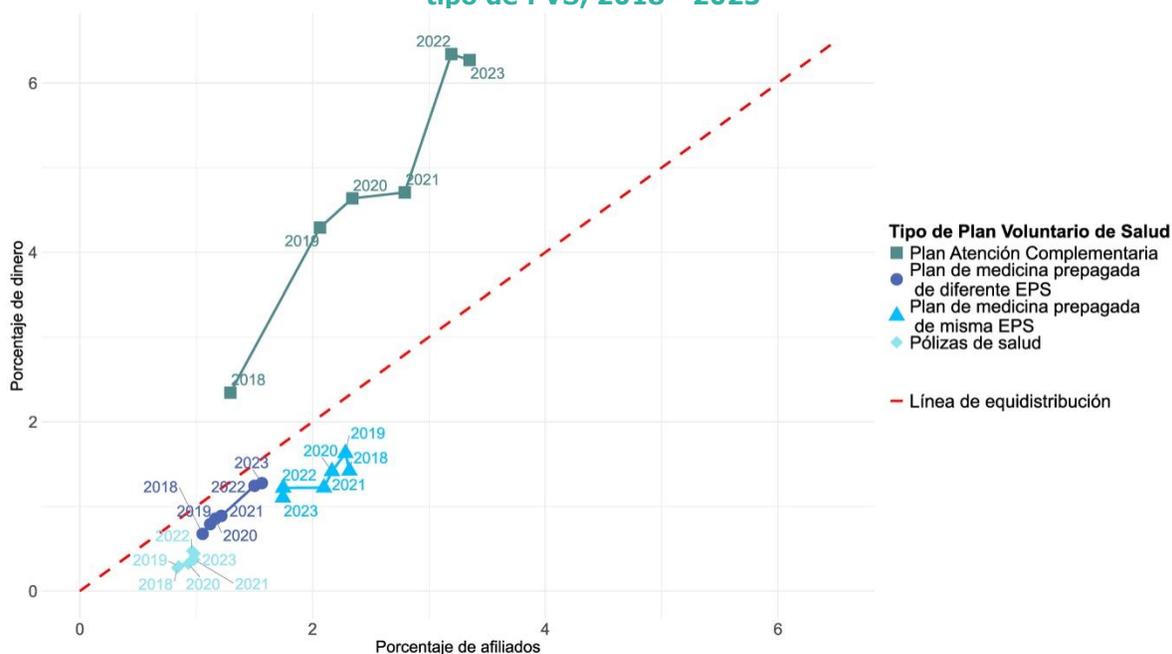


Efecto de la afiliación a Planes Voluntarios de Salud sobre el costo en servicios financiados con recursos de la UPC

Entre 2018 y 2023, los Planes Voluntarios de Salud (PVS) han experimentado un crecimiento acelerado, en particular el Plan de Atención Complementaria (PAC). Este aumento plantea posibles efectos adversos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya que se observan dos situaciones: costo per cápita por actividad en salud mayores en los PVS respecto a los afiliados sin PVS del régimen contributivo; y los afiliados al PAC reciben una mayor proporción de recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)—de los que proporcionalmente le corresponderían por número de afiliados.

Gráfico 1. Relación porcentual de asignación de recursos y número de afiliados según tipo de PVS, 2018 - 2023



Nota: Los valores en recuadros corresponden al primer, último, máximo y mínimo puntaje de cada serie. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo, y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES.

Los afiliados a Planes Voluntarios de Salud (PVS) registraron en 2023 un costo per cápita por actividad en salud de \$2.513.412, superior en \$431.293 al de los no afiliados a PVS, cuyo costo per cápita fue de \$2.082.119.

- Los Planes de Atención Complementaria (PAC) fueron los PVS con el mayor costo per cápita durante todo el periodo analizado, pasando de \$1.700.037 en 2018 a \$2.766.037 en 2023.



- Por tipo de plan, el Plan de Medicina Prepagada ofrecido por una misma EPS ocupó el segundo lugar en costo per cápita en todos los años, excepto en 2021, cuando se ubicó en el tercer puesto. Sus valores oscilaron entre \$1.602.716 en 2018 y \$2.575.615 en 2023.

En 2023, los Planes de Atención Complementaria (PAC) captaron el 6,27 % de los recursos de la UPC, a pesar de representar solo el 3,34% de los afiliados al régimen contributivo, lo que evidencia una asignación desproporcionada de recursos.

- En contraste, los demás Planes Voluntarios de Salud (PVS) tienden a ubicarse cerca de la línea de equidistribución, lo que indica que su participación en el gasto es relativamente proporcional a su peso poblacional.
- El PAC, sin embargo, se ha mantenido constantemente por encima de esta línea, y la brecha entre gasto y afiliación ha venido incrementándose con el tiempo, lo que podría sugerir una concentración creciente de recursos en este tipo de plan.

Los costos per cápita por actividad de los procedimientos agrupados en los A-CUPS son sistemáticamente más altos entre los afiliados a Planes Voluntarios de Salud (PVS), en comparación con la población no afiliada a estos planes.

- En el agrupador "Hospitalización general y especialidades", se encontró que los Planes de Atención Complementaria (PAC) y los Planes de Medicina Prepagada (PMP) de una misma EPS presentan los mayores costos per cápita, con máximos de \$3.696.126 y \$3.753.960, respectivamente. Estos valores superan significativamente al costo per cápita más alto entre los no afiliados a PVS, que fue de \$2.082.294.
- En el agrupador "Atención en Unidad de Cuidados Intensivos", el PAC y el PMP de una misma EPS nuevamente presentan los mayores valores, con costos per cápita de \$28.129.115 y \$22.327.131, respectivamente, frente a un máximo sin PVS de \$13.489.610.
- En el agrupador "Otros medios diagnósticos y tratamiento especializado", el PMP de una misma EPS tiene el mayor costo per cápita (\$370.109), seguido por el PAC (\$268.235), mientras que el costo per cápita más alto entre quienes no están afiliados a PVS fue de \$197.550.

Para más información, lo invitamos a leer la siguiente nota técnica:



ADRES



Efecto de la afiliación a Planes Voluntarios de Salud sobre el costo en servicios financiados con recursos de la UPC

Este ejercicio busca ofrecer un insumo técnico que contribuya al análisis estructural del sistema de salud y no compromete la posición institucional de la ADRES



ADRES





Presentación

La ADRES ha venido trabajando con un propósito claro: fortalecer su capacidad institucional, promover la transparencia y asegurar una gestión más eficiente de los recursos del sistema de salud. Para lograrlo, una de sus apuestas estratégicas ha sido aprovechar mejor los datos, transformándolos en conocimiento útil para el país.

Así nacen las **Notas Analíticas**, una serie de documentos que combinan herramientas de análisis de datos con el conocimiento técnico para entender, con más detalle, cómo está funcionando el sistema de salud. La idea es sencilla pero poderosa: usar la información disponible para generar evidencia que facilite la toma de decisiones, oriente el diseño de políticas públicas y permita hacer seguimiento al uso de los recursos.

Estas notas aplican métodos estadísticos y tecnologías avanzadas que buscan contar lo que revelan los datos de forma clara. ¿Qué patrones se repiten? ¿Qué situaciones llaman la atención? ¿Dónde hay oportunidades de mejora? En otras palabras, es una forma de responder al llamado ciudadano por entender mejor cómo se están usando los recursos del sector salud, siempre en línea con el compromiso de transparencia que guía a la ADRES.

El presente documento se centra en los Planes Voluntarios de Salud (PVS) en Colombia, los cuales han mostrado un crecimiento sostenido en el número de afiliados. Estos esquemas, ofrecidos principalmente por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), funcionan de manera paralela al aseguramiento obligatorio y han establecido rutas diferenciadas en el acceso a los servicios de salud.

A partir del análisis de la información reportada por las EPS, este documento examina las diferencias en el uso de servicios entre afiliados con y sin PVS, identificando patrones asociados a los costos y a la participación en el sistema por parte de quienes cuentan con estos planes. Los resultados plantean cuestionamientos sobre la equidad en el uso de los servicios en el sistema de salud, al evidenciar posibles desigualdades entre quienes cuentan con planes voluntarios y quienes no, así como los costos que esto acarrea al sistema.

Esta Nota Analítica tiene un carácter estrictamente técnico y descriptivo. Su contenido no constituye una directriz, política pública ni posición institucional de la ADRES. Los resultados aquí presentados se derivan del análisis de bases de datos disponibles y deben interpretarse como insumos que buscan contribuir al conocimiento estructural del sistema de salud en Colombia.



Resumen Ejecutivo

Este documento analiza los efectos de los Planes Voluntarios de Salud (PVS) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) entre 2018 y 2023. Para ello, se utilizaron datos de la Base de Datos de Planes Voluntarios de Salud (BDPVS), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), la base del estudio de Suficiencia¹ y los Agrupadores de los Códigos de Procedimientos Únicos en Salud (A-CUPS)².

Los resultados evidencian un crecimiento sostenido en la afiliación a PVS: entre 2018 y 2023, el número de afiliados aumentó un 67,9%, pasando de 1,26 a 2,11 millones de personas, equivalente al 9,13% del total de afiliados al régimen contributivo en 2023. El Plan Complementario en Salud (PAC) se destaca entre los PVS por ser el de mayor crecimiento (213% en el periodo analizado), y por concentrar el mayor valor total en actividades de salud, alcanzando los \$2,79 billones en 2023. Es decir, los afiliados a PAC concentran el mayor costo dentro de los recursos de la UPC destinados a los PVS.

Los afiliados a PVS registran el valor per cápita más alto, es así como en 2023 fue de \$2,51 millones por persona, lo que representa \$431.000 más que el costo per cápita de la población sin PVS. Esto implica una mayor carga económica para el SGSSS; además, se evidencia una desigualdad en el uso de recursos, ya que los afiliados al PAC reciben una proporción creciente de los recursos de la UPC que supera su representación porcentual dentro de la población afiliada al SGSSS.

¹ La base del estudio de suficiencia es la información reportada por las EPS sobre los servicios y tecnologías incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS) que fueron prestados a los afiliados, la cual constituye la principal fuente de datos para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

² Los Agrupadores de CUPS (A-CUPS) son conjuntos de procedimientos clasificados según sus similitudes clínicas y características médicas.

Análisis del gasto en servicios del Plan de Beneficios en Salud según afiliación a Planes Voluntarios de Salud

1. Enfoque conceptual

Los Planes Voluntarios de Salud (PVS) están definidos como un conjunto de beneficios adicionales no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), o como esquemas que ofrecen condiciones preferenciales para acceder a servicios incluidos en el PBS (Superintendencia Nacional de Salud de Chile, 2023). Su propósito es mejorar la calidad del acceso, reducir los tiempos de espera y ampliar la oferta de prestadores, entre otros aspectos (Colombo & Tapay, 2004).

Dado que se financian enteramente con recursos del usuario y se utilizan preferentemente en lugar de los servicios del PBS, se plantea que los PVS pueden aliviar la presión sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y según experiencias internacionales —especialmente en países de ingresos medios y altos—, una adecuada regulación y administración de estos planes puede contribuir a mejorar la accesibilidad, oportunidad, continuidad y eficiencia en la atención, lo que resulta clave para avanzar hacia una atención de mayor calidad (Boone, 2018; Superintendencia Nacional de Salud de Chile, 2023).

En el contexto colombiano, la coexistencia de los PVS con el aseguramiento obligatorio ha sido objeto de análisis respecto a sus implicaciones sobre la eficiencia y la equidad del sistema de salud. Bardey y Buitrago (2017) advierten que este tipo de esquemas pueden generar distorsiones, especialmente cuando los seguros voluntarios terminan complementando servicios financiados con recursos públicos.

Sobre este postulado se utilizó información proveniente de la Base de Datos de los Planes Voluntarios de Salud (BDPVS), la base del estudio de Suficiencia, la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y los Agrupadores de CUPS (A-CUPS). Para cada afiliado se estimó la asignación mensual tomando como referencia la EPS registrada al cierre de cada mes y los contratos asociados a los PVS, siguiendo un orden de prioridad: primero el Plan de Medicina Prepagada (PMP) con la misma EPS, luego el PMP con EPS diferente, seguido del Plan Complementario y, finalmente, las Pólizas de Salud. Estos grupos fueron comparados con los afiliados al régimen contributivo sin PVS en términos de indicadores como el costo total, el costo per cápita, el uso de los servicios de salud y la participación porcentual de los recursos del SGSSS con el fin de analizar posibles efectos de la equidad de estos tipos de planes en el SGSSS.

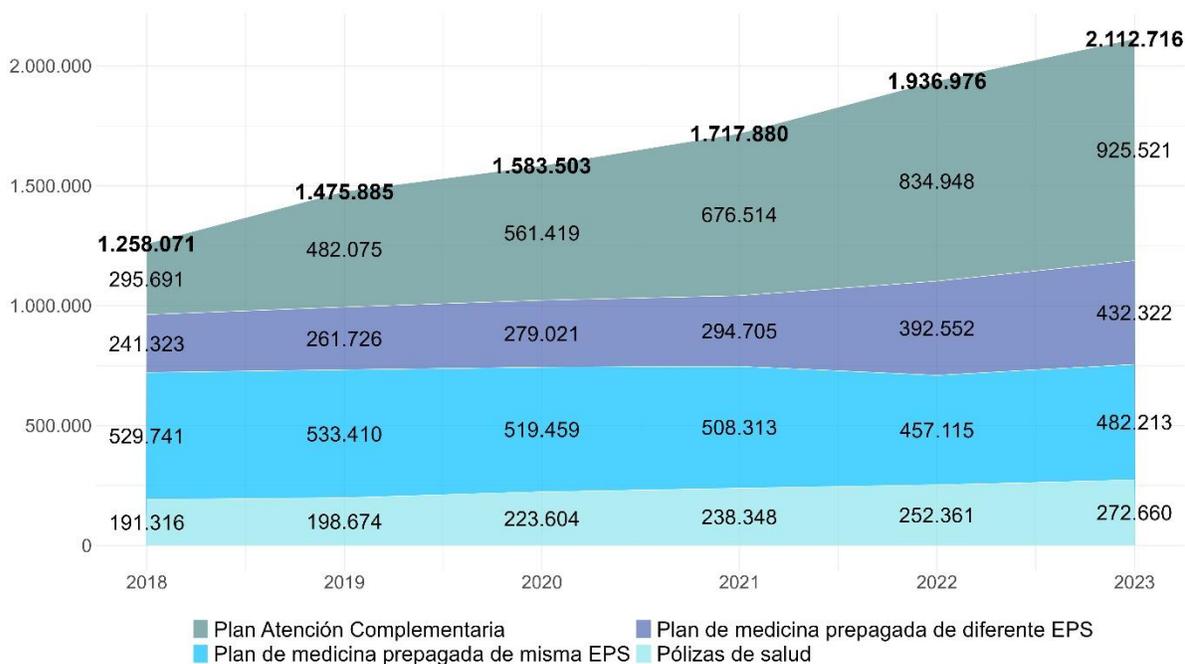
2. Resultados comportamiento de los Planes Voluntarios de Salud (PVS).

2.1 Evolución de la afiliación a PVS

En 2023, el régimen contributivo contaba con aproximadamente 23 millones de afiliados, de los cuales 2,1 millones estaban vinculados a algún tipo de PVS, lo que representa cerca del 9,1% del total de afiliados en este régimen. Esta proporción ha venido en aumento en los últimos años, lo que evidencia una creciente preferencia de ciertos grupos de población por complementar su cobertura en salud con esquemas adicionales al aseguramiento obligatorio.

En el periodo 2018 - 2023 el número de personas afiliadas a PVS ha experimentado un crecimiento constante pasando de 1.258.071 a 2.112.716 personas afiliadas, un crecimiento para el periodo del 67,9%. El tipo de plan con mayor crecimiento fue el Plan de Atención Complementaria (PAC) que en 2018 tenía 295.691 personas afiliadas y para 2023 un total de 925.521 una variación para el periodo de análisis de 213,1%.

Gráfico 1. Personas afiliadas a Planes Voluntarios de Salud según tipo de plan por año
Número. Colombia, 2018 – 2023



Fuente: ADRES - BDPVS: Base de datos de referencia para Planes Voluntarios de Salud y BDUA: Base de Datos Única de Afiliados del sistema general de seguridad social en salud.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

Se observó un crecimiento sostenido del costo total de actividades en el conjunto de los PVS, que pasó de \$1,18 billones en 2018 a \$4,05 billones en 2023, lo que representa un aumento del 241,8%.

Al analizar los costos totales de las actividades cargados al sistema de salud (procedimientos, medicamentos, dispositivos e insumos) por tipo de PVS, se observa que los PAC presentan el mayor costo de forma consistente en el periodo. Este valor muestra un comportamiento creciente, pasando de \$590.020 millones en 2018 a 2,79 billones de pesos en 2023, lo que representa un crecimiento del 374,0%. Otro tipo de PVS con un aumento significativo en el costo total de actividades es el Plan de Medicina Prepagada (PMP), especialmente en el caso de una misma EPS, que pasó de \$170.054 millones en 2018 a \$569.147 millones en 2023, equivalente a un crecimiento del 234,7%. (Tabla 1)

Tabla 1. Costo total de actividades en salud (procedimientos, medicamentos, dispositivos e insumos) registradas en la base de datos de Suficiencia, según afiliación a Planes Voluntarios de Salud (PVS). Colombia, 2018-2023. (Millones de pesos)

Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variación (%) 2018 -2023
Plan de Medicina Prepagada - Diferente EPS	170.054	202.914	224.924	290.707	410.837	569.147	234,7
Plan de Medicina Prepagada - Misma EPS	357.685	418.247	372.335	399.742	402.919	492.589	37,7
Plan de Atención Complementaria	590.020	1.101.078	1.219.853	1.539.666	2.093.715	2.796.898	374,0
Pólizas de Salud	69.342	75.405	85.228	121.509	156.514	198.451	186,2
Total PVS	1.187.101	1.797.644	1.902.340	2.351.624	3.063.985	4.057.085	241,8
Sin PVS	23.966.498	23.854.192	24.402.676	30.354.887	29.944.672	40.525.815	69,1

Nota: Precios constantes 2024

Fuente: ADRES - BDPVS: Base de datos de referencia para Planes Voluntarios de Salud, BDUA: Base de Datos Única de Afiliados del sistema general de seguridad social en salud y Bases de datos de Suficiencia 2018 a 2023.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

La Tabla 2 presenta el costo per cápita por afiliado equivalente registrado en la base de suficiencia, entendido como el cociente entre el valor total de actividades con cargo a la UPC y el número total de afiliados equivalentes³, según tipo de PVS. Se observa que los afiliados a los PAC presentan el mayor costo per cápita en todo el periodo analizado, pasando de \$1.700.037 en 2018 a \$2.766.037 en 2023, lo que representa un crecimiento del 62,7%. Por su parte, los PMP de la misma EPS ocuparon el segundo lugar en todos los años a excepción del año 2021, pasando de \$1.603.716 pesos en 2018 a \$2.575.615 pesos en 2023, lo que representa un crecimiento del 60,6 %.

También se observa que, en términos generales, el costo per cápita del total de afiliados a PVS comienza con un nivel similar al de la población del régimen contributivo sin PVS. En 2018, la diferencia era de \$31.125 a favor de la población sin PVS. Sin embargo, para 2023 esta brecha se amplía considerablemente, pero en sentido inverso: el costo per cápita de los afiliados a PVS alcanza los \$2.513.412, frente a los \$2.082.119 de la población sin PVS del régimen contributivo, lo que representa una diferencia de \$431.293 por encima del valor registrado en los no afiliados a PVS, esta diferencia es el 20,7% del costo total de los no afiliados a PVS.

³ Afiliado equivalente: corresponde a la proporción de días del año durante los cuales un afiliado estuvo cubierto por un PVS, en relación con el total de días del año.

Tabla 2. Costo per cápita por usuario de actividades en salud (procedimientos, medicamentos, dispositivos e insumos) registradas en la base de Suficiencia, según afiliación a Planes Voluntarios de Salud (PVS), 2018-2023

Tipo de usuario	Tipo de afiliación	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PVS	Pólizas de Salud	874.153	888.330	792.473	827.528	1.205.201	1.399.648
	Plan de Medicina Prepagada - Diferente EPS	1.453.885	1.364.974	1.453.907	1.428.915	1.735.372	2.108.109
	Plan de Atención Complementaria	1.700.037	2.183.190	2.144.706	2.136.544	2.335.242	2.766.037
	Plan de Medicina Prepagada - Misma EPS	1.603.716	1.534.435	1.781.454	1.627.218	2.262.067	2.575.615
	Total PVS	1.548.955	1.779.038	1.829.120	1.786.171	2.125.847	2.513.412
Sin PVS		1.580.080	1.508.418	1.613.993	1.752.094	1.692.757	2.082.119

Nota: Precios constantes 2024

Fuente: ADRES - BDPVS: Base de datos de referencia para Planes Voluntarios de Salud, BDUA: Base de Datos Única de Afiliados del sistema general de seguridad social en salud y Bases de datos de Suficiencia - 2018-2022.

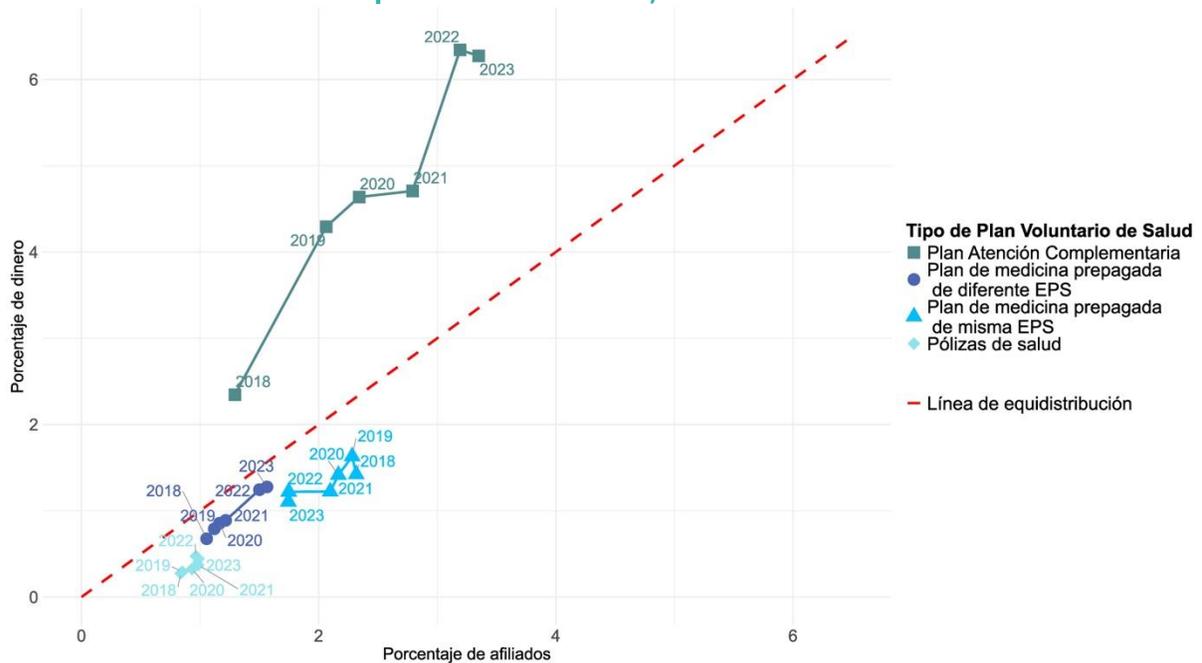
Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos - ADRES

2.2 Relación entre porcentaje de uso del recurso de la UPC del régimen contributivo respecto a porcentaje de usuarios por tipo de afiliación

Se comparó el porcentaje de participación en los recursos de la UPC del régimen contributivo asignado a cada tipo de afiliación con el porcentaje de participación en términos de afiliados equivalentes. Estos porcentajes se representan en un plano cartesiano para cada tipo de afiliación durante el periodo de análisis. Se incluye la 'Línea de Equidistribución', una línea con pendiente de 45° ($y = x$), que representa una distribución equitativa de los recursos: es decir, el porcentaje de los recursos asignados sea igual al porcentaje de la población.

En el Gráfico 1 se identifican dos comportamientos: el primero muestra que los Planes de Medicina Prepagada (PMP), tanto de una misma como de distintas EPS, junto con las pólizas de salud, tienden a ubicarse ligeramente por debajo de la Línea de Equidistribución. Esto indica una asignación de recursos levemente inferior a su proporción de afiliados. La segunda situación corresponde al Plan de Atención Complementaria (PAC), que en todos los años analizados se encuentra por encima de la Línea de Equidistribución, y con una tendencia creciente a alejarse de esta, lo que sugiere que, con el tiempo, se está asignando un porcentaje cada vez mayor de recursos a un grupo proporcionalmente menor de afiliados a PAC.

Gráfico 1. Relación porcentual de asignación de recursos y número de afiliados según tipo de PVS. Colombia, 2018 - 2023



Fuente: ADRES - BDPVS: Base de datos de referencia para Planes Voluntarios de Salud, BDUA: Base de Datos Única de Afiliados del sistema general de seguridad social en salud y Bases de datos de Suficiencia – 2018-2022.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

2.3 Actividades en salud

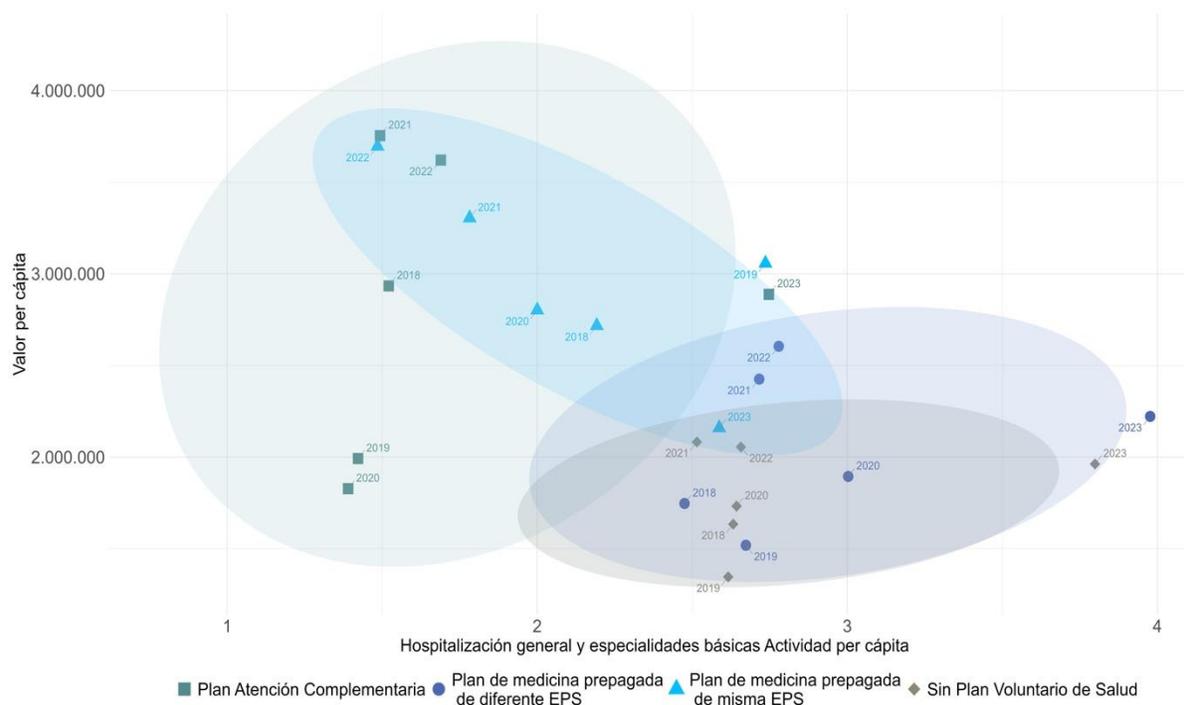
En esta sección se analiza la relación entre el costo per cápita y la cantidad de actividades por usuario para algunos Agrupadores de Códigos Únicos de Procedimientos (A-CUPS). Esta relación se presenta mediante un gráfico de dispersión por año, en el cual el eje X representa el número promedio de actividades por afiliado y el eje Y, el costo promedio de cada actividad. Adicionalmente, se incorpora un área con forma de elipsoide que indica la zona donde es más probable que se distribuyan los datos, lo que facilita la comparación entre los distintos tipos de PVS.

En el Gráfico 2 se presenta la distribución por persona de actividades en salud y costos per cápita para el agrupador "Hospitalización general y especialidades". Se observa que la población no afiliada a un PVS se ubica en la parte inferior derecha del gráfico, lo que indica un menor costo per cápita por actividad y una mayor cantidad de prestaciones por afiliado. Por su parte, los PMP de una misma EPS registran los costos per cápita más altos en el periodo analizado, con valores entre \$2.159.276 y \$3.696.126. Los PAC también presentan costos elevados y una mayor dispersión, con costos que oscilan entre \$1.827.208 y \$3.753.960.

Se observa un incremento significativo en la cantidad por persona de actividades en salud por afiliado en el PAC: de 1,68 en 2022 a 2,74 en 2023, lo que representa una variación del 63,1%. No obstante, este aumento no es exclusivo del PAC, ya que también

se registra un crecimiento considerable en la población sin PVS (42,9%) y en los PMP de diferente EPS (43,0%) durante el mismo periodo.

Gráfico 2. Costo y número de actividades de Hospitalización General y de Especialidades Básicas por persona, según tipo de PVS. Colombia, 2018 - 2022



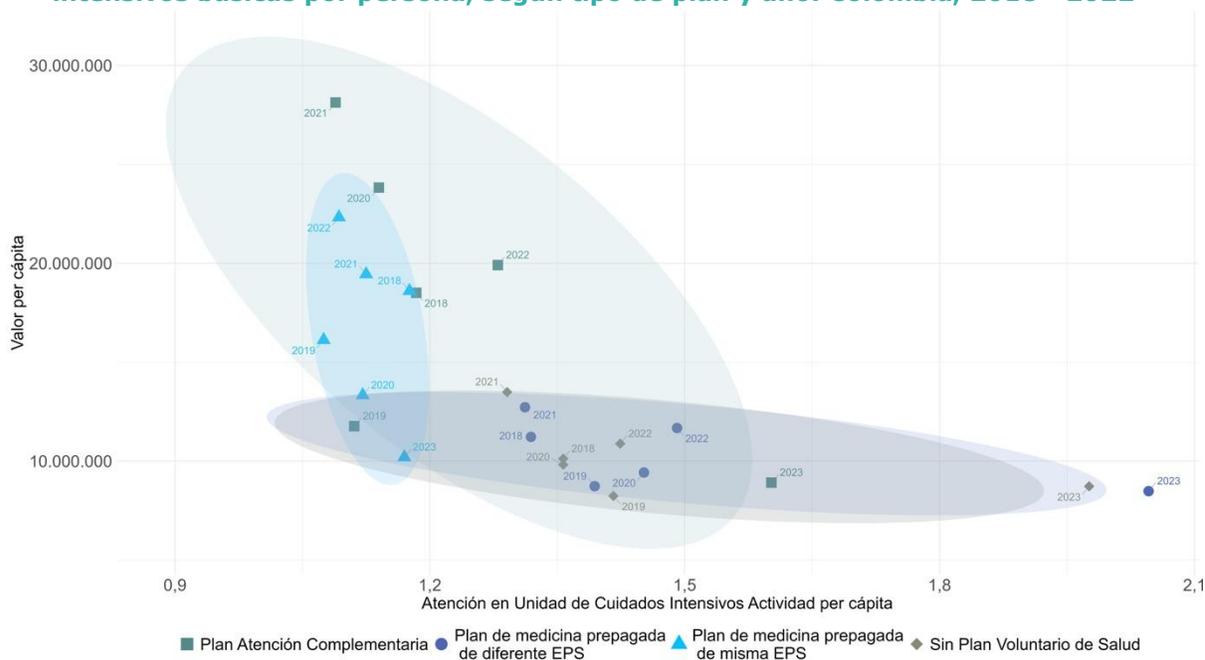
Fuente: ADRES - BDPVS: Base de datos de referencia para Planes Voluntarios de Salud, BDUA: Base de Datos Única de Afiliados del sistema general de seguridad social en salud y Bases de datos de Suficiencia - 2018-2022.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Análítica de Datos - ADRES

El Gráfico 3 muestra la distribución promedio de actividades y costos para el agrupador "Atención en Unidades de Cuidados Intensivos". Al igual que en el Gráfico 2, se observa que los afiliados a PVS presentan costos per cápita más altos que la población no afiliada a un PVS, siendo especialmente notoria la diferencia en los PAC y en los PMP de una misma EPS. En particular, los PAC registran el costo per cápita más alto de todo el periodo analizado, alcanzando un costo de \$28.129.115 en 2021. Por su parte, los PMP de una misma EPS presentan una notable variabilidad, con un costo per cápita entre \$22.327.131 pesos en 2022 y \$ 10.201.425 en 2023, lo que representa una disminución del 54,3% en solo un año.

Adicionalmente, en 2023 se evidencia una caída considerable en el costo per cápita de todos los tipos de afiliación, con valores que oscilan entre \$8.479.357 y \$10.201.425. Para PMP de diferente EPS, el PAC y el PMP de la misma EPS, este valor representa el más bajo registrado en todo el periodo analizado (2018-2023). En el caso de los afiliados sin PVS, el costo per cápita de 2023 fue el segundo más bajo dentro del mismo periodo.

Gráfico 3. Costo y número de actividades de atención en unidad de cuidados intensivos básicas por persona, según tipo de plan y año. Colombia, 2018 - 2022



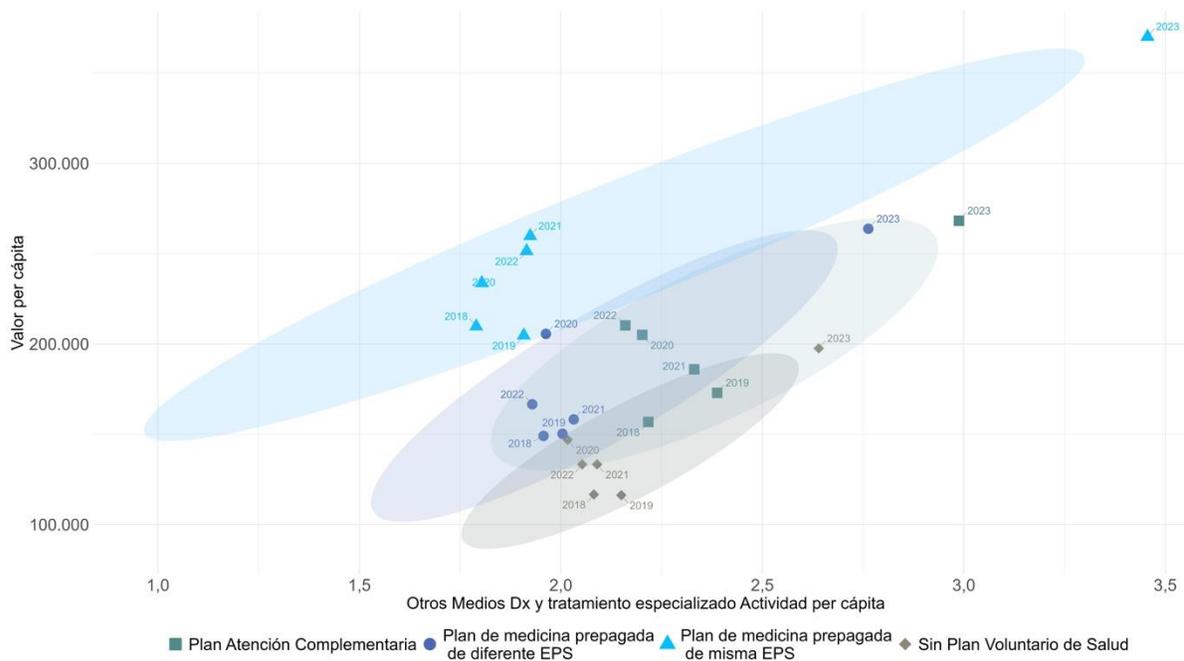
Fuente: ADRES - BDPVS: Base de datos de referencia para Planes Voluntarios de Salud, BDUA: Base de Datos Única de Afiliados del sistema general de seguridad social en salud y Bases de datos de Suficiencia – 2018-2022.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

El Gráfico 4 muestra la distribución promedio de actividades y costos para el agrupador “Otros Medios Dx y tratamiento especializado”. Al observar la ubicación de los elipsoides, se identifica que los PVS se encuentran por encima de la población sin PVS, lo que indica que los PVS registran costos per cápita más altos que aquellos sin PVS.

Por otro lado, en el año 2023 se presentó una situación particular: todos los tipos de afiliación registraron tanto el costo per cápita como la cantidad de actividades por personas más altos del periodo analizado.

Gráfico 4. Costo y número de actividades de atención en otros Medios Dx y tratamiento especializado, según tipo de plan y año. Colombia, 2018 - 2022



Fuente: ADRES - BDPVS: Base de datos de referencia para Planes Voluntarios de Salud, BDUA: Base de Datos Única de Afiliados del sistema general de seguridad social en salud y Bases de datos de Suficiencia - 2018-2022.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Análítica de Datos - ADRES



3. Conclusiones

La demanda de los Planes Voluntarios de Salud (PVS) ha aumentado de manera considerable, con una variación del 67,9% entre 2018 y 2023. En ese periodo, la proporción de afiliados al régimen contributivo con PVS pasó del 5,62% al 9,13%. Adicionalmente, se evidencia que, en general, los afiliados con PVS presentan valores más altos que aquellos sin PVS de acuerdo con los ACUPS.

Los resultados del presente análisis sugieren una preocupación por las distorsiones que se generan cuando los Planes Voluntarios de Salud (PVS) — en especial el Plan Adicional de Salud (PAC) — terminan complementando servicios financiados con recursos públicos: los afiliados a estos planes reciben una proporción creciente y desproporcionada de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). En 2023, el gasto per cápita de los afiliados a PVS ascendió a \$2,51 millones (unos \$431.000 más que el de la población sin PVS), lo que sugiere que, existe una redistribución regresiva de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que favorece a quienes cuentan con un mecanismo de aseguramiento adicional.

Estos resultados preliminares abren la discusión sobre la implementación y el impacto de los PVS, dado que se observa una concentración de una proporción significativa del gasto en salud, a pesar de representar una fracción menor de la población. Esto permite reflexionar sobre el uso de los recursos y la efectividad de los PVS como mecanismo de apoyo al SGSSS.





Bibliografía

- Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). Supplemental health insurance in the Colombian managed care system: Adverse or advantageous selection? (56). doi:10.1016/j.jhealeco.2017.02.008
- Boone, J. (2018). Basic versus supplementary health insurance: Access to care and the role of cost effectiveness. *Journal of Health Economics*, 60, 53-74.
- Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. Paris: OECD. doi:<https://dx.doi.org/10.1787/527211067757>
- Superintendencia Nacional de Salud de Chile. (2023). *Seguros privados voluntarios de Salud: revisión sistemática exploratoria*. Santiago de Chile: Superintendencia Nacional de Salud.