

**Impacto de los planes voluntarios en el Sistema General de Seguridad Social de Salud en
Colombia, análisis de la satisfacción y oportunidades para mejorar el sistema**

José Elkin Briceño Forero

Dayana Paola Duran Heredia

Asesor

Angela Maribel Reyes Rincón

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

2025

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias, por su apoyo, paciencia y constante motivación en este proceso académico, por el cual ha sido posible este logro. A nuestra directora de trabajo de grado, por su orientación, exigencia académica e importantes recomendaciones que nos guiaron constantemente para esta investigación. Agradecemos a los docentes de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD, los cuales a lo largo de la especialización nos compartieron sus conocimientos y fomentaron el pensamiento crítico que se ve reflejado en esta monografía. Finalmente, agradecemos a todas las personas e instituciones que de alguna manera nos apoyaron en cuento a tiempo, experiencias y recursos para que este proyecto académico fuera posible.

Resumen

Este estudio tiene como propósito analizar el impacto de los Planes Voluntarios de Salud (PVS) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), mediante una revisión documental de fuentes académicas publicadas entre 2020 y 2025, normativas, estadísticas y fuentes oficiales. La revisión de la literatura se centró en los siguientes ejes: el marco normativo, su funcionamiento operativo, caracterización económica y sociodemográfica de los afiliados, experiencias internacionales para América y la satisfacción de los usuarios. Se analizó la literatura frente a las acciones judiciales contra los PVS, los participantes de los estudios revisados corresponden principalmente a personas de ingresos medios y altos, residentes en zonas urbanas, con educación superior y afiliación simultánea al régimen contributivo, se excluyeron estudios de otros países y cuyo enfoque no fuera la satisfacción frente los servicios. Entre los hallazgos principales, se identificó que los PVS han tenido un crecimiento sostenido, y han contribuido a una segmentación funcional en la oportunidad, calidad percibida y acceso a servicios de salud, frente a los afiliados al sistema público. También se evidenció un aumento en las quejas y tutelas asociadas a exclusiones contractuales, preexistencias y ambigüedades en las condiciones de cobertura, lo cual ha derivado en fallos judiciales. Se concluye que, los PVS han crecido como una alternativa dentro del sistema de salud colombiano, ofreciendo mayor calidad y acceso a servicios especializados para quienes pueden pagarlos, aunque su regulación ha avanzado persisten retos en términos de claridad contractual, satisfacción del usuario y aumento de procesos judiciales, por lo que es necesario fortalecer la regulación, la supervisión estatal y la articulación público-privada para que los PVS se conviertan en un soporte del sistema. Desde el plano teórico, el estudio permite cuestionar el modelo mixto de aseguramiento en salud y su relación con la justicia distributiva. En términos prácticos, es necesario fortalecer la

transparencia, las condiciones y los alcances de responsabilidad que tienen los planes voluntarios en sus condiciones contractuales y frente a la salud de las personas.

Palabras clave: Planes voluntarios de salud, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Satisfacción del usuario, Calidad en salud, Póliza de salud, Planes de Salud de Prepago, Prepaid Health Plans.

Abstract

The purpose of this study is to analyze the impact of Voluntary Health Plans (PVS) on Colombia's General Social Security System for Health (SGSSS) through a review of academic sources published between 2020 and 2025, regulations, statistics, and official sources. The literature review focused on the following areas: the regulatory framework, operational functioning, economic and sociodemographic characteristics of members, international experiences in the Americas, and user satisfaction. The literature was analyzed in light of legal actions against PVS. The participants in the studies reviewed were mainly middle- and high-income individuals residing in urban areas, with higher education and simultaneous affiliation to the contributory regime. Studies from other countries and those not focused on satisfaction with services were excluded. Among the main findings, it was identified that PVSs have experienced sustained growth and have contributed to functional segmentation in terms of opportunity, perceived quality, and access to health services, compared to members of the public system. There was also an increase in complaints and legal actions associated with contractual exclusions, pre-existing conditions, and ambiguities in coverage conditions, which has led to court rulings. It has been identified that private health insurance providers have become a viable option for those who can afford them, offering superior quality and access to specialized services compared to the Colombian healthcare system. Although there have been improvements in regulation, challenges related to consumer satisfaction, clarity in contracts, and an increase in legal proceedings continue to persist. It is therefore necessary to strengthen regulation, state supervision, and public-private coordination so that PVSs can become a pillar of the system. From a theoretical perspective, the study calls into question the mixed health insurance model and its relationship with distributive justice. In practical terms, it is necessary to strengthen

transparency, conditions, and the scope of responsibility that voluntary plans have in their contractual conditions and in relation to people's health.

Keywords: Voluntary health plans, General Social Security Health System, User satisfaction, Health quality, Health insurance, Prepaid Health Plans.

Tabla de Contenido

Introducción.....	11
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación.....	15
Objetivos.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos.....	19
Marco Teórico y Conceptual.....	20
Marco Normativo.....	20
Caracterización Sociodemográfica y Socioeconómica.....	22
Efecto en la Economía de los Planes Voluntarios de Salud.....	28
Análisis del Impacto en la Satisfacción y Calidad.....	31
Experiencias Internacionales.....	40
Definiciones Conceptuales.....	47
Definiciones y Clasificación Normativa.....	54
Aspectos Metodológicos.....	57
Análisis de Resultados.....	62
Conclusiones.....	73
Referencias Bibliográficas.....	75
Lista de Apéndices.....	85

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Porcentaje de Participación en el Mercado de Planes Voluntarios.</i>	.26
Figura 2 <i>Patrimonio para la Compañía de Pólizas de Salud Allianz Seguros S.A.</i>	29
Figura 3 <i>Patrimonio para la Compañía de Medicina Prepagada Axa Colpatria Seguros S.A..</i>	30
Figura 4 <i>Diagrama de Venn. Experiencias Internacionales en Planes Voluntarios de Salud (PVS).</i>	.43
Figura 5 <i>Demandas por Productos y Servicios Contra los Seguros de Salud Complementaria en Brasil.</i>	.46
Figura 6 <i>Porcentaje de Tutelas Presentadas Contra Seguros de Vida Suramericana S.A.</i>	65

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Matriz de Categorización</i>	59
--	----

Lista de Apéndices

Apéndice A *Cronograma de Actividades-Diagrama de Gantt*85

Apéndice B *Matriz de Análisis de Información* 86

Introducción

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud en adelante (SGSSS) se basa en el principio de universalidad y equidad. Sin embargo, la creación y aumento de mecanismos paralelos como los Planes Voluntarios de Salud en adelante (PVS) evidencia las falencias estructurales del sistema obligatorio. Estos planes conforman un segmento importante en la prestación de los servicios de salud dentro del SGSSS, los cuales tienen repercusiones e incidencia a nivel del sistema financiero del país, en el número de usuarios afiliados, en el número de servicios de atención en salud tomados a partir de estos planes y en las expectativas y medidas para la garantía de la calidad de la atención de los usuarios.

Según la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- para la revista Semana (2024), ha aumentado el interés de los colombianos por los planes voluntarios, donde reportan que para el 2023 el número de colombianos que contaban con un plan voluntario de salud fue de 3,8 millones. Esta cifra evidencia el incremento continuo de los planes voluntarios en el país, se puede percibir una insuficiencia en la atención del sistema obligatorio, especialmente entre quienes tienen capacidad de pago.

Este estudio tiene como alcance de delimitación el contexto colombiano con énfasis en usuarios afiliados a PVS, abordando dimensiones normativas, operativas, financieras y de satisfacción. La metodología empleada para este trabajo comprende una revisión documental de fuentes académicas, normativas, estadísticas y oficiales, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión abarcando el periodo comprendido entre 2020 y 2025 organizando la información acorde con los objetivos de investigación para favorecer el análisis comparativo de los hallazgos.

Los planes voluntarios de salud como la medicina prepagada, las pólizas, los planes complementarios y otros similares no son un fenómeno reciente. Tienen una trayectoria de casi cuatro décadas en Colombia y surgieron, en buena medida, como una respuesta al desempeño, la escasa cobertura y la desatención del sistema de salud anterior (Dáguer, 2021). Esta génesis histórica permite comprender por qué estos mecanismos han ganado terreno en el sistema actual, convirtiéndose en una vía alterna para quienes pueden costearlos, pero así mismo el interés y la importancia por analizar las fallas de satisfacción y las vías judiciales para la obtención de servicios.

De acuerdo con este contexto, teniendo en cuenta el crecimiento de los planes voluntarios, persisten vacíos regulatorios, poca vigilancia institucional y de articulación con el sistema obligatorio. Por lo tanto, el presente trabajo está estructurado en varias secciones; una primera parte que aborda el desarrollo histórico, normativo y su funcionamiento operativo; en la segunda parte el desarrollo de la caracterización económica y sociodemográfica de los afiliados y las experiencias internacionales, la tercera parte donde se ahonda y analiza la satisfacción de los usuarios y percepción de la calidad mediante el análisis de la literatura frente a los procesos judiciales contra las compañías que ofertan los PVS.

Por último, se presentan las conclusiones del estudio, las cuales permiten identificar los principales retos y desafíos que plantean los Planes Voluntarios de Salud bajo el contexto colombiano. Esta investigación aporta una recopilación de la información disponible frente a los efectos en la satisfacción de los usuarios de los PVS, creando insumos importantes para la toma de decisiones y la construcción de políticas públicas integradas e integrales.

Planteamiento del Problema

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia se articuló a partir de los principios de universalidad, equidad y solidaridad, sin embargo, con la inclusión y ampliación de los PVS se ha evidenciado una creciente segmentación en el acceso a los servicios que contradice los fundamentos del modelo de aseguramiento en salud, este análisis comprende el periodo de 2020 a 2025 para Colombia y las Américas y de acuerdo con la literatura y fuentes oficiales frente a la satisfacción, calidad y servicios derivados de los PVS.

En el contexto histórico, la formalización de los PVS se consolidó con la expedición de la Ley 100 de 1993, de donde surge la denominación de planes complementarios y de lo cual se determinó que estos planes deben ser financiados por el afiliado, con otros recursos distintos a las cotizaciones obligatorias. Posteriormente, mediante el decreto 780 de 2016 se amplió y detalló la base normativa y de operación de los PVS, donde se deja plasmada la obligatoriedad y la importancia de la vigilancia, control y resultados de calidad para sus servicios de salud.

Adicionalmente, algunos factores como el costo elevado de los medicamentos, uso de tecnologías médicas, crecimiento de la población afiliada y una mayor conciencia sobre el derecho a la salud, dio lugar a reformas estructurales entre ellas la Ley 1438 de 2011, que incluyó medidas para limitar el gasto y fomentar la participación del sector privado, incluyendo el desarrollo de nuevos planes voluntarios y seguros de salud (Dágner, 2021).

Los planes voluntarios han generado un impacto a nivel financiero y de eficiencia en la prestación de los servicios del sistema de salud y para los usuarios que pueden pagar por una atención con mejores estándares de calidad y oportunidad, de estos servicios se han generado tensiones al interior del sistema, derivados de la calidad y satisfacción esperada. Además, la falta de una normativa articulada con el sistema público y la endeble supervisión institucional han

permitido que estos planes funcionen de forma paralela, sin control sobre su impacto en la satisfacción, calidad y equidad; así como se evidencia en lo expuesto por Uribe (2024), donde se señala la problemática que enfrentan los afiliados por la no prestación de los servicios por las compañías de los PVS, contratos atípicos que no cuentan con regulación legal que resultan en un alto número de tutelas y sentencias de la Corte Constitucional ante fallas no resueltas en el aseguramiento privado.

Por lo tanto, queda planteada la necesidad de abordar desde un punto de vista crítico el papel que cumplen los PVS dentro del SGSSS, y sus repercusiones en la garantía del derecho a la salud, calidad del servicio y en la sostenibilidad del sistema; un análisis que se hace necesario para poner en evidencia vacíos regulatorios, contradicciones normativas y oportunidades de mejora que propicien a una óptima complementariedad entre los distintos estándares de aseguramiento.

¿Cuáles son los principales planteamientos de los autores acerca de los Planes Voluntarios de Salud en Colombia entre 2020 y 2025, en cuanto a la satisfacción del servicio por parte de los usuarios, así como sus efectos en el desempeño y sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Justificación

La razón por la cual existió un interés por abordar el tema de los Planes Voluntarios de Salud en Colombia surge de la preocupación por su impacto en la equidad, la universalidad y la solidaridad del SGSSS. La participación financiera y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud derivados de los planes voluntarios, el crecimiento de la oferta y número de usuarios afiliados supone un impacto sobre el sistema de salud lo que genera relevancia en las desigualdades y normaliza una segmentación respecto al acceso a los servicios de salud. Esta situación, junto con la falta de regulación integral y las cifras en quejas y aumento de las acciones judiciales presentadas por los usuarios insatisfechos, propone la necesidad de analizar críticamente su funcionamiento, efectos e implicaciones dentro del SGSSS, con la finalidad de establecer las acciones de mejora para el modelo de aseguramiento privado.

Lo anterior, se relaciona con las cifras recientes que se presentan de los planes voluntarios que alcanzan una participación del 4,7 % de los usuarios afiliados al sistema, lo que evidencia una tendencia creciente en la búsqueda de alternativas de atención por fuera del plan obligatorio, evidenciando una desconfianza importante hacia la calidad y oportunidad del sistema público (Consultorsalud, 2021).

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, los Planes Voluntarios de Salud como se mencionó anteriormente han obtenido un crecimiento significativo como una alternativa para quienes buscan mejores condiciones de atención respecto a las limitaciones del plan obligatorio. Los planes voluntarios de salud, pensados para complementar el sistema obligatorio, se han convertido en una alternativa de atención que muchos colombianos eligen cuando encuentran dificultades en el acceso oportuno, la cobertura amplia o la calidad de los servicios públicos. Esta transformación en su función refleja las brechas que persisten en el

sistema de salud y la búsqueda de las personas por encontrar soluciones a sus necesidades en salud.

El crecimiento sostenido de estos planes evidencia una realidad compleja: mientras ofrecen una salida individual a las limitaciones del sistema público, su expansión ha contribuido a crear un modelo de atención dividido en dos niveles. Las personas que pueden acceder a planes voluntarios logran recibir atención más ágil y servicios adicionales, mientras que quienes dependen únicamente del sistema obligatorio enfrentan las dificultades conocidas: tiempos de espera prolongados, trámites complejos y, en algunos casos, servicios limitados.

Esta situación genera una paradoja: al tener una alternativa privada disponible, se reduce la presión social para mejorar el sistema público, ya que los sectores con mayor capacidad de influencia encuentran soluciones por fuera del régimen obligatorio. Sin embargo, los afiliados a los planes voluntarios encuentran en la prestación de los servicios fallas o inconformidades, que denotan la importancia de analizar las expectativas y posibles oportunidades de mejora del aseguramiento privado.

La existencia de los Planes Voluntarios en Salud refleja no solo una respuesta a las falencias del sistema obligatorio, sino también un nivel de insatisfacción de los usuarios frente a la baja capacidad resolutive, la limitada oportunidad de atención y la falta de confianza institucional (Londoño, 2014). Entender los niveles de satisfacción de los afiliados a estos planes permite identificar barreras en el servicio y determinar las oportunidades de mejoramiento de las compañías de aseguramiento privado.

Desde el punto de vista normativo los Planes Voluntarios de Salud han sido reconocidos como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud como lo contempla la Ley 100 de 1993, lo que genera un impacto en los convenios y operación de los mismos con los prestadores

del sistema de salud. Con la introducción de esta ley, como lo expone Lozano (2024) señala “se buscó consolidar a los PVS como un mecanismo de aseguramiento dirigido a las personas con capacidad de pago para suplir la falta de acceso, oportunidad y calidad en la prestación que ofrece el Sistema” (p. 8); ya que se menciona por primera vez la medicina prepagada, haciendo referencia a la figura de la prestación de servicios privados, así como sus tarifas, normas de calidad y la responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud desde su vigilancia y control. Finalmente, el Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expidió el decreto único reglamentario del sector salud, donde se incluyen los planes voluntarios de salud, se detallan los tipos de servicios, condiciones para la entrada en operación y permanencia en el sistema de salud y la vigilancia del Estado (Decreto 780, 2016).

Por otro lado, es necesario reconocer que este estudio comprende el periodo de 2020 y 2025, en el que se ha evidenciado un crecimiento sostenido de la afiliación a los PVS, lo que demuestra la necesidad de acceder a los servicios de salud que no logran ser cubiertos con calidad y satisfacción por el SGSSS. Estas limitaciones del sistema general no solo han incentivado la expansión de los planes voluntarios como una alternativa de atención, sino que también evidencian que sus dinámicas y retos no pueden analizarse de manera aislada, sino como parte de un entramado de deficiencias que impactan de forma integral la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, cabe resaltar que el desarrollo de esta monografía beneficia principalmente a los usuarios afiliados a los planes voluntarios de salud, al evidenciar las oportunidades de mejoramiento de los servicios. También aporta insumos al SGSSS con el fin de mejorar su articulación con los planes voluntarios en salud, a las entidades regulatorias ya que pueden verificar los hallazgos para fortalecer la supervisión y actualizar la normativa vigente y

finalmente, a los tomadores de decisiones que pueden observar en este análisis una herramienta para futuras propuestas en el desempeño de los PVS.

Objetivos

Objetivo General

Analizar cuáles son los principales planteamientos de los autores acerca del impacto de los Planes Voluntarios de Salud (PVS) en la satisfacción, percepción de calidad del servicio por parte del usuario y el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia entre los años 2020 a 2025.

Objetivos Específicos

Reconocer el marco normativo y regulatorio que ha definido la evolución y funcionamiento de los PVS en el contexto del SGSSS.

Describir una visión general del desempeño de los PVS y de la satisfacción de los usuarios en relación con la calidad y acceso a los servicios de salud, con base en estudios publicados entre 2020 y 2025.

Identificar las oportunidades de mejora de los PVS en articulación con el SGSSS, según lo reportado en fuentes académicas y oficiales.

Marco Teórico y Conceptual

Marco Teórico

Marco Normativo

Desde la entrada en vigor de la Ley 10 de 1990, mediante la cual se organizó el Sistema Nacional de Salud y se incorporó por primera vez la referencia a la medicina prepagada, hasta la expedición de la Ley 100 de 1993 que dio origen al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, la política pública en la materia ha tenido como propósito esencial alcanzar la cobertura sanitaria para la totalidad de la población colombiana.

En desarrollo de dicho propósito, se han definido como objetivos estratégicos: I) garantizar el financiamiento sostenible del sistema de salud, II) regular las instituciones y los distintos actores que lo integran y, III) unificar el marco normativo aplicable a la prestación de los servicios de salud. Tales objetivos se orientan a la materialización del derecho fundamental a la salud y a la seguridad social, reconocido por la Constitución Política de 1991, la Ley 100 de 1993 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Desde la promulgación de estas disposiciones, el ordenamiento jurídico en la materia ha sido objeto de múltiples reformas, con el fin de adecuarlo a las necesidades y retos derivados de la consecución de dichos fines.

En 2016, mediante el Decreto 780, se expidió el más reciente marco normativo aplicable a la regulación de los Planes Voluntarios de Salud. En este decreto se precisan, entre otros aspectos, el tipo de servicios que pueden ofrecerse, las condiciones para su entrada en operación y permanencia dentro del sistema de salud, así como los mecanismos de vigilancia a cargo del Estado colombiano (Decreto 780, 2016).

La Ley 100 de 1993 incorporó una definición normativa de los Planes Complementarios, entendidos como aquellos que las Entidades Promotoras de Salud pueden ofrecer de manera

adicional al Plan Obligatorio de Salud y que deben ser financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias. En los términos de la norma: “Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias” (Ley 100, 1993, art. 169).

Posteriormente, se modificó el concepto ampliando e incluyendo las diferentes opciones que se pueden ofertar desde los PVS, esto, por medio de la Ley 1438 de 2011, en los siguientes términos:

Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1438, 2011, art. 37).

Por lo tanto, la Ley 1438 (2011), amplió y precisó el alcance normativo de los Planes Voluntarios de Salud, no sólo respecto de sus potenciales coberturas y las posibles fuentes de financiación, sino también exigió que su acceso y permanencia quedarán condicionados a la afiliación y continuidad en el régimen contributivo, consolidando así su naturaleza complementaria dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La normatividad también caracteriza la teoría contractual de los PVS, por ejemplo, la medicina prepagada se concibe como el resultado de ejercer el derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada, dada su naturaleza de libre escogencia, de manera voluntaria y de pago

con recursos propios. El carácter contractual de los PVS aplica para las normas del código civil y mercantil colombiano, son contratos de adhesión en donde las partes aceptan cláusulas y condiciones preestablecidas para su ejecución; estos contratos tienen características como lo son la bilateralidad, donde surgen obligaciones por ambas partes; son contratos onerosos, descritos como contratos en donde ambas partes obtienen un beneficio; se detallan como conmutativos, lo que hace referencia a la contraprestación equivalente que se espera de cada parte; es consensual, dado que requiere la aceptación de ambas partes, tiene una periodicidad establecida (Uribe, 2024).

También se hace referencia al principio de la buena fe, que todos los contratos deben tener pero en especial los contratos de los planes voluntarios por su naturaleza al tratarse de un servicio público para la salud, se exige un comportamiento de las partes que brinde certeza y seguridad al cumplimiento de lo acordado y la satisfacción de las prestaciones pactadas, que cobra alta importancia en el objetivo de este estudio, dado que permite analizar la expectativa y naturaleza legal de la satisfacción esperada (Uribe, 2024).

Para comprender más a detalle el modo de operación de los planes voluntarios a los que hace referencia el presente estudio, su calidad y satisfacción en la prestación de los servicios, a continuación, se relacionan la caracterización de los servicios que busca detallar las características sociodemográficas de los afiliados y la relación con la economía tanto del individuo como del sistema y los conceptos claves.

Caracterización Sociodemográfica y Socioeconómica

Realizando el análisis de la información y los conceptos que anteceden y así mismo las definiciones normativas, se deduce la importante participación de los planes voluntarios en el sistema de salud colombiano, por tal razón, es importante también describir el perfil

sociodemográfico y económico de las personas que hacen uso de los PVS en Colombia, la participación sobre la oferta del mercado de la salud colombiana y su efecto sobre la prestación de los servicios de salud en el país, logrando precisar su impacto en el sistema de salud colombiano.

Para esto, la revista FASECOLDA de la Federación de Aseguradores Colombianos en su edición de mercado, presenta un análisis con base en los datos del 2012 de la Encuesta Longitudinal de Protección Social, en la cual el DANE presenta estadísticamente los hogares colombianos con PVS y sus características socioeconómicas; en esta se encuentra que, para el 2012 el número de hogares colombianos con un PVS fue de 598.497 que corresponde al 4.4%, de los cuales se encontraron características similares en cuanto a financiación de los mismos y su permanencia, el jefe de hogar quien usualmente asume el costo de los planes es mayor de 40 años, sexo masculino y casado (Grass, 2015).

Las personas afiliadas a estos planes se encuentran localizadas en las ciudades y departamentos principales, los considerados grandes centros urbanos como Bogotá, Antioquia, Valle de Cauca y Norte de Santander. La permanencia en términos económicos también depende del tiempo en el cual la persona jefa o jefe de hogar que asume el costo del plan permanezca en un empleo, en el cual mayormente corresponde a más de 10 años; este jefe de hogar tiene como característica en un 55% un nivel de escolaridad de educación superior (Grass, 2015).

Lo expuesto anteriormente y también analizado en el artículo, permite comprender la relación entre el mayor nivel de capacidad adquisitiva y financiera dado por niveles de escolaridad, con la adquisición de los planes voluntarios; encontrando que hogares de estratos 3 en adelante, son los que tienen el poder adquisitivo principal para permitirse la tenencia de un PVS, con unos ingresos mayores a 5 SMMLV usualmente y como indicador de percepción de

bajo nivel de pobreza. Al analizar las razones por las cuales los afiliados adquieren los PVS, también se encuentra una relación de mejoría en la calidad de vida y búsqueda de mecanismos de protección, no solo en la adquisición de Planes Voluntarios de Salud, sino también alternativas de ahorro y protección para la vejez (Grass, 2015).

Lo arriba mencionado, guarda relación con la hipótesis presentada por Prada y Severiche (2022), en la cual con base en la experiencia de la práctica clínica se explica que, entre las razones para adquirir un plan de medicina prepagada hacen parte la mejora del lujo, la comodidad, libertad de elección, menos trámites, mejor oportunidad, eficiencia, efectividad, calidad y también el derecho que considera el usuario adquirió en servicios específicos y su representación de la inversión económica.

En cuanto al perfil socioeconómico de los usuarios de planes voluntarios de salud, la literatura señala que estos productos no son una prioridad para la mayoría de los hogares, y que su adquisición responde a factores asociados a ingresos y percepción de calidad. Tal como lo plantean Casabianca et al. (2022):

Podríamos pensar que los hogares no encuentran dentro de sus prioridades principales adquirir planes de salud voluntarios. En este sentido, el individuo que demanda dicho seguro se encuentra en la parte superior de la distribución del ingreso y es más sensible a las brechas de calidad entre el servicio público y privado. Por lo tanto, responden menos que proporcionalmente a los cambios en el precio de PVS (p. 9).

Esto guarda relación con los datos presentados igualmente en la revista Conexión de la Asociación Colombiana de empresas de Medicina Integral- ACEMI, lo menciona la misma revista, los planes voluntarios son una “opción importante de cobertura para cierto grupo de población con capacidad de pago” (ACEMI, 2017).

Al revisar las estadísticas presentadas del mercado de los planes voluntarios, se encuentra que para los planes de medicina prepagada al año 2016, la cantidad de afiliados era alrededor de 1.100.000 lo cual se mantenía en cifras similares desde 1993; el artículo presenta también de manera apartada los servicios de ambulancia prepagada, los cuales consisten en coberturas no solo para el traslado de pacientes en ambulancia, sino una serie de coberturas de atención prehospitalaria y en el domicilio, para estos servicios se han presentado variaciones en el número de afiliados a través de los años; para los planes complementarios ofertados por las EPS, también se ha registrado aumento en número de afiliados, se describe un aumento del 12.7% que equivale a alrededor de 180.000 afiliados para el año 2010, llegando casi a los 300.000 afiliados para el 2016; en el caso de los seguros de salud o pólizas de salud no se contaba con datos exactos del número de afiliados. En general, se habla que para el 2015 según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE el 5% de la población colombiana contaba con cobertura de salud voluntaria, lo que correspondía aproximadamente a 2.332.000 colombianos (ACEMI, 2017).

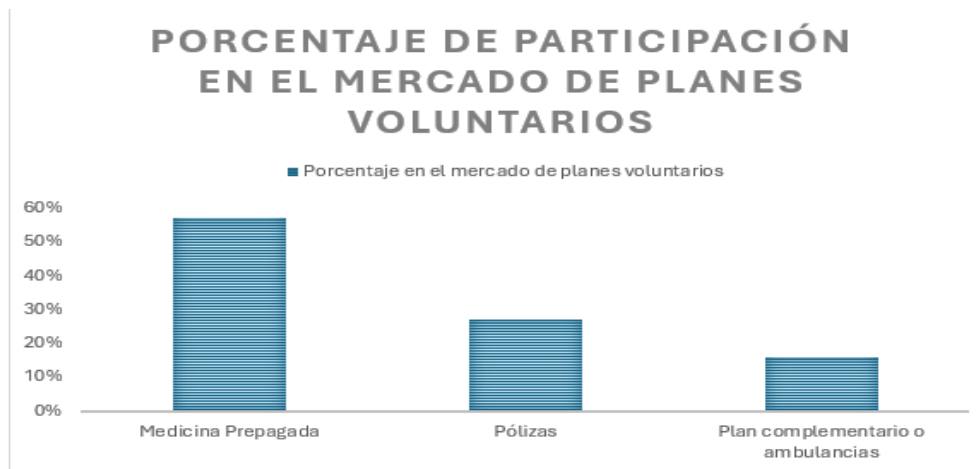
Respecto a las características socioeconómicas y demográficas de los afiliados, la revista Conexión también describe mediante una muestra poblacional, las características de las personas afiliadas a los planes voluntarios, la mayoría de los afiliados corresponde a los planes de medicina prepagada; en cuanto al estrato socioeconómico el 10% corresponde a las personas con estrato 1, el 29 % las personas con estrato 2, el 18% corresponde a las personas de estrato 4, el 10% tiene un estrato 5 y el 11% corresponde a las personas de estrato 6, sin embargo, son las personas de estrato 4 al 6 los que cuentan con PVS que tienen una cobertura mayor, dado que estos estratos cuentan con mayores ingresos económicos para la adquisición de servicios de mayor cobertura y cuantía económica, cruzando esto con el porcentaje de la población total que

corresponde al estrato 6, el 72% de las personas de este estrato cuenta con un plan voluntario de salud, incluso con más de un plan voluntario a la vez (ACEMI, 2017).

Estadísticas más recientes presentadas por FASECOLDA (2021), permiten contar con datos fiables y por lo tanto con un análisis más específico del panorama actual de los PVS en Colombia, para el 2021 describen que cerca de 4.7 millones de personas tienen un plan voluntario de salud, que representa el 0.6% del Producto Interno Bruto del país y el 8.2% del gasto en salud del país; se describe también que entre las opciones o modalidades de los planes voluntarios, la medicina prepagada es la más escogida representando un 57% de los planes voluntarios, seguidos por un 27% para las pólizas de salud y un 16% para los planes complementarios y los servicios de ambulancias.

Figura 1

Porcentaje de Participación en el Mercado de Planes Voluntarios.



Fuente. Elaboración propia con datos reportados por FASECOLDA.

De estas diferentes alternativas en el mercado de los PVS, también se cuenta con datos específicos que permiten entender la dinámica dentro de la interacción de estas compañías, presentados por el diario la república con base en la información de FASECOLDA, ACEMI y DANE en la encuesta de calidad de vida, la medicina prepagada corresponde al plan voluntario

con mayor participación en el mercado con el 57%, seguido por las pólizas de salud con un 27% y finalmente los planes complementarios y ambulancias prepagadas con un 16%. El aseguramiento privado del país representa el 0.6% del ingreso nacional, una persona con un PVS acude al sistema 11.6 veces, 1.3 millones de colombianos tienen un plan complementario, entre otros datos aportados y en relación con este último se describe el impacto que tienen al ser un servicio que busca complementar los que se tienen bajo el sistema de salud público por medio de las EPS (Salazar, 2024).

Otros modelos también existentes de prestación de servicios de salud por pago voluntario interactúan en el mercado, aunque estos sean principalmente enfocados en coberturas específicas o aseguramiento de riesgos específicos, como es el caso de los micro seguros para patologías específicas o los servicios de transporte especial de pacientes, aunque estos normativamente no están considerados dentro de los planes voluntarios por coberturas específicas.

Teniendo en cuenta los aspectos presentados hasta este punto, el número de personas usuarias de PVS incide en las estadísticas y la calidad de la prestación de los servicios de salud, y no solo por su cantidad sino por la responsabilidad que tienen los planes voluntarios en la prestación de servicios de salud en todos los niveles de complejidad, convirtiéndose en una necesidad el análisis de la satisfacción y la calidad de la prestación de los servicios en el contexto de estos planes, frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las expectativas de los usuarios afiliados.

Este escenario riñe con el del sistema general de salud en su régimen contributivo y subsidiado en igual medida ya que si bien cuenta con una base más robusta de afiliados y más amplia en cuanto a los recursos asignados, se observa que el compromiso y resultado con la calidad ofertada no es la mejor, según lo describe Melo et al., (2024):

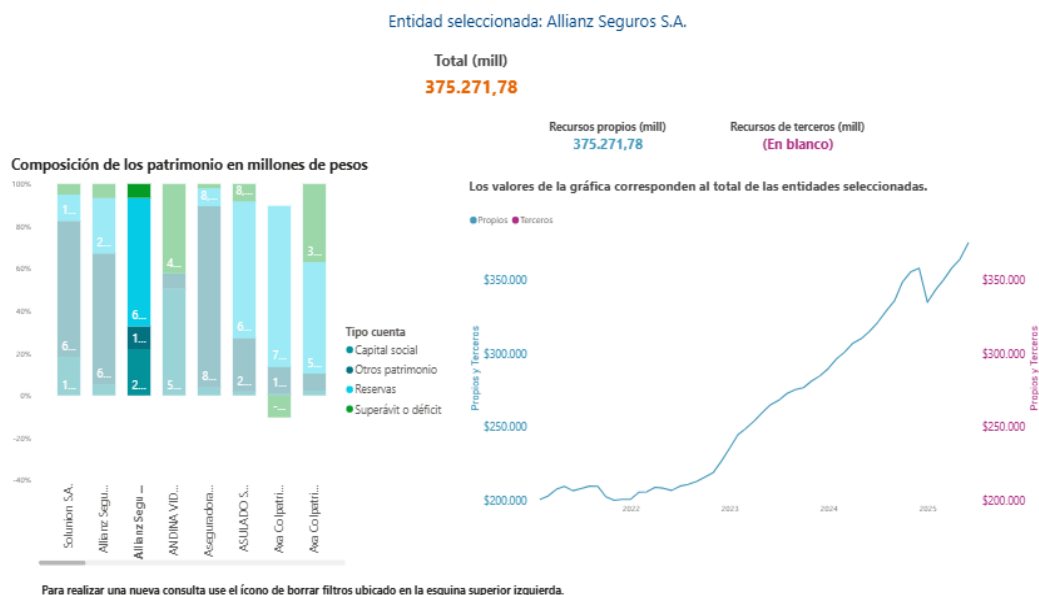
Considerando que las EPS tienen la responsabilidad de brindar servicios de salud de calidad, mediante una gestión eficiente de los recursos para garantizar su sostenibilidad financiera, es esencial evaluar la relación entre la eficiencia en el manejo de sus recursos, y los indicadores de la calidad de los servicios. Si bien un uso óptimo y eficiente de los recursos debería reflejarse en indicadores de calidad, esto no siempre ocurre (...) Esto sugiere que las EPS más eficientes en la administración de sus recursos, no necesariamente obtienen los mejores resultados en términos de calidad de los servicios (p. 29).

Efecto en la Economía de los Planes Voluntarios de Salud

Por otro lado, y desde el punto de vista económico, los PVS tienen una repercusión importante sobre el porcentaje de actividad en el sistema financiero del país. Así lo representa los datos expuestos por la Superintendencia Financiera de Colombia a través del diario El Espectador, en el cual se lista al 31 de diciembre de 2024 las cifras del patrimonio técnico y patrimonio adecuado de las compañías de seguros generales, donde a pesar de que no se enfatiza únicamente en el segmento de los PVS, si se lista un número importante de compañías que conforman este mercado; tal como lo muestra el reporte, compañías como Seguros de Vida Suramericana S.A., que participa en los segmentos de pólizas de salud y planes complementarios registra un patrimonio en millones de pesos de 2.611.644, el cual corresponde al patrimonio más alto entre las compañías de seguros; también el ejemplo de compañías como Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. de medicina prepagada y Allianz Seguros de Vida S.A. de pólizas de salud con patrimonios de 770.926 y 264.594 respectivamente, muestra el efecto y la participación de estas compañías en el sistema financiero del país y a su vez del sistema de salud (Superintendencia Financiera de Colombia, 2025).

Figura 2

Patrimonio para la Compañía de Pólizas de Salud Allianz Seguros S.A.

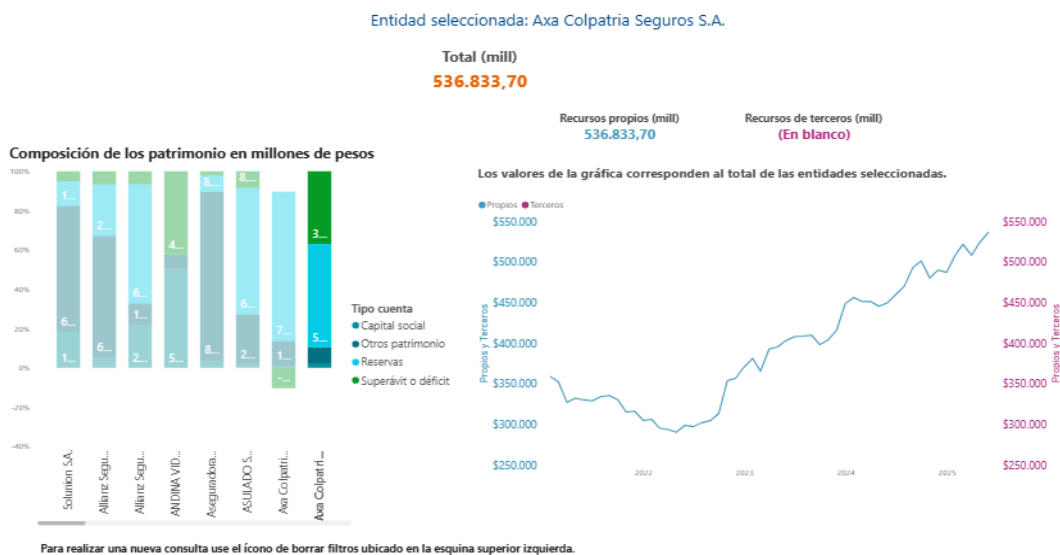


Fuente. Información Financiera de la Superintendencia Financiera de Colombia, 2025.

A partir de la información anterior, se evidencia que, si bien Allianz Seguros S.A. (Figura 2) mantiene una posición sólida en el mercado de pólizas de salud con un patrimonio cercano a 375.271 millones de pesos, es Axa Colpatria Seguros S.A. la que sobresale dentro del segmento de medicina prepagada, con un patrimonio significativamente mayor de 536.833 millones de pesos (Figura 3). Esta diferencia patrimonial refleja no sólo la diversidad de modelos de negocio dentro del sector, sino también la concentración de capital que caracteriza al mercado de PVS. En consecuencia, las dos figuras aportan un panorama comparativo que permite entender cómo la capacidad financiera de cada aseguradora influye en su participación y sostenibilidad en el mercado.

Figura 3

Patrimonio para la Compañía de Medicina Prepagada Axa Colpatria Seguros S.A.



Fuente. Información Financiera de la Superintendencia Financiera de Colombia, 2025.

En este panorama, según Casabianca et al. (2022) al considerar los hallazgos de un estudio reciente realizado por el Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA, el cual evidenció que los usuarios de seguros privados voluntarios en salud tienden a sustituir el consumo de servicios públicos por privados, lo que genera ahorros significativos para el sistema público de salud. Sin embargo, el mismo estudio advierte que, debido a la alta elasticidad de la demanda de este tipo de seguros, eventuales reformas tributarias orientadas a eliminar los beneficios fiscales que reciben podrían trasladar una mayor carga financiera al sistema público, incrementando la presión sobre sus recursos.

En conclusión, aunque la sustitución de servicios públicos por privados representa un alivio financiero para el sistema de salud, este efecto positivo es frágil y depende de mantener condiciones que incentiven la permanencia de los usuarios en el mercado de seguros privados voluntarios. Cambios en la estructura de precios o en los beneficios tributarios podrían alterar

este equilibrio, con el riesgo de incrementar la demanda sobre el sistema público y agravar sus tensiones financieras.

Adicionalmente, dada la crisis que atraviesa el sistema de salud, especialmente desde una perspectiva financiera y sus repercusiones estructurales, se hace necesario iniciar esta revisión con una afirmación contundente que orienta el análisis, presentada por Crispin et al. (2023), donde se menciona:

La eficiencia en el uso de los recursos puede contribuir a reducir las presiones sobre la necesidad de recursos del sistema de salud. Por ello, es importante evaluar y medir la capacidad de los prestadores para atender a la población (p. 27).

En este aspecto es importante evaluar la capacidad real de las instituciones para prestar los servicios adecuadamente a la población con el fin de mejorar resultados sin incrementar el gasto. Por su parte, el artículo de la revista *El Tiempo* indica que los PVS representan cerca del 10% del gasto total y generan un ahorro aproximado de 430.000 millones de pesos al sistema público, debido al uso de servicios privados por parte de sus afiliados. También destaca que más de cinco millones de colombianos están afiliados a estos planes, con accesos a servicios con menor congestión y mayor atención, aunque muchas veces con expectativas poco viables sobre su cobertura, lo que ha generado inconformidades y confusión jurídica (Daguer, 2021).

Análisis del Impacto en la Satisfacción y Calidad

Lo expuesto hasta este punto, ratifica la importante participación en el sector salud de los PVS en Colombia, en consecuencia, es necesario realizar un análisis del impacto que tienen sobre la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social y el impacto sobre la satisfacción de los afiliados a estos planes, que tendrá incidencia también en la satisfacción global de los servicios de salud del sistema en general y así mismo, el análisis nos permite contar

con una base de conocimientos para establecer las oportunidades de mejora de este segmento del mercado.

Para el análisis de la satisfacción y la calidad, se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos teniendo en cuenta los recursos de los últimos 5 años desde el año 2020 hasta 2025, con acceso disponible, texto completo, artículos en idioma español o inglés para Colombia y las Américas; adicionalmente se tuvo en cuenta artículos clave cuyo enfoque y direccionamiento estuviera relacionado con las fallas de calidad o insatisfacción de los afiliados con los servicios recibidos en el contexto de los seguros privados voluntarios.

La calidad percibida y la oportunidad de los servicios de salud públicos son factores determinantes en la satisfacción ciudadana y en su decisión de optar por seguros médicos privados complementarios. Un estudio reciente identificó que la percepción de falta de acceso oportuno en el sistema público, junto con el temor de las personas tanto por sí mismas como por sus familiares a recibir atención sanitaria subóptima, constituye un factor que puede ser aprovechado por las aseguradoras para incentivar la compra de seguros privados (Patiño et al., 2024). Tales resultados posibilitan un análisis integral de la satisfacción y calidad que trasciende los indicadores objetivos para incorporar tanto la experiencia subjetiva de los usuarios como las dinámicas del mercado que moldean su comportamiento.

Al relacionarse con el derecho a la salud y revisar las coberturas y condiciones que los PVS ofertan, en procura de establecer las responsabilidades y el impacto en la calidad en la prestación de los servicios, Quintana (2016), menciona que la jurisdicción y la Corte Constitucional en el ejercicio de sus funciones, debe procurar la protección del usuario en lo relacionado con el derecho a la salud, en donde por medio del mecanismo de protección de derechos se evidencian entre otras las acciones de tutela contra las compañías de PVS como

mecanismos para exigir servicios que no hayan sido cubiertos y que hayan generado desacuerdo, lo que supone un incumplimiento en la expectativa de atención de los servicios de salud ofertados para los usuarios, así mismo la importancia del análisis de los acuerdos que se generan en la celebración de los contratos por ambas partes; en estos se entiende y se obliga a la compañía prestadora de los PVS a atender los problemas de salud del afiliado con posterioridad a la entrada en vigencia del contrato/acuerdo entre las partes, conforme a las condiciones del plan adquirido, aceptado y los pagos que de esto se deriva.

De la misma manera, la buena fe esperada por ambas partes en la celebración de estos contratos implica tanto el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por las compañías de los PVS y dar respuesta a las necesidades en salud del afiliado, así como las responsabilidades del afiliado en lo relacionado con el cuidado a la salud y la información veraz al momento de adquirir los planes. También se expone en el artículo de Quintana lo determinado por la Corte Constitucional, la posibilidad de elegir por el usuario afiliado si hará uso de la atención en salud por parte del plan obligatorio de salud o del plan voluntario de salud, así entonces determina la corte que no se podrá desplazar la responsabilidad al plan obligatorio de salud, lo que da a entender la responsabilidad de los PVS para que cuenten con la capacidad de atender las necesidades en salud del afiliado y lo relacionado con su derecho fundamental. Los Planes Voluntarios de Salud, así mismo operan con base en la información obtenida por medio de exámenes previo al ingreso, definir para ambas partes las exclusiones expresas del contrato y patologías preexistentes (Quintana, 2016).

Se explora la información respecto a los alcances puntuales que tienen estos planes, en relación con las cláusulas o condiciones bajo las cuales se vinculan los usuarios a estos servicios, Por lo que Peláez (2019), explica también las definiciones relacionadas a los términos

exclusiones y preexistencias, lo cual tiene que ver con las condiciones patológicas o situaciones específicas en las que el PVS no va a reconocer la atención en salud relacionada, por tratarse de una condición o patología previa a la inclusión de la persona en el plan o una situación que no es objeto de cobertura; las mismas deben ser definidas por el plan mediante las correspondientes valoraciones o los exámenes médicos necesarios, para que así quede definido expresa y claramente en el contrato suscrito para el PVS previo a su entrada en vigencia. Es así como se plasma las posibles expectativas y se puede establecer una idea sobre lo que el afiliado a los PVS espera de su atención bajo esta cobertura, las posibles desviaciones en esa atención y calidad esperada pueden sustentar las razones de una eventual inconformidad de la persona con el servicio.

En relación con lo anterior, la bibliografía consultada menciona la problemática en cuanto a las inconformidades de los afiliados a los PVS y que finalmente derivan en procesos judiciales para la obtención de servicios de salud contra las compañías, se hace mención a las problemáticas que enfrentan los usuarios cuando las compañías no aceptan la prestación de un servicio o producto de salud, justificándose como una patología preexistente al inicio del contrato y se mencionan los mecanismos judiciales, como la acción de tutela, por medio de la cual la Corte Constitucional determina la obligatoriedad de la compañía de amparar los tratamientos de salud de la persona, con base en sus derechos fundamentales a la salud y a la vida. Estos procesos judiciales se explican también por la falta de regulación legal clara para estos contratos o segmento de servicios privados, se llega a afirmar que no existe entre los contratos de prestación de servicios algún otro que genere tantas acciones de tutelas y sentencias de la Corte Constitucional (Uribe, 2024).

En el análisis de la calidad y satisfacción en la prestación de los servicios de salud, uno de los indicadores más reveladores es el uso recurrente de mecanismos judiciales por parte de los usuarios. La acción de tutela, concebida como un recurso excepcional para garantizar derechos fundamentales, se ha convertido en una vía frecuente para exigir la prestación de servicios que deberían estar cubiertos oportunamente. Como señala el Boletín Técnico Interactivo del Instituto Nacional de Salud (2020):

Las tutelas analizadas reflejan las fallas en el funcionamiento del sistema de salud colombiano. En lugar de reducirse el número de tutelas anualmente, se incrementa lo que podría explicarse por la constante práctica de las entidades aseguradoras de imponer barreras en el acceso a los servicios dificultando la posibilidad de que el usuario tenga un servicio eficiente (p. 6).

Para iniciar y mantener el funcionamiento de las compañías que administran PVS, es necesario que todos los procesos de la empresa cumplan con los requisitos de los cuales hace referencia la normatividad. La expectativa de cumplimiento y satisfacción que los afiliados y el sistema de salud tiene sobre los PVS inicia no solo de la calidad esperada por los afiliados y sus necesidades de atención en salud, sino que, al comprender que los planes voluntarios hacen parte del SGSSS de Colombia y que su actuación influye en los resultados del sistema, permite ratificar la importancia de la regulación normativa y de desempeño de las compañías de estos planes.

La normatividad determina los requisitos y el proceso administrativo por el cual entra en funcionamiento una compañía de PVS, por lo que además de los términos establecidos en la ley 1438 de 2011 y el decreto 780 de 2016, la normatividad deja en claro el papel de vigilancia y control de la Superintendencia de Salud sobre estas compañías, en donde para las pólizas también se tiene la vigilancia de la Superintendencia Financiera; esto es relevante en el sentido

de conocer el papel de vigilancia sobre el cumplimiento de las compañías; entre otros aspectos, la normatividad también relaciona los deberes de estas compañías de contar con programas de mejoramiento de la calidad y políticas de gestión del riesgo, demostrar la suficiencia financiera, requisitos de habilitación, nota técnica; es decir, las compañías de PVS están sujetas también a las normas de funcionamiento mínimo establecido y de calidad por parte del gobierno nacional y las instituciones que ejecutan y hacen su vigilancia. Respondiendo entonces a los requisitos de operación frente al sistema de salud y de garantía de la calidad (Superintendencia Nacional de Salud, 2022).

Con base en la premisa anterior de la responsabilidad de vigilancia por parte de las entidades del estado en la eficiencia y satisfacción generada de la atención en salud por medio de los PVS, en el artículo presentado por Quintana, también se presenta información relacionada a las acciones de vigilancia sobre estos planes, donde la misma Corte Constitucional de Colombia ha entrado a evaluar los casos en los cuales se ha presentado alguna posible vulneración a los derechos de los afiliados de los planes voluntarios. Estos casos en los cuales la Corte Constitucional ha definido el modo de procedencia y los fallos de decisiones frente al tema, se relacionan al igual que con el plan obligatorio, con la intención de garantizar y salvaguardar el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida, por la relación que tienen los PVS con la prestación de los servicios en donde recae la responsabilidad de los derechos fundamentales mencionados y se presume una posible vulneración a esos derechos, por lo que el artículo menciona que no solo por la vía de la acción de tutela, sino también por medio de acciones judiciales civiles o comerciales, se cuenta con los mecanismos para reclamar una atención de calidad o satisfactoria para el afiliado de los planes voluntarios (Quintana, 2016).

También la corte constitucional ha generado fallos como medida para exigir a las compañías de planes voluntarios el cumplimiento de la atención en salud, aun cuando pudiera justificarse bajo las exclusiones y preexistencias la no cobertura que ha sido pactada previamente bajo un contrato. Las acciones tomadas por los fallos de la corte constitucional incluso instan a las compañías de los PVS a reconocer la atención en los casos que debiera ser generada la atención por el sistema público. Si bien el artículo se centra sobre la conducta que ha tomado la Corte Constitucional para definir cada caso presentado como tutela; más allá de esto, se deduce un número de situaciones en las cuales se ha presentado inconformidades de los afiliados con los planes voluntarios debido a las expectativas de servicio y/o calidad (Quintana, 2016).

Lo ya señalado deriva en la necesidad de establecer cuáles son estas diferencias o dificultades que se generan para los afiliados y el sistema de salud frente a los servicios derivados de las coberturas de los PVS y las compañías que los ofertan, que derivarán en cambios frente a la percepción del usuario e inicio de acciones legales para el cubrimiento de servicios (Quintana, 2016).

Por otro lado, no solo se trata de la satisfacción de los usuarios frente a los servicios recibidos de los planes voluntarios, sino que también se forman diferencias a nivel del sistema de salud, frente a la satisfacción y calidad para una persona sin un plan voluntario, lo que generará una segregación en la calidad de los servicios recibidos. Cabe resaltar que uno de los aspectos estructurales más relevantes en la explicación de las desigualdades en el sistema de salud colombiano es el tipo de afiliación o aseguramiento con el que cuenta la población. Así lo demuestra el estudio realizado por Garzón y colaboradores, publicado en la *Revista Panamericana de Salud Pública*, el cual encontró que durante la pandemia de COVID-19, el tipo

de seguro de salud fue “el factor más importante, al cual se atribuyó 20% de las desigualdades relativas y 59% de las absolutas” (Garzón, 2022, p. 2).

Además, se destaca que “el sistema de salud colombiano es fragmentado y segmentado”, lo cual se traduce en que “los empleados formales tienen una cobertura diferente de los trabajadores informales o los desempleados” (Garzón, 2022, p. 2). Este diseño crea un acceso diferencial a servicios preventivos, diagnósticos y de tratamiento de calidad, en función no solo del estatus de empleado o desempleado, sino de la capacidad de adquisición de los planes voluntarios.

La información concluye que “el seguro de salud aparece como el factor que más contribuye a estas desigualdades, lo cual plantea retos al diseño de las estrategias de salud pública” (Garzón, 2022, p. 2). Aunque al contar con la cobertura y afiliación a un PVS, abre la puerta a coberturas diferenciales y a niveles altos de calidad esperados, generando las desigualdades a las que se hacía mención, las compañías también deben responder a un objetivo de eficiencia económica, en la cual se presten servicios con calidad, pero a menor costo, lo que eventualmente puede representar un conflicto entre los intereses de la compañía y el usuario.

El estudio de Prada y Severiche (2022) así lo manifiesta, frente a los problemas bioéticos que surgen en la atención de pacientes con medicina prepagada y en donde se espera que el profesional de respuesta a las expectativas tanto del paciente como de las compañías, actualmente los usuarios cuentan con más información para la toma de decisiones y por ende una mayor exigencia a los servicios obtenidos por medios de los planes voluntarios. Los usuarios pueden llegar a aspirar a mayores coberturas de las contratadas, tratamientos o estudios de mayor complejidad, no obstante, los servicios que se prestan mediante la medicina prepagada se

destacan que no son de resultado sino de medio y que un pago de una mayor cuantía de cobertura en el plan, no es garantía de mejores desenlaces.

Se ha logrado describir que los servicios que recibe un usuario a partir de un plan voluntario, en contraste con los servicios recibidos por EPS, son servicios con mayor amabilidad, así mismo se describe que, con el ánimo de mantener la fidelización del afiliado y su permanencia en el plan voluntario el mayor tiempo posible, se permite flexibilizar los servicios que reciben, porque de esto depende la continuidad de afiliación de la persona en el plan y consecuentemente el ingreso financiero que percibe la compañía aseguradora, permitiendo que los afiliados reciban servicios y garantías mayores a los contratados por su comodidad. Por su parte, los afiliados o familiares buscan tomar ventajas de estas situaciones como coberturas ilimitadas y allí se generan conflictos por los intereses contrarios de cada parte (Prada y Severiche, 2022).

Finalmente, el estudio de Prada y Severiche (2022) deja una importante conclusión y reflexión con base en el análisis ético de un caso específico y las premisas expuestas previamente, los conflictos que se generan entre los usuarios afiliados a los planes voluntarios con la satisfacción de los servicios recibidos, derivan muchas veces del problema en la interpretación de las coberturas que las partes tienen y se aclara la importancia de que las decisiones del acto médico no debieran estar supeditadas a las posibilidades económicas del paciente, ni a su tipo de aseguramiento.

Tener en cuenta las implicaciones que el tipo de aseguramiento privado o público en salud, voluntario o de obligatoriedad por el estado y los servicios que de allí se derivan con sus variaciones en cuanto a la calidad en la prestación del servicio, permite realizar una

representación de los impactos sobre el sistema de salud colombiano, los retos y oportunidades que de allí se pueden desarrollar.

Experiencias Internacionales

Uno de los objetivos para el sistema de salud colombiano y para los sistemas de salud a nivel mundial, es lograr la cobertura sanitaria universal, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud como “que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten en el momento y el lugar adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello” (Organización Mundial de la Salud, 2023). En búsqueda de este objetivo, los gobiernos a nivel mundial han adoptado estrategias tanto para los servicios de salud públicos, pero también para el aseguramiento privado y así llevar la salud a un mayor número de personas. Así como en Colombia, también se realizó una revisión de las experiencias en otros países del continente americano, en donde se describen la existencia y las experiencias con los seguros de salud privados y la medicina prepagada, describiendo así las prácticas nacionales e internacionales, sus similitudes, sus diferencias y lo que podemos aprender de las mismas.

Países de América del Sur como Chile, también cuentan con un segmento o modelo de atención privada o medicina prepagada denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), en este país son reguladas igualmente por la Superintendencia de Salud chilena y cuentan con un marco normativo la Ley 18933 de 1990 y la Ley 20015 de 2005; al igual que en Colombia, la afiliación se rige bajo un contrato privado que establece claramente las limitaciones en cuanto a la red a la cual se va a acudir, las coberturas, prestaciones y beneficiarios, se debe realizar una declaración de salud previa al ingreso para determinar preexistencias y estas son evaluadas por el ISAPRE, lo que tiene gran importancia dado que en un sentido estricto se deja determinado y negociado al ingreso si se van a reconocer los servicios por determinada

patología. Se incluyen adiciones a los contratos para beneficios como reconocimiento de incapacidades o enfermedades de alto costo. De estas experiencias se resalta la importancia de establecer claramente las limitaciones en los servicios, lo que puede ser determinante al momento de plasmar las expectativas por parte de los afiliados (Uribe,2024).

Entre otras experiencias plasmadas por el mismo autor, se encuentra Ecuador con similitudes frente al sistema chileno, igualmente se establecen como un servicio opcional por un determinado precio, además mediante la Ley Orgánica de Salud del 2016, se regulan las compañías y también se regula mediante su artículo 21 la importancia de establecer la información veraz, oportuna, completa y precisa frente a los alcances y limitaciones de cada prestación, cobertura y tarifa aplicable, donde no podrán contener términos ambiguos, lo que guarda relación con la experiencia chilena y su importancia en cuanto a establecer términos y coberturas claras de lo que se va a cubrir y lo que no se va a cubrir (Uribe,2024).

Contrario a la experiencia descrita para Argentina, en la cual la normatividad que sustenta la medicina prepagada Ley 26682 de 2011, se enfoca en determinar las condiciones de la prestación de los servicios y la red adscrita o fuera de contrato por medio de la cual se van a recibir los servicios, a diferencia de los casos previos, para Argentina, la medicina prepagada oferta coberturas parciales, enfocadas en servicios odontológicos exclusivamente, servicios de emergencia médica y traslados o servicios en determinada localización; también hace referencia a la declaración juramentada del usuario como medio para determinar las enfermedades preexistentes, que no es una causal de rechazo para la admisión, pero sí una causal de finalización del contrato por falsedad en la información brindada (Uribe, 2017).

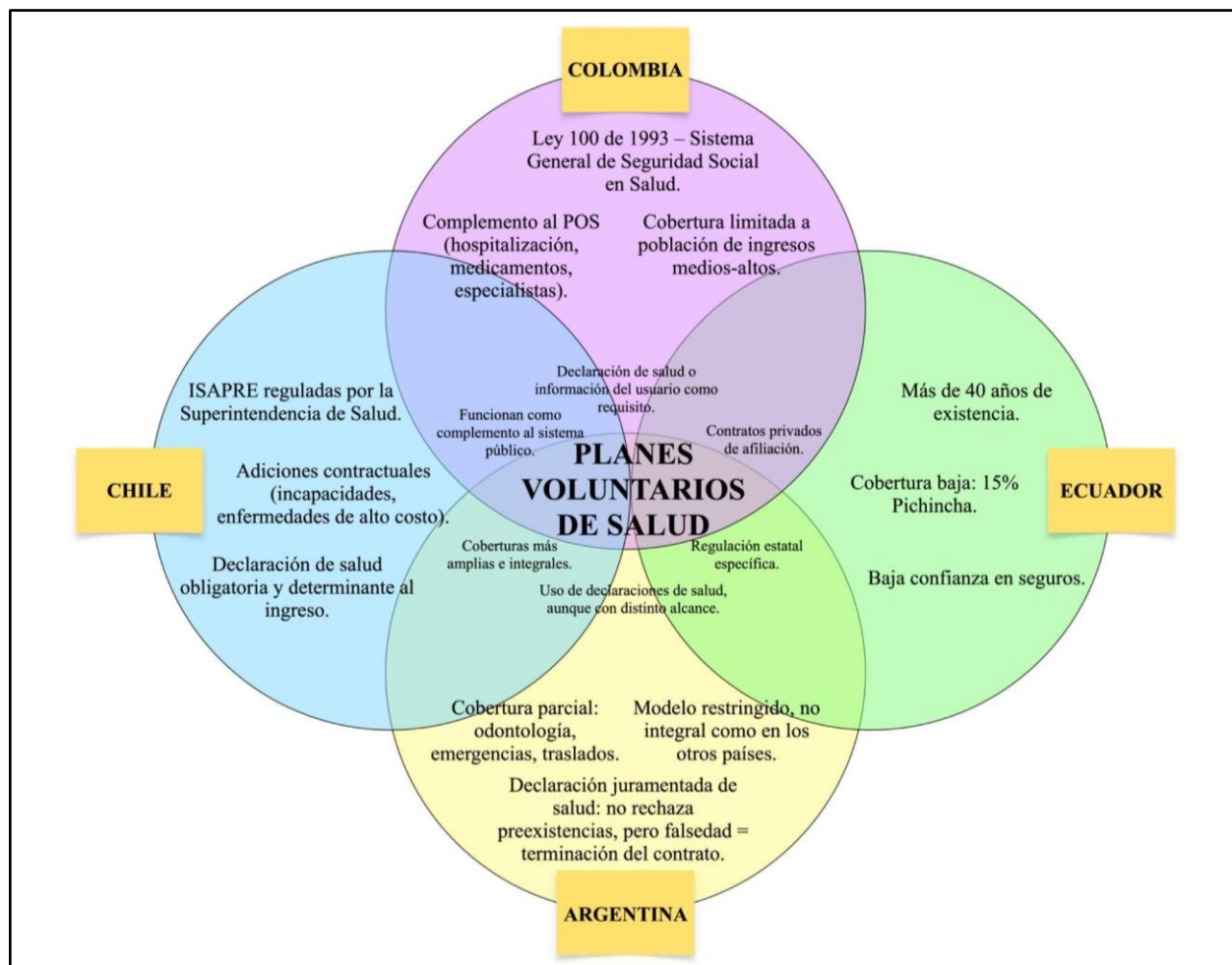
Otros retos que se presentan en el contexto de los planes de salud prepagados en Argentina, corresponde al valor a pagar por parte de los afiliados, especialmente quienes tienen

alguna discapacidad, en donde el estado por medio de la normatividad busca la protección especial y evitar algún tipo de discriminación, sin embargo, por otro lado se evidencian cobros diferenciados, aun cuando se debe tener en cuenta que prima el derecho a la salud y que las personas en condición de discapacidad deben tener protección especial y financiera frente a los costos de la atención en salud, más teniendo en cuenta el apoyo con recursos del estado que se generan para estos servicios (Viar, 2024).

Adicionalmente para Ecuador, se encontró información relacionada con las características de operación de la medicina prepagada en una provincia llamada Pichincha. En Ecuador la medicina prepagada surgió hace más de 40 años, de igual manera se financia con recursos propios del afiliado con pagos de diferente periodicidad, sin embargo, el porcentaje de afiliados no es significativo dado que para Ecuador los seguros son un elemento que no genera confianza en el consumidor; para la provincia de Pichincha se menciona un número total de afiliados de 484.235, aunque se menciona que no corresponde a un número significativo, representa el 15% de la masa poblacional; es regulado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) y la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (SUPERCIAS), donde reportan un número de 17 empresas de medicina prepagada registradas, autorizadas y reguladas; sigue siendo un modelo de atención enfocado en coberturas para personas con capacidad adquisitiva, actualmente dan cobertura al 15% de la población de ingresos medio altos, con un mayor enfoque en la población urbana (Ortiz et al., 2022).

Figura 4

Diagrama de Venn. Experiencias Internacionales en Planes Voluntarios de Salud (PVS).



Nota. La Figura 4 presenta una estructura comparativa de las experiencias internacionales descritas. *Fuente.* Elaboración propia.

En Colombia, los Planes Voluntarios de Salud cuentan con un nivel de desarrollo más alto, dado que se dispone de cifras concretas que permiten dimensionar su alcance, como los 3,8 millones de usuarios reportados en 2023. En contraste, en Chile, los seguros privados de salud se estructuran bajo el modelo de las ISAPRE, con una regulación legal definida que los diferencia

de otros países de la región. Por su parte, en Ecuador y México, los seguros privados y de medicina prepagada se presentan como alternativas o complementos al sistema público, aunque en el documento revisado no se incluyen cifras que permitan dimensionar su cobertura. El gráfico anteriormente presentado, no pretende mostrar porcentajes, sino evidenciar de manera visual las similitudes y diferencias cualitativas en la forma en que se han implementado los PVS o equivalentes en distintos contextos latinoamericanos. De esta manera, se resalta que, aunque la mayoría de los países de la región cuenta con alguna modalidad de aseguramiento privado en salud, las características de su regulación, alcance y rol dentro del sistema varían considerablemente.

El artículo analizado de Chrizostimo et al. (2020), para el caso de Brasil en búsqueda de la cobertura sanitaria universal se cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS), con el objetivo de brindar un servicio público de salud para todos los ciudadanos de manera equitativa y estructurada, sin embargo, también surge el sector privado como una respuesta, opción y posibilidad ante unos servicios de salud insuficientes para garantizar la atención integral para todos y que es denominada “salud complementaria”, lo que guarda relación con el caso de los PVS en Colombia, ideados como una alternativa para la toma de servicios de salud de manera privada, con comodidades y redes de prestación de servicios preferenciales, que responden finalmente a la demanda o necesidad de la toma de servicios de salud.

Se resalta una característica importante para Brasil, en la que se cuenta con una Agencia Nacional de Regulación de Seguros de Salud Privados (ANS), quien es una institución enfocada plenamente en la regulación de la relación entre usuarios y prestadores de los servicios adquiridos mediante los planes de seguro de salud. Aunque se cuenta con la ANS como responsable de la vigilancia y supervisión, el estudio reporta más de tres mil casos en los que los

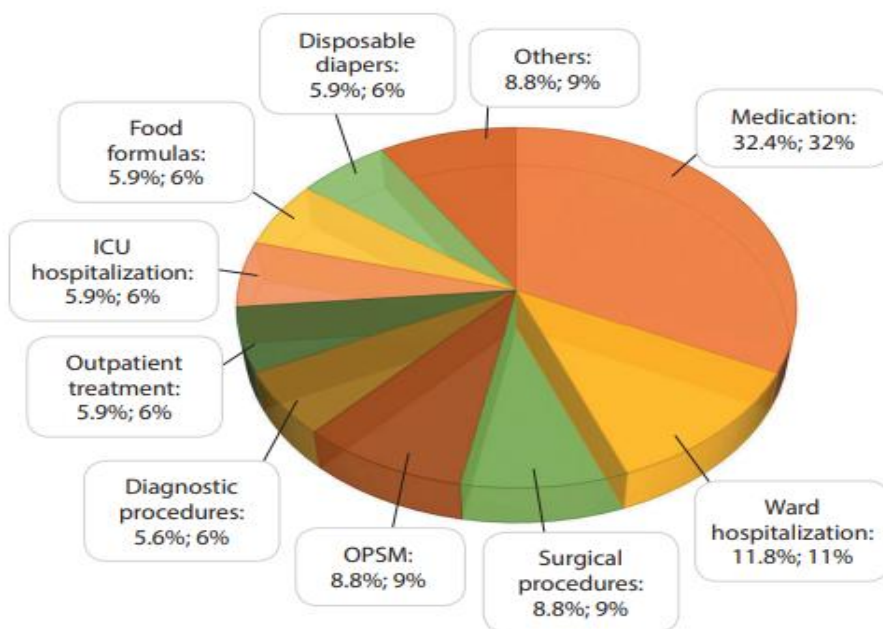
usuarios de los planes de seguro de salud recurrieron a la justicia para obtener los productos y servicios de salud de su aseguradora, lo que demuestra y describe el estudio como una representación del obstáculo al derecho a la salud, los usuarios afiliados recurren a la justicia como medio para obtener lo que necesita para recuperar su salud cuando su aseguradora no satisface las demandas (Chrizostimo et al., 2020).

Lo anterior guarda relación con lo descrito en la investigación de Costa et al. (2020), en la cual también se hace mención del papel del ANS en Brasil, así como el surgimiento de los seguros de salud privado como un medio para garantizar la cobertura en salud para un sistema de salud público con oportunidades de mejoramiento. Tal como ocurre en Colombia, el estudio poblacional transversal realizado por los autores, cuya población de estudio se componía por usuarios de seguros médicos privados, demostró la relación entre un mayor número de usuarios de los seguros médicos privados con una mayor capacidad adquisitiva o económica, y su relación con la el nivel de escolaridad, en donde a un menor nivel de escolaridad, ingresos y empleo formal, menor posibilidad de acceso a la salud complementaria, los resultados no encontraron relación con el rango de edad y la tenencia del seguro privado.

El estudio cobra importancia al describir los conflictos y cuáles son las inconformidades de los afiliados, se describe puntualmente que el 32% de las demandas son relacionadas a la obtención de medicamentos, 11% por servicios de hospitalización, 30% servicios ambulatorios e incluso relacionados con reclamaciones por productos como fórmulas alimenticias y pañales desechables con un 6%. Estos datos son importantes dado que su análisis de algún modo refleja la falta de acceso de los usuarios a los productos o servicios independientemente de si se relacionan al sistema de salud público o al plan de seguro médico privado (Chrizostimo et al., 2020).

Figura 5

Demandas por Productos y Servicios Contra los Seguros de Salud Complementaria en Brasil.



Fuente. Judicialization of health arising from prepaid insurance plans and health law: an integrative review, 2020.

Para la experiencia en Argentina, se cuenta con la medición de satisfacción en los servicios obtenidos mediante la red hospitalaria prepagada del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), en la cual por medio de la aplicación de la herramienta Net Promoter Score, se obtuvo la métrica acerca de la satisfacción y posibilidad de promoción de la marca frente a los servicios recibidos, así como las oportunidades de mejora derivado de la justificación de la respuesta por participantes del estudio, en donde encontraron que uno de los puntos en común de insatisfacción de debe al acceso a los servicios de tipo ambulatorio, disponibilidad de turnos y atención. Lo que guía y sirve de sustento en el objetivo de la presente investigación para analizar el sentir de los usuarios frente a los servicios prepagados y contrastar los hallazgos previos con la experiencia nacional (De Masi et al., 2023).

Marco Conceptual

Definiciones Conceptuales

El marco conceptual que se presenta a continuación busca establecer y clarificar los conceptos fundamentales que respaldan el análisis desarrollado en esta monografía, ofreciendo un fundamento teórico que permita una mejor comprensión de los resultados y debates subsecuentes. Con este propósito, se examinan definiciones y perspectivas vinculadas al sistema de salud colombiano. Esta exploración conceptual no solo contribuye a unificar el significado de la terminología empleada, sino que también facilita su contextualización dentro del objeto de investigación, asegurando coherencia y articulación entre el sustento teórico y el análisis de los resultados bibliográficos estudiados.

La Organización Mundial de la Salud, citada por Ortiz y Orjuela (2024) a partir de Álvarez et al. (2008), describe el **sistema de salud** como una estructura social integrada por personas y acciones destinadas a preservar y mejorar la salud de la población. Esta concepción abarca un conjunto interrelacionado de instituciones, organismos y servicios que, mediante acciones planificadas y organizadas, desarrollan diversas actividades con el objetivo último de elevar los niveles de salud en la comunidad. Desde esta perspectiva, concebir el sistema de salud como una red interconectada y en constante evolución facilita comprender que su efectividad y capacidad de adaptación no se fundamentan únicamente en la abundancia de recursos disponibles, sino también en la articulación exitosa entre sus diferentes componentes y en la consistencia de las directrices políticas que guían su operación.

Para comprender el modo de operación de lo correspondiente a los servicios del sistema público y los servicios de libre adquisición privados bajo el sistema de salud, las coberturas del sistema de salud público, según el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional – FOPEP

(s.f.), el **Plan Obligatorio de Salud (POS)** se entiende como el conjunto de servicios básicos orientados a la recuperación de la salud, la prevención de la enfermedad y el cubrimiento transitorio de ingresos. Este plan funciona mediante dos modalidades de afiliación: el régimen contributivo y el subsidiado, los cuales trabajan de manera conjunta para asegurar el acceso a servicios básicos de salud para toda la población. De esta manera, el POS representa el elemento central del sistema de aseguramiento en salud en Colombia, ya que establece los criterios básicos de cobertura y actúa como parámetro para medir la justicia distributiva y la adecuación del sistema de salud.

Uno de los conceptos que hace referencia a la justicia distributiva anteriormente mencionada, es la equidad en salud. De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC (2024), la **equidad en salud** se entiende como la situación en la que todas las personas cuentan con la posibilidad de alcanzar el mayor nivel de salud posible, independientemente de factores como raza, etnia, sexo, orientación sexual, discapacidad, nivel educativo, ocupación, religión, idioma o lugar de residencia, entre otros. La inequidad, por el contrario, puede traducirse en diferencias significativas en los resultados de salud, reflejadas en la incidencia y gravedad de enfermedades, las tasas de discapacidad, mortalidad y calidad de vida. Desde este enfoque, fomentar la igualdad en salud requiere detectar y enfrentar los factores sistémicos que limitan el acceso equitativo a los servicios de salud, además de eliminar los obstáculos que impiden el acceso uniforme a la atención en salud, comprendiendo que lograr este objetivo representa un elemento esencial para alcanzar la justicia social y el bienestar comunitario.

Entre las definiciones claves para comprender este sistema de aseguramiento privado y voluntario y lo que comprendemos como satisfacción derivado de estos modelos de atención,

según Lozano (2024), en Colombia los **Planes Voluntarios de Salud (PVS)** corresponden a un conjunto de servicios y beneficios a los que las personas pueden acceder de manera voluntaria, generalmente como complemento a los garantizados por la Entidad Promotora de Salud (EPS) dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el mismo sentido, el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 —que sustituyó el artículo 169 de la Ley 100 de 1993— establece que los PVS pueden incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que los ofrezcan, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o al subsidio a la cotización. Estas conceptualizaciones facilitan la comprensión de los PVS como una forma de aseguramiento privado que complementa el sistema público, concebida para expandir la cobertura y optimizar las condiciones de acceso a los servicios de salud, si bien su extensión y particularidades están condicionadas por los términos contractuales establecidos y la solvencia económica de los beneficiarios.

Castelo et al., (2022) señalan que la **satisfacción del paciente** se configura como un indicador clave para evaluar la calidad en los servicios de salud, al integrar la percepción y expectativas de los usuarios y sus familias respecto a la atención recibida. Su medición no solo contempla factores subjetivos como la empatía, la confianza o la sensación de seguridad, sino también aspectos objetivos relacionados con la infraestructura, la disponibilidad de servicios auxiliares —por ejemplo, diagnóstico por imágenes, laboratorio o farmacia— y la eficiencia operativa. Bajo este enfoque, la satisfacción no representa exclusivamente el resultado de la vivencia personal, sino que también constituye un instrumento de administración que guía el perfeccionamiento de los procesos organizacionales y aporta, a través del ejercicio profesional de enfermería, a la mejora de los procedimientos de rehabilitación del paciente.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), la **evaluación de la satisfacción** de los usuarios requiere de la aplicación de diversos instrumentos metodológicos, tales como: cuestionarios sistemáticos que incorporen dimensiones como el acceso, la oportunidad, la atención clínica, la gestión administrativa y la infraestructura existente. Estas herramientas permiten identificar áreas críticas de mejora y orientar acciones para optimizar la experiencia de los usuarios dentro de las entidades de salud.

La medición de la satisfacción del usuario ha adquirido una relevancia fundamental en los últimos años como indicador clave para evaluar la calidad de los servicios de salud, ya que trasciende la simple percepción del paciente para convertirse en un factor determinante que influye directamente en la adherencia a tratamientos y procedimientos, así como en la eficiencia institucional. Esta práctica evaluativa no sólo permite obtener mejoras sustanciales en la calidad percibida por los usuarios, sino que también fortalece la confianza en el sistema de salud, facilita la identificación de obstáculos en el acceso a los servicios y promueve el desarrollo de políticas públicas más efectivas y con enfoque humanizado, consolidándose, así como una herramienta integral de gestión en salud.

Desde lo establecido institucionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), ha expuesto que la satisfacción del usuario no solo se trata de confianza y continuidad de los servicios, sino que también se relaciona con un menor número de tutelas. Por ello, en sus informes recientes, ha priorizado la creación de estrategias con el fin de fortalecer la atención centrada en el paciente y reducir las barreras de los regímenes contributivo y subsidiado.

Según lo mencionado por Acosta Hernández y Burgos Gómez (2020), donde realizaron una revisión de literatura sobre la calidad en la atención de salud entre 2010 y 2020, dedujeron

que la satisfacción del usuario está condicionada a ciertos factores como la accesibilidad, la oportunidad en la atención por parte del personal de salud.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados de la encuesta nacional realizada por el Ministerio de Salud (2024) se evidenció que el 62 % de los usuarios se mostró satisfecho con la atención recibida en servicios de salud. Este estudio identificó barreras de acceso y diferencias regionales, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la equidad y la integración entre niveles de atención.

El artículo académico presentado por Peláez recopila información sobre los planes voluntarios de salud, especialmente la medicina prepagada, allí se menciona que incluso para los años 70, el sistema nacional de salud de ese entonces en búsqueda de aumentar la cobertura en salud con calidad, comienza a exponer la medicina prepagada como una opción para obtener servicios de salud adicionales y también, de cierta manera, generar un soporte al estado para aumentar las coberturas del sistema de salud, aun cuando están condicionadas a la adquisición voluntaria y bajo condiciones contractuales y de precio (Peláez, 2019).

Establecer los alcances de los PVS, parte de establecer las responsabilidades y las funciones en materia legal de la “parte contraria” al plan de salud obligatorio, en donde por medio de las EPS se obliga a organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del servicio de salud, el recaudo de las cotizaciones que el sistema maneja para su sostenimiento financiero por trabajadores y pensionados; esa garantía del acceso a los servicios de salud del cual se hace referencia, se establece bajo la agrupación de servicios que la ley ha denominado el plan obligatorio o de beneficios en salud, que instaura desde un inicio cuáles serán las coberturas a las que los colombianos tendrán acceso dentro del sistema de salud. Por su parte, el PVS conforma un plan de coberturas de ingreso voluntario y con recursos propios distinto al modelo

de financiamiento del SGSSS de Colombia. Estos pueden ser planes de medicina prepagada, pólizas de seguro y otros (Peláez, 2019) y planes de atención complementaria (ACEMI, 2017).

La normatividad del SGSSS permite que se puedan prestar beneficios o servicios adicionales a los brindados por el sistema obligatorio, como una opción para obtener servicios relacionados con el cuidado de la salud preferenciales. En este conjunto de posibilidades existen diferentes tipos de planes voluntarios de salud, los cuales guardan ciertas similitudes y diferencias, presentadas a continuación:

Los planes de medicina prepagada, que buscan brindar una cobertura tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, preventivo y curativo con acceso a prestadores de servicios de salud con mayores niveles de calidad reportados, mediante un pago económico anticipado y sujeto a las condiciones contractuales, exclusiones y preexistencias, donde se describe que sus características principales son enfocarse a los atributos de oportunidad y humanización como elemento diferenciador; **los planes complementarios**, son prestados por las mismas EPS existentes en el grupo de entidades encargadas de la afiliación, administración y acceso de los servicios del POS o PBS, brindando una serie de atenciones complemento a lo ya establecido por cobertura del sistema de salud nacional (Peláez, 2019).

Finalmente, **las pólizas de salud** cuentan con características similares frente a lo ofertado por los planes de medicina prepagada, sin embargo, su estructura legal y modelo de negocio difieren, donde las pólizas usualmente se enfocan en la cobertura incluso a nivel de indemnización económica, con un enfoque mayormente prestacional y basado en el riesgo de la frecuencia y complejidad del uso de servicios. Mediante estos planes, se busca brindar coberturas en aspectos relacionados con expectativas de calidad, ofrecen beneficios adicionales a quienes

pueden adquirir este tipo de planes, enfocados en ocasiones en la facilidad de acceso a los servicios, su rapidez, etc. (Peláez, 2019).

Son diferentes las formas en las que se relacionan los tipos de planes voluntarios y cómo estos interactúan en el mercado, previamente se describe la oferta existente para Colombia de los planes voluntarios y sus características propias, pero existe también la relación que se teje frente a los tipos de contratos de cada modalidad, los servicios que se ofertan y lo que adquiere un afiliado en términos prácticos.

De esa relación hace mención el artículo de Zapata, en donde se establece la conexidad contractual que existe entre la medicina prepagada y las pólizas de seguro; en ambos el afiliado conforme a su capacidad adquisitiva realiza el pago acordado por los servicios contratados, las compañías generan contratos bilaterales, es decir con el beneficiario de los servicios y los prestadores de los servicios, por medio de los cuales el afiliado verá materializado el servicio y la compañía que oferta los servicios queda como mediadora responsable, ya sea en la prestación directa del servicio de salud o la indemnización de los valores causados por parte del afiliado, en el artículo se hace mención a una premisa importante y es que el acceso y la prestación corresponde únicamente a los particulares pero su vigilancia e inspección sigue siendo a cargo del Estado a pesar de su naturaleza privada por tratarse de un servicio de interés público, y esto cobra importancia en lo que veremos más adelante del papel del estado y la judicialización en los casos de inconformidad de los usuarios frente a los servicios recibidos (Zapata, 2021).

Los contratos de medicina prepagada y de pólizas de salud guardan relación dado que, aunque se rige bajo un estricto clausulado, al tratarse de un servicio de salud su ejecución involucra la efectiva garantía de derechos fundamentales como la salud y la vida establecidos en la normatividad colombiana. Zapata describe también diferencias a tener en cuenta entre la

medicina prepagada y las pólizas de salud en Colombia; la medicina prepagada, corresponde a unos servicios de salud preestablecidos gestionados por empresas de salud y vigilados por la Superintendencia Nacional de salud, por su parte, las pólizas de salud aseguran un riesgo incierto que no depende de la voluntad del asegurado o beneficiario de los servicios, donde se indemniza una vez ocurrido el evento y su vigilancia está bajo la Superintendencia Financiera. De cualquier manera, ambas modalidades se obligan a gestionar a favor del beneficiario la asistencia en salud por medio de sus prestadores contratados, su red adscrita o los denominados profesionales adscritos a su red de contratación. Es decir, hay conexidad entre las características de la medicina prepagada y las pólizas de seguro, en el sentido de su operación mediante cláusulas contractuales que determinan los servicios a prestar y su objetivo global contractual que es la prestación de servicios de salud (Zapata, 2021).

Definiciones y Clasificación Normativa

El Congreso de Colombia mediante la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el SGSSS (2011), en su artículo 37 citado previamente establece que se conforman así:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud (p. 15).

En esta ley también se describen mediante el articulado 38 al 41, la función que van a tener las diferentes modalidades de PVS; en donde el mismo Gobierno Nacional permite su creación y estimula la operación de estas compañías para la oferta de las pólizas de salud, planes de medicina prepagada, planes complementarios y otros, en los que establece, se podrán prestar coberturas relacionadas con la atención de los servicios de salud asistenciales o prestacionales y se establece cuando se considerará una condición de salud preexistente, en la cual no podrá ser declarada como tal posterior a la entrada en vigencia de los contratos que median este acuerdo entre el usuarios y la compañía; generando así algunos de los precedentes y bases normativas que guían el funcionamiento de estos planes (Ley 1438, 2011).

Es importante tener en cuenta que por medio del Decreto 780 de 2016, expedido por la Presidencia de la República, como decreto único reglamentario del sector salud, y que por medio del cual se ampliaron y agrupan mayormente las bases normativas para todo el sistema de salud, incluyendo los planes voluntarios de salud, se cuenta con condiciones claras a tener en cuenta. Es deber de la compañía que oferta el PVS y que realiza la inscripción la verificación de la afiliación del usuario a una EPS, así como los requisitos de sus proveedores, de no hacerlo queda obligado a cubrir y responder por la atención integral de salud del afiliado (Decreto 780, 2016).

Adicionalmente, se establecen unas condiciones normativas para la operación de los planes, fundamentales a tener en cuenta para comprender el modo de funcionamiento y los conceptos relacionados más adelante de las fuentes bibliográficas; hace referencia al examen de ingreso, que hacer referencia a la posibilidad de practicar por parte de la compañía del PVS un examen médico de ingreso para establecer el estado de salud y patologías preexistentes; en relación a este concepto define las enfermedades preexistentes como enfermedades, malformaciones o afecciones que se demuestre ya existían previo al ingreso al PVS; se

establecen las exclusiones, como patologías, procedimientos, exámenes que no serán cubiertos, los cuales deben quedar claramente de establecidas en la contratación. Frente a otros puntos la norma incluye las características de los planes complementarios, de la medicina prepagada, el contenido mínimo que deben tener los contratos, patrimonio mínimo, su objetivo, los responsables y el modo de autorización de funcionamiento, vigilancia y control, entre otras especificaciones (Decreto 780, 2016).

Aspectos Metodológicos

Se desarrolló una investigación de tipo explicativa no experimental por medio de la interpretación y síntesis de la información recopilada; con un enfoque mixto de tipo cuantitativo, resumiendo y describiendo los principales datos encontrados y cualitativo, interpretando a partir de los datos, conceptos y resultados de la bibliografía aportados por fuentes oficiales y fuentes bibliográficas. Se realizó una revisión de la literatura disponible en las bases de datos Academic Search Ultimate, Biblioteca Virtual de Salud, Dialnet, Doab, Doaj, Net Promoter Score, Lilacs, Springerlink, Pubmed y Scielo; se realizó una búsqueda teniendo en cuenta las palabras claves Póliza y Salud, Prepagos y Salud, Prepaid Health Plans; de la literatura obtenida se tuvo en cuenta los recursos de los últimos 5 años desde el año 2020 hasta 2025, con acceso disponible, texto completo, artículos en idioma español o inglés para Colombia y las Américas.

Se revisaron 51 fuentes las cuales se distribuyeron así: artículos científicos en revistas y bases de datos oficiales un total de 25; páginas web institucionales y fuentes oficiales que corresponden a 17; leyes, decretos, y sentencias que representan 7 fuentes y finalmente 2 fuentes que correspondían a tesis en repositorios institucionales publicados entre 2020 y 2025, con el fin de garantizar actualidad y pertinencia en el análisis bajo un enfoque al contexto colombiano y las Américas. Adicionalmente, publicaciones académicas, normativas o institucionales con validez técnica y científica, los cuales corresponden a documentos previos al año 2020, que fueron utilizados para contextualizar la evolución histórica y la satisfacción de los PVS.

Posteriormente, se realizó un análisis de la información contenida, se incluyó adicionalmente literatura y datos estadísticos clave de fuentes confiables en el análisis de la satisfacción y la calidad en la prestación de servicios de salud en los Planes Voluntarios de Salud. Finalmente, se realizó la síntesis y el análisis de la información clave por medio de la

Matriz de Análisis por Categorías y análisis de información, donde se tuvieron en cuenta criterios de búsqueda y selección como: el periodo de análisis, tipo de documentos(fuentes académicas, normativas, estadísticas y oficiales), autores, la delimitación del contexto, los buscadores, bases de datos empleadas, palabras clave, así como los criterios de inclusión y exclusión aplicados para garantizar la pertinencia de las fuentes analizadas. Con el fin de establecer la información más relevante y de allí analizar las oportunidades de mejora y las fallas en la prestación de servicios de los planes voluntarios de salud. Esta investigación surge del interés por ampliar el conocimiento en los planes voluntarios de salud, así como sus oportunidades de mejora. Los autores de esta investigación declaran no tener conflictos de interés.

Tabla 1*Matriz de Análisis por Categorías*

Problema	El SGSSS en Colombia se articuló a partir de los principios de universalidad, equidad y solidaridad. Sin embargo, la inclusión y ampliación de los Planes Voluntarios de Salud (PVS) ha evidenciado segmentación en el acceso a los servicios, afectando la equidad, la calidad, la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad del sistema (2020–2025).				
Objetivo General	Analizar cuáles son los principales planteamientos de los autores acerca del impacto de los Planes Voluntarios de Salud (PVS) en la satisfacción, percepción de calidad del servicio por parte del usuario y el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia entre los años 2020 a 2025.				
Objetivos Específicos	Categorías	Definición Conceptual	Subcategorías	Unidad de Análisis	
Reconocer el marco normativo y regulatorio que ha definido la evolución y funcionamiento de los PVS en el contexto del SGSSS.	Normatividad	Normatividad: Marco legal que regula la creación, funcionamiento y alcance de los PVS en Colombia.	Marco legal que estructura el SGSSS.	Ley 100/1993, de 23 de diciembre.	
	Sociodemográfico			Congreso de la República de Colombia. (2006). Decreto 1011 de 2006.	
Describir una visión general del desempeño de los PVS y de la satisfacción de los usuarios en relación con la calidad y acceso a los servicios de salud, con base en estudios	Económico	Sociodemográfico: Perfil de los usuarios de PVS, en términos de edad, ingresos, educación y capacidad de pago.	Marco legal que estructura los planes voluntarios de salud.	Ley 1438/2011, de 19 de enero.	
	Satisfacción			Congreso de la República de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016.	
				Perfil del usuario de los PVS.	Corte Constitucional de Colombia. (2020, 30 de julio). Sentencia T-274/20.
				Estadísticas de los hogares usuarios de los PVS.	Grass, M. C. (2015, julio 15). Perfil socioeconómico de los compradores de planes voluntarios de salud.
		Económico: Participación de los PVS en el sistema financiero, en el gasto en salud y el impacto sobre la carga	Patrimonio económico de las compañías de los PVS.		

publicados entre 2020 y 2025.	económica en el sistema público.	Impacto en el gasto público e impacto económico en el sistema público de salud.	Barrera, A. (2017, mayo-agosto). Caracterización de la población afiliada a planes voluntarios de salud y su efecto sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Identificar las oportunidades de mejora de los PVS en articulación con el SGSSS, según lo reportado en fuentes académicas y oficiales.	Satisfacción: Percepción de satisfacción, calidad y expectativas de los usuarios frente a los PVS.	Inconformidades y procesos judiciales contra las compañías de PVS.	Federación de Aseguradores Colombianos. (2021, marzo 25). Fasecolda y ACEMI presentan estudio sobre los planes voluntarios de salud en Colombia.
			Superintendencia Financiera de Colombia. (2025, marzo 28). Patrimonio técnico y patrimonio adecuado compañías de seguros generales: Cifras en millones de pesos.
			Casabianca et al. (2022). Price elasticity of demand for voluntary health insurance plans in Colombia.
			Dáguer, C. (2021, mayo 16). El debate sobre los planes voluntarios de salud.
			Uribe, H. (2024). Notas sobre el contrato de medicina prepagada.
			Prada-Martínez, G., & Severiche-Bueno, D. (2022). Medicina prepagada: Problemas

bioéticos evidentes en la atención de sus pacientes.

Chrizostimo et al. (2020). Judicialization of health arising from prepaid insurance plans and health law: An integrative review.

Londoño et al. (2014). Tensión entre el derecho fundamental a la salud y la libre voluntad de las partes contratantes en los planes voluntarios de salud: Caso Seguros de Vida Suramericana S.A. años 2011–2013.

Patiño et al. (2024). Whoever wants better healthcare simply pays more: Citizens' perception about voluntary private health insurance in Colombia.

Quintana Cepeda, A. (2016). El papel de la Corte Constitucional en el análisis de los contratos de medicina prepagada.

Nota. Esta tabla presenta la categorización del análisis de información realizada con base en el contenido encontrado en las fuentes bibliográficas. *Fuente.* Elaboración propia.

Análisis de Resultados

Una relación de confianza generada por el PVS, las demandas y expectativas que tienen los afiliados frente a la atención que van a recibir, corresponde al enfoque en el cual se desarrolla la presente investigación, así como las oportunidades de mejoramiento derivadas de las fallas o desviaciones de las expectativas. Tales expectativas de calidad que esperan los usuarios afiliados a los planes voluntarios permiten entender cuáles serán las exigencias, demandas y posibles fallos en la satisfacción de la atención recibida. Así lo soporta también las cifras expuestas por la Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas (2025), en las cuales se evidencian datos de un 82% de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, pero también una proporción de quejas de 45 por 10.000 afiliados activos en el 2020, dejando clara la importancia en el análisis de las fallas en la satisfacción y calidad.

La importancia de analizar la calidad y satisfacción de los servicios y productos recibidos por medio de los planes voluntarios, se soporta en la necesidad de compilar cuales son los fallos y desde allí establecer posibles oportunidades de mejoramiento, Ortiz et al. (2022) señala que “el problema más grave en el modelo de salud es la insatisfacción, producido por el incumplimiento de la demanda de los usuarios generando inequidad” (p. 6). Es ese incumplimiento y las expectativas que tiene el usuario, lo que podría explicar las causas de la insatisfacción y la demanda de estos servicios en los PVS por el medio judicial como el caso de la tutela.

Ortiz et al. (2022) también indica la importancia de la inversión pública para evitar un incremento de la desigualdad y la disminución de la calidad de vida de la población, que la utilización de los planes voluntarios como la medicina prepagada no se convierta en una brecha adicional de desigualdad y una problemática adicional en la satisfacción de los usuarios de la

salud. Dicho en palabras de los autores señalan, “un sistema de salud pública eficiente y de calidad incrementa la competitividad del sector obligando a las empresas de medicina privada prepagada a ofrecer precios más competitivos y servicios más eficientes” (Ortiz et al, 2022, p. 11).

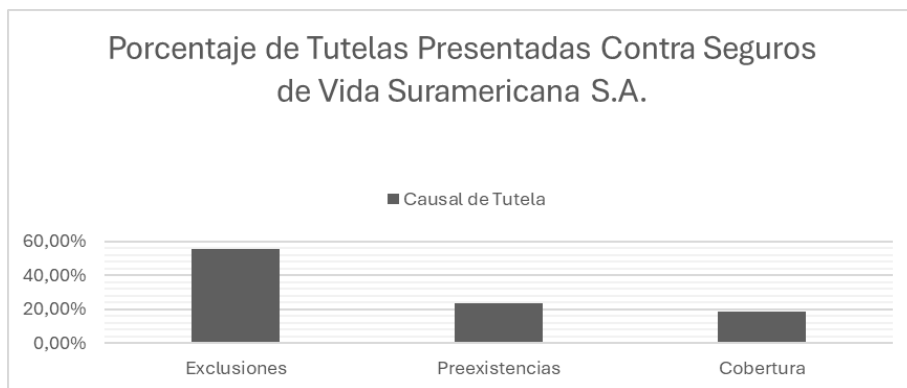
En la investigación desarrollada por Londoño, se realiza una revisión con el objetivo de analizar las quejas o demandas contra las compañías que ofertan los PVS, se establece un punto de dificultad a la hora de delimitar la línea entre el derecho a la salud que tienen los afiliados y las condiciones contractuales que se establecieron con las compañías de los PVS, en donde ambas partes están de acuerdo con las condiciones de los contratos y servicios, pese a esto se describen los casos en los que se asciende a instancias legales en los eventos de discrepancia por los servicios de salud recibidos. Se resalta que, aunque para las compañías que ofertan los PVS existen libertades económicas y de mercado, el estado podrá ejercer limitaciones o cambios en la procedencia en función de la garantía del derecho a la salud como fundamental y servicio público esencial (Londoño et al., 2014).

Es así como en la investigación, se analizaron las acciones de tutelas interpuesta a una compañía de medicina prepagada y pólizas de salud, en donde se analizaron un total de 38 acciones de tutela que guardaban relación con los servicios de estos segmentos, un 97.3% correspondía a acciones de tutelas específicamente para los productos de póliza de salud; el 55.2% corresponden a servicios o patologías excluidas en los contratos, de los cuales un porcentaje del 39.4 % no eran procedentes al no guardar relación con el derecho invocado (Londoño et al., 2014).

Los servicios o patologías que más fueron objeto de tutela son los relacionados con exclusiones que corresponden al 55.2%, dentro de este grupo la cobertura de cirugía bariátrica con un 21% y pruebas genéticas con un 13.1%, aun cuando se encuentran como exclusiones expresas de los contratos; siguiendo la secuencia, el segundo grupo de tutelas se relacionan con preexistencias con un 23.6%, en estas la mayoría fallan a favor del afiliado y en otras no se concedió el amparo tutelado; finalmente, se incluyen las tutelas relacionadas con la no cobertura de servicios en los contratos con un 18.4%, principalmente donde se exige la cobertura de medicamentos ambulatorios aun cuando no hacían parte del contrato adquirido por el afiliado. Desde el punto de vista judicial, cabe mencionar que la investigación referencia también a un 72.5% de fallos judiciales en los cuales no se tiene en cuenta el derecho económico de las compañías y las particularidades de los contratos suscritos que ambas partes aceptan, en su mayoría, fallan a favor del afiliado en garantía del derecho a la salud y estableciendo el alcance que el plan voluntario llega a cubrir (Londoño et al., 2014).

Figura 6

Porcentaje de Tutelas Presentadas Contra Seguros de Vida Suramericana S.A.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del estudio Tensión entre el derecho fundamental a la salud y la libre voluntad de las partes contratantes en los planes voluntarios de salud. Casos seguros de vida Suramericana S.A. años 2011 - 2013, 2014.

Las decisiones tomadas a favor del afiliado, como se menciona previamente en búsqueda de la garantía del derecho fundamental a la salud, guardan relación con lo analizado para la experiencia en Argentina, para este país también se vislumbra la tensión entre el derecho mercantil y las condiciones expresas de las compañías de medicina prepagada frente a los derechos fundamentales a la salud y la vida, muy similar a los derechos consagrados para Colombia en su Constitución Política y sus leyes.

El artículo presentado por Aguirre, hace un análisis de caso muy similar a las dificultades encontradas para Colombia frente a los fallos por inconformidades de las partes en los planes voluntarios de salud, en el artículo la autora presenta la operación de la medicina prepagada en Argentina, donde se aclara que no se puede negar la afiliación por motivo de enfermedades preexistentes pero si se establece un valor diferencial por motivo de esta cobertura, recordando

que para este país el ingreso a los planes de medicina prepagada se realizan bajo declaración juramentada del estado de salud; la omisión de esta información al ingreso establece la ley es causal para la finalización del contrato, sin embargo, el análisis de la autora y la legislación del país presenta las alternativas que permitan la continuidad del servicio y la relación contractual entre el afiliado y la compañía, como propuestas la legislación debe determinar el valor a pagar diferencial por preexistencias para que no se convierta en un criterio de exclusión, proporcional a la capacidad económica del afiliado; la compañía es la que debe asumir el riesgo no trasladarlo al afiliado (Aguirre, 2023).

Si realizamos el análisis de la información previa, para los casos en los que se presentan conflictos con las compañías de planes voluntarios y sus usuarios, estas insatisfacciones que terminan en procesos judiciales, en su gran mayoría terminan a favor del afiliado, dado que se considera la parte débil de la relación contractual, en una situación de desventaja frente a la compañía y que ante la prioridad de garantizar el amparo de los derechos fundamentales a la salud y a la vida, la compañía terminará reconociendo la prestación del servicio o producto en salud. No obstante, se deben resaltar las conclusiones importantes de los autores y que nos permiten establecer uno de los puntos determinantes de mejoramiento, como lo señala Aguirre, 2023 el actuar de buena fe del afiliado informando su condición de salud completa, patologías preexistentes y evitar el ocultamiento de la información, procura de evitar conflictos frente a la cobertura o no por parte del PVS y la medicina prepagada.

Tal es el caso de la acción judicial que se presenta en el artículo de Kademian, allí se presenta un estudio de caso ocurrido en Argentina y hace referencia a la terminación unilateral de un contrato de medicina prepagada, justificando esta acción en una presunta omisión de información en la declaración juramentada, el caso se generó por una solicitud realizada para la

cobertura de una cirugía de readecuación sexual, sin embargo, esta decisión tuvo que ser revertida dado que como se mencionaba previamente, pesa más la garantía de los derechos fundamentales como la salud y la vida y en el caso particular el derecho a la expresión de los derechos e identidad de género, soportado en la Ley de identidad de género del país. Un caso donde se deja claramente establecida la necesidad de la protección de los derechos y necesidades de la persona afiliada sobre intereses de las compañías de medicina prepagada y coberturas específicas (Kademian, 2024).

Los hallazgos mencionados requieren una revisión a fondo del papel de los planes voluntarios en el sistema, ya que su uso por parte de quienes pueden financiarlos podría estar profundizando las brechas entre asegurados por el sistema de salud público y aquellos que acceden a servicios privados. Esto está relacionado directamente con el componente de satisfacción del usuario, ya que los usuarios que cuentan con planes voluntarios suelen tener mejores experiencias en cuanto a oportunidad, trato, continuidad y resultados de los servicios de salud. También, es necesario que se establezca cuáles son los límites o alcances que los planes voluntarios deben alcanzar en la prestación del servicio, tanto en lo relacionado con la satisfacción del usuario, pero también en cuanto a las coberturas que están obligados a ofrecer.

Por otro lado, el artículo titulado “Diferenciación en la prestación de servicios de Medicina Prepagada y Plan Obligatorio de Salud-Pos” de Lozano et al. (2003), publicado en la revista Estudios Gerenciales, contiene un contexto detallado sobre la forma en que ha sido concebida y regulada la calidad en el SGSSS en Colombia. De acuerdo con un análisis normativo y operativo, donde se encuentran los más importantes componentes del sistema de garantía de la calidad y los retos para su implementación, encontrando instrumentos normativos y operativos que pueden comprenderse como bases para los planes de mejora institucional.

En ese contexto, la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia ha estado regulada desde la implementación de la Ley 100 de 1993, en la cual se crearon las bases del sistema de garantía de calidad y a su vez ha sido sujeta de actualizaciones continuas, que buscan orientar los estándares esperados para la garantía de la prestación del servicio. Lozano et al. (2003), señala que el sistema compromete a todos los actores del sector, a saber:

Prestadores, personas naturales, clínicas y hospitales en todos los niveles de atención, centros de diagnóstico como radiólogo, laboratorio clínico, electrodiagnóstico, los procesos y procedimientos en la atención, los diversos modelos de atención, los equipos y recursos tecnológicos y científicos que maneja el sistema, y en general todos los elementos que de una manera u otra se involucran e interrelacionan en la prestación del servicio (p. 137).

Teniendo en cuenta su origen, desde ese punto la normativa estableció un estándar mínimo de cumplimiento para habilitar instituciones en el sistema, sin permitir clasificaciones por niveles de calidad. En palabras del texto, “este decreto estableció un piso o un mínimo para calificar como aceptable a una institución y sus procesos, no permitiendo rangos de calificación y escalonamiento” (Lozano et al, 2003, p. 137). Sin embargo, esta dinámica del sistema de salud identificó con el tiempo la necesidad de establecer estos rangos, principalmente en el marco de iniciativas de exportación de servicios.

El Decreto 1011 de 2006 nombró el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, autorizando al presidente de la República a reglamentar con base en distintas normas legales y constitucionales la calidad. Este sistema fue estructurado como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector

salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Decreto 1011, 2006).

Por otro lado, el sistema reconoce cinco aspectos importantes para evaluar la calidad de la atención: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Por ejemplo, la oportunidad implica que “el usuario obtenga los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud” (Decreto 1011, 2006), mientras que la pertinencia hace referencia a que los servicios prestados “sean los que requiere el usuario, de acuerdo con la evidencia científica” (Decreto 1011, 2006).

A través de estos aspectos, el ideal es promover un modelo de mejoramiento continuo, que responda a las condiciones reales del sistema de salud colombiano, y que fortalezca la confianza de los usuarios en los servicios prestados, de esto hace parte los servicios que se obtienen por medio de los planes voluntarios, que hacen parte del sistema de salud y de su influencia en indicadores y satisfacción de calidad de los colombianos.

En definitiva, el análisis del marco regulatorio del SGSSS colombiano expone una contradicción importante con los planes voluntarios y su impacto en la calidad de la atención. Mientras que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, establecido desde el Decreto 1011 de 2006, se estableció para garantizar estándares uniformes establecidos bajo criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, bajo este contexto se evidencia que los planes voluntarios generan una diferenciación en estos aspectos. Esta diferenciación se manifiesta principalmente en la satisfacción del usuario, donde quienes son finalmente los que acceden a los planes voluntarios y los cuales experimentan ventajas importantes en oportunidad de atención, trato personalizado, continuidad en procesos asistenciales y mejores resultados

clínicos, creando los "rangos de calificación y escalonamiento" con los que inicialmente el sistema no contemplaba.

Queda establecida entonces no solo la importancia sino también la responsabilidad gubernamental de la vigilancia, el control y la procura por la mejora continua del sistema de salud y en este los planes voluntarios de salud, la responsabilidad por garantizar el acceso y la oportunidad de la cual se hacía referencia, se necesita entonces establecer los mecanismos necesarios tanto para la disminución de las quejas y tutelas de los servicios de salud tomados a partir de los PVS, garantizar el acceso y así garantizar el derecho a la salud, la vigilancia más detallada y a profundidad de las compañías y condiciones de los contratos y en general la disminución de la brecha de atención con calidad entre el sistema público y los planes voluntarios.

La experiencia del usuario de la cual se hace mención previamente, guarda relación con la información reportada en el artículo de Arboleda (2015), en esta investigación se buscaba evaluar el efecto del tipo de plan de salud sobre a relación de confianza que el paciente genera con el prestador de salud, se revisan los conceptos de confianza como la aceptación, creencia o fiabilidad hacia la atención en salud recibida y la lealtad como preferencia y pertenencia que siente el paciente hacia una institución; la investigación logra relacionar y probar que cuanto mayor sea la percepción de confianza y seguridad del paciente hacia una institución de salud, esta se va a ver reflejada en una mayor fidelización del paciente hacia esa institución. Esta información se relaciona con los planes voluntarios, dado que en el estudio se analiza el nivel de confianza y fidelidad dependiendo de si la persona cuenta con un plan obligatorio de salud o un plan voluntario de salud.

Los PVS demandan una mayor responsabilidad por parte del afiliado, pero así mismo garantizan una flexibilidad, por ejemplo, en la elección del prestador de preferencia, ofertan un nivel de preparación y exigencia profesional de mayor nivel de calidad frente a sus prestadores o profesionales contratados para la atención, y aunque el estudio señala que no hay una diferencia significativa con la relación de confianza en un plan obligatorio de salud de tipo contributivo, si impacta en la relación de fidelización con ciertos prestadores preferenciales, de los cuales su acceso se da por medio del PVS; deduciendo así el impacto en la preferencia de mayores niveles en la garantía de la calidad por parte de los afiliados del plan voluntario (Arboleda, 2015).

Recomendaciones Basadas en el Análisis

La mejora de la transparencia contractual en los planes voluntarios de salud constituye un primer paso para fortalecer la confianza entre usuarios y prestadores. Los contratos suelen estar redactados con un lenguaje técnico que no resulta comprensible para el afiliado promedio, lo cual genera incertidumbre y puede derivar en conflictos posteriores. Por ello, se requiere un esfuerzo consciente en la redacción de documentos claros, accesibles y libres de ambigüedades, de manera que el usuario tenga plena certeza sobre los beneficios adquiridos, las limitaciones del plan y las condiciones para ejercer sus derechos. Este proceso debe complementarse con la puesta en marcha de acciones de educación para los afiliados, para informar sobre lo que sí o no cubre su plan, y los mecanismos para hacer reclamaciones sin tener que acudir a instancias judiciales.

En consonancia con ello, la regulación estatal debe ser reforzada para asegurar que la información proporcionada por las empresas sea veraz, suficiente y oportuna. Un marco regulatorio más estricto permite reducir las prácticas comerciales que puedan inducir a error y

asegura que los usuarios tomen decisiones con pleno conocimiento de causa. De esta manera, se posibilita la resolución temprana y eficiente de los conflictos, evitando la congestión judicial y brindando al afiliado soluciones rápidas y efectivas.

Mediante el análisis realizado de la literatura y fuentes disponibles se evidencia el crecimiento sostenido de los PVS en Colombia, se han afianzado como una alternativa para quienes buscan mayor oportunidad, calidad y acceso a los servicios de salud. Sin embargo, de este crecimiento se ha generado una segmentación dentro del sistema de salud colombiano que busca la cobertura universal bajo igualdad de condiciones, donde los afiliados a los PVS acceden a beneficios diferenciados mediados por la capacidad de pago, mientras otras personas dependen de un sistema público con barreras en la atención. Los PVS no están exentos de falencias, conforme a los hallazgos estos se relacionan con cláusulas ambiguas, exclusiones contractuales y preexistencias no establecidas o estimadas desde el inicio de la relación contractual que derivan en incremento de quejas y acciones judiciales. Los PVS representan un alivio en términos financieros para el sistema público, no obstante, es importante fortalecer las falencias de este segmento de aseguramiento, para que fortalezca el sistema de salud y no reproduzca desigualdades.

La experiencia muestra que la claridad contractual, la regulación estatal y la articulación con el sistema público son elementos clave para garantizar la satisfacción del usuario y evitar conflictos judiciales, mediante estas acciones es posible lograr que los PVS se conviertan en un complemento que aporte beneficios significativos tanto a nivel individual como a nivel empresarial para las compañías que los ofertan, su impacto en los servicios y en la economía sobre el sistema de salud.

Conclusiones

Los Planes Voluntarios de Salud (PVS) constituyen una alternativa de atención diferenciada en el marco del sistema de salud en Colombia, dirigido a usuarios con la capacidad adquisitiva para la compra de estos planes, con el fin de obtener una mejor atención frente a los servicios de salud con: calidad, oportunidad de atención y acceso a servicios especializados. El aumento de la demanda de estos planes, el número de usuarios y la evolución en cuanto a la normatividad, refleja el avance de los mismos en el sistema de salud a lo largo del tiempo.

La normatividad colombiana enfocada en el sistema de salud, ha tenido diferentes modificaciones, con los cambios en las diferentes leyes y los decretos en salud, se ha venido ampliando los conceptos y la base regulatoria para los PVS, sin embargo, fue hasta el decreto 780 de 2016 que se profundizó en las características de los PVS y sus condiciones de operación y continuidad en el sistema. En este contexto regulatorio, es fundamental reconocer que la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia ha estado regulada desde la implementación de la Ley 100 de 1993, en la cual se crearon las bases del sistema de garantía de calidad. Sistema que compromete a todos los actores del sector: "prestadores, personas naturales, clínicas y hospitales en todos los niveles de atención, centros de diagnóstico como radiólogo, laboratorio clínico, electrodiagnóstico, los procesos y procedimientos en la atención, los diversos modelos de atención, los equipos y recursos tecnológicos y científicos que maneja el sistema, y en general todos los elementos que de una manera u otra se involucran e interrelacionan en la prestación del servicio" (Lozano et al, 2003, p. 137).

El funcionamiento de los PVS ha tenido retos relacionados con la satisfacción de los afiliados, se pueden encontrar datos que reflejan un aumento en el número de quejas por medio

de procesos judiciales especialmente a través de acciones de tutela por la negación o limitación de servicios de salud frente a las compañías que comercializan planes voluntarios. Este fenómeno refleja que, más allá de la cantidad de reclamos, existen vacíos importantes en la interpretación de las condiciones contractuales y en la claridad con que se comunican a los usuarios, por lo que continúa siendo un reto los conflictos relacionados con las condiciones claras de cobertura, preexistencias y exclusiones contractuales que ofertan las compañías, estas oportunidades invitan a fortalecer la transparencia en la oferta, la redacción clara de los contratos y la implementación de mecanismos de atención oportuna de reclamos que reduzcan la necesidad de acudir a instancias judiciales.

Las fallas en satisfacción de los usuarios y el aumento de los procesos de judicialización, presentan oportunidades en las cuales el sistema de salud y las compañías de PVS pueden mejorar, bajo la experiencia internacional es necesario que se cuente con una institución que regule todo el mercado de los planes voluntarios, así como una normatividad que deje establecidos los mecanismos por los cuales se definan o no la cobertura y que haga parte de la institución reguladora. Teniendo en cuenta que siempre va a primar la protección de los derechos fundamentales a la salud y la vida, como se analizaba en los diferentes fallos de tutela, es necesario que las compañías detallen claramente las condiciones y los alcances de responsabilidad que tienen frente a sus condiciones contractuales y frente a la salud de las personas.

En definitiva, el análisis del marco regulatorio del SGSSS colombiano expone una contradicción importante con los planes voluntarios y su impacto en la calidad de la atención. Mientras que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, establecido desde el Decreto 2309 de 2002, se estableció para garantizar estándares uniformes establecidos bajo criterios de

accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, bajo este contexto se evidencia que los planes voluntarios generan una diferenciación en estos aspectos. Esta diferenciación se manifiesta principalmente en la satisfacción del usuario, donde quienes son finalmente los que acceden a los planes voluntarios y los cuales experimentan ventajas importantes en oportunidad de atención, trato personalizado, continuidad en procesos asistenciales y mejores resultados clínicos, creando los "rangos de calificación y escalonamiento" con los que inicialmente el sistema no contemplaba.

En este sentido, los PVS deben comprenderse como un componente que, más allá de ampliar la oferta, plantea retos para la equidad y sostenibilidad del sistema. Es necesario fortalecer la articulación entre lo público y lo privado, aumentar la transparencia contractual y reforzar la supervisión estatal, de manera que los planes voluntarios no solo funcionen como un alivio individual, sino que contribuyan al mejoramiento integral del SGSSS. La experiencia del usuario de la cual se hace mención previamente, guarda relación con la información reportada en el artículo de Arboleda- Arango A. (2015), en esta investigación se buscaba evaluar el efecto del tipo de plan de salud sobre a relación de confianza que el paciente genera con el prestador de salud, se revisan los conceptos de confianza como la aceptación, creencia o fiabilidad hacia la atención en salud recibida y la lealtad como preferencia y pertenencia que siente el paciente hacia una institución; la investigación logra relacionar y probar que cuanto mayor sea la percepción de confianza y seguridad del paciente hacia una institución de salud, esta se va a ver reflejada en una mayor fidelización del paciente hacia esa institución.

Por otro lado, la importancia de analizar el impacto de los planes voluntarios sobre el sistema de salud colombiano, soportado en la información previamente descrita en la literatura y las fuentes de información documental, se relaciona con el hecho de entender el impacto de la

utilización de los servicios de salud en el país, en el usuario, en la economía y las diferencias frente a las prestaciones que se brindan en relación con el derecho fundamental a la salud garantizado inicialmente por el plan obligatorio de salud en Colombia. Teniendo en cuenta que, como se mencionaba previamente, el ideal de garantía de la calidad en salud brindado por el plan obligatorio de salud no debería ser superado por los planes voluntarios, ni que la garantía de la calidad esté supeditada a contar con un plan voluntario, entender los fallos en este segmento cobra importancia en la calidad.

La recopilación de la información de la presente investigación, hace posible la comprensión del papel de los PVS en el país, en donde sus implicaciones económicas tanto para el individuo como para el sistema financiero y el mercado del país, el número de usuarios afiliados y el número de servicios tomados a partir de los planes voluntarios de salud, sustenta el desarrollo de la investigación en el impacto que van a tener los PVS sobre el sistema de salud y cómo las oportunidades de mejora podría impactar en los resultados de salud del sistema de salud colombiano.

Por consiguiente, los hallazgos evidencian tanto las falencias como las potencialidades de los PVS, destacando la necesidad de fortalecer el marco normativo, mejorar la articulación con el SGSSS y establecer estrategias que incrementen la satisfacción de los usuarios. En este sentido, resulta fundamental avanzar en la unificación normativa de los PVS, con reglas específicas y generalizadas en torno a coberturas, exclusiones y condiciones contractuales, de manera que se reduzcan las confusiones al momento de interpretar las coberturas y así se disminuyan las quejas y demandas judiciales. Igualmente, se plantea la conveniencia de implementar auditorías y controles continuos sobre los contratos y la atención en salud, con el fin de garantizar que las

compañías cuenten con la suficiencia patrimonial y técnica para ofrecer un servicio confiable y sostenible en el tiempo.

De igual forma, es recomendable fortalecer la integración público-privada, que permitan optimizar recursos y garantizar la continuidad en la atención. Paralelamente, las compañías aseguradoras deberían incorporar estrategias orientadas a la experiencia del usuario, como la medición sistemática de indicadores de satisfacción, programas de fidelización y la promoción de un trato humanizado. Tales medidas pueden traducirse en una mejora sustancial en la percepción de calidad, oportunidad y simplificación de trámites, aspectos que no solo fortalecen la confianza de los usuarios, sino que consolidan a los PVS como un verdadero complemento al sistema de seguridad social en salud.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, G. T., & Burgos, M. J. (2020). *Calidad en la atención de salud en Colombia frente a la satisfacción de los usuarios en el periodo 2010-2020: Una revisión a la literatura* [tesis de especialización, Fundación Universitaria del Área Andina]. Repositorio Institucional Areandina.
<https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/7904e23a-72f7-4f7c-87cc-7c321b2781aa/content>
- Aguirre, C.N. (2023). Medicina prepaga: la mala fe del afiliado y su consecuencia jurídica. *Revista Derecho y Salud*, 7(8), 319-327. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2023\)25](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2023)25)
- Arboleda, A. M. (2015). Healthcare plans and consumer perceptions of healthcare institutions. *Revista de Salud Pública*, 17(1), 12–21.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n1.36202>
- Barrera, A. (2017, mayo-agosto). Caracterización de la población afiliada a planes voluntarios de salud y su efecto sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Conexión*, 15, 36-49. https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/conexxion_15_-_Web_resize.pdf
- Casabianca, M. S., Gallego, J. M., Góngora, P., Rodríguez-Lesmes, P. (2022). Price elasticity of demand for voluntary health insurance plans in Colombia. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07899-2>

Castelo-Rivas, W. P., Cueva-Toaquiza, J. L., & Castelo-Rivas, Á. F. (2022). Satisfacción de pacientes: ¿Qué se debe saber? *Revista Polo del Conocimiento*, 7(6), 176–198.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042495>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2024, diciembre 3).

Equidad en la prevención y el control del cáncer.

<https://www.cdc.gov/cancer/es/health-equity/equity.html>

Chrizostimo, R. M., Silvino, Z. R., Chrizostimo, M. M., Ortiz-Sánchez, M. C., Campos-Ferreira, H., & Pessanha de Oliveira, F. (2020). Judicialization of health arising from prepaid insurance plans and health law: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), 1–8.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0400>

Colsanitas. (s.f.). *Sobre nosotros*. <https://www.colsanitas.com/nosotros-colsanitas>

Ley 100/1993, de 23 de diciembre, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (1993). *Diario Oficial*. N.41148, 23 de diciembre de 1993.

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

Ley 10/1990, de 10 de enero, Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.(1990). *Diario Oficial* No. 39.137, 10 de enero de 1990.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>

Congreso de la República de Colombia. (1998). Decreto 806 de 1998 Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación

de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=19411>

Congreso de la República de Colombia. (2006). Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/decreto%201011%20de%202006.pdf

Ley 1438/2011, de 19 de enero, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. (2011). *Diario Oficial* 47957, 19 de enero de 2011.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>

Congreso de la República de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social .

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

Consultorsalud. (2021, abril 7). *4,7 % de los afiliados al sistema de salud tienen planes voluntarios en Colombia*. <https://consultorsalud.com/4-7-planos-voluntarios-de-salud-colombia/>

Corte Constitucional de Colombia. (2020, 30 de julio). *Sentencia T-274/20* (Reyes

Cuartas, J. F, M.P.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/t-274-20.htm>

Costa-Filho, D. B., Galvão, T. F., Bruschi-Kelles, S. M., & Silva, M. T. (2020). Access to private health insurance in the metropolitan region of Manaus, AM, Brazil, in 2015: A cross-sectional population-based study. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1), 1-11. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100001>

Crispin-Fory, C., Melo-Becerra, L. A., Restrepo-Tobón, D. A., & Vásquez-Escobar, D. (2023). Eficiencia y solidez financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Colombia (Borradores de Economía No. 1248). Banco de la República de Colombia. <https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/106fe74b-a076-4928-b923-c4a6b73df381/content>

Dáguer, C. (2021, mayo 16). El debate sobre los planes voluntarios de salud. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/salud/el-debate-sobre-los-planes-voluntarios-de-salud-584311>

De Masi, N. S., Rochina, E. C., Schpilberg, M. G., Puga, M. C., & Garfi, L. G. (2023). NPS (Net Promoter Score). Métrica de la experiencia del cliente: Construcción y análisis del indicador de una cobertura médica privada. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 43(1), 7-11. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v43i1.259>

Federación de Aseguradores Colombianos. (2021, marzo 25). Fasecolda y ACEMI presentan estudio sobre los planes voluntarios de salud en Colombia [Comunicado de prensa]. <https://www.fasecolda.com/cms/wp->

[content/uploads/2021/03/Fasecolda-y-ACEMI-presentan-estudio-sobre-los-planos-voluntarios-de-salud-en-Colombia.pdf](https://www.fasecolda.gov.co/content/uploads/2021/03/Fasecolda-y-ACEMI-presentan-estudio-sobre-los-planos-voluntarios-de-salud-en-Colombia.pdf)

Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional (FOPEP). (s. f.). Plan obligatorio de salud [Entrada de glosario]. <https://www.fopep.gov.co/glosario/plan-obligatorio-de-salud/>

Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., Gil, F., & Guarnizo-Herreño, C. (2022). Plan de seguro de salud: Factor que más contribuye a las desigualdades en la mortalidad por COVID-19 en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e78. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.78>

Grass, M. C. (2015, julio 15). Perfil socioeconómico de los compradores de planes voluntarios de salud. *Revista Fasecolda*, 159, 20–25. <https://revista.fasecolda.com/index.php/revfasecolda/article/view/150>

Instituto Nacional de Salud. (2020, marzo). *Boletín técnico interactivo 15: Las tutelas como mecanismo de acceso a los servicios de salud*. Observatorio Nacional de Salud. https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletines/boletin-15/pdf/boletin_pdf.pdf

Kademian, B. (2024). Rescisión unilateral del contrato de medicina prepaga y su impacto en la protección de la identidad de género. *Revista Derecho y Salud*, 8(9), 447–456. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9947949>

Londoño Berrío, C. M., Giraldo González, J. F., & Tabora Castrillón, W. A. (2014). Tensión entre el derecho fundamental a la salud y la libre voluntad de las partes

contratantes en los planes voluntarios de salud: Caso Seguros de Vida Suramericana S.A. años 2011–2013. *Revista CES Derecho*, 5(2), 122–138.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192014000200002&lng=en&tlng=es

Lozano, E. P. (2024). *Evolución de los planes voluntarios de salud en el modelo de salud colombiano y la pertinencia de su inspección, vigilancia y control* [Tesis de maestría, Universidad Externado de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Externado de Colombia.

<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e272f35-6acb-4678-b4b6-9e058504c59b/content>

Lozano Jimenez, J. H., Lozano Marmolejo, A., Lozano Gubbay, D. (2003).

Diferenciación en la prestación de servicios de Medicina Prepagada y Plan Obligatorio de Salud-Pos. *Revista Estudios Gerenciales*, 1(86), 97-151.

<https://www.redalyc.org/pdf/212/21208607.pdf>

Melo-Becerra, L. A., Vásquez-Escobar, D., Alarcón-Obando, M. I., & Silva-Samudio, G.

T. (2024). *Empresas promotoras de salud en Colombia: Gestión del riesgo en salud, eficiencia técnica y solidez financiera (Borradores de Economía, No. 1272)*. Banco de la República de Colombia.

<https://repositorio.banrep.gov.co/items/4dd0f7cd-58f2-4cd8-9bb0-ea3f3937fc91>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, febrero 22). *Concepto jurídico*

201811600210891 de 2018: Periodos de carencia en medicina prepagada.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201811600210891%20de%202018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Guía para la medición de la satisfacción de partes interesadas*. Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/ASIG13.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano con énfasis en atención primaria*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-encuesta-satisfaccion-usuarios-sistema-salud-colombiano-enfasis-atencion-primaria.pdf>

Naranjo, L. (2020, septiembre 15). Corte Constitucional, vía tutela, protege los derechos de los usuarios que optan por planes complementarios de salud. *Centro Jurídico Internacional*. <https://acolombianlawyers.com/noticias/2020/09/15/corte-constitucional-via-tutela-protege-los-derechos-de-los-usuarios-que-optan-por-planes-complementarios-de-salud/>

Organización Mundial de la Salud. (2023, octubre 5). *Cobertura sanitaria universal (CSU)*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Informe de salud en las Américas*.
Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56242/v46e782022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, J. H., Orjuela, K. A. (2024). Sistemas de salud y su implementación dentro de Colombia. *Revista de Investigación Científica, Empresarial y Tecnológica*, 8(1), 1–13. <https://revistaseidec.com/index.php/Ricet/article/view/518/460>
- Ortiz-Culcay, O., Fernández-García, C., Pérez-Rico, C. (2022). Análisis de cobertura de medicina prepagada en Pichincha (2019–2020). *Revista Ciencia UNEMI*, 15(38), 1–13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8374923>
- Paredes, N. (2017, mayo–agosto). El mercado de los planes voluntarios de salud en Colombia. *Conexión*, 15, 30–35. https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/conexxion_15_-_Web_resize.pdf
- Patiño-Lugo, D. F., Vélez, C. M., Díaz-Hernández, D. P., Salazar-Blanco, O. F., González-Arango, J. E., Velásquez-Correa, J. C., Rodríguez-Corredor, L. C., Vélez-Marín, V. M., & Velásquez-Salazar, P. (2024). Whoever wants better healthcare simply pays more: Citizens' perception about voluntary private health insurance in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), Article 7. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02086-z>
- Peláez, M. (2019). *Planes voluntarios de salud: La medicina prepagada en Colombia* [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional

UPB.

<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9433/Planes%20voluntarios%20de%20salud.pdf?sequence=1>

Prada-Martínez, G., & Severiche-Bueno, D. (2022). Medicina prepagada: Problemas bioéticos evidentes en la atención de sus pacientes. *Revista Colombiana de Neumología*, 34(2), 107–116.

<https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v34.n2.2022.612>

Quintana Cepeda, A. (2016). El papel de la Corte Constitucional en el análisis de los contratos de medicina prepagada. *Revista de Salud Pública*, 18(5), 827–836.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45135>

Salazar Gaitán, I. (2024, enero 11). Los pagos voluntarios por los servicios de salud en Colombia alcanzan \$10,9 billones. *La República*.

<https://www.larepublica.co/empresas/los-pagos-voluntarios-por-los-servicios-de-salud-en-colombia-alcanzan-10-9-billones-3778312>

Semana. (2024, octubre 7). *Planes voluntarios de salud están aumentando en los últimos años: Estas son las impactantes cifras y los testimonios de los usuarios*. *Semana*.

<https://www.semana.com/politica/articulo/planes-voluntarios-de-salud-estan-aumentando-en-los-ultimos-anos-estas-son-las-impactantes-cifras-y-los-testimonios-de-los-usuarios/202444/>

Superintendencia Financiera de Colombia. (2025, marzo 28). *Patrimonio técnico y patrimonio adecuado compañías de seguros generales: Cifras en millones de pesos*. <https://www.superfinanciera.gov.co/powerbi/reportes/509/>

Superintendencia Nacional de Salud. (2022, agosto 7). *Circular Externa 2022151000000051-5: Por la cual se modifica el capítulo II del título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos*. <https://www.cerlatam.com/normatividad/supersalud-circular-externa-no-2022151000000051-5-de-2022/#:~:text=Establece%20disposiciones%20sobre%20la%20aprobaci%C3%B3n,verificaci%C3%B3n%20posterior%20de%20los%20mismos>

Uribe, H. (2024). *Notas sobre el contrato de medicina prepagada*. Libros Editorial Universidad Santiago de Cali. <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/607/771/11255>

Viar, L. (2024). Aumentos de la medicina prepaga sobre el colectivo de personas con discapacidad: Una lectura desde las finanzas públicas y el derecho tributario argentino. *Revista Jurídica Austral*, 5(1), 635-654. <https://doi.org/10.26422/RJA.2024.0501.via>

Zapata-Flórez, J. (2021). La conexidad contractual en los planes de medicina prepagada y las pólizas de salud. *Revista Justicia*, 26(39), 153-172. <https://doi.org/10.17081/just.26.39.3853>

Lista de Apéndices

Apéndice A

Cronograma de Actividades-Diagrama de Gantt

Actividades / Tiempo (semana)	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Fase Inicial: Definición y planteamiento del problema																														
Planteamiento de propuesta de monografía	x	x	x																											
Definición de objetivos de investigación, metodología y propuesta.				x	x																									
Presentación de propuesta				x	x																									
Fase Intermedia: Desarrollo conceptual																														
Revisión de la literatura						x	x	x	x	x	x	x	x	x																
Análisis de los datos e información de las masas documentales															x	x	x	x	x	x										
Desarrollo del marco conceptual y teórico																					x	x	x	x						
Fase Final: Socialización																														
Ajustes de diseño monografía																											x	x	x	x
Conclusiones e implicaciones																												x	x	
Diseño de la monografía final																													x	
Presentación de la monografía final																													x	x

Fuente. Elaboración propia.

Apéndice B

Matriz de Análisis de Información

Categoría	Ítem	Título del documento	Año	Tipo	Palabras Clave del Documento	Delimitación	Aspectos o Conceptos Clave	Hallazgos	Conclusión Parcial
	Normatividad	1	Ley 100 de 1993	1993	Ley	Sistema General de Seguridad Social en Salud	1993	Estructura la base del sistema actual de salud colombiano	Mediante esta ley se dio estructura a los planes complementarios
2		Decreto 1011 de 2006	2006	Decreto	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud	2006	Estructura los mecanismos por los cuales se busca la garantía de la calidad en salud	Se reconocen los aspectos utilizados para evaluar la calidad, instituciones, normas y responsabilidades del proceso.	Contradicción frente a los PVS, se deben garantizar estándares uniformes de calidad en todo el sistema de salud.
3		Ley 1438 de 2011	2011	Ley	Sistema General de Seguridad Social en Salud	2011	Reforma del sistema de salud colombiano.	Amplía las diferentes modalidades para	Se clasifican los PVS entre pólizas, medicina prepagada y

						los PVS, las condiciones de ingreso, operación y su relación con el SGSSS.	planes complementarios. Deja en clara la vigilancia y relación con el sistema de salud público.
4	Decreto 780 de 2016	2016	Decreto	Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	2016	La compañía del PVS queda obligada a garantizar la afiliación en el sistema público y verificar los requisitos de sus proveedores.	Se amplió la base normativa, vigilancia, control y calidad de los PVS.
5	Sentencia T-274/20	2020	Sentencia	Planes Adicionales de Salud	2020	El ordenamiento jurídico muestra el conducto regular a seguir en el caso de judicialización para la protección del derecho a la salud, los antecedentes	La sentencia de la corte para el caso expuesto cita el decreto 780 como guía orientadora acerca de las responsabilidades de las compañías de PVS de salud, Es responsabilidad de las compañías que ofertan los PVS, realizar los exámenes previos al ingreso del usuario, para determinar y dejar expresamente definidas las

						normativos que orientan el marco jurídico de los PVS.	la superintendencia como responsable de la vigilancia.	preexistencias y condiciones bajo las cuales se van a prestar o no los servicios.
6	Perfil socioeconómico de los compradores de planes voluntarios de salud.	2015	Artículo de revista	Perfil Socioeconómico . Planes Voluntarios de Salud.	2012	Para el 2012 el total de hogares colombianos con un PVS fue de 598.497 que corresponde al 4.4 %.	Usualmente quien asume el costo de los planes es mayor de 40 años, sexo masculino y casado, los afiliados se encuentran principalmente en centros urbanos, el jefe de hogar tiene en un 55% un nivel de escolaridad de educación superior.	Un mayor nivel de escolaridad y capacidad financiera se relaciona con una mayor posibilidad de adquisición de los PVS. Las principales razones de afiliación se relacionan con una mayor calidad de vida.

7	Caracterización de la población afiliada a planes voluntarios de salud y su efecto sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud	2017	Artículo de revista	Caracterización de la población afiliada a planes voluntarios de salud y su efecto sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud	2016	Las cifras de afiliados se han mantenido de manera similar desde 1993. Para el 2015 según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE el 5% de la población colombiana contaba con PVS.	Se presentan también servicios específicos como ambulancia prepagada, aumento en el número de afiliados a los planes complementarios. Las personas de mayor estrato socioeconómico son los que cuentan con planes de mayor cobertura.	La capacidad adquisitiva dada por el estrato socioeconómico se relaciona con la tenencia de planes voluntarios con mayores coberturas, incluso más de un plan a la vez.
8	Fasecolda y ACEMI presentan estudio sobre los planes voluntarios	2021	Comunicado de prensa	Planes Voluntarios de Salud en Colombia	2020-2025	Para el 2021 cerca de 4.7 millones de personas tienen un PVS.	La cantidad de usuarios representa el 0.6% del PIB del país, lo que a su vez representa el	La medicina prepagada es el tipo de PVS más escogido, seguido por las pólizas y finalmente los planes complementarios.

							de salud en Colombia	8.2% del gasto en salud.	
Económico	9	Patrimonio técnico y patrimonio adecuado de las compañías de seguros generales	2024	Página web	Patrimonio financiero, Seguros Generales	2020-2025	Algunas compañías de seguros tienen una participación económica importante en el mercado de los seguros en salud.	Seguros de Vida Suramericana cuenta con el patrimonio más alto en millones de pesos de 2.611.644, seguidos por Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. de medicina prepagada y Allianz Seguros de Vida S.A. de pólizas de salud con patrimonios de 770.926 y 264.594 respectivamente.	Se evidencia la diversidad de modelos de negocio en el mercado de los PVS en Colombia existentes, así como el capital que concentran estas compañías y su representación en el gasto en salud.

10	Price elasticity of demand for voluntary health insurance plans in Colombia	2022	Artículo científico o	Private health insurance, Voluntary private health insurance, Demand for health insurance, Price elasticity	2020-2025	La elasticidad de precio a la demanda muestra el grado de demanda que hay de los PVS en función del costo o valor de la prima o tarifa. La manera en la que el precio afecta la compra.	El hecho de que los usuarios de los PVS prefieran los servicios privados desplazando la demanda en el servicio de salud públicos, representa una disminución de la carga financiera del sistema público.	Se resta carga financiera al sistema de salud público dada la utilización de los PVS, dado que reemplaza la demanda sobre el sistema público. Sin embargo, esta puede verse afectada si se eliminan los beneficios fiscales de los PVS, así como la permanencia de los usuarios en el plan.
11	El debate sobre los planes voluntarios de salud	2021	Artículo de revista	Planes Voluntarios de Salud, Empresas Promotoras de Salud	2020-2025	El acceso a los servicios de salud por medio de estos planes representa una menor congestión (oportunidad) y mayor atención (calidad).	Los PVS generan un ahorro aproximado de 430.000 millones de pesos al sistema público.	Los PVS inciden en la disminución de la carga económica del sistema de salud, sus usuarios tienen expectativas poco viables sobre las coberturas que pueden resultar en quejas.

Satisfacción	12	Notas sobre el contrato de medicina prepagada	2024	Capítulo de libro	Medicina prepagada, servicios de salud, contratos de salud, contrato atípico, contrato de adhesión	2020-2025	Expectativas de usuarios, tutelas y necesidad de regulación	Contrato de prestación de servicios con el mayor número de tutelas, principalmente por la no prestación del servicio por relacionarse con preexistencias.	Existe obligatoriedad por parte del segmento de los PVS en responder frente al derecho fundamental a la salud y a la vida, falta regulación legal clara para estos contratos.
	13	Medicina prepagada: Problemas bioéticos evidentes en la atención de sus pacientes	2022	Artículo científico	Medicina prepagada, Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, conflicto, autonomía, beneficencia,	2020-2025	Choque bioético entre la expectativa de atención de los usuarios de PVS y la atención recibida.	Se describe que los servicios recibidos por parte del PVS superan la satisfacción con los servicios del sistema público, se tiene una	Los problemas de satisfacción y conflictos derivan muchas veces del problema en la interpretación de las coberturas de los PVS.

				maleficencia, justicia distributiva			expectativa en función de la cantidad de pago realizado a estos planes.	
14	Judicialización de la salud resultante de los planes de prepago y el derecho sanitario: revisión integrativa	2020	Artículo científico o	Judicialización de la Salud; Derecho Sanitario; Derecho Constitucional; Planes de Salud de Prepago; Sistema Único de Salud	2020-2025	Caracterización de los procesos judiciales relacionados con servicios de seguros prepagados.	El mayor porcentaje de demandas presentadas por los usuarios corresponde a medicamentos ambulatorios, seguidos por servicios ambulatorios y hospitalarios.	De la identificación de los procesos judiciales contra las compañías de servicios de salud prepagados, se pueden establecer las correspondientes acciones de mejora.
15	Tensión entre el derecho fundamental a la salud y la libre voluntad de	2014	Artículo científico o	Tutelas en salud, planes voluntarios de salud, libertad económica, derecho	2011-2013	Número de tutelas contra una compañía que oferta un PVS, en relación con servicios de salud	La mayor parte de las tutelas presentadas se encuentran entre las exclusiones de los contratos, seguidas por	En aras de garantizar los derechos fundamentales a la salud y a la vida, se debe establecer un marco normativo claro y regulación frente a

	las partes contratantes en los planes voluntarios de salud: Caso Seguros de Vida Suramerican a S.A. años 2011–2013.			fundamental a la salud.			preexistencias, finalmente las tutelas se relacionan con servicios no contratados.	las coberturas y responsabilidades de los PVS.
16	Whoever wants better healthcare simply pays more: Citizens' perception about voluntary private health insurance in Colombia	2024	Artículo científico o	For-profit insurance plans, Employer-sponsored health insurance, social security, Private practice, Accessibility to health services, Equity in access to health services	2020-2025	Las fallas en la atención oportuna en el sistema público de salud, procedimientos administrativos extensos y atención privilegiada posicionaron a los PVS como una solución a las	Para las compañías que ofertan PVS, las deficiencias en el sistema de salud público incentiva la adquisición de estos planes por personas con capacidad adquisitiva.	Se evidencia una brecha frente a la igualdad de condiciones para el acceso a servicios de salud con calidad, que viene determinada por la capacidad de adquirir o no PVS. Las personas que cuentan con PVS buscan una atención

						fallas del sistema de salud.		de salud óptima y privilegiada.
17	El papel de la Corte Constitucional en el análisis de los contratos de medicina prepagada.	2016	Artículo científico o	Derechos Humanos, derecho a la salud, atención al paciente, jurisprudencia, contratos	2016	La corte constitucional en Colombia debe procurar la protección del derecho fundamental a la salud.	En el marco de la libre escogencia por parte del usuario, puede definir la toma de servicio por el sistema público o por medio del PVS, manteniendo las mismas garantías de protección a la salud.	El estado por medio de la corte constitucional tiene una responsabilidad clara en la vigilancia y procura del cumplimiento del derecho a la salud, el usuario cuenta con los mecanismos judiciales para esto y ellos pueden ser la representación de las inconformidades por los servicios del PVS.

Nota. Esta tabla muestra el análisis de información realizada con base en el contenido encontrado en las fuentes bibliográficas. *Fuente.* Elaboración propia.