo ser eficientes en la promoción y prevención en salud de la población afiliada.

Adaptación a un Sistema Cambiante y en Cambio

A medida que la nueva reforma gubernamental busca lograr una mayor intervención del estado en la administración de seguros y servicios, el paquete de servicios de salud se convierte en un ejemplo de cómo los agentes privados pueden adaptarse rápidamente a las reglas del juego diversificando sus modelos de servicio y venta, todo dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Un Recurso Estratégico para IPS

El paquete también es un medio para garantizar la solvencia económica. Los modelos de venta de pago anticipado fomentan un aumento en la liquidez ya que permiten mejorar rápidamente los flujos de caja, sin incurrir en gastos adicionales.

Los resultados de este estudio sugieren que es necesario fortalecer la implementación de la Ley 1438 de 2011 y promover la creación de redes integrales de servicios que permitan mejorar el acceso y la oportunidad en la atención.(Congreso de Colombia, 2011)

En resumen, la exitosa forma de abordar los problemas del proyecto enfatiza que medir el cambio real en la salud, no solo en términos de dinero, sino también en ganancias de salud y

hacerlas visibles para los pacientes, es esencial. Creemos que las lecciones de esta experiencia pueden tener valor para otros cajas de compensación y actores del sistema que buscan adoptar modelos híbridos, sostenibles y centrados en el paciente.

Referencias

Cámara de Representantes. (2023, diciembre 12). *Proyecto de ley No 339 de 2023*.

<https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2023-12/Texto%20PL%20339%20de%202023%20C%C3%A1mara.pdf>

Carrasquilla, A. (2007, enero 9). *Ley 1122 de 2007*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República. (2015, junio 9). *Ley 1753 de 2015*.

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normograma/Ley%201753%20de%202015.pdf>

Congreso Nacional de la República. (1993, diciembre 23). *Ley 100 de 1993*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Corcho, C. (2023, febrero 13). Radicación proyecto de ley “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf>

Correa, M. A. (2024, diciembre 9). Cámara tendrá el debate de reforma a la salud mientras se advierten riesgos fiscales. La República. https://www.larepublica.co/economia/riesgos-fiscales-de-reforma-a-la-salud-4017144?utm_source=chatgpt.com

Federación de Aseguradores Colombianos. (2024). Aseguramiento privado en salud.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS. (2022). Evolución número de afiliados al SGSSS. (Originalmente publicado en 1995)

Registro individual de prestador de servicios-RIPS. (2021). Proyecto de ley “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS. (Originalmente publicado en 2009)

Rodríguez, D. (2024a, octubre 6). En cuatro años el gasto en planes voluntarios en salud ha subido 68%. *Portafolio*. <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/aumento-del-gasto-en-salud-se-ve-reflejado-en-mayor-compra-de-planes-voluntarios-614836>

Rodríguez, D. (2024b, noviembre 28). Crisis financiera en la salud colombiana: La deuda de las EPS alcanza \$18,9 billones. *Portafolio*.

https://www.portafolio.co/economia/finanzas/deuda-de-eps-en-colombia-superan-los-18-9-billones-618439?utm_source=chatgpt.com

Superintendencia Nacional de Salud. (2024, noviembre 24). PQRD y solicitudes de información octubre de 2024. <https://www.supersalud.gov.co:443/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/informes-trimestrales-sobre-acceso-a-informacion-quejas-y-reclamos>