

Plan de negocio para la creación de una IPS universitaria de atención domiciliaria en la ciudad de
Bucaramanga

Lina María Ocampo Pardo

Trabajo de Aplicación como requisito para optar el título de
Magister en Gerencia de Negocios.

Director de proyecto

Néstor Raúl Ortiz Pimiento

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ingenierías Físicomecánicas

Escuela de Estudios Industriales y Empresariales

Maestría en Gerencia de Negocios

Bucaramanga

2026

Tabla de contenido

	Pág.
Introducción	13
1. Objetivos	16
1.1 Objetivo general	16
1.2 Objetivos específicos	16
2. Marco referencial y conceptual	17
2.1 Sistema de salud en Colombia	17
2.1.1 Estructura del Sistema de Salud en Colombia	17
2.1.2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Bucaramanga.	19
2.1.3 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud especializadas en medicina domiciliaria en Bucaramanga.	20
2.1.4 IPS Universitaria: Concepto y contexto UIS	22
3. Descripción de la idea de negocio	24
3.1 Identificación de la necesidad	24
3.2 Propuesta de valor	26
3.3 Portafolio de Servicios y características	28
3.4 Segmentos de clientes	32
4. Evaluación de viabilidad comercial	34
4.1 Análisis de entorno (PESTEL)	34
4.2 Análisis del sector salud domiciliaria	36
4.2.1 Tendencias	36

4.2.2 Oportunidades	38
4.2.3 Barreras	40
4.2.4 Competencia	43
4.2.4.1 Competencia priorizada en Bucaramanga.	44
4.3 Estudio de mercado	49
4.3.1 Definición y priorización del mercado objetivo	49
4.3.2 Caracterización del mercado objetivo	52
4.3.2.1 Servicio de fisioterapia.	57
4.3.2.2 Programa Atención Domiciliaria UISALUD.	58
4.3.3 Estimación del tamaño del mercado:	59
5. Evaluación de viabilidad técnica	61
5.1 Constitución Legal	61
5.1.1 Fundamento jurídico	61
5.1.2 Posibles naturalezas jurídicas de una IPS	62
5.1.2.1 Entidades con ánimo de lucro.	62
5.1.2.2 Entidades sin ánimo de lucro (ESAL).	62
5.1.3 Alternativas jurídicas dentro de las ESAL	62
5.1.4 Relación universidad – IPS	63
5.2 Razón Social o nombre de la entidad	64
5.3 Localización	64
5.4 Requisitos normativos	66
5.4.1 Recursos técnicos	68
5.4.2 Talento Humano	72

<i>5.4.3 Cumplimiento Laboral Sanitario</i>	79
<i>5.4.3 Cumplimiento Laboral Sanitario</i>	79
5.4.3.1 Plan anual de capacitación.	80
<i>5.4.4 Participaciones docentes – estudiantes</i>	80
<i>5.4.5 Plataformas y tecnologías</i>	81
6. Estrategia de implementación y sostenibilidad	81
6.1 Modelo operativo	81
6.2 Estructura operativa	82
6.3 Puesta en marcha	84
<i>6.3.1 Cronograma de ejecución.</i>	85
6.4 Modelo organizacional	87
<i>6.4.1 Estructura Organizacional</i>	88
6.4.1.1 Nivel Estratégico (Direccionamiento)	88
6.4.1.2 Nivel Táctico (Coordinación)	88
6.4.1.3 Nivel Operativo (Ejecución)	89
6.5 Estrategia de Marketing	91
6.6 Evaluación de Impacto	92
7. Evaluación de viabilidad financiera propuesta	93
7.1 Criterios y supuestos del modelo financiero	95
7.2 Inversión inicial requerida	97
7.3 Costos y gastos operativos	99
<i>7.3.1 Criterio de estructuración de los costos operativos</i>	99
<i>7.3.2 Costos fijos del proyecto</i>	100

7.3.2.1 Talento humano fijo.	100
7.3.2.2 Gastos administrativos y de apoyo.	102
7.3.2.3 Servicios tercerizados.	103
7.3.2.4 Consolidado de costos fijos	105
7.3.3 <i>Costos Variables</i>	105
7.3.3.1 Talento humano asistencial variable.	105
7.3.3.2 Consolidado de costos variables.	108
7.3.4 <i>Consolidado de costos operativos del proyecto</i>	109
7.4 Ingresos del proyecto	109
7.4.1 <i>Ingresos por prestación de servicios</i>	111
7.5 Estrategia de ampliación del portafolio mediante paquetes integrales de servicios	113
7.5.1 <i>Fundamentación estratégica</i>	113
7.5.2 <i>Paquetes integrales</i>	115
7.5.3 <i>Evaluación financiera de paquetes</i>	119
7.5.4 <i>Proyección de ingresos Incrementales por paquetes</i>	120
7.5.5 Consolidado de Generación de Ingresos: Modelo Híbrido	122
7.6 Estados financieros proyectados del proyecto	123
7.7 Balance general proyectado del proyecto	126
7.8 Flujo de Caja Libre Consolidado y Evaluación Financiera	129
7.9 Indicadores de Rentabilidad Financiera	134
7.10 Indicadores financieros y criterios de decisión	136
8. Análisis estratégico	143
8.1 Alianzas estratégicas	143

<i>8.1.1 Universidad Industrial de Santander</i>	144
<i>8.1.2 Facultad de Salud - UIS</i>	144
<i>8.1.3 Unidad Especializada de Salud - UISALUD</i>	144
<i>8.1.4 Proveedores estratégicos</i>	145
8.2 Modelo CANVAS	146
<i>8.2.1 Misión</i>	147
<i>8.2.2 Visión</i>	147
9. Conclusiones	148
10. Recomendaciones	150
Referencias bibliográficas	151
Apéndices	159

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Servicios principales ofrecidos por la IPS universitaria</i>	28
Tabla 2. <i>Tipo de servicios específicos ofrecidos por la IPS Universitaria</i>	30
Tabla 3. <i>Evaluación de viabilidad comercial: IPS universitaria de atención domiciliaria en Bucaramanga</i>	35
Tabla 4. <i>Comparativo priorizada IPS Medicina Domiciliaria en Bucaramanga</i>	45
Tabla 5. <i>Síntesis competitiva de los prestadores priorizados</i>	47
Tabla 6. <i>Valor contratado y ejecutado prestadores priorizados UISALUD, 2025</i>	48
Tabla 7. <i>Atributos mercado objetivo</i>	52
Tabla 8. <i>Perfil epidemiológico relevante del mercado objetivo</i>	56
Tabla 9 <i>Caracterización servicio Fisioterapia UISALUD</i>	57
Tabla 10. <i>Distribución de población Programa Atención Domiciliaria UISALUD, 2025</i>	58
Tabla 11. <i>Kits médicos estandarizados para visita domiciliaria</i>	70
Tabla 12. <i>Estructura de roles y perfiles (base para habilitación)</i>	72
Tabla 13. <i>Dimensionamiento Talento Humano</i>	78
Tabla 14. <i>Macroprocesos IPS Universitaria</i>	82
Tabla 15. <i>Proceso operativo jerárquico</i>	84
Tabla 16. <i>Fases de ejecución</i>	85
Tabla 17. <i>Indicadores básicos gestión de calidad</i>	93
Tabla 18. <i>Variables modelo viabilidad económica IPS Medicina Domiciliaria</i>	96
Tabla 19. <i>Consolidado de inversión inicial</i>	98

Tabla 20. <i>Personal base fijo proyectado</i>	101
Tabla 21. <i>Gastos administrativos y de apoyo</i>	103
Tabla 22. <i>Servicios tercerizados</i>	104
Tabla 23. <i>Consolidado costos fijos</i>	105
Tabla 24. <i>Talento humano asistencial variable</i>	106
Tabla 25. <i>Insumos clínicos recurrentes directos</i>	107
Tabla 26. <i>Consolidado costos variables</i>	108
Tabla 27. <i>Consolidado general de costos operativos</i>	109
Tabla 28. <i>Ingresos por servicios</i>	111
Tabla 29. <i>Paquete integral de manejo de pacientes crónicos</i>	115
Tabla 30. <i>Paquete de hospitalización domiciliaria básica</i>	116
Tabla 31. <i>Cantidad de paquetes vendidos</i>	119
Tabla 32. <i>Ingresos anuales por paquetes</i>	120
Tabla 33. <i>Detalle de Ingresos Incrementales por Paquetes</i>	121
Tabla 34. <i>Proyección de Ingresos Totales Consolidada</i>	122
Tabla 35. <i>Estado de resultados proyectado (2026 - 2030)</i>	123
Tabla 36. <i>Balance genera proyectado (2026 - 2030)</i>	126
Tabla 37. <i>Flujo de Caja Libre</i>	130
Tabla 38. <i>Variables financieras del proyecto (2026–2030)</i>	137
Tabla 39. <i>Indicadores de la capacidad financiera</i>	139
Tabla 40. <i>Criterios de decisión</i>	141

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. <i>Distribución de Programas Facultad de Salud – UIS</i>	23
Figura 2. <i>Distribución estimada de segmentos de clientes para atención domiciliaria en Bucaramanga</i>	33
Figura 3. <i>Proyección del crecimiento del mercado de atención domiciliaria en salud a nivel global entre 2024 y 2029</i>	37
Figura 4. <i>Identificación de las principales barreras que enfrentan los pacientes para acceder a servicios de atención domiciliaria en Colombia</i>	41
Figura 5. <i>Comparación de disponibilidad de servicios y muertes domiciliarias en Colombia 2022</i>	44
Figura 6. <i>Distribución por tipo de afiliación</i>	53
Figura 7. <i>Distribución por sexo</i>	54
Figura 8. <i>Distribución por ciclo vital de la población afiliada a UISALUD, 2025</i>	54
Figura 9. <i>Evolución poblacional de UISALUD 2016 - 2025</i>	55
Figura 10. <i>Mercado Objetivo Medicina Domiciliaria</i>	60
Figura 11. <i>Consulta Homonimia Cámara de Comercio de Bucaramanga</i>	64
Figura 12. <i>Modelo Operativo IPS Universitaria de Medicina Domiciliaria en Bucaramanga</i>	83
Figura 13. <i>Organigrama IPS Universitaria de Atención domiciliaria</i>	90
Figura 14. <i>Evaluación Financiera Y Punto De Equilibrio</i>	134
Figura 15. <i>Punto De Equilibrio</i>	136
Figura 16. <i>Modelo Canvas</i>	146

Lista de apéndices

	Pág.
Apéndice A. Servicios domiciliarios habilitados IPS Bucaramanga	159
Apéndice B. Tarifas de servicios contratados por UISALUD a IPS de medicina domiciliaria	179
Apéndice C. Formación y plan de capacitación	182
Apéndice D. Plataformas y tecnologías	184
Apéndice E. Funciones Talento Humano	191
Apéndice F Inversión Inicial	196

Resumen

Título: Plan de negocio para la creación de una IPS universitaria de atención domiciliaria en la ciudad de Bucaramanga.*

Autor: Lina María Ocampo Pardo**

Palabras Clave: Plan de Negocio, Institución prestadora de Servicios de Salud Universitaria, Atención domiciliaria, Metodología CANVAS, estudio de mercados, estudio financiero.

Descripción:

El presente trabajo, denominado plan de negocios para la creación de una IPS universitaria especializada en atención domiciliaria en la ciudad de Bucaramanga y liderada por la Universidad Industrial de Santander, surge como respuesta al crecimiento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional y la necesidad de desarrollar modelos de atención más eficientes, humanizados y centrados en el paciente. La investigación integró un estudio de mercado, análisis de la oferta y la demanda, estudio técnico-operativo, estructura organizacional y evaluación financiera, con el propósito de determinar la viabilidad del proyecto.

Los resultados evidencian condiciones favorables para su implementación, especialmente por el respaldo institucional de la Universidad Industrial de Santander, la priorización inicial de los usuarios de UISALUD como mercado objetivo y la creciente demanda de servicios de salud en el hogar. La propuesta busca facilitar el acceso oportuno a los servicios, garantizar la continuidad del cuidado y mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias, mediante procesos orientados a la calidad, seguridad y eficiencia.

Se concluye que la IPS universitaria constituye una oportunidad viable para diversificar la oferta de servicios de salud, fortalecer la relación docencia-servicio, generar nuevos escenarios de formación práctica y contribuir al mejoramiento de la atención en salud regional, mediante un modelo innovador, humanizado y sostenible.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Ingenierías Físicomecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director de proyecto Néstor Raúl Ortiz Pimiento

Abstract

Title: Business Plan for the Creation of a University-Based Home Healthcare Provider in the City of Bucaramanga.*

Author: Lina María Ocampo Pardo.**

Keywords: Business Plan, University Health Services Provider Institution (IPS), Home-Based Healthcare, CANVAS Methodology, Market Study, Financial Study

Description:

This project, entitled Business Plan for the Creation of a University Health Services Provider Institution (IPS) Specialized in Home-Based Healthcare in the City of Bucaramanga and Led by the Universidad Industrial de Santander, arises in response to the increasing prevalence of chronic diseases, population aging, and the need to develop more efficient, humanized, and patient-centered healthcare models. The research included a market study, analysis of supply and demand, a technical-operational study, organizational structure, and financial evaluation, with the purpose of determining the feasibility of the project.

The results demonstrate favorable conditions for its implementation, particularly due to the institutional support of the Universidad Industrial de Santander, the initial prioritization of UISALUD users as the target market, and the growing demand for home-based healthcare services. The proposal seeks to facilitate timely access to healthcare services, ensure continuity of care, and improve the experience of patients and their families through processes focused on quality, safety, and efficiency.

It is concluded that the University Health Services Provider Institution represents a viable opportunity to diversify the healthcare service portfolio, strengthen the teaching-service relationship, create new practical training opportunities, and contribute to improving regional healthcare through an innovative, humanized, and sustainable model.

* Thesis

** Faculty of Physical-Mechanical Engineering. School of Industrial and Business Studies. Project Director: Néstor Raúl Ortiz Pimiento

Introducción

En las últimas décadas, los sistemas de salud han enfrentado un cambio progresivo en las formas de prestación del servicio, evidenciado especialmente en la necesidad de ofrecer atención centrada en el paciente, con criterios de oportunidad, continuidad y accesibilidad; en este contexto, la atención domiciliaria ha cobrado una importancia creciente especialmente en países como Colombia, donde el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y las limitaciones estructurales de las redes hospitalarias urbanas han incrementado la demanda de servicios integrales en el entorno del hogar (asociación colombiana de instituciones de salud domiciliaria [ACISD], 2023).

La atención domiciliaria, entendida como la prestación de servicios de salud en el lugar de residencia del paciente, responde a un modelo de atención integral y humanizado que favorece la adherencia terapéutica, la recuperación funcional y la reducción de costos hospitalarios; la evidencia reciente demuestra que, además de mejora la calidad de vida del usuario, contribuye significativamente a la sostenibilidad del sistema de salud, al reducir hospitalizaciones innecesarias y facilitar el seguimiento de enfermedades crónicas y condiciones posthospitalarias (González, 2021; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

Desde la perspectiva normativa, Colombia ha desarrollado un conjunto de lineamientos técnicos y regulatorios que reconocen e incentivan la implementación de este tipo de modelos. De manera específica, la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud establece los estándares para la habilitación de la atención domiciliaria, considerando requisitos de talento humano, infraestructura, procesos asistenciales, historia clínica y gestión del riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Adicionalmente, la Ley 2297 de 2023 y la Resolución 2367 de 2023 actualizan los lineamientos sobre la atención domiciliaria y el rol del cuidador, fortaleciendo la autonomía y el bienestar del paciente en su entorno. Estas disposiciones se articulan con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y con el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) promovido en la reforma sectorial 2024-2025, que priorizan la atención integral, preventiva y cercana al usuario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). En este contexto, la Universidad Industrial de Santander como estrategia para el fortalecimiento de los escenarios de prácticas formativas, investigación e innovación, podría mediante diferentes figuras (Fundación, asociación o corporación) constituir una personería jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, y de participación mixta, con patrimonio propio y regulada, que fortalezcan su función social y académica.

Así, la propuesta de una IPS Universitaria de Medicina Domiciliaria en Bucaramanga se ajusta plenamente al marco normativo vigente, responde a una necesidad real de la región y se enmarca en una iniciativa institucional universitaria, la cual integra los componentes asistenciales, académicos y comunitarios propios de una institución de educación superior, al tiempo que responde a la necesidad de diversificar y modernizar la oferta de servicios de salud, articulando la formación profesional con la práctica real y las demandas del territorio (linares Hernández, 2024; Universidad de Caldas, 2022).

En el caso particular de Bucaramanga, ciudad intermedia con alta densidad hospitalaria en su área metropolitana, la oferta de medicina domiciliaria es amplia, pero fragmentada, existe una capacidad habilitada formalmente con diferentes características entre ellos modelos complejos de hospitalizaciones en casa e instituciones privadas, pero con diferentes propuestas de valor e integración médico-clínica; no obstante, persisten dificultades en el acceso efectivo a servicios ambulatorios y de seguimiento domiciliario, especialmente en sectores vulnerables en donde las

barreras geográficas, administrativas y socioeconómicas continúan afectando a una parte considerable de la población, lo que hace necesario la implementación de soluciones descentralizadas y tecnológicamente integradas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b).

Este trabajo se encuentra delimitado al desarrollo de un estudio comercial, técnico y financiero que permita analizar la viabilidad para la creación de una IPS universitaria de atención domiciliaria en la ciudad de Bucaramanga; su alcance no incluye la implementación operativa del servicio, pero sí la formulación de los componentes estratégicos necesarios para visualizar su ejecución, conforme al modelo CANVAS de Osterwalder y Pigneur (2010), y a la experiencia práctica sistematizada por instituciones líderes como la Corporación Salud UN - Hospital Universitario Nacional de Colombia o la Fundación Cardiovascular de Colombia (García Martínez, 2016; Osterwalder y Pigneur, 2010).

En suma, el presente proyecto se inscribe dentro de la línea de trabajos de aplicación definidos por la Universidad Industrial de Santander para la maestría en gerencia de negocios, en su modalidad de plan de negocio; así, el documento no solo aporta valor a la gestión institucional, sino que contribuye al desarrollo de estudios aplicables que articulen la prestación de servicios de salud, la innovación tecnológica y la formación académica de profesionales al servicio de la comunidad.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Desarrollar estudio comercial, técnico y financiero que permita analizar la viabilidad para la creación de una IPS Universitaria de atención domiciliaria en la ciudad de Bucaramanga.

1.2 Objetivos específicos

- Realizar un estudio de mercado que permita identificar tendencias, comportamiento y tamaño del mercado objetivo, mediante un análisis de oferta y demanda.
- Determinar recursos técnicos, físicos y humanos que soportarían la operación comercial y logística de la IPS Universitaria de atención domiciliaria.
- Desarrollar un plan operativo y organizacional para el funcionamiento de la IPS Universitaria.
- Realizar el análisis de la inversión, costos y gastos de funcionamiento para identificar factibilidad económica del negocio.

2. Marco referencial y conceptual

2.1 Sistema de salud en Colombia

El sistema de salud colombiano está configurado en gran parte por un sector público de seguridad social (SGSSS) y un sector exclusivamente privado, regulados por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional.

El sistema general de seguridad social de Colombia integral vigente está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993; en esta, se define que los objetivos del SGSSS son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

2.1.1 Estructura del Sistema de Salud en Colombia

En Colombia existen dos regímenes de salud principales, contributivo y subsidiado, los cuales permiten a la población el acceso a servicios medico asistenciales, teniendo en cuenta sus necesidades y capacidades de pago. No obstante, también se encuentra el régimen de excepción y/o especial que atiende a un grupo de personas en condiciones laborales específicas y diferenciales.

En el régimen contributivo se encuentran las personas con una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago, mediante una cotización individual o familiar. En el caso de los

trabajadores formales, la obligación financiera debe ser atendida por el empleador y el empleado, en el caso de los independientes la cotización debe ser asumida por el afiliado.

Para el régimen subsidiado, los Municipios, Distritos y Departamentos son los entes territoriales encargados de identificar y afiliar a la población en condición de pobreza, así como la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el régimen subsidiado (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del ADRES).

En cuanto al régimen de excepción y/o especial, le es aplicable normas particulares para la prestación de servicios de salud a personas, que, por su profesión o condición laboral, tienen esquemas especiales de afiliación, financiación y atención en salud:

- Policía Nacional
- Fuerzas Militares
- Magisterio – FOMAG
- Ecopetrol
- Universidades

Ahora bien, según el Ministerio de Salud y protección social, la forma como está configurado el sistema de salud colombiano cuenta con tres tipos de organizaciones:

El Estado (Gobierno): Tiene el rol de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia).

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS y las administradoras de riesgos laborales (ARL). (Aseguradores): Son entidades privadas que aseguran la población, son intermediarias y las administradoras de los recursos que provee el estado, nombrados como Unidad de Pago por

Capitación o UPC. Estas entidades son las responsables de contratar las Instituciones de Salud para Garantizar la prestación del servicio.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS (Prestadores): Las IPS son la red de hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, etc. encargados de la prestación del servicio de salud directo a la comunidad en general. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Estas son las entidades contratadas por las EPS para el cumplimiento y garantía del servicio.

2.1.2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Bucaramanga.

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social, Bucaramanga cuenta con aproximadamente entre 323 prestadores de servicios de salud habilitados, conformado por IPS con infraestructura clínica relevante, consultorios especializados y entidades de baja complejidad. Evidenciando una alta concentración de oferta en el área urbana y una predominancia del sector privado.

Las IPS en Bucaramanga pueden clasificarse según su nivel de complejidad:

- Primer nivel o baja complejidad: ofrecen servicios de consulta externa, odontología, urgencias y hospitalización, apoyo diagnóstico y farmacia, actividades de promoción y prevención, y atención básica domiciliaria, Estos servicios son prestados en Unidades Básicas de Atención (UBA), Unidades Primarias de Atención (UPA), Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI 1) y hospitales locales.

- Segundo nivel o mediana complejidad: Servicios intermedios de medicina interna, cirugía ginecobstétrica, pediatría, psiquiatría, anestesiología, línea de Trauma y Fisiatría, y UCI, prestados por médicos generales y de especialidades médicas, hospitalización básica y servicios de apoyo diagnóstico.

- Tercer nivel o alta complejidad: Concentra servicios altamente especializados como unidades de cuidados intensivos, cirugía avanzada, unidad de quemados, hemocentro y tecnología médica de alta gama prestados en los Hospitales del Nivel III.

Asimismo, las IPS pueden diferenciarse según el tipo de servicios que ofrecen. Existen IPS generales que brindan atención integral y multiservicio, así como IPS especializadas en áreas como cardiología, oncología, rehabilitación, medicina domiciliaria y cuidados paliativos.

En relación con los modelos de atención, en Bucaramanga coexisten diversas formas de prestación del servicio. Entre ellas se encuentran el modelo tradicional hospitalario, el modelo ambulatorio especializado, el modelo de atención domiciliaria —en expansión— y modelos integrados de atención, como los desarrollados por instituciones de alta complejidad que articulan servicios clínicos, tecnológicos y asistenciales.

2.1.3 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud especializadas en medicina domiciliaria en Bucaramanga.

La atención domiciliaria es el tipo prestación de servicios o cuidados que se presta en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, por ocasión a su estado de salud u diferentes criterios previamente identificados, no pueden desplazarse al centro de salud. La atención domiciliaria puede analizarse desde varias perspectivas; una desde la propia atención primaria,

donde, en muchas ocasiones, esta atención se entiende como una demanda más, con la sola diferencia de realizarse en el domicilio del paciente.

Otras veces puede entenderse como un cambio en la estrategia de los servicios de salud, buscando la potenciación del escenario tradicional de la atención domiciliaria, con la incorporación de recursos económicos, materiales y de personal, que pueden ser gestionados de distinta forma

Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social, en Bucaramanga se tiene registro de aproximadamente 103 instituciones prestadoras de salud que cuentan con el servicio de atención domiciliaria habilitado (Apéndice A); cabe mencionar, que los servicios ofertados en estas IPS pueden ser de baja o media complejidad.

Adicionalmente, es importante señalar que las IPS que prestan servicios de medicina domiciliaria cuentan con habilitación específica para cada uno de los componentes asistenciales que ofertan, tales como enfermería, nutrición, fisioterapia, terapia respiratoria, medicina general, entre otros. En este sentido, la prestación de servicios extramurales no se limita exclusivamente a las instituciones que tienen habilitado el servicio formal de atención domiciliaria, sino que puede extenderse a múltiples IPS que, desde su portafolio de servicios, desarrollan actividades en el domicilio del paciente. Por lo tanto, la cantidad de prestadores que ofertan servicios de manera extramural puede variar significativamente dependiendo de los servicios habilitados y de su alcance operativo.

En el Apéndice A se presenta el listado de IPS ubicadas en Bucaramanga que cuentan con modalidad extramural en la prestación de servicios de salud.

A partir del análisis de la información consolidado en el Apéndice A, se evidencia que la oferta de servicios domiciliarios en Bucaramanga se caracteriza por una alta heterogeneidad en cuanto a los servicios habilitados y el nivel de complejidad de las IPS. En términos de distribución,

se observa que aproximadamente el 80%–85% de las instituciones corresponden a IPS de baja complejidad, mientras que alrededor del 15%–20% se ubican en niveles de mediana complejidad, sin evidenciarse participación significativa de IPS de alta complejidad en la prestación domiciliaria directa.

Se evidencia la concentración en la prestación de servicios básicos extramurales como enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, medicina general y toma de muestras de laboratorio clínico, mientras que un número reducido de IPS ofrece servicios de mediana complejidad, principalmente asociados a especialidades médicas, cuidados paliativos y procedimientos diagnósticos más especializados.

Asimismo, se observa que muchas instituciones no cuentan con una habilitación integral del servicio de atención domiciliaria, pero sí desarrollan actividades extramurales desde su portafolio, lo que amplía significativamente el espectro de oferta real en el territorio. Este panorama confirma la existencia de un mercado fragmentado, con múltiples actores que participan en la prestación de servicios domiciliarios desde diferentes enfoques y niveles de resolución, lo cual plantea tanto retos en términos de articulación y continuidad del cuidado, como oportunidades para el desarrollo de modelos integrales y diferenciados de atención domiciliaria.

2.1.4 IPS Universitaria: Concepto y contexto UIS

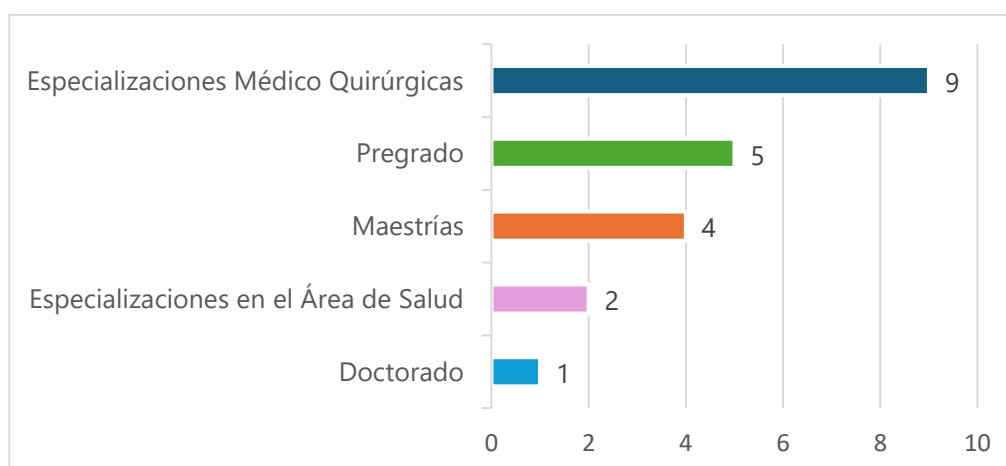
Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza universitaria constituyen modelos organizacionales que integran, en una misma estructura, tres funciones estratégicas: prestación de servicios de salud, formación del talento humano e investigación. A diferencia de una IPS convencional, su propósito no se limita a la atención asistencial, sino que incorpora la

generación de conocimiento, la innovación clínica y la consolidación de escenarios propios de práctica para programas académicos del área de la salud. Este enfoque ha sido ampliamente desarrollado en universidades nacionales e internacionales, donde los hospitales universitarios y clínicas académicas actúan como plataformas de docencia-servicio e investigación traslacional.

Para la Universidad Industrial de Santander - UIS, el desarrollo de una IPS universitaria responde a una lógica institucional coherente con su misión académica y su capacidad instalada. La Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander cuenta con 21 programas académicos entre ellos 5 correspondientes a pregrado: Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Microbiología, nutrición y dietética, con una expansión reciente de cobertura e infraestructura y una alta demanda de campos de práctica, dado que aproximadamente el 70% de la población estudiantil del área de la salud requiere rotaciones asistenciales como parte de su formación. Asimismo, la UIS reporta 28 convenios docencia-servicio vigentes, lo que evidencia experiencia previa en articulación académico-asistencial, aunque dependiente de terceros.

Figura 1.

Distribución de Programas Facultad de Salud – UIS



Nota: tomado de <https://www2.uis.edu.co/unidades-academicas/facultad-salud/>

Desde la perspectiva científica y tecnológica, la UIS dispone de una ventaja competitiva relevante mediante la red de laboratorios especializados de la Facultad de Salud (RedLabSalud), considerada una de las mayores concentraciones de infraestructura científica del nororiente colombiano. Esta capacidad incluye laboratorios de microbiología, fisioterapia, enfermería, nutrición, ciencias básicas, toxicología, simulación clínica, ingeniería biomédica y otras áreas aplicadas, lo cual permite proyectar una IPS con soporte en diagnóstico, investigación clínica, innovación tecnológica y desarrollo de nuevos servicios.

En consecuencia, la IPS universitaria para la UIS no debe entenderse únicamente como un nuevo prestador de servicios, sino como una plataforma estratégica de integración entre academia, asistencia e innovación, capaz de responder a necesidades regionales en salud, fortalecer la competitividad institucional y generar valor social y económico sostenible. Dentro de ese marco, la línea de atención domiciliaria emerge como una de las alternativas más viables para una primera fase de implementación, por su menor intensidad en infraestructura física, alta pertinencia epidemiológica y potencial de escalabilidad futura.

3. Descripción de la idea de negocio

3.1 Identificación de la necesidad

El sistema de salud colombiano enfrenta desafíos significativos en términos de acceso, oportunidad, congestión y continuidad de la atención médica; estas problemáticas afectan la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, que justifican ampliar modalidades extra-murales como la atención domiciliaria. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2023 (ECV) del

DANE confirma disparidades territoriales y de uso efectivo de servicios como la demanda de consulta general y especializada, uso de urgencias y razones de no atención, lo que evidencia barreras administrativas y de oportunidad que afectan más a hogares fuera de cabecera municipal (DANE, 2024).

La oportunidad en la atención médica se refiere a la prestación de servicios en el momento adecuado; El Sistema de Evaluación y Calificación de Actores – SEA 2023 del Ministerio de Salud reportó incremento en días de espera para asignación de citas en especialidades como Medicina Interna y Cirugía General; y el Informe de Goce Efectivo del Derecho a la Salud 2024 estimó un tiempo promedio de 3,61 días para asignación de citas de medicina general a nivel país (MinSalud, 2024) y que dependiendo la ubicación pueden ser hasta 15 días de espera; estas demoras pueden conducir al agravamiento de condiciones de salud que podrían haberse manejado eficazmente con una intervención temprana;.

La congestión en las instituciones prestadoras de servicios de salud es un desafío crítico; los mecanismos de exigibilidad muestran tensión del sistema: en 2023 se registraron 197.767 tutelas en salud a nivel nacional, indicador de barreras en acceso oportuno a servicios, tecnologías y medicamentos (MinSalud, 2025). Asimismo, entre diciembre de 2023 y noviembre de 2024, la Superintendencia Nacional de Salud reportó una tasa de 322 quejas por cada 10.000 afiliados, con picos asociados a demoras en citas con especialistas y suministro de tecnologías (Supersalud, 2025).

La continuidad en la atención es esencial para el manejo efectivo de enfermedades crónicas y la rehabilitación; sin embargo, se ve comprometida por la fragmentación del sistema de salud; pacientes con condiciones que requieren seguimiento constante enfrentan interrupciones en sus tratamientos debido a la falta de coordinación entre niveles de atención y a la ausencia de sistemas

integrados de información; esta discontinuidad puede resultar en reingresos hospitalarios evitables y en una mayor carga para el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Colombia atraviesa un acelerado proceso de envejecimiento poblacional: en 2023, el 14,5% de sus habitantes tenía 60 años o más, lo que incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas y la demanda de cuidados prolongados (MinSalud/DANE, 2024). En Bucaramanga, con 619.703 habitantes, el Análisis de Situación de Salud - ASIS 2024 evidencia presión sobre la red asistencial por estas condiciones. Ante este panorama, la atención domiciliaria diferencial se presenta como una alternativa efectiva para fortalecer el seguimiento, la rehabilitación y la continuidad del cuidado, contribuyendo a descongestionar los servicios hospitalarios.

Todo lo anterior, identifica la necesidad de ampliar la oferta de primer nivel de prestación de servicios de salud y fortalecer la continuidad mediante la atención y seguimiento en el hogar. Es precisamente en este punto donde la IPS Universitaria cobra relevancia, articulando docencia-servicio e innovación clínica.

3.2 Propuesta de valor

La propuesta de valor constituye el núcleo diferenciador del presente estudio y define los atributos que la hacen viable, atractiva y competitiva, la creación de una IPS universitaria de atención domiciliaria en la ciudad de Bucaramanga; no solo responde a necesidades de salud insatisfechas en la región, sino que articula componentes asistenciales, formativos y tecnológicos dentro de un modelo centrado en el paciente.

La propuesta de valor de la IPS Universitaria de Medicina Domiciliaria en Bucaramanga se sustenta en la integración sinérgica de tres ejes estratégicos: innovación asistencial, excelencia

académica y sostenibilidad operativa, los cuales configuran un modelo de atención centrado en la persona, soportado en evidencia científica y diferenciado frente a las ofertas tradicionales del mercado local.

El valor distintivo de este proyecto radica en la naturaleza universitaria del modelo, que permite combinar la prestación de servicios de salud con la docencia y la investigación aplicada. Este enfoque posibilita la creación de un laboratorio de innovación en salud, en el cual se desarrollan y evalúan soluciones clínicas, tecnológicas y organizacionales orientadas al mejoramiento continuo del cuidado domiciliario (Perdomo et al., 2023; WHO, 2022). En este espacio, los profesionales y estudiantes en formación se integran en equipos interdisciplinarios que aplican prácticas basadas en evidencia, promueven la investigación clínica y fortalecen las competencias de liderazgo y gestión del conocimiento, generando valor compartido tanto para la comunidad universitaria como para el sistema de salud (Porter & Kramer, 2019).

Desde la perspectiva del usuario, la propuesta de valor se orienta a ofrecer experiencias personalizadas y humanizadas, garantizando continuidad, seguridad y acompañamiento familiar.

La atención se adapta a las necesidades específicas de cada paciente mediante planes integrales de cuidado, potenciados por herramientas de salud digital como la telemonitorización, las plataformas de historia clínica interoperable, los algoritmos predictivos de riesgo y la gestión inteligente de agendas (López & Rodríguez, 2023; OECD, 2023). Este uso estratégico de la tecnología no solo optimiza la eficiencia, sino que habilita un modelo proactivo y preventivo, capaz de anticipar complicaciones y reducir hospitalizaciones evitables.

La IPS universitaria se proyecta como una organización sostenible que combina diversas fuentes de financiación y promueve el uso responsable de los recursos. Su funcionamiento integra prácticas de eficiencia, sostenibilidad y compromiso social.

3.3 Portafolio de Servicios y características

La IPS universitaria de atención domiciliaria proyectada para Bucaramanga contempla un portafolio de servicios esenciales teniendo en cuenta los principios de la atención primaria en salud (APS) y las necesidades del entorno local; su diseño responde a tres criterios fundamentales: impacto en población prioritaria, capacidad resolutiva en el hogar y articulación con la función formativa universitaria.

La selección de áreas clínicas prioriza el abordaje de condiciones crónicas, atención familiar integral y el acompañamiento a usuarios con movilidad reducida o dependencia funcional; adicionalmente, se integran componentes preventivos y de urgencia básica que permiten brindar una atención segura y oportuna, sin recurrir al traslado institucional innecesario.

El enfoque de atención está centrado en el paciente y orientado por principios de calidad, continuidad, humanización e innovación, todo bajo la supervisión académica de una institución formadora; a continuación, se describen los servicios principales, organizados por tipo, enfoque y modalidad.

Tabla 1.

Servicios principales ofrecidos por la IPS universitaria

Tipo de servicio	Enfoque funcional	Características principales	Modalidad
Medicina general	Diagnóstico y tratamiento de patologías comunes, seguimiento clínico	Evaluación integral, prescripción segura, seguimiento de adherencia y	Atención domiciliaria

Tipo de servicio	Enfoque funcional	Características principales	Modalidad
coordinación con niveles superiores.			
Medicina familiar	Atención integral con continuidad para miembros del grupo familiar	Planes de atención personalizados, educación en autocuidado y prevención familiar.	Atención domiciliaria
Enfermería	Cuidados clínicos básicos y educación sanitaria al usuario	Educación sanitaria al paciente y familia, soporte emocional y coordinación del cuidado.	Atención domiciliaria
Atención triage IV	Manejo de casos leves sin traslado a institución	Evaluación rápida, estabilización básica y referencia oportuna.	Urgencia domiciliaria
Fisioterapia	Rehabilitación funcional, mantenimiento de la capacidad física y prevención de complicaciones	Plan terapéutico individual, sesiones programadas según diagnóstico.	Atención domiciliaria
Trabajo social / Psicología	Evaluación sociofamiliar, identificación de factores de riesgo social, procesos	Sesiones individuales o familiares, acompañamiento en cuidado paliativo y	Atención domiciliaria

Tipo de servicio	Enfoque funcional	Características principales	Modalidad
	de adaptación, adherencia al tratamiento	fortalecimiento de redes de apoyo.	
Promoción y prevención	Detección temprana, tamizajes y orientación comunitaria	Enfoque educativo, participación familiar y articulación con programas institucionales.	Intervención educativa

Estos servicios permitirán mejorar la oportunidad, accesibilidad y gestión del sistema de salud en sectores priorizados del área metropolitana de Bucaramanga, mediante un modelo sostenible, técnicamente viable y vinculado a la formación del talento humano en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021; ACISD, 2023).

Tabla 2. Tipo de servicios específicos ofrecidos por la IPS Universitaria

Servicio	Tarifa promedio (\$)
Consulta médica general domiciliaria	\$ 120.000
Consulta de medicina familiar domiciliaria	\$ 170.000
Valoración domiciliaria por enfermería	\$ 95.000
Educación individual por enfermería	\$ 73.780
Atención domiciliaria por fisioterapia	\$ 33.700
Atención domiciliaria por terapia respiratoria	\$ 33.700
Valoración domiciliaria por psicología	\$ 103.545

Servicio	Tarifa promedio (\$)
Valoración domiciliaria por nutrición	\$ 99.000
Turno enfermería 12 horas diurno ordinario	\$ 168.688
Turno enfermería 12 horas nocturno ordinario	\$ 185.755
Turno enfermería 12 horas diurno festivo	\$ 300.829
Turno enfermería 12 horas nocturno festivo	\$ 361.167
Triage IV domiciliario	\$ 150.000
Curaciones y administración de medicamentos	\$ 55.000
Seguimiento telefónico / teleorientación	\$ 20.000
Atención domiciliaria por terapia ocupacional	\$ 33.700
Atención domiciliaria por fonoaudiología	\$ 33.700

Nota: tarifas SOAT 2026 y Ministerio de Salud y Protección Social.

El portafolio de servicios propuesto presenta coherencia con la estrategia de entrada del proyecto, al estructurarse inicialmente sobre servicios ya demandados y contratados por UISALUD, lo que reduce la incertidumbre comercial y facilita una implementación progresiva. La priorización de medicina general, medicina familiar, enfermería, fisioterapia y apoyo psicosocial responde al perfil epidemiológico identificado en la población objetivo, caracterizada por envejecimiento, enfermedades crónicas y necesidad de continuidad del cuidado. Asimismo, la inclusión de actividades de promoción, prevención y telemedicina fortalece el enfoque de atención primaria en salud y amplía la capacidad resolutoria del modelo.

En tal sentido, se propone un portafolio escalable y financieramente viable, que combina servicios de alta recurrencia (consultas, terapias, visitas de enfermería) con procedimientos

específicos de mayor valor agregado. Esto permite generar flujo operativo desde la fase inicial, y posibilitando su ampliación futura según comportamiento del mercado, nuevas contrataciones y requerimientos de la población usuaria. En consecuencia, el portafolio no solo responde a necesidades actuales, sino que constituye una base flexible para el crecimiento sostenible de la IPS universitaria.

3.4 Segmentos de clientes

La identificación de los segmentos de clientes constituye un elemento estratégico para orientar la oferta de servicios de una IPS universitaria de atención domiciliaria. En el contexto de Bucaramanga, la segmentación permite comprender las necesidades reales de la población y adaptar los modelos de atención a grupos con requerimientos diferenciados, fortaleciendo así la oportunidad, la continuidad y la humanización del cuidado.

El primer grupo lo conforman los adultos mayores, población en crecimiento que requiere servicios centrados en la funcionalidad, el acompañamiento y la atención integral en su entorno familiar, contribuyendo a un envejecimiento digno y activo (MDPI, 2024).

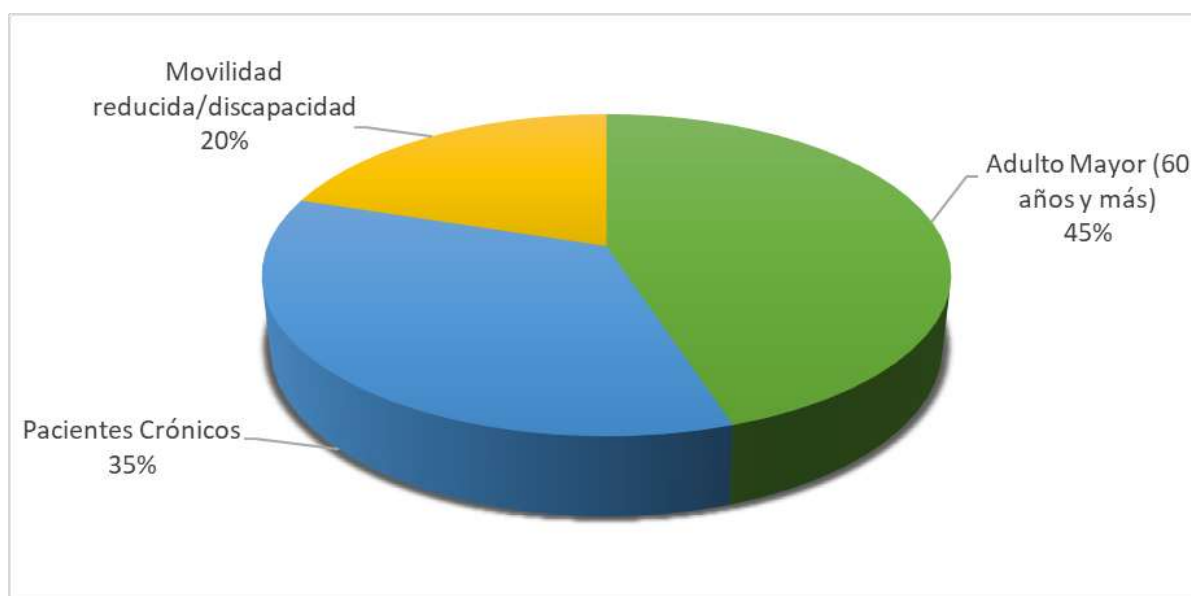
El segundo segmento corresponde a los pacientes con enfermedades crónicas, quienes demandan seguimiento permanente, educación en autocuidado y control interdisciplinario.

Diversos estudios demuestran que la atención domiciliaria en estos casos mejora la adherencia terapéutica y reduce reingresos hospitalarios (OECD, 2023). Finalmente, las personas con movilidad reducida o en procesos de rehabilitación se benefician de modelos domiciliarios que facilitan la recuperación y la continuidad del cuidado, favoreciendo su autonomía y calidad de vida (Age and Ageing, 2024). Es importante señalar que los segmentos definidos no son

mutuamente excluyentes, dado que un mismo individuo puede pertenecer simultáneamente a más de un grupo, especialmente en el caso de adultos mayores con enfermedades crónicas. La segmentación propuesta responde a un enfoque analítico orientado a la caracterización de la demanda, más que a una clasificación poblacional rígida.

Figura 2.

Distribución estimada de segmentos de clientes para atención domiciliaria en Bucaramanga



Nota: Distribución estimada de segmentos de clientes para atención domiciliaria en Bucaramanga, Elaboración propia.

Según estimaciones reportadas en el ASIS territorial, el DANE y SISPRO, se evidencia que la distribución estimada de la demanda potencial de servicios de atención domiciliaria, se concentra con mayor carga de enfermedad y dependencia funcional. En este sentido, los adultos mayores representan el segmento predominante seguido de pacientes con enfermedades crónicas y, en menor proporción, personas con limitaciones en la movilidad o discapacidad.

En el contexto institucional de la Universidad Industrial de Santander - UIS, la captación y gestión de estos segmentos de clientes puede inicialmente articularse de manera estratégica a través de las unidades académico-administrativas ya existentes, como UISALUD, la División de Gestión del Talento Humano, Fondos de Empleados y pensionados. Estas instancias representan canales naturales para ofrecer los servicios de la IPS universitaria en sus diferentes etapas de desarrollo, ya sea mediante, programas de salud ocupacional y bienestar, o a través de la oferta particular de servicios de atención domiciliaria. Esta articulación permite optimizar recursos, fortalecer la integración docencia-servicio y consolidar un modelo sostenible de atención universitaria centrado en las necesidades reales de la comunidad académica y de la población en general.

4. Evaluación de viabilidad comercial

4.1 Análisis de entorno (PESTEL)

El análisis PESTEL es una de las herramientas de la planificación estratégica sobre la cual se establecen condiciones que impactan directamente en el desarrollo del proyecto y definen el entorno de negocios de la futura empresa. Dentro de los factores que se deben analizar en el análisis PESTEL se puede determinar

Tabla 3.*Evaluación de viabilidad comercial: IPS universitaria de atención domiciliaria en Bucaramanga*

Factor	Descripción (2024–2025)	Fuente
Político	El gobierno nacional prioriza el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS) y el modelo preventivo con enfoque comunitario, enmarcado en la reforma del sistema de salud;	Ministerio de Salud y Protección Social; (2023); bases del nuevo modelo de salud en Colombia;
Económico	Aunque Colombia enfrenta inflación controlada (5;1% anual en 2025), persiste la presión sobre el gasto público en salud; se promueve la eficiencia en la atención ambulatoria y domiciliaria;	Banco de la república; (2026); informe de política monetaria - enero;
Social	El envejecimiento poblacional continúa: el 14,1% de la población nacional supera los 60 años; hay alta prevalencia de enfermedades crónicas y barreras de acceso físico para personas con movilidad reducida;	DANE; (2023); boletín técnico - proyecciones de población nacional 2022-2050;
Tecnológico	Aumento del uso de telesalud y registros clínicos electrónicos; se fortalecen plataformas interoperables para atención remota y seguimiento domiciliario;	Mintic y MINSALUD; (2023); informe sobre transformación digital en salud;
Ecológico	Se promueven modelos de atención con baja huella de carbono, reducción de traslados	Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible;

Factor	Descripción (2024–2025)	Fuente
	institucionales y uso eficiente de recursos; las IPS deben adaptarse al marco de sostenibilidad ambiental;	(2023); política nacional de salud ambiental;
Legal	Resoluciones 3100 de 2019 y 521 de 2020 establecen condiciones para habilitación de servicios domiciliarios; la ley estatutaria 1751 de 2015 garantiza el derecho fundamental a la salud;	Ministerio de Salud y Protección Social; (2021); compilación normativa en salud;

4.2 Análisis del sector salud domiciliaria

4.2.1 Tendencias

Las tendencias a nivel social se modificaron como resultado de la pandemia, lo que conllevó una mayor demanda por productos y servicios y ofertados al domicilio. Las personas hoy en día prefieren mantenerse en el hogar y esto refleja una oportunidad para el sector privado del mercado de la salud en expandir sus horizontes y prestar servicios de salud fuera del ámbito institucional. La atención domiciliaria, ha experimentado un crecimiento significativo en Colombia, impulsado por factores como el envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas y la necesidad de optimizar recursos hospitalarios; Mordor Intelligence proyectó que para 2025, aproximadamente el 25% de las atenciones en salud se realicen en el hogar, destacando la importancia de este modelo en la actualidad.

Las tendencias contemporáneas promueven la incorporación de tecnologías digitales, equipos extramurales como componentes permanentes del cuidado, junto con modelos colaborativos entre universidades, empresas e instituciones del sector y aseguradores.

Figura 3.

Proyección del crecimiento del mercado de atención domiciliaria en salud a nivel global entre 2024 y 2029



Nota: mordor intelligence (2024)

En Colombia, de igual forma la medicina domiciliaria ha mostrado una tendencia sostenida de crecimiento dentro de la red de prestación de servicios de salud, reflejada en el aumento de IPS que habilitan esta modalidad. De acuerdo con el REPS, el país ha pasado de más de 45.000 prestadores en 2016 a más de 59.000 en años recientes, lo que evidencia una expansión

significativa de la oferta, especialmente en servicios extramurales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; 2023).

Desde el punto de vista económico, la atención domiciliaria se ha convertido en un mercado en expansión dentro del sector salud colombiano, con una creciente participación en los modelos de contratación y prestación de servicios. Según análisis sectoriales, esta modalidad moviliza cientos de miles de millones de pesos anuales, impulsada por su capacidad de reducir costos frente a la hospitalización tradicional y mejorar la eficiencia del sistema (Consultorsalud, 2024). La evidencia científica respalda esta tendencia, señalando que la hospitalización domiciliaria puede disminuir costos operativos y optimizar recursos sin afectar la calidad de la atención (Rojas-Goldsack et al., 2022). En conjunto, el aumento en el número de IPS habilitadas, la diversificación de servicios y el volumen de recursos asociados evidencian que la medicina domiciliaria no solo está en crecimiento, sino que constituye un segmento económico relevante y en consolidación dentro del sistema de salud colombiano.

Estas tendencias evidencian un entorno favorable para la implementación de modelos innovadores de atención domiciliaria, particularmente aquellos con respaldo institucional y académico, capaces de integrar tecnologías digitales y enfoques interdisciplinarios

4.2.2 Oportunidades

Según el Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023 (OECD & World Bank, 2023), Colombia enfrenta un rápido crecimiento del grupo poblacional mayor de 60 años, que supera el 14 % del total nacional, junto con una expansión de las enfermedades no transmisibles y

múltiples comorbilidades, además de la situación - Adulto mayor cuidando adulto mayor-. En este contexto, los servicios de medicina domiciliaria representan una alternativa sostenible y eficiente.

La implementación de tecnologías como la telemedicina y los equipos de monitoreo remoto ha abierto nuevas posibilidades para la atención domiciliaria; estas herramientas permiten una atención más personalizada y oportuna, reduciendo la necesidad de desplazamientos y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Adicionalmente, el contexto institucional del sistema de salud colombiano abre oportunidades para el desarrollo de modelos diferenciados de prestación de servicios, particularmente en segmentos con esquemas de aseguramiento propios o regímenes especiales. Estos entornos suelen contar con poblaciones definidas, mayor estabilidad financiera relativa y condiciones que facilitan la implementación de métodos de atención integral, preventiva y centrados en el usuario. En consecuencia, se configuran como escenarios propicios para la adopción progresiva de modelos de atención domiciliaria que prioricen la continuidad del cuidado, la humanización del servicio y la articulación interdisciplinaria.

Finalmente, experiencias documentadas en el contexto nacional evidencian que los programas de atención domiciliaria, especialmente aquellos con respaldo institucional y enfoque interdisciplinario, logran impactos positivos en la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y la eficiencia del sistema. No obstante, también se identifican brechas en cobertura, integración tecnológica y formación del talento humano, las cuales representan oportunidades para el diseño de propuestas innovadoras con un componente académico y de desarrollo del conocimiento (Mojica et al., 2024). En conjunto, estas condiciones posicionan la atención domiciliaria como un campo estratégico para la generación de valor en el sistema de salud

colombiano, especialmente a través de modelos que integren capacidades clínicas, tecnológicas y formativas.

4.2.3 Barreras

A pesar de los avances, existen barreras que limitan el acceso a la atención domiciliaria, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables; estas incluyen dificultades administrativas, limitaciones financieras y falta de infraestructura adecuada.

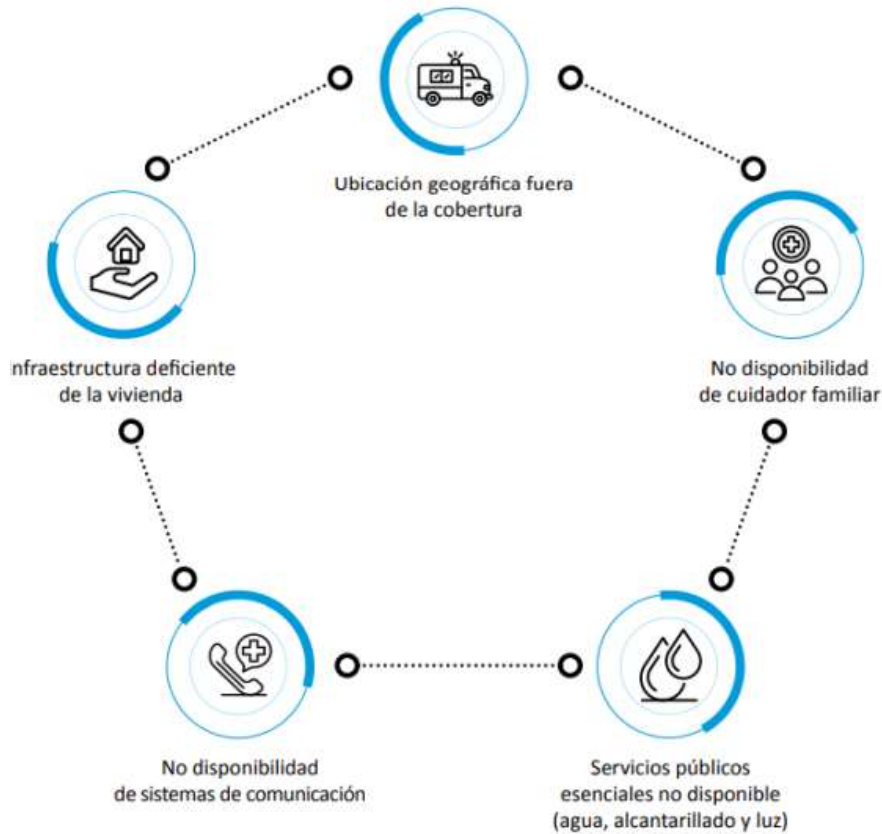
En las barreras administrativas se encuentran las exigencias regulatorias y económicas que caracterizan al sistema de salud colombiano, particularmente la habilitación de servicios, los requisitos de calidad y la estructura de contratación, además del estricto cumplimiento de la normativa vigente.

Con respecto a las dificultades financieras derivadas de la fragmentación financiera del sistema con altos niveles de pago por parte de los hogares; la sostenibilidad del proyecto dependerá de la capacidad institucional para articular fuentes de financiación mixtas y modelos de operación flexibles, que garanticen continuidad y estabilidad financiera.

Desde la perspectiva física, la puesta en marcha de un modelo domiciliario requiere contar con áreas dedicadas a la coordinación logística, almacenamiento de insumos, esterilización, dotación biomédica portátil, zonas de despacho y espacios para equipos interdisciplinarios. Sin embargo, mediante un enfoque estratégico, basado en la optimización y reconversión de infraestructura existente con espacios híbridos se garantizaría eficiencia en su aplicación.

Figura 4.

Identificación de las principales barreras que enfrentan los pacientes para acceder a servicios de atención domiciliaria en Colombia



Nota: estado actual de la atención domiciliaria en Colombia; observatorio colombiano de atención domiciliaria, asociación colombiana de instituciones de salud domiciliaria, 2021.

Si bien el desarrollo de modelos de atención domiciliaria en Colombia presenta barreras de tipo regulatorio, financiero y operativo, la literatura evidencia que estas pueden ser abordadas mediante estrategias organizacionales, tecnológicas e institucionales adecuadas, que permitan garantizar la viabilidad y sostenibilidad del modelo.

En relación con las barreras regulatorias, asociadas a los requisitos de habilitación, estándares de calidad y cumplimiento normativo, una estrategia efectiva consiste en la adopción de un modelo de gestión basado en sistemas de calidad y mejora continua, alineado con la normatividad vigente del sistema de salud colombiano. El cumplimiento de condiciones de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la implementación de procesos estandarizados y protocolos clínicos basados en evidencia, permite no solo garantizar la operación legal del servicio, sino también fortalecer la confianza institucional y la seguridad del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Adicionalmente, el respaldo de una institución universitaria facilita la incorporación de procesos de auditoría, investigación y formación continua, lo cual contribuye al cumplimiento sostenido de estándares de calidad.

En cuanto a las barreras financieras, derivadas de la fragmentación del sistema y de los riesgos asociados a la contratación en salud, la evidencia sugiere la necesidad de priorizar esquemas de vinculación con poblaciones definidas que permitan una mayor previsibilidad en la demanda y en los flujos de recursos (Organización Mundial de la Salud, 2020). En este contexto, el desarrollo de modelos de atención domiciliaria articulados a esquemas institucionales o poblaciones específicas permite reducir la incertidumbre financiera, optimizar la asignación de recursos y facilitar la planificación operativa.

Respecto a las barreras operativas y logísticas, asociadas a la dispersión geográfica de los pacientes, la coordinación del talento humano y la gestión de insumos, la incorporación de tecnologías digitales se constituye en un elemento clave de mitigación. El uso de herramientas como la telemedicina, los sistemas de información en salud y el monitoreo remoto permite optimizar la gestión del servicio, mejorar la oportunidad en la atención y reducir costos operativos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

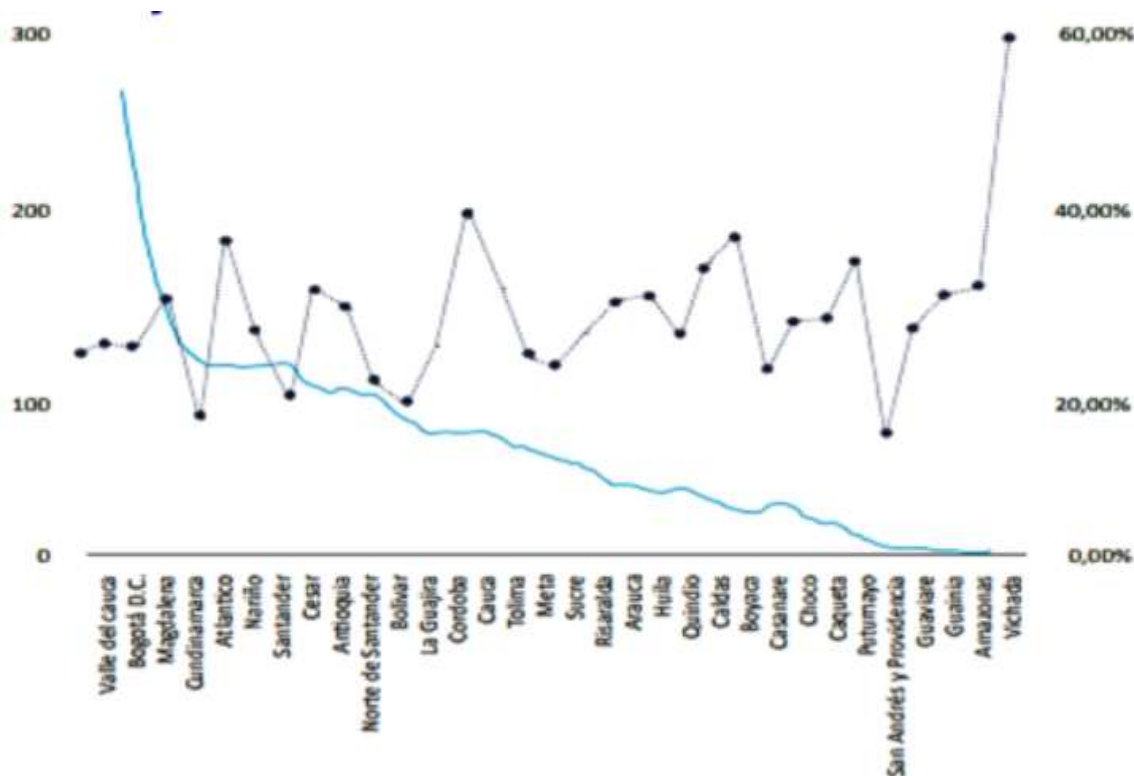
4.2.4 Competencia

El sector de atención domiciliaria en Colombia está en expansión, con un número creciente de instituciones prestadoras de servicios; sin embargo, la competencia se ve influenciada por factores como la cobertura geográfica, la calidad del servicio y la capacidad de integración tecnológica.

Así mismo, estudios recientes en Colombia sobre programas domiciliarios en Bogotá y el Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (ACISD, 2025) – indican que ciudades intermedias como Bucaramanga presentan un mercado dominado por IPS Especializadas, programas extramurales de hospitales de mediana y alta complejidad y servicios contratados directamente por EPS, lo que conlleva a clasificarlos en tres grupos: Proveedores privados especializados, prestadores hospitalarios con extensión domiciliaria y operadores tercerizados mediante aseguradores.

Figura 5.

Comparación de disponibilidad de servicios y muertes domiciliarias en Colombia 2022



Nota: Asociación colombiana de instituciones de salud domiciliaria (ACISD) (2023)

4.2.4.1 Competencia priorizada en Bucaramanga. Teniendo en cuenta la variedad de prestadores de servicios de salud, que prestan sus servicios de manera extramural, según su habilitación, para efectos del presente análisis del mercado en la ciudad de Bucaramanga, se tomaran como ejemplo cuatro IPS actualmente contratadas por la Unidad Especializada de Salud - UISALUD para la atención domiciliaria y servicios asociados: Habilitamos S.A.S., Q Salud S.A.S., P.H.D. Servicios S.A.S. y Sede Servicio Especializado Integral de Salud S.A.S. Esta selección permite realizar un análisis de competencia más real, dado que se trata de oferentes que

ya operan en el mismo entorno institucional y atienden, total o parcialmente, el mismo tipo de demanda.

Es importante precisar que el universo competitivo de Bucaramanga es más amplio e incluye otros prestadores de medicina domiciliaria y atención extramural; sin embargo, los cuatro prestadores analizados representan una referencia estratégica prioritaria, porque ya cuentan con experiencia contractual, tarifaria y operativa frente a UISALUD.

Tabla 4.

Comparativo priorizada IPS Medicina Domiciliaria en Bucaramanga

Prestador	Servicios ofertados a UISALUD	Factor diferenciador
Habilitamos S.A.S.	Fisioterapia, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia respiratoria	Se destaca por su alta capacidad instalada en servicios de rehabilitación domiciliaria, especialmente en terapias, lo que le permite atender volúmenes elevados de pacientes.
Q Salud S.A.S.	Enfermería, fisioterapia, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, medicina general, nutrición y dietética, terapia ocupacional, terapia respiratoria	Se diferencia por ofrecer un portafolio clínico integral con tarifas competitivas, especialmente en servicios de enfermería domiciliaria y atención continua.

Prestador	Servicios ofertados a UISALUD	Factor diferenciador
P.H.D. Servicios S.A.S.	Enfermería, fisioterapia, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, medicina general, nutrición y dietética, psicología, terapia ocupacional, terapia respiratoria, toma de muestras de laboratorio clínico	Presenta como fortaleza una mayor integralidad del servicio, incorporando atención interdisciplinaria ampliada que incluye psicología y toma de muestras domiciliarias.
Sede Servicio Especializado Integral de Salud S.A.S.	Enfermería, fisioterapia, nutrición y dietética, terapia respiratoria	Se caracteriza por su capacidad operativa y soporte organizacional, con disponibilidad de atención continua (24/7) y enfoque en atención extramural.

Nota: Elaboración propia a partir de datos contractuales de UISALUD.

La competencia priorizada muestra dos perfiles claros. Por una parte, Habilitamos y Sede presentan una oferta más focalizada; por otra, Q Salud y especialmente P.H.D. exhiben un portafolio más amplio. En términos de amplitud de servicios, P.H.D. es el competidor más completo, seguido de Q Salud. En todos los casos el pago es realizado por evento, el Apéndice B se describen las tarifas de los servicios contratados por UISALUD a las IPS consideradas como competencia priorizada

Tabla 5.*Síntesis competitiva de los prestadores priorizados*

Prestador	Fortaleza principal	Debilidad relativa	Perfil competitivo
Habilitamos S.A.S.	Alta capacidad terapéutica reportada; tarifas simples	Portafolio más limitado frente a competidores integrales	Especialista en apoyo terapéutico domiciliario
Q Salud S.A.S.	Portafolio amplio; tarifas competitivas en enfermería; línea 24/7	Menor capacidad instalada	Prestador integral de complejidad baja con énfasis clínico-domiciliario
P.H.D. Servicios S.A.S.	Mayor integralidad clínica entre los priorizados; incluye psicología y toma de muestras	Oportunidad en la atención de servicios	Prestador clínico domiciliario integral
Sede Servicio Especializado Integral de Salud S.A.S.	Contrato estimado alto; soporte telefónico 24/7; operación extramural	Menor detalle cuantitativo de capacidad financiera	Prestador mixto con enfoque operativo y soporte asistencial

Nota: Elaboración propia a partir de datos contractuales de UISALUD.

Tabla 6.*Valor contratado y ejecutado prestadores priorizados UISALUD, 2025*

Prestador	Valor ejecutado 2025
P.H.D. Servicios S.A.S.	\$ 602.961.225
Habilitamos S.A.S.	\$ 441.401.792
Sede Servicio Especializado Integral de Salud S.A.S.	\$ 404.386.592
Q Salud S.A.S.	\$ 82.271.904
Total	\$ 1.531.021.513

Nota: Elaboración propia a partir de datos contractuales de UISALUD.

Teniendo en cuenta la información contractual y operativa analizada, se evidencia que el mercado priorizado por UISALUD en Bucaramanga se encuentra distribuido entre varios prestadores con roles complementarios y distintos niveles de participación económica. Durante la vigencia 2025, el mayor valor ejecutado correspondió a P.H.D. Servicios S.A.S. con \$602,9 millones (39,4% del total contratado), consolidándose como el principal operador del segmento domiciliario, coherente con su perfil de prestador integral y mayor amplitud clínica. En segundo lugar, se ubicó Habilitamos S.A.S. con \$441,4 millones (28,8%), reflejando una alta demanda de servicios terapéuticos y rehabilitación domiciliaria. Le siguió Sede Servicio Especializado Integral de Salud S.A.S. con \$404,3 millones (26,4%), evidenciando una participación relevante como operador asistencial y de soporte extramural. Finalmente, Q Salud S.A.S. registró \$82,2 millones (5,4%), con una participación menor, aunque competitiva en servicios de enfermería domiciliaria y atención continua.

En términos estratégicos, los resultados muestran que la competencia no depende únicamente del precio, sino de variables como integralidad del portafolio, capacidad de respuesta, continuidad operativa y confianza institucional. Para una nueva IPS universitaria de atención domiciliaria, el reto competitivo no consistiría en competir exclusivamente por tarifas, sino en diferenciarse mediante un modelo de atención centrado en el paciente, articulación docente-asistencial, seguimiento clínico continuo, oportunidad en la atención y enfoque interdisciplinario de alto valor agregado.

4.3 Estudio de mercado

4.3.1 Definición y priorización del mercado objetivo

El mercado objetivo, indica la totalidad de un espacio priorizado donde convergen la oferta y la demanda para el intercambio de bienes y servicios.

Comprende entre sus elementos más importantes el alcance geográfico, los canales de distribución, las categorías de productos comerciados, el repertorio de competidores directos e indirectos, los términos de intercambio, y a los representantes de la demanda entre los que se encuentran influenciadores, prospectos compradores y también el grupo meta. (Kotler, 2003, pág. 712)

En Bucaramanga, la atención domiciliaria en salud ha ganado relevancia, especialmente para adultos mayores y personas con enfermedades crónicas; la ESE ISABU ha implementado programas dirigidos a adultos mayores y jóvenes con adicciones, utilizando unidades móviles para

llevar servicios médicos y de prevención directamente a los usuarios, eliminando barreras de acceso a la atención.

La demanda de estos servicios ha aumentado debido al envejecimiento poblacional y la necesidad de atención personalizada; sin embargo, la oferta aún enfrenta desafíos, como el cumplimiento normativo a cabalidad y la necesidad de infraestructura adecuada para brindar atención domiciliaria de calidad.

En este contexto, el estudio de mercado no solo implica la identificación general de la oferta y la demanda, sino también la delimitación estratégica de segmentos priorizados, lo cual resulta fundamental en la formulación de modelos de negocio en el sector salud, caracterizado por su alta regulación, complejidad operativa y dependencia de esquemas de aseguramiento (Osterwalder & Pigneur, 2010; Kotler & Keller, 2016). En este sentido, la segmentación y priorización del mercado objetivo permite focalizar los recursos organizacionales hacia nichos con mayor viabilidad técnica, financiera y operativa, reduciendo riesgos en las etapas iniciales del proyecto.

Bajo este enfoque, el presente estudio plantea una estrategia de entrada progresiva al mercado, iniciando con un segmento claramente identificado y con condiciones favorables de acceso, estabilidad y articulación institucional. En primera instancia, se prioriza como mercado objetivo la Unidad Especializada de Salud – UISALUD, correspondiente al régimen especial de la Universidad Industrial de Santander, el cual agrupa una población afiliada con características sociodemográficas y epidemiológicas coherentes con la demanda de servicios de atención domiciliaria, tales como presencia de enfermedades crónicas, envejecimiento progresivo y necesidad de continuidad en el cuidado.

Esta priorización se sustenta, además, en ventajas competitivas relevantes desde la perspectiva del modelo de negocio. En primer lugar, UISALUD representa un segmento con mayor

estabilidad financiera y menor incertidumbre en el flujo de recursos, en comparación con el sistema general de seguridad social en salud administrado por EPS, lo cual reduce el riesgo asociado a la cartera y a los tiempos de pago. En segundo lugar, se configura como un canal de distribución natural, dado el vínculo institucional con la Universidad Industrial de Santander, facilitando la articulación operativa, la captación de usuarios y el posicionamiento del servicio. Adicionalmente, este segmento permite el desarrollo de un modelo de atención alineado con los principios de una IPS universitaria, integrando componentes de docencia, servicio e investigación, tal como lo sugieren modelos de atención en salud académica (Frenk et al., 2010).

Posteriormente, y de manera progresiva, el modelo de negocio contempla la ampliación del mercado objetivo hacia otros segmentos estratégicos dentro del entorno universitario mediante planes y/o suscripciones particulares, específicamente los funcionarios de la Universidad Industrial de Santander no afiliados a UISALUD, a través de la articulación con la División de Gestión del Talento Humano. Este enfoque permite expandir la cobertura del servicio bajo una lógica de mercado cautivo institucional, fortaleciendo la demanda inicial y consolidando economías de escala en la operación.

De acuerdo con la literatura en gerencia de servicios de salud, los modelos de crecimiento escalonado permiten validar la propuesta de valor en entornos controlados antes de su expansión a mercados más amplios, lo cual resulta especialmente pertinente en servicios como la atención domiciliaria, donde la calidad, la continuidad del cuidado y la eficiencia operativa son determinantes para la sostenibilidad del modelo (Porter & Teisberg, 2006). En consecuencia, la estrategia planteada no solo responde a criterios de segmentación de mercado, sino también a un enfoque de implementación progresiva que maximiza la probabilidad de éxito del proyecto.

Tabla 7.*Atributos mercado objetivo*

Variable	Característica	Implicación
Tipo de afiliación	Régimen especial universitario	Mayor estabilidad financiera y continuidad en la demanda
Grupo poblacional	Docentes, administrativos, pensionados y beneficiarios	Diversidad etaria con predominio de población adulta
Tendencia demográfica	Envejecimiento progresivo	Mayor demanda de atención domiciliaria
Nivel educativo	Medio – alto	Usuarios informados y exigentes
Capacidad de pago	Estable (no dependiente de EPS)	Menor riesgo financiero del modelo
Ubicación	Urbana (Bucaramanga y algunos casos en el área metropolitana)	Facilidad logística para atención domiciliaria

Nota: Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

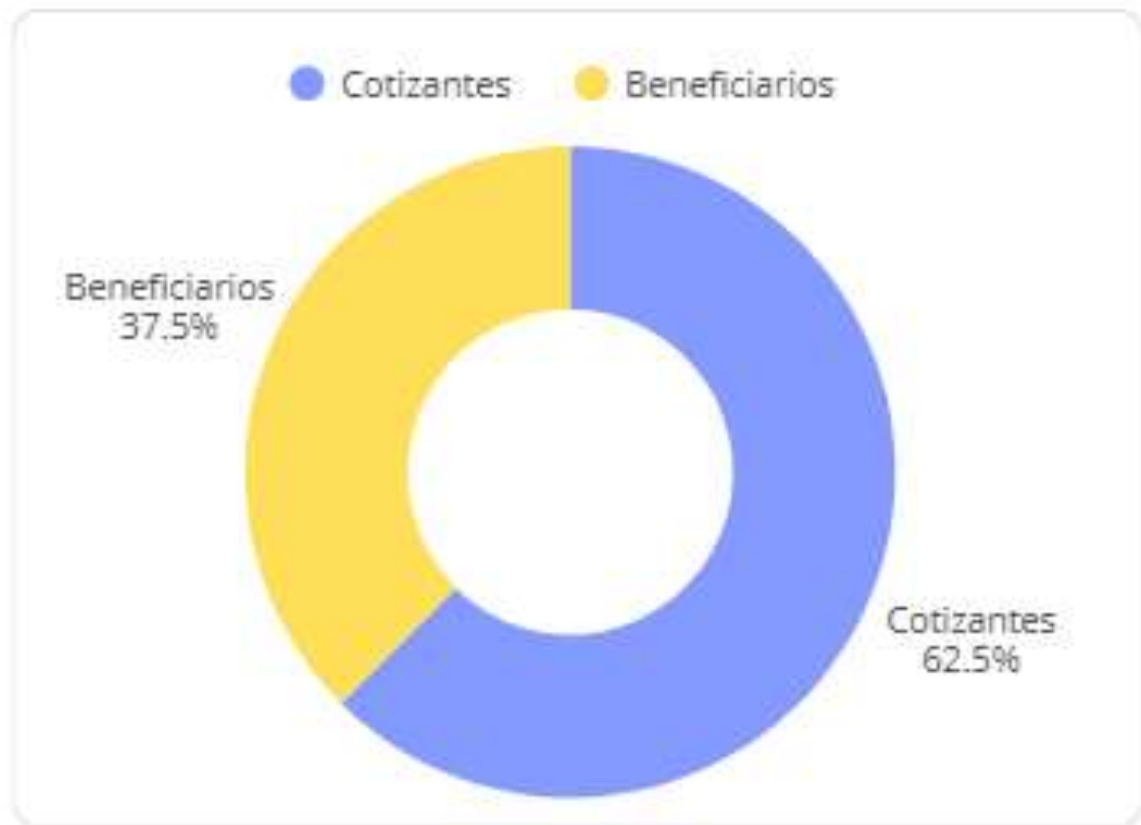
4.3.2 Caracterización del mercado objetivo

El mercado objetivo inicial para la IPS universitaria de atención domiciliaria está conformado por la población afiliada a UISALUD que, por sus características demográficas, epidemiológicas y funcionales, presenta mayor probabilidad de requerir servicios de atención en el hogar.

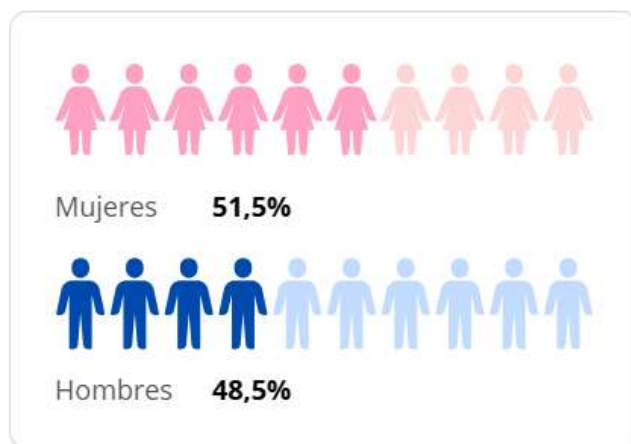
A diciembre de 2025, la población afiliada a UISALUD ascendió a 2.792 usuarios, con predominio de cotizantes y pensionados. Esta población no se distribuye de manera homogénea, sino que muestra una marcada concentración en grupos etarios de mayor edad y en el área metropolitana de Bucaramanga, factores que incrementan la pertinencia de un modelo de atención domiciliaria.

Figura 6.

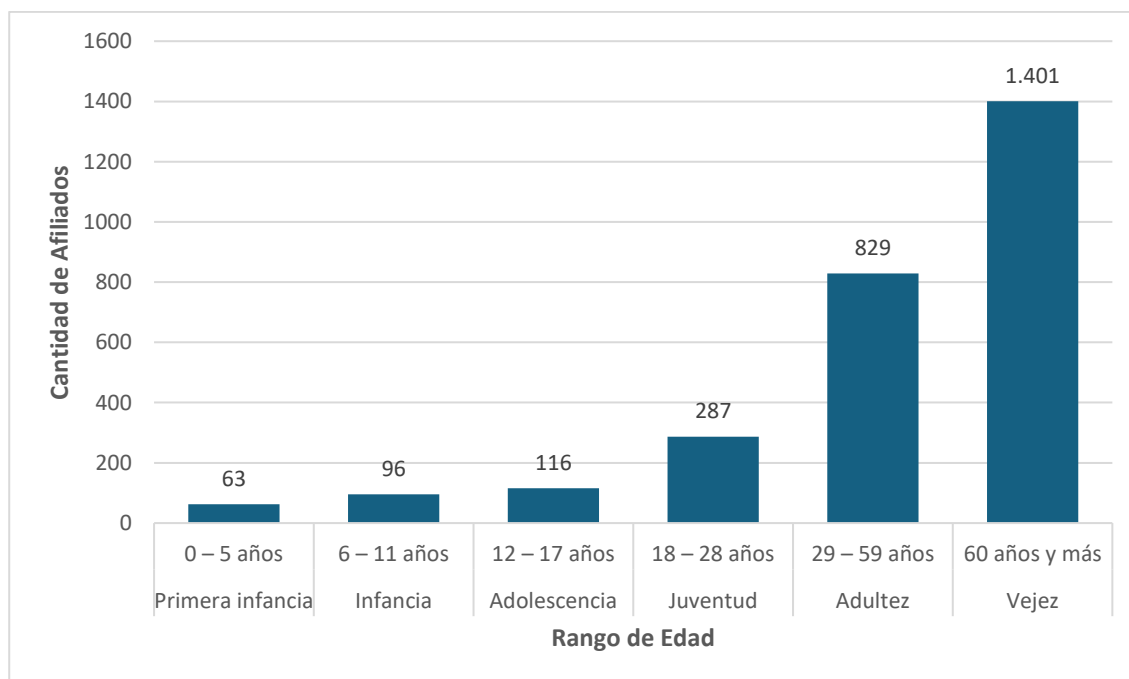
Distribución por tipo de afiliación



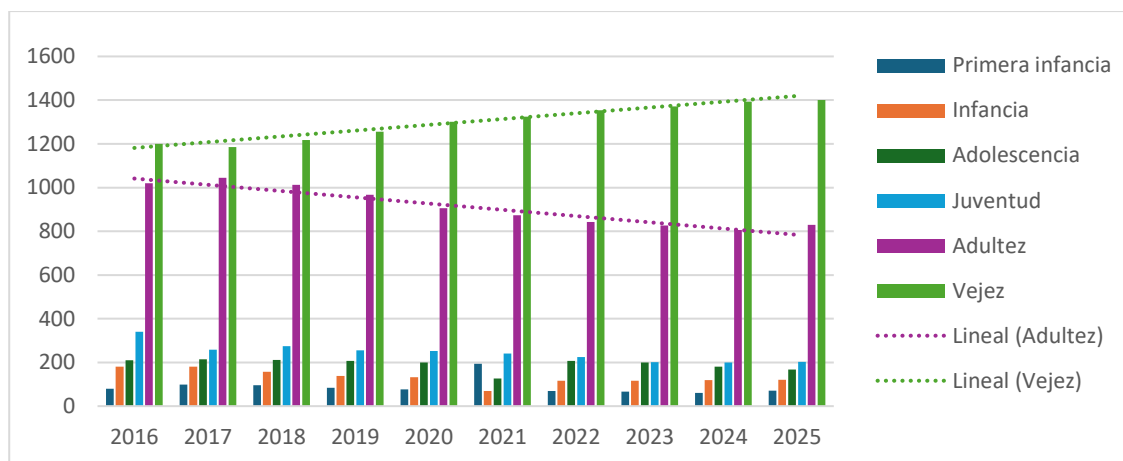
Nota: Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

Figura 7.*Distribución por sexo*

Nota: Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

Figura 8.*Distribución por ciclo vital de la población afiliada a UISALUD, 2025*

Nota: Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

Figura 9.*Evolución poblacional de UISALUD 2016 - 2025*

Nota: Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

En términos sociodemográficos, la población de UISALUD presenta una estructura claramente envejecida, con una distribución similar de género y un número significativo de beneficiarios teniendo en cuenta la población total.

La distribución por ciclo vital indica que el grupo de vejez (60 años y más) representa 1.401 afiliados, equivalentes al 50,18% del total, lo que configura un mercado altamente compatible con servicios de atención domiciliaria, seguimiento de crónicos, rehabilitación y apoyo a personas con dependencia funcional.

Al analizar la evolución poblacional entre 2016 y 2025, se evidencia una tendencia creciente sostenida en el grupo de vejez, acompañado de una disminución progresiva en el grupo de adultez. Lo anterior sugiere una transición demográfica interna, en la que la población afiliada envejece con el tiempo, incrementando la proporción de personas mayores dentro del sistema.

Así mismo, los indicadores de estructura demográfica evidencian que la población de UISALUD es significativamente más envejecida que la de referencia nacional y departamental.

En particular, el índice de vejez de 41,7 en UISALUD supera ampliamente el de Colombia (10) y Santander (11), lo que significa que, por cada 100 personas, 42 son mayores de 60 años, frente a solo 10–11 en los contextos comparativos.

De igual forma, el índice de envejecimiento de 318,9 evidencia que por cada 100 menores de 15 años existen 319 adultos mayores, cifra muy superior a Colombia (47) y Santander (56). Esta situación se refuerza con el índice de dependencia demográfica de 121,1, que implica que por cada 100 personas en edad productiva (15–64 años) dependen 121 personas, principalmente adultos mayores, cuyo índice de dependencia alcanza 92,2, muy por encima del nacional (15,25) y departamental (16,6).

La caracterización epidemiológica también confirma la pertinencia del modelo de negocio. UISALUD reporta que en 2025 las enfermedades no transmisibles concentraron el 74,25% de la morbilidad atendida, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales con 18,04%. Entre las principales causas de atención por subgrupo se ubican las enfermedades cardiovasculares (14,27%), las musculoesqueléticas (11,79%) y las infecciones respiratorias (10,78%). Este perfil es plenamente coherente con la literatura científica sobre atención domiciliaria, que reconoce mayor demanda de estos servicios en poblaciones envejecidas, con cronicidad, deterioro funcional y necesidad de continuidad del cuidado.

Tabla 8.

Perfil epidemiológico relevante del mercado objetivo

Variable epidemiológica	%
Morbilidad por enfermedades no transmisibles	74,25%

Condiciones transmisibles y nutricionales	18,04%
Enfermedades cardiovasculares	14,27%
Enfermedades musculoesqueléticas	11,79%
Infecciones respiratorias	10,78%

Nota. Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

Es importante precisar que los porcentajes presentados en la tabla 8 no son mutuamente excluyentes ni corresponden a una distribución que deba sumar el 100%, dado que una misma persona puede presentar simultáneamente varias condiciones de salud (comorbilidades).

4.3.2.1 Servicio de fisioterapia. Durante el año 2025, el servicio de fisioterapia en planta de UISALUD, presenta las siguientes cifras:

Tabla 9.

Caracterización servicio Fisioterapia UISALUD

Ciclo Vital	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Primera Infancia (<=5años)	5	0,60%	8	0,90%	13	1,50%
Infancia (6 a 11 años)	7	0,80%	8	0,90%	15	1,80%
Adolescencia (12 a 17 años)	15	1,80%	22	2,60%	37	4,30%
Joven (18 a 28 años)	14	1,60%	24	2,80%	38	4,40%
Adulto (29 a 59 años)	241	28,20%	177	20,70%	418	48,90%
Vejez (60 y más años)	175	20,50%	158	18,50%	333	39,00%

Ciclo Vital	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Total general	457	53,50%	397	46,50%	854	100%

Nota: Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

4.3.2.2 Programa Atención Domiciliaria UISALUD. La Unidad Especializada de Salud - UISALUD cuenta con un programa de Atención Domiciliaria orientado a la prestación de servicios de salud en el hogar, con un enfoque biopsicosocial, que promueve el autocuidado del paciente y el acompañamiento del cuidador.

Durante la vigencia 2025, los principales motivos de ingreso al programa correspondieron a movilidad reducida, necesidad de cuidados de enfermería asociados a discapacidad o enfermedad crónica, y continuidad del tratamiento posterior al egreso hospitalario, lo que evidencia la relevancia del programa como estrategia de atención integral y gestión del riesgo.

Equipo de Atención Domiciliaria. La atención se desarrolla mediante un equipo interdisciplinario, conformado por diferentes especialidades contratadas en planta e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Tabla 10.

Distribución de población Programa Atención Domiciliaria UISALUD, 2025

Grupo etario	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
30-34	1	1,30%	1	1,30%	2	2,60%
45-49		0,00%	2	2,60%	2	2,60%
50-54	2	2,60%		0,00%	2	2,60%

Grupo etario	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
60-64	1	1,30%	1	1,30%	2	2,60%
70-74	4	5,30%		0,00%	4	5,30%
75-79	8	10,50%	3	3,90%	11	14,50%
80 Y MÁS	33	43,40%	20	26,30%	53	69,70%
Total general	49	64,50%	27	35,50%	76	100

Nota: Elaboración propia a partir de datos de UISALUD.

El programa de atención domiciliaria de UISALUD atiende un total de 76 usuarios, con predominio del sexo femenino (64,5%) y una alta concentración en población en condición de vejez, especialmente mayores de 80 años. Esto evidencia que la demanda del servicio se centra en adultos mayores con mayores necesidades de cuidado y seguimiento continuo.

4.3.3 Estimación del tamaño del mercado

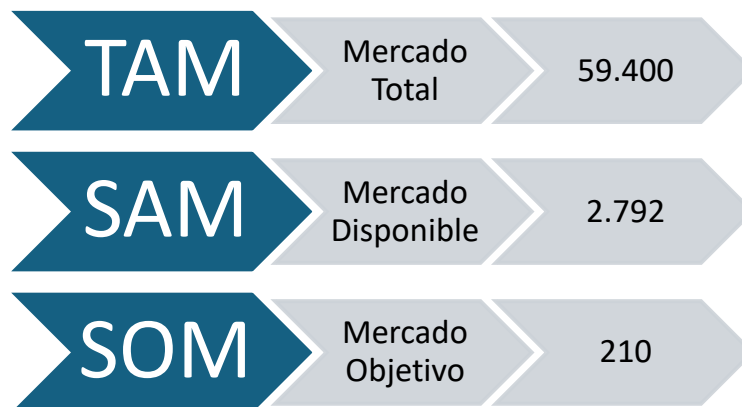
La estimación del tamaño del mercado se realiza mediante el enfoque TAM–SAM–SOM, permitiendo dimensionar de forma progresiva el alcance del servicio. En primer lugar, el mercado total (TAM) corresponde a la población del área metropolitana de Bucaramanga, estimada en aproximadamente 1,1 millones de habitantes, de los cuales cerca del 18% corresponde a población mayor de 60 años, equivalente a 198.000 personas (DANE, 2024). De este grupo, la evidencia indica que alrededor del 30% presenta condiciones crónicas o de dependencia, susceptibles de atención domiciliaria.

En segundo lugar, el mercado disponible (SAM) se delimita a la población afiliada a UISALUD, que para 2025 corresponde a 2.792 usuarios, caracterizados por un perfil envejecido y alta carga de enfermedad crónica.

No obstante, para efectos del modelo de negocio y en coherencia con la estrategia de implementación progresiva, el mercado objetivo inicial (SOM) no se define sobre la totalidad del SAM, sino sobre un segmento priorizado con demanda real y validada. En este sentido, se identifican dos grupos clave: a) los 76 usuarios activos del programa de atención domiciliaria de UISALUD, con predominio de población mayor de 80 años y alta dependencia funcional, y b) la población adulta mayor de 70 años con requerimientos de servicios de fisioterapia y terapia respiratoria, estimada en aproximadamente 134 usuarios a partir del análisis de utilización de servicios en la institución.

Figura 10.

Mercado Objetivo Medicina Domiciliaria



En consecuencia, el mercado objetivo inicial se establece en 210 usuarios, correspondiente a un segmento altamente focalizado, con necesidades claras, demanda recurrente y viabilidad

operativa. Este enfoque permite validar el modelo en un entorno controlado, optimizar recursos y generar bases sólidas para una expansión progresiva hacia el resto del mercado disponible.

5. Evaluación de viabilidad técnica

5.1 Constitución Legal

5.1.1 Fundamento jurídico

La constitución de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en el marco universitario colombiano puede desarrollarse bajo distintas figuras jurídicas, siempre que se encuentren habilitadas por la ley y respondan a criterios de conveniencia institucional, viabilidad económica, pertinencia académica y cumplimiento normativo. Para el presente proyecto, el Acuerdo No. 014 de 2018 del Consejo Superior de la Universidad Industrial de Santander (UIS) constituye un antecedente jurídico relevante, al autorizar la participación institucional en la creación de una entidad sin ánimo de lucro orientada al fortalecimiento de escenarios de práctica, investigación e innovación en salud

Dicho acuerdo reconoce que la formación del talento humano en salud requiere escenarios propios o aliados que permitan el desarrollo de competencias clínicas, investigativas y de extensión, razón por la cual la Universidad puede participar en la creación de estructuras jurídicas externas vinculadas a su misión institucional

5.1.2 Posibles naturalezas jurídicas de una IPS

En Colombia, una IPS puede constituirse bajo diferentes modalidades legales, dependiendo del propósito económico y social del proyecto.

5.1.2.1 Entidades con ánimo de lucro. Corresponden a sociedades comerciales tales como la Sociedad por Acciones Simplificada (S.A.S.), sociedad limitada o anónima. En estas figuras existe distribución de utilidades entre socios o accionistas, siendo apropiadas para modelos de inversión privada, expansión empresarial y alta flexibilidad corporativa.

5.1.2.2 Entidades sin ánimo de lucro (ESAL). También pueden constituirse IPS bajo figuras sin ánimo de lucro, cuando su finalidad principal es social, académica, comunitaria o científica. En estos casos, los excedentes no se reparten entre asociados, sino que se reinvierten en el cumplimiento del objeto social.

5.1.3 Alternativas jurídicas dentro de las ESAL

- Asociación: Entidad conformada por varias personas que se unen voluntariamente para un fin común no lucrativo. Su estructura es abierta y democrática.

- Corporación: Persona jurídica integrada por asociados, con fines sociales o institucionales. Tiene mayor estabilidad organizacional y suele ser apropiada para proyectos de gobernanza mixta.

- Fundación: Se origina en un patrimonio destinado a un fin determinado. Es adecuada cuando existe un capital inicial destinado permanentemente a objetivos sociales.

Con base en el Acuerdo No. 014 de 2018, la Universidad Industrial de Santander determinó en ese momento la constitución de una Corporación de naturaleza mixta, decisión sustentada en la participación conjunta de la Universidad y la Fundación PROINAPSA como miembros fundadores. En dicho contexto, la figura corporativa resultaba jurídicamente adecuada al permitir la vinculación de varias entidades con fines comunes de carácter académico, asistencial, investigativo y social.

No obstante, para el presente proyecto, la definición de la estructura jurídica de la IPS universitaria se plantea a conveniencia institucional, considerando variables estratégicas, financieras, operativas y de gobernanza que se determinen en la etapa de formulación definitiva.

5.1.4 Relación universidad – IPS

La IPS universitaria puede articularse con la universidad mediante tres instrumentos principales:

- Convenio docencia-servicio
- Contrato de prestación de servicios
- Convenios de investigación e innovación

En este sentido, se destaca que el Consejo Superior en el citado Acuerdo autorizó entregar aportes en dinero hasta por \$177.000.000, destinados a integrar el patrimonio inicial de la nueva persona jurídica. Este aspecto reafirma que toda IPS bajo modelo corporativo o fundacional requiere suficiencia patrimonial mínima para demostrar seriedad institucional, capacidad operativa y sostenibilidad inicial.

5.2 Razón Social o nombre de la entidad

Para la creación de la IPS es necesario consultar en la Cámara de Comercio la disponibilidad de la razón social. En la Figura 11 se presenta la consulta realizada con relación al nombre de la empresa.

Figura 11.

Consulta Homonimia Cámara de Comercio de Bucaramanga



The screenshot displays the website of the Cámara de Comercio de Bucaramanga. The header includes the organization's logo and name, along with a link for 'Otros trámites'. A navigation bar contains links for 'Inicio', 'Como Ser Empresario', and 'Consulta de Documentos'. The main section is titled 'Consulta de Homonimia' and includes a note about user registration. Below this, there are two search tabs: 'Buscar Por Nombre' (selected) and 'Buscar Por Palabra Clave'. A search input field contains the text 'Vital Home UIS', and a red 'Buscar' button is positioned to its right. The search results indicate that the name 'VITAL HOME UIS' does not exist and is subject to future review. A final message states that no coincidences were found in the homonymy search.

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA
Creemos en Santander

Otros trámites

Inicio Como Ser Empresario Consulta de Documentos

Consulta de Homonimia
Para el diligenciamiento de los formularios el usuario debe registrarse en el portal. Para ellos se debe solicitar algunos datos necesarios

Buscar Por Nombre Buscar Por Palabra Clave

Razón Social
Vital Home UIS **Buscar**

El Nombre 'VITAL HOME UIS' No Existe. Este Nombre Estará Sujeto A Revisión Posterior Por Parte De La Cámara De Comercio.

La consulta de homonimia no encontró coincidencias.

5.3 Localización

Se proyecta que la IPS Universitaria de atención domiciliaria inicie operaciones en un predio de propiedad de la Universidad Industrial de Santander (UIS), lo cual representa una ventaja estratégica al disminuir costos de instalación, evitar arrendamientos externos y acelerar la puesta en marcha del proyecto. Esta alternativa permitiría concentrar la inversión inicial en talento

humano, tecnología, y fortalecimiento del portafolio domiciliario, además de favorecer la articulación con prácticas académicas, investigación y docencia-servicio.

Dado que la IPS tendría personería jurídica y NIT independiente, el uso del inmueble universitario debería formalizarse mediante un instrumento legal autorizado por la normativa interna y por el Consejo Superior, pudiendo utilizarse figuras como comodato, convenio interinstitucional, concesión de espacio, arrendamiento institucional o aporte en especie al patrimonio inicial. Cualquiera de estas modalidades permitiría el uso regular del predio, definiendo responsabilidades sobre áreas ocupadas, plazo, adecuaciones locativas y condiciones de operación.

Desde la perspectiva operativa y regulatoria, aun cuando el modelo sea 100% domiciliario (modalidad extramural), la IPS sí requiere registrar por lo menos una sede física y habilitar servicios en el REPS, pues la normativa exige que todo prestador cuente como mínimo con una sede e infraestructura física asociada. Esta sede debe cumplir los requisitos específicos del estándar de infraestructura aplicable.

En consecuencia, requeriría una base operativa administrativa-asistencial compuesta por:

- Recepción y atención al usuario.
- Coordinación médica.
- Central de referencia y despacho.
- Archivo e historias clínicas.
- Área administrativa.
- Almacenamiento de medicamentos e insumos.
- Cuarto limpio.
- Zona de alistamiento de equipos.
- Vestier del personal.

- Parqueo y logística de vehículos.
- Espacios de bienestar laboral.

Para una operación inicial estimada de 200 usuarios activos, sería técnicamente suficiente una sede entre 180 y 300 m², teniendo en cuenta el portafolio habilitado, tales como medicina general domiciliaria, enfermería, terapias, telemedicina, entre otros.

Por tratarse de un NIT independiente, la IPS debería asumir los costos derivados de su operación, entre ellos:

- Servicios públicos.
- Conectividad.
- Mantenimiento.
- Vigilancia proporcional.
- Aseo.
- Seguros.
- Adecuaciones internas.

Lo anterior, aun cuando el inmueble sea universitario, garantizando separación contable, transparencia financiera y sostenibilidad del modelo.

5.4 Requisitos normativos

La resolución 3100 de 2019, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, establece los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores de servicios de

salud y la habilitación de los servicios de salud en Colombia; esta resolución adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, el cual detalla los estándares y criterios que deben cumplir los prestadores para garantizar la calidad y seguridad en la atención. Según esta resolución, todo prestador de servicios de salud debe:

- Inscribirse en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS): es obligatorio que los prestadores estén registrados en el REPS, indicando al menos una sede y por lo menos un servicio habilitado.

- Cumplir con las condiciones de habilitación: se deben cumplir tres condiciones principales:

- * Capacidad técnico-administrativa: incluye la existencia de una estructura organizacional adecuada, procesos definidos y personal competente.

- * Suficiencia patrimonial y financiera: demostrar estabilidad financiera y capacidad para operar de manera sostenible.

- * Capacidad tecnológica y científica: contar con la infraestructura tecnológica y los recursos necesarios para prestar servicios de salud de calidad.

- * Realizar autoevaluaciones periódicas: los prestadores deben llevar a cabo autoevaluaciones para verificar el cumplimiento continuo de las condiciones de habilitación y reportarlas en el REPS.

Estas disposiciones aseguran que los servicios de salud, incluyendo la atención domiciliaria, se presten bajo estándares de calidad y seguridad para los pacientes.

Habilitación de servicios domiciliarios. Para habilitar servicios de atención domiciliaria, las IPS deben cumplir con requisitos específicos establecidos en el manual de inscripción de

prestadores y habilitación de servicios de salud, adoptado por la resolución 3100 de 2019; estos requisitos incluyen:

- Talento humano: contar con profesionales de la salud capacitados y registrados, que cumplan con los perfiles requeridos para la atención domiciliaria;
- Infraestructura y equipamiento: disponer de los equipos médicos necesarios y garantizar que el entorno donde se brinda la atención cumpla con las condiciones de seguridad y salubridad;
- Protocolos y procedimientos: implementar protocolos de atención, manejo de emergencias, referencia y contrarreferencia, y seguimiento de pacientes;
- Gestión de la información: asegurar el registro adecuado de la información clínica y administrativa, garantizando la confidencialidad y disponibilidad de los datos;
- El cumplimiento de estos requisitos es verificado por las secretarías de salud departamentales o distritales, que realizan visitas de inspección y seguimiento para garantizar la calidad de los servicios prestados.

5.4.1 Recursos técnicos

A continuación, se define la dotación técnico–operativa mínima para una IPS universitaria de atención domiciliaria con sede en Bucaramanga, alineada con las exigencias de inscripción/habilitación (REPS), capacidad tecnológica y científica, y con los lineamientos vigentes para equipos extramurales en APS. Las listas son operativas (listas de verificación) y pueden ampliarse en función del portafolio autorizado.

Infraestructura mínima de la sede (no asistencial intramural)

- Recepción y atención:

- Área administrativa – Espacio bienestar laboral.
- Centro de coordinación y despacho (call/contact center) con puestos de teleorientación, telefonía, registro en HCE y tableros de programación.
- Área de almacenamiento de insumos y medicamentos con control de temperatura (termohigrómetro), estantería y plan de inventarios; nevera médica si se manejarán biológicos (con termómetro de máximas/mínimas).
- Sala de alistamiento de equipos (limpieza, secado, empaque y almacenamiento); esterilización contratada o tercerizada cuando aplique (trazabilidad de procesos).
- Archivo y gestión documental (HCE y soportes habilitación), estación TI para copias de seguridad, conectividad y seguridad de la información.
- Vestidores y sanitarios para el personal; área de capacitación y reuniones de seguridad del paciente.
- Zona para residuos y almacenamiento temporal, con separación en la fuente conforme a normativa ambiental (código de colores), y procedimientos para residuos biosanitarios y cortopunzantes.

Unidades móviles para atención domiciliaria (no transporte asistencial)

Tipo de vehículo: van o camioneta cerrada adaptada para desplazamiento de equipos y personal (no ambulancia), con: sujeción de cargas, botiquín, extintor, kit de derrames, comunicación (radio/celular), identificación de Misión Médica.

Dotación operativa de la unidad móvil (mínimo):

- Comunicaciones: celular corporativo y/o radioteléfono; protocolos de reporte (incluida vigilancia en salud pública cuando aplique).

- Bioseguridad: EPP (batas, guantes, mascarillas, gafas), gel alcohólico, toallas desinfectantes, contenedor rígido para cortopunzantes.

- Residuos: recipientes/canecas con código de colores para residuos ordinarios (verde/blanco/negro) y manejo diferenciado de residuos sanitarios conforme a la normatividad aplicable.

- Logística: mesa plegable, lámpara portátil/cabecal, termohigrómetro para transporte de insumos sensibles, nevera médica portátil si se movilizan biológicos.

Nota: si se requiriera transporte asistencial de pacientes, éste es un servicio distinto con habilitación y especificaciones propias (ambulancias y unidades móviles para mantenimiento), no cubierto por la dotación anterior.

Tabla 11.

Kits médicos estandarizados para visita domiciliaria

Kit / Uso		Contenido operativo mínimo	Sustento
Kit médico general (consulta, valoración)		Estetoscopio, tensiómetro aneroide/adulto-pediátrico, pulsioxímetro, termómetro digital, martillo neurológico, otoscopio, balanza portátil (si hay población pediátrica), cinta métrica, glucometro con tirillas y lancetas; HCE móvil (tablet) y consentimientos.	Lineamientos de EBS y operación extramural (equipos, comunicaciones y provisión para atenciones individuales).

Kit / Uso	Contenido operativo mínimo	Sustento
Kit de enfermería curaciones	Gasas estériles, apósitos, vendas, esparadrapo, suero salino 0,9% para limpieza, solución antiséptica, set de curación estéril, guantes de examen/esterilizados, tijeras y pinzas, contenedor cortopunzantes, bolsas para residuos según código de colores.	Habilitación exige capacidad tecnológica/científica y gestión segura de residuos (separación en fuente).
Kit de venopunción y medicación	Catéteres periféricos surtidos, torniquetes, gel alcoholado, apósitos transparentes, jeringas/aguja, soluciones parenterales según protocolos, cánulas nasales; oxígeno portátil cuando esté indicado por protocolo clínico.	Modelo de atención domiciliaria con kit de automonitoreo y oxígeno cuando indicado.
Kit de terapia respiratoria (si habilitado)	Nebulizador portátil, espirómetro, incentivador, insumos de aerosolterapia, saturómetro, mascarillas.	Atención extramural y atenciones individuales en domicilio en marco de APS.
Kit de promoción y prevención	Material educativo, instrumentos para tamizajes (p. ej., cinta MUAC, escalas funcionales), papelería para registro y canalización a la red.	Intervenciones y tamizajes domiciliarios de EBS.

Kit / Uso	Contenido operativo mínimo	Sustento
Kit de control y limpieza de equipos	Toallas desinfectantes grado hospitalario, bolsas de bioseguridad, cubiertas para superficies, check-list de limpieza.	Mantenimiento de capacidad tecnológica y seguridad del paciente.

5.4.2 Talento Humano

La operación de una IPS universitaria de atención domiciliaria exige talento humano idóneo, registrado en ReTHUS, con idoneidad demostrable y competencias acordes con los servicios habilitados. La Resolución 3100 de 2019 (Manual de Inscripción y Habilitación) obliga a garantizar capacidad técnico-administrativa (perfiles, procesos y competencias), capacidad tecnológica y científica (protocolos, guías, equipamiento) y suficiencia patrimonial y financiera; además, la Ley 1164 de 2007 regula el ejercicio del talento humano en salud (idoneidad, ética y recertificación). En coherencia con ello, se propone la siguiente estructura funcional y los requisitos mínimos por rol.

Tabla 12.

Estructura de roles y perfiles (base para habilitación)

Rol	Perfil profesional mínimo	Funciones clave en atención domiciliaria	Vinculación recomendada
Dirección científica / Representante	Médico(a) con tarjeta profesional; posgrado en	Gobierno clínico, responsable del cumplimiento del Manual de Habilitación, liderazgo de	Prestación de servicios.

Rol	Perfil profesional	Funciones clave en atención	Vinculación
	mínimo	domiciliaria	recomendada
ante habilitación	administración/gerencia o salud pública; experiencia en dirección de servicios.	seguridad del paciente, farmacovigilancia y eventos adversos, relación con autoridad sanitaria.	
Coordinación Operativa	Profesional con formación en administración, o áreas afines. Experiencia en procesos administrativos, gestión logística, facturación en salud, contratos y soporte operativo de servicios extramurales.	Programación de rutas, Gestionar los procesos operativos y administrativos que soportan la atención domiciliaria, incluyendo el control de insumos y recursos, la organización logística y facturación.	Término fijo.
Enfermera profesional (jefe)	Profesional con ReTHUS; cursos en cuidado domiciliario, curaciones avanzadas	Valoración de enfermería, planes de cuidado, curaciones, administración de medicamentos, educación al	Término fijo

Rol	Perfil profesional	Funciones clave en atención	Vinculación
	mínimo	domiciliaria	recomendada
	y seguridad del paciente.	cuidador, reporte y trazabilidad.	
Auxiliar de enfermería	Certificación y registro; formación en domicilio y bioseguridad.	Apoyo a procedimientos, toma de signos, curaciones básicas, registro en HCE bajo supervisión.	Término fijo /Prestación de servicios.
Auxiliar administrativo de call center y agenda	Técnico en administración en salud, servicio al cliente, auxiliar administrativo o áreas afines. Competencias en comunicación, manejo telefónico, CRM, programación de agendas y trato humanizado al usuario	Atención telefónica y canales digitales; asignación, confirmación y reprogramación de citas domiciliarias, seguimiento a rutas diarias, recepción de PQRS, orientación al usuario y cuidadores, actualización de bases de datos; apoyo en admisiones y autorizaciones; recordatorios de tratamiento y satisfacción del usuario.	Termino fijo
Químico farmacéutico (tiempo parcial)	Profesional con experiencia en gestión de medicamentos.	Validación de prescripción, conciliación y cadena de suministro/almacenamiento.	Tiempo parcial/externo.

Rol	Perfil profesional mínimo	Funciones clave en atención domiciliaria	Vinculación recomendada
Médico/a general	Título y ReTHUS vigentes. Capacitación en BLS/ACLS, teleorientación/teleconsulta.	Valoración clínica, diagnósticos de baja y mediana complejidad, indicación de terapias y seguimiento longitudinal; gestión de Triage IV según protocolo.	Prestación de servicios
Médico/a de familia	Especialista en Medicina Familiar.	Atención centrada en la familia, manejo de crónicos, planes de cuidado integrales y coordinación de casos.	Prestación de servicios
Fisioterapia	Profesional con ReTHUS; entrenamiento en manejo domiciliario y dispositivos.	Nebulización, educación en técnicas respiratorias/rehabilitación, seguimiento.	Prestación de servicios
Psicología / Trabajo social (para P&P y adherencia)	Profesional con enfoque comunitario.	Intervenciones psicosociales, adherencia terapéutica, canalización a redes.	Prestación de servicios
Gestor/a de calidad y	Profesional con formación en calidad.	Auditoría interna de habilitación, medición de	Tercerizado

Rol	Perfil profesional	Funciones clave en atención	Vinculación
	mínimo	domiciliaria	recomendada
seguridad del paciente		indicadores, análisis de riesgo y eventos.	
Coordinación TI / HCE	Profesional de sistemas con experiencia en HCE y protección de datos.	Soporte a HCE, interoperabilidad, respaldo y seguridad de la información.	Tercerizado
Facturación Contabilidad	Técnico o tecnólogo en administración en salud, contabilidad, gestión administrativa o facturación en salud. Manejo de herramientas ofimáticas, normatividad básica de cuentas médicas, RIPS y procesos de cartera.	Elaboración y radicación de facturas; validación de soportes clínicos y administrativos; cargue de RIPS y anexos; seguimiento a glosas y devoluciones; conciliación básica de cuentas; control documental de contratos; apoyo a cartera y recaudo; generación de informes financieros operativos.	Tercerizado

De forma complementaria a la planta operativa principal, la IPS deberá contar con servicios profesionales externos orientados al cumplimiento legal, financiero y administrativo,

especialmente en su fase inicial. En este sentido, será necesario vincular un contador público responsable de los procesos contables, tributarios, estados financieros y reportes regulatorios; un revisor fiscal, cuando la naturaleza jurídica de la entidad o los topes legales vigentes así lo exijan, encargado del control fiscal y vigilancia institucional; y un profesional o empresa especializada en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), responsable de implementar y mantener el sistema de gestión de riesgos laborales conforme a la normatividad aplicable.

Desde la perspectiva financiera, estos perfiles podrán manejarse mediante contratos por prestación de servicios, bolsas de horas o outsourcing especializado, lo cual permite garantizar cumplimiento normativo, soporte técnico permanente y eficiencia en costos, evitando incrementar de manera innecesaria la carga fija de nómina durante la etapa de consolidación del proyecto.

Notas operativas

- Las cantidades por rol se ajustan a la carga de demanda, habilitación exige demostrar competencia, idoneidad y disponibilidad, no un número fijo por perfil.
- Todo el personal asistencial debe estar registrado en ReTHUS, con credenciales vigentes y evaluación periódica de competencias (Ley 1164/2007; Res. 3100/2019).

La organización de la atención por ruta (célula), funcionará como unidades operativas interdisciplinarias, conformadas aproximadamente por tres profesionales de la salud con una agenda programada diaria basada en rutas georreferenciadas para optimizar tiempos de desplazamiento, dependiendo del nivel de complejidad. La coordinación central asignará los casos

mediante un sistema de priorización, asegurando que los pacientes crónicos, agudos de baja complejidad o en seguimiento tengan continuidad del cuidado.

De acuerdo con la estimación promedio de usuarios a quienes se prestará servicios por día, es posible estructurar un modelo operativo de personal eficiente que soportará sin contratiempos la demanda de usuarios según las siguientes características:

Tabla 13.

Dimensionamiento Talento Humano

Rol	Cantidad	Jornada
Dirección científica / Representante legal	1	Tiempo Parcial
Coordinación Operativa	1	Tiempo completo
Enfermera profesional	1	Jornada asistencial
Auxiliar de enfermería	2	Turnos de 8 horas
Auxiliar Administrativo – Call Center- Recepción	1	Tiempo Completo
Químico farmacéutico	1	Tiempo parcial
Médico general domiciliario	1	Agenda flexible
Médico Familiar	1	Agenda flexible
Fisioterapeuta	1	Por demanda
Psicología / Trabajo social	1	Por demanda
Gestor/a de calidad y seguridad del paciente	1	Tercerizado
Coordinación TI / HCE	1	Tercerizado
Facturación – Contabilidad	1	Tercerizado

Rol	Cantidad	Jornada
Auxiliar Administrativo – Call Center- Recepción	1	Tercerizado

5.4.3 Cumplimiento Laboral Sanitario

a) SG-SST y gestión del riesgo

- Matriz de peligros (biológicos, biomecánicos, tránsito, psicosocial), planes de control y vigilancias epidemiológicas)
- Plan de emergencias
- Entrega y reposición de EPP y registros
- Exámenes ocupacionales: ingreso, periódicos y egreso, seguimiento de incidentes/accidentes de trabajo.

b) Gestión de información clínica y datos personales

- Historia clínica electrónica (HCE) con perfiles y trazabilidad; copias de seguridad y plan de continuidad TI.
- Consentimiento informado (atención domiciliaria, teleorientación/telemonitoreo cuando aplique).
- Política de tratamiento de datos (Ley 1581 de 2012): mínimo aviso de privacidad, autorización, ARCO, control de accesos.
- Telemedicina (si aplica): cumplimiento de Res. 2654 de 2019 (actos, roles, interoperabilidad, seguridad).

c) Evaluación del desempeño e indicadores

- Evaluación 360° semestral (competencias técnicas, trato digno, adherencia a protocolos).
- Indicadores operativos: oportunidad de visita, tasa de reingreso a urgencias/24–72 h, eventos adversos/1.000 atenciones, satisfacción del usuario, productividad por célula, cumplimiento RIPS/HCE.
- Auditoría interna (ciclos PDSA) y reentrenamientos según hallazgos.

5.4.3.1 Plan anual de capacitación. Objetivo. Mantener y mejorar competencias del equipo para asegurar calidad, seguridad del paciente y cumplimiento de habilitación. Los Ejes formativos y contenidos mínimos se encuentran descritos en el Apéndice C.

5.4.4 Participaciones docentes – estudiantes

Dese el punto de vista operativo, la participación de docentes y estudiantes no sustituye ni reemplaza el talento humano vinculado, su función es optimizar los tiempos asistenciales, fortalecer la cultura del autocuidado y ampliar la cobertura educativa en los pacientes. Este esquema permite mejorar la eficiencia clínica —al reducir cargas administrativas del personal profesional— y generar valor agregado institucional mediante integración docencia-servicio-investigación, diferenciando a la IPS Universitaria frente a prestadores tradicionales y alineándola con los principios de Atención Primaria en Salud y cuidado centrado en el paciente.

En este sentido, el desempeño de funciones de los estudiantes se realizará de manera escalonada según su nivel de formación y área de desempeño. De manera transversal participarán en la elaboración de historia clínica y valoraciones en fase inicial y de forma específica apoyarán

procedimientos básicos, seguimiento y adherencia terapéutica e intervenciones psicosociales, todo lo anterior bajo la supervisión de docentes y personal profesional, documentando cada intervención realizada.

5.4.5 Plataformas y tecnologías

Este componente define la solución tecnológica integral para operar la IPS universitaria de atención domiciliaria, con enfoque cloud-first, seguridad por diseño, interoperabilidad y soporte a la operación extramural, la estructura tecnología se detalla en el Apéndice D. Todo se alinea con: Resolución 3100/2019 (capacidad tecnológica y científica para habilitación), Resolución 2654/2019 (modalidades y requisitos de telemedicina), Ley 2015/2020 y desarrollos reglamentarios para Historia Clínica Electrónica Interoperable (HCEI), Ley 1581/2012 y Decreto 1377/2013 (protección de datos personales), y Ley 527/1999 (mensajes y firmas digitales).

6. Estrategia de implementación y sostenibilidad

6.1 Modelo operativo

El modelo operativo de la IPS Universitaria se fundamenta en una gestión por procesos que garantiza la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente en el entorno extramural, bajo una adecuada coordinación interdisciplinaria. En tal sentido, en este modelo deben coexistir simultáneamente la prestación de servicios asistencial, la formación académica y la generación de conocimiento aplicado.

6.2 Estructura operativa

Con el propósito de establecer la planificación y claridad organizacional y la eficiencia administrativa, la operación institucional se organiza en cuatro macroprocesos:

Tabla 14.

Macroprocesos IPS Universitaria

Macroproceso	Finalidad
Direccionamiento Estratégico	Planeación, calidad, gobierno y sostenibilidad
Gestión Misional Asistencial	Prestación de servicios domiciliarios
Gestión de Apoyo	Talento humano, compras, TIC, cartera y logística
Gestión Académica e Innovación	Docencia, investigación y mejora continua

Esta estructura se compone de procesos estratégicos, misionales y de apoyo, articulados bajo una lógica funcional que facilita la toma de decisiones, la supervisión clínica, el control de calidad y la sostenibilidad institucional. Su adecuada definición resulta fundamental para garantizar capacidad de respuesta, claridad en roles, continuidad administrativa y alineación con la misión universitaria de docencia, investigación y extensión social.

Figura 12.

Modelo Operativo IPS Universitaria de Medicina Domiciliaria en Bucaramanga



La cadena operativa, por su parte, representa la secuencia ordenada de actividades mediante las cuales la institución transforma sus capacidades internas en valor para el usuario final. Inicia con la captación o solicitud del servicio, continúa con la validación administrativa, programación, asignación de talento humano y ejecución de la atención domiciliaria, y finaliza con el seguimiento clínico, evaluación de satisfacción y cierre del caso. Una cadena operativa eficiente permite optimizar tiempos, reducir reprocesos, mejorar la experiencia del paciente y asegurar una prestación oportuna, segura y humanizada, factores esenciales para la competitividad y permanencia de la IPS en el mercado regional.

6.3 Puesta en marcha

La puesta en marcha traduce el diseño operativo en capacidades funcionales concretas. De acuerdo con la literatura sistémica en gestión de servicios de salud, la operación debe dividirse en tres niveles de decisión: estratégico, táctico y operativo, los cuales guardan correspondencia directa con las fases de puesta en marcha.

- **Nivel estratégico:** diseño del modelo asistencial y configuración de la red.
- **Nivel táctico:** planificación de demanda y dimensionamiento de recursos.
- **Nivel operativo:** programación de visitas, enrutamiento y ejecución diaria del servicio.

El nivel estratégico se desempeñará inicialmente en la etapa de pre-operación, diseño y alistamiento, en la que se define el modelo asistencial, el portafolio de servicios definitivo, la estructura organizacional, la infraestructura tecnológica y el marco de gobernanza clínica.

Los niveles táctico y operativo serán corresponsables de la activación progresiva del modelo, asegurando que la capacidad instalada responda a la demanda proyectada sin comprometer calidad ni sostenibilidad financiera.

Tabla 15.

Proceso operativo jerárquico

Proceso Operativo	Nivel Jerárquico	Actividades
1. Gestión de Captación y Admisión	Táctico	Planeación de la admisión

Proceso Operativo	Nivel Jerárquico	Actividades
2. Valoración Integral y Plan de Manejo	Táctico	Dimensionamiento de recursos
3. Prestación Directa del Servicio	Operativo	Enrutamiento y programación
4. Seguimiento y Escalamiento Clínico	Operativo	Gestión de la continuidad
5. Evaluación, Cierre y Transición	Táctico / Estratégico	Gestión de calidad

6.3.1 Cronograma de ejecución.

La ejecución en cada una de sus fases o etapas se concibe como un proceso dinámico de transición desde la planeación táctica hacia la ejecución operativa, estructurado en un horizonte inicial de tres meses enfocado en un Go-Live piloto estructurado:

Tabla 16.

Fases de ejecución

Fase Estratégica	Semanas	Hitos / Entregables Clave
1. Diagnóstico y Definición Técnica	1 – 3	Definición del modelo clínico-operativo; requerimientos técnicos de HCE y telemedicina; matriz de cumplimiento normativo; definición de indicadores; estructuración de RFP tecnológica.

Fase Estratégica	Semanas	Hitos / Entregables Clave
2. Selección del Aliado Tecnológico y Contratación Núcleo	3 – 6	Evaluación técnica y financiera de proveedores; validación de seguridad de la información; firma de SLA; contratación del equipo operativo base (coordinación clínica y operativa).
3. Parametrización y Diseño Operativo Digital	6 – 9	Configuración de formularios clínicos y plantillas móviles; parametrización de catálogo de servicios; diseño de agenda médica y rutas domiciliarias; definición de reportes gerenciales; interoperabilidad RIPS/FHIR.
4. Integraciones y Logística Operativa	9 – 12	Integración con facturación electrónica y DIAN; conexión con inventarios de insumos y kits médicos; configuración de motor de enrutamiento; simulación de flujo completo paciente–facturación.
5. Pruebas Piloto	12 – 15	Pruebas técnicas y de rendimiento; validación con casos clínicos reales; ajustes de tiempos, rutas y registros; verificación de trazabilidad financiera y clínica.
6. Capacitación y Estabilización Inicial	18	Puesta en marcha formal; capacitación operativa; soporte intensivo (hyper-care); cierre de incidencias críticas; activación de cuadro de mando.

Nota:

De forma complementaria al cronograma técnico, la viabilidad del proyecto depende de una hoja de ruta institucional que debe ocurrir de forma paralela o previa al despliegue operativo:

- Gestión Jurídica: Reconocimiento de la personería jurídica (ESAL) y aprobación por parte del Consejo Superior de la UIS.

- Habilitación: Inscripción exitosa en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

- Sostenibilidad Inicial: Firma de contratos con aliados estratégicos - UISALUD y Bienestar.

- Convenios de prácticas formativas

6.4 Modelo organizacional

Desde la perspectiva de la teoría organizacional, las instituciones prestadoras de servicios de salud requieren estructuras flexibles que permitan coordinar procesos clínicos altamente especializados con sistemas administrativos eficientes (Mintzberg, 1989). En el caso de la medicina domiciliaria, esta complejidad aumenta debido a la dispersión geográfica de la prestación y la necesidad de coordinación logística en tiempo real. Por ello, el diseño organizacional propuesto adopta una estructura híbrida funcional-matricial, que equilibra la estandarización de procesos con la autonomía operativa de los equipos en terreno.

Adicionalmente, el modelo incorpora principios de gobierno clínico, gestión por procesos y responsabilidad social universitaria, en coherencia con los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

6.4.1 Estructura Organizacional

Se propone una estructura organizacional funcional de tres niveles jerárquicos, encabezada por una única Dirección Científica / Representante Legal, responsable del direccionamiento estratégico, gobierno clínico y representación institucional. Esta configuración resulta adecuada en etapa inicial, al permitir liderazgo centralizado, control operativo y sostenibilidad administrativa, apoyada en coordinaciones tácticas y equipos operativos interdisciplinarios.

6.4.1.1 Nivel Estratégico (Direccionamiento)

- Dirección Científica / Representante Legal
- Comité Técnico-Científico
- Gestor de Calidad y Seguridad del Paciente (externo)
- Coordinación TI / HCE (externo)

Este nivel es responsable de la planeación, definición de políticas clínicas, implementación de sistemas de información interoperables y evaluación de desempeño institucional mediante indicadores estratégicos.

El Comité Técnico-Científico, como órgano independiente, evaluará protocolos de investigación traslacional aplicados a la medicina domiciliaria, garantizando rigor metodológico y cumplimiento ético conforme a la normativa nacional en investigación en salud.

6.4.1.2 Nivel Táctico (Coordinación)

- Coordinación Operativa

- Seguridad y Salud en el Trabajo (externo)
- Función Docencia–Servicio (adscrita a Dirección Científica)

Su función principal es el dimensionamiento de recursos, asignación de equipos, gestión de admisiones según complejidad del paciente y monitoreo del cumplimiento normativo, particularmente en relación con la Resolución 3100 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La gestión de SST desempeña un rol crítico, dado que el personal opera en entornos domiciliarios diversos, mitigando riesgos biológicos, ergonómicos y de movilidad urbana.

6.4.1.3 Nivel Operativo (Ejecución)

- Equipo asistencial:
- Médico General Domiciliario
- Médico Familiar
- Enfermera Profesional
- Auxiliares de Enfermería
- Fisioterapeutas
- Psicología / Trabajo Social
- Químico Farmacéutico

Equipo soporte:

- Auxiliar Administrativo – Call Center / Recepción
- Logística y Conducción

Equipo asistencial: Responsable de la prestación directa de los servicios de salud en modalidad domiciliaria, mediante valoración médica, seguimiento clínico, cuidados de enfermería, apoyo terapéutico, intervención psicosocial y gestión farmacéutica, garantizando atención integral, segura y centrada en el paciente y su entorno familiar.

Equipo soporte: Encargado de las actividades administrativas y logísticas que respaldan la operación diaria, incluyendo facturación, atención telefónica, programación de servicios, recepción de usuarios, gestión documental, coordinación de rutas y desplazamiento oportuno del personal asistencial.

Figura 13.

Organigrama IPS Universitaria de Atención domiciliaria



Nota: Generado IA

Las funciones de cada rol y cargo se encuentran descritas en el Apéndice E Funciones Talento Humano.

6.5 Estrategia de Marketing

Dado que la fase inicial del proyecto contempla como cliente principal a UISALUD, la estrategia de marketing se orientará prioritariamente hacia acciones institucionales de posicionamiento, información y fortalecimiento de confianza, más que a campañas comerciales de alta inversión. En este sentido, se implementará una estrategia *light marketing*, enfocada en comunicar de manera clara el portafolio disponible, los canales de acceso, la cobertura geográfica, los beneficios de la atención domiciliaria y los mecanismos de asignación de citas, buscando facilitar la adopción del servicio por parte de los usuarios afiliados.

Entre las acciones iniciales se proyecta el diseño de una página web institucional sencilla, funcional y ajustada a lineamientos de protección de datos personales (Ley 1581 de 2012), con información del portafolio, contacto, PQRS, educación en salud y rutas de atención. Asimismo, se utilizarán canales internos de comunicación como correo institucional, boletines, redes universitarias, jornadas informativas y material educativo orientado a promoción y prevención, autocuidado y uso adecuado de los servicios domiciliarios. Estas acciones contribuyen al cumplimiento de principios de información al usuario, humanización y participación social establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

En una segunda fase, una vez consolidada la operación inicial y ampliado el portafolio hacia nuevos clientes o convenios externos, podrá desarrollarse una estrategia de mercadeo más robusta, incorporando campañas digitales segmentadas, posicionamiento de marca, alianzas estratégicas, relacionamiento con aseguradores y expansión comercial en el área metropolitana de Bucaramanga.

6.6 Evaluación de Impacto

La evaluación de impacto de la IPS universitaria de atención domiciliaria se desarrollará mediante un sistema básico de seguimiento gerencial y de calidad, alineado con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las condiciones de habilitación definidas en la Resolución 3100 de 2019 y normas complementarias. Su propósito será medir el desempeño del modelo, identificar oportunidades de mejora y demostrar valor clínico, operativo y social.

Los indicadores iniciales se estructurarán en tres dimensiones principales: calidad asistencial, eficiencia operativa y satisfacción del usuario. En calidad se medirán variables como oportunidad en la atención, adherencia a guías clínicas, eventos adversos, reingresos evitables y cumplimiento de planes de cuidado. En eficiencia se analizarán tiempos de respuesta, productividad por equipo domiciliario, utilización de agenda, costo promedio por atención y resolutivez sin remisión institucional. En satisfacción se aplicarán encuestas periódicas a usuarios y familias, evaluando trato humanizado, percepción de seguridad, cumplimiento de horarios y experiencia global del servicio.

Adicionalmente, por la naturaleza universitaria del proyecto, podrán incorporarse indicadores complementarios de impacto académico y social, tales como número de estudiantes en práctica supervisada, proyectos de investigación aplicada y cobertura en población priorizada. Los resultados deberán revisarse periódicamente por la dirección y el comité de calidad, generando planes de mejoramiento continuo bajo enfoque PHVA (Planear-Hacer-Verificar-Actuar).

Tabla 17.*Indicadores básicos gestión de calidad*

Dimensión	Indicador	Meta inicial
Calidad	Oportunidad de primera atención domiciliaria	≤ 48 horas
Calidad	Eventos adversos reportados por 1.000 atenciones	Tendencia decreciente
Eficiencia	Cumplimiento de agenda programada	$\geq 90\%$
Eficiencia	Resolución en domicilio sin remisión	$\geq 80\%$
Satisfacción	Satisfacción global del usuario	$\geq 90\%$
Satisfacción	PQRS resueltas dentro del plazo legal	$\geq 95\%$

Este esquema permitirá demostrar la pertinencia del modelo, soportar decisiones gerenciales y facilitar futuros procesos de acreditación o expansión institucional.

7. Evaluación de viabilidad financiera propuesta

El presente capítulo desarrolla la evaluación financiera integral del proyecto de creación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) universitaria de atención domiciliaria en la ciudad de Bucaramanga, estructurada sobre la base del mercado institucional priorizado de UISALUD. Este análisis busca determinar la factibilidad económica del modelo propuesto, mediante la estimación de la inversión inicial, la estructura de costos y gastos operativos, la proyección de ingresos, el flujo de caja y los principales indicadores de rentabilidad.

El análisis parte de tres elementos de anclaje que sustentan la viabilidad del proyecto. En primer lugar, el programa de atención domiciliaria de UISALUD atendió 76 usuarios durante la vigencia 2025, lo que evidencia la existencia de una demanda real y activa. En segundo lugar, el servicio de fisioterapia institucional registró 134 usuarios priorizados mayores de 70 años, reflejando una población con alta necesidad de seguimiento domiciliario. Finalmente, el valor ejecutado en contratación de servicios domiciliarios alcanzó los \$1.531.021.513, lo cual confirma la existencia de un mercado pagador consolidado y verificable.

En este contexto, la evaluación financiera se formula en términos de proyecto, es decir, antes de considerar estructuras específicas de financiación, con el objetivo de identificar la rentabilidad económica intrínseca del modelo de negocio. Para ello, se adoptan metodologías clásicas de evaluación financiera que permiten analizar la generación de valor en el tiempo, tales como el Valor Presente Neto (VPN), la Tasa Interna de Retorno (TIR) y el periodo de recuperación de la inversión (Payback) (Damodaran, 2012; Ross et al., 2018)

Objetivos Financieros

Los objetivos financieros del proyecto para sus primeros cinco años son los siguientes:

Determinar la obtención de recursos financieros para su funcionamiento a través de inyección de capital o apalancamiento financiero para su operación.

Garantizar la sostenibilidad financiera para los primeros cinco años según la viabilidad.

Generar indicadores financieros que permitan medir la viabilidad del proyecto y a su vez obtener en su evaluación una tasa de retorno positiva.

Obtener la sostenibilidad financiera para el proyecto en el corto, mediano y largo plazo.

7.1 Criterios y supuestos del modelo financiero

El modelo financiero del proyecto se construye a partir de un conjunto de supuestos técnicos, operativos y económicos que permiten estructurar las proyecciones de ingresos y costos bajo un enfoque conservador y coherente con la realidad del sector salud en Colombia.

En primer lugar, se define un horizonte de evaluación de cinco (5) años, periodo suficiente para observar la maduración del modelo operativo, la estabilización de la demanda y la consolidación financiera del proyecto. La tasa de descuento utilizada corresponde al 12% anual, valor que refleja el costo de oportunidad del capital en el sector salud colombiano, considerando el nivel de riesgo asociado a proyectos de prestación de servicios (Brealey et al., 2020).

Desde la perspectiva comercial, se establece que el proyecto iniciará operaciones con UISALUD como cliente ancla, capturando progresivamente una participación del 39,2% del gasto actualmente tercerizado en servicios domiciliarios. Este enfoque permite reducir la incertidumbre en la generación de ingresos durante la fase inicial, al contar con una base de demanda institucional previamente validada.

En cuanto al crecimiento, se proyecta una expansión gradual de los ingresos, con incrementos del 8% en el segundo año, del 10% en el tercer y cuarto año, y nuevamente del 8% en el quinto año. Este comportamiento responde tanto a ajustes tarifarios asociados a la inflación sectorial como a una mayor penetración del mercado institucional.

Por el lado de los costos, se considera una inflación anual entre el 4,5% y el 5,5%, dependiendo del tipo de gasto, lo cual se alinea con las tendencias macroeconómicas del país y con el comportamiento histórico del sector salud. Asimismo, se aplica una carga tributaria prudencial del 20% sobre el resultado operativo positivo, con el fin de aproximar el impacto fiscal del proyecto.

Finalmente, el modelo operativo adopta una estructura híbrida de talento humano, combinando un núcleo fijo de personal clínico y administrativo con un componente variable vinculado a la demanda efectiva. Este enfoque permite alinear los costos con el nivel real de actividad, reduciendo el riesgo financiero en la fase de arranque (OECD, 2023; Porter & Teisberg, 2006).

Tabla 18.

Variables modelo viabilidad económica IPS Medicina Domiciliaria

Variable	Supuesto aplicado
Horizonte de evaluación	5 años
Mercado inicial priorizado	UISALUD como cliente ancla
Base de mercado observada	\$ 1.531.021.513 ejecutados en 2025 por prestadores domiciliarios
Participación esperada del proyecto en año 1	39,2% del mercado tercerizado priorizado
Ingresos proyectados año 1	\$ 600.281.140
Crecimiento anual de ingresos	8% en año 2; 10% en años 3 y 4; 8% en año 5
Inflación y ajuste de costos	Entre 4,5% y 5,5% anual según rubro
Tasa de descuento	12% anual
Depreciación promedio anual	\$ 25.763.000
Enfoque tributario del modelo	Se aplica una carga prudencial del 20% sobre el EBIT positivo

Nota: Ministerio de Salud y Protección Social (2016, 2018), OPS (2022), Banco de la República (2024), Brealey et al. (2020), Damodaran (2012) y UISALUD (2025)

7.2 Inversión inicial requerida

La inversión inicial del proyecto se diseña bajo un modelo de atención domiciliaria extramural, lo cual implica una baja intensidad en infraestructura física en comparación con modelos hospitalarios tradicionales. En este sentido, la inversión se concentra en la dotación administrativa, equipos biomédicos portátiles, tecnología, adecuaciones operativas y capital de trabajo necesario para cubrir el ciclo de operación inicial.

Como parte del ajuste estratégico del modelo financiero, se reemplaza la adquisición de activos de movilidad propios por un esquema de arrendamiento operativo (renting), lo cual permite reducir la inversión inicial y mejorar la flexibilidad operativa del proyecto. Esta decisión es consistente con las mejores prácticas en estructuración financiera, donde se prioriza la inversión en activos estratégicos y se externalizan aquellos que no generan ventaja competitiva directa (Brealey et al., 2020).

En consecuencia, la inversión inicial total del proyecto asciende a \$ 171.610.000, valor que incluye los siguientes aspectos descritos en el Apéndice F Inversión inicial:

- Mobiliario administrativo y clínico
- Equipos biomédicos portátiles
- Tecnología y sistemas de información
- Adecuaciones y habilitación
- Capital de trabajo

Desde la perspectiva financiera, este nivel de inversión es coherente con un modelo domiciliario en fase de arranque, caracterizado por una menor carga de activos fijos y una mayor dependencia del talento humano y la gestión operativa.

Adicionalmente, la inclusión de capital de trabajo dentro de la inversión inicial constituye un elemento crítico para garantizar la liquidez del proyecto, considerando los tiempos de pago característicos del sistema de salud colombiano, donde los ciclos de cartera pueden generar desfases financieros significativos (Superintendencia Nacional de Salud, 2023).

Tabla 19.

Consolidado de inversión inicial

Rubro	Valor
Mobiliario administrativo y de apoyo clínico	\$ 21.020.000
Equipos biomédicos y kits clínicos	\$ 17.990.000
Tecnología y comunicaciones	\$ 38.800.000
Adecuaciones, habilitación y alistamiento	\$ 33.800.000
Capital de trabajo	\$ 60.000.000
Total Inversión Inicial	\$ 171.610.000

La estructura de inversión evidencia una alta concentración en capital de trabajo, lo cual es coherente con modelos de atención domiciliaria donde la operación depende principalmente del talento humano y la prestación de servicios.

Este enfoque reduce la rigidez financiera del proyecto y permite una mayor capacidad de adaptación en la fase de arranque.

7.3 Costos y gastos operativos

7.3.1 Criterio de estructuración de los costos operativos

La estructura de costos operativos del proyecto se define bajo un enfoque de eficiencia y flexibilidad, diferenciando entre costos fijos y costos variables según su comportamiento frente al nivel de actividad. Esta clasificación es fundamental en la evaluación financiera, ya que permite analizar la capacidad del proyecto para sostener su operación básica y, al mismo tiempo, ajustar parte de sus costos al volumen real de servicios prestados.

En proyectos de atención domiciliaria, esta lógica resulta especialmente pertinente debido a que la prestación del servicio no depende de una ocupación hospitalaria o de una infraestructura intensiva, sino de la capacidad de coordinar talento humano, movilizar recursos clínicos y responder a una demanda programada. Por ello, el modelo financiero adopta una estructura liviana de arranque, con un núcleo fijo mínimo y un componente asistencial predominantemente variable, de manera que la carga financiera estructural no comprometa la sostenibilidad de la IPS en sus primeras etapas.

En este sentido, los costos fijos incluyen el personal base indispensable para la operación, los gastos administrativos y los servicios tercerizados requeridos para el soporte funcional de la institución. Por su parte, los costos variables comprenden el talento humano asistencial vinculado por demanda y los insumos clínicos directamente asociados a la prestación de servicios. Esta configuración es consistente con modelos contemporáneos de atención domiciliaria, en los cuales la flexibilidad operativa y la adaptación a la demanda constituyen factores clave de sostenibilidad (Porter & Teisberg, 2006; OECD, 2023).

7.3.2 Costos fijos del proyecto

7.3.2.1 Talento humano fijo. El talento humano fijo corresponde al núcleo mínimo operativo requerido para la puesta en marcha de la IPS. La lógica de diseño de esta estructura no responde a un organigrama institucional amplio, sino a un modelo de arranque controlado, en el cual solo se mantienen como costos permanentes aquellos cargos que cumplen una función crítica en la continuidad clínica, la coordinación operativa, la trazabilidad administrativa y el cumplimiento normativo.

En esta etapa inicial, el proyecto no adopta una estructura sobredimensionada. Por el contrario, se concentra en un equipo base reducido, suficiente para garantizar la operación, mientras que buena parte del componente asistencial se gestiona bajo demanda. Este enfoque reduce la rigidez financiera del modelo y mejora su capacidad de adaptación. En términos metodológicos, esta decisión es coherente con principios de gestión eficiente de servicios en salud, donde la sostenibilidad inicial depende en gran medida del control de la carga fija y de la asignación estratégica del recurso humano (Brealey, Myers & Allen, 2020; Porter & Teisberg, 2006).

Para el presente modelo, el costo fijo anual de nómina se ajustó al valor objetivo de \$178.320.000, costo anual presentado corresponde al costo integral para el proyecto, incluyendo salario base y, cuando aplica, cargas prestacionales y costos asociados al vínculo laboral.

Tabla 20.*Personal base fijo proyectado*

Rol	Cantidad	Modalidad	Dedicación	Costo mensual	Costo anual
Dirección científica	1	Servicios	0,25	\$2.100.000	\$25.200.000
Coordinador operativo	1	Término fijo	Tiempo completo	\$3.800.000	\$45.600.000
Enfermera profesional	1	Término fijo	Tiempo completo	\$3.200.000	\$38.400.000
Auxiliar enfermería	1	Término fijo	Tiempo completo	\$2.060.000	\$24.720.000
Auxiliar administrativo	1	Término fijo	Tiempo completo	\$2.700.000	\$32.400.000
Químico farmacéutico	1	Servicios	0,25	\$1.000.000	\$12.000.000
TOTAL				\$14.860.000	\$178.320.000

La composición anterior muestra una estructura deliberadamente contenida. La dirección científica se conserva bajo dedicación parcial, atendiendo a su función de supervisión clínica y cumplimiento normativo, sin convertirla en una carga completa de nómina.

El coordinador operativo-administrativo concentra funciones que, en un modelo más pesado, estarían dispersas en varios cargos.

La enfermera profesional líder se mantiene como eje asistencial y de coordinación clínica, mientras que el auxiliar de enfermería y el auxiliar administrativo garantizan soporte operativo y flujo documental.

7.3.2.2 Gastos administrativos y de apoyo. Los gastos administrativos corresponden a los costos necesarios para el funcionamiento general de la IPS, distintos de la nómina y de la prestación directa del servicio. En modelos de atención domiciliaria, estos rubros tienden a ser inferiores a los de una institución intramural, precisamente porque la operación clínica ocurre en el domicilio del paciente y no en una infraestructura asistencial compleja. No obstante, siguen siendo indispensables para asegurar condiciones mínimas de funcionamiento, coordinación y soporte.

En este proyecto, el arrendamiento se plantea bajo un esquema de uso parcial del espacio, coherente con la lógica extramural de la IPS. No se requiere una sede clínica de gran tamaño, sino un punto administrativo y logístico que permita coordinar agendas, custodiar insumos básicos, gestionar documentación y operar el soporte institucional del modelo. Los demás rubros administrativos se estiman de forma conservadora, buscando equilibrio entre suficiencia operativa y control del gasto.

Tabla 21.*Gastos administrativos y de apoyo*

Concepto	Costo mensual	Costo anual
Arrendamiento	\$3.500.000	\$42.000.000
Servicios públicos	\$700.000	\$8.400.000
Combustible y movilidad	\$1.200.000	\$14.400.000
Seguros	\$450.000	\$5.400.000
Mantenimiento	\$450.000	\$5.400.000
Residuos biosanitarios	\$300.000	\$3.600.000
Papelería	\$298.207	\$3.578.479
Capacitación	\$250.000	\$3.000.000
TOTAL	7.148.207	\$85.778.479

El peso principal de este bloque recae en el arrendamiento, lo cual es razonable dado que la IPS requiere una base operativa mínima. Los servicios públicos y la conectividad se mantienen en un rango bajo por tratarse de una sede de soporte, no de atención masiva. Seguros, mantenimiento y otros gastos administrativos se incluyen como costos recurrentes prudentiales, necesarios para evitar una subestimación del gasto fijo.

7.3.2.3 Servicios tercerizados. La tercerización se adopta como una decisión estratégica de eficiencia. En lugar de incorporar a nómina cargos no misionales o de baja intensidad de uso, el proyecto contrata externamente aquellos servicios que son indispensables para la operación,

pero que no justifican una estructura laboral propia en la fase inicial. Esto aplica particularmente para calidad, soporte tecnológico, contabilidad y movilidad.

Esta lógica es consistente con prácticas contemporáneas de gestión organizacional, especialmente en modelos livianos de arranque, donde tercerizar permite reducir costos fijos, controlar la complejidad operativa y mantener foco en la prestación del servicio principal (OECD, 2023).

Tabla 22.

Servicios tercerizados

Servicio	Modalidad	Costo mensual	Costo anual
Gestión de calidad y seguridad del paciente	Outsourcing	\$1.000.000	\$12.000.000
Soporte TI / HCE	Outsourcing	\$800.000	\$9.600.000
Contabilidad y apoyo contable	Outsourcing	\$600.000	\$7.200.000
Renta de vehículo de apoyo	Contrato de renting	\$2.200.000	\$26.400.000
Total servicios tercerizados		\$4.600.000	\$55.200.000

La renta de vehículo reemplaza la compra de un activo propio, reduciendo CAPEX y trasladando el componente de movilidad a OPEX, lo que mejora la flexibilidad del modelo. La tercerización de calidad, TI y contabilidad evita sobredimensionar la nómina y mantiene el foco institucional en la operación asistencial. Desde la perspectiva financiera, esta decisión es superior a incorporar cargos permanentes desde la fase de arranque.

7.3.2.4 Consolidado de costos fijos

Tabla 23.

Consolidado costos fijos

Concepto	Valor anual
Personal fijo	\$178.320.000
Gastos administrativos y de apoyo	\$85.778.479
Servicios tercerizados	\$55.200.000
Total costos fijos	\$319.298.479

El total de costos fijos asciende a \$319.298.479 anuales. Este valor define la base estructural mínima que el proyecto debe sostener independientemente del nivel de actividad.

Aunque representa un compromiso financiero importante, se encuentra contenido frente a estructuras más amplias y es coherente con un modelo de arranque prudente.

7.3.3 Costos Variables

7.3.3.1 Talento humano asistencial variable. El talento humano asistencial variable constituye el corazón operativo del modelo de atención domiciliaria. A diferencia de los cargos fijos, estos recursos se activan en función de la demanda efectiva y del volumen de servicios prestados. Este enfoque permite alinear el costo directamente con la generación de ingresos, reduciendo el riesgo de mantener capacidad ociosa en la fase inicial.

En términos financieros, este es uno de los elementos más importantes del modelo, porque evita cargar a la estructura fija perfiles clínicos que solo deben activarse cuando existe producción

real. Para efectos de la proyección, el costo mensual se presenta como promedio equivalente de demanda, es decir, como el valor mensual esperado de contratación de cada perfil según el volumen de servicios previsto en el primer año.

Tabla 24.

Talento humano asistencial variable

Rol	Tipo de servicio	Valor	Volumen	Costo	Costo anual
		unitario	mensual	mensual	
Médico general	Consulta domiciliaria	\$85.000	57	\$4.845.000	\$58.140.000
Médico familiar	Consulta especializada	\$120.000	5	\$600.000	\$7.200.000
Auxiliar enfermería	Turno / procedimiento	\$90.000	35	\$3.150.000	\$37.800.000
Fisioterapia	Sesión	\$18.000	150	\$2.700.000	\$32.400.000
Psicología	Consulta	\$59.000	20	\$1.180.000	\$14.160.000
TOTAL				\$12.475.000	\$149.700.000

El mayor peso del componente variable recae en el médico general y en el apoyo auxiliar, lo cual es consistente con un portafolio centrado en atención domiciliaria básica, seguimiento clínico y procedimientos de apoyo. La fisioterapia conserva un peso relevante por su recurrencia, mientras que psicología/trabajo social se mantiene en una escala menor pero necesaria para el modelo integral.

Este esquema permite que el proyecto no pague estructura clínica sobrante cuando la demanda aún no está consolidada. Esa es precisamente la diferencia entre un modelo financieramente disciplinado y uno que se asfixia con costos desde el inicio.

Tabla 25.

Insumos clínicos recurrentes directos

Insumo	Cantidad	Valor unitario	Valor total
	mensual		
Guantes procedimiento caja x 100	12	\$ 38.000	\$ 456.000
Tapabocas quirúrgicos caja	8	\$ 22.000	\$ 176.000
Batas desechables	40	\$ 5.500	\$ 220.000
Jeringas surtidas y agujas	1	\$ 620.000	\$ 620.000
Yelcos y equipos de venopunción	1	\$ 480.000	\$ 480.000
Gasas, apósitos y micropore	1	\$ 650.000	\$ 650.000
Solución salina y antisépticos	1	\$ 420.000	\$ 420.000
Tiras reactivas, lancetas y reactivos de glucometría	1	\$ 310.000	\$ 310.000
Contenedores de cortopunzantes y bolsas biosanitarias	1	\$ 210.000	\$ 210.000
Papelería clínica y consentimientos impresos	1	\$ 180.000	\$ 180.000
TOTAL MENSUAL DE INSUMOS DIRECTOS			\$ 3.722.000
TOTAL ANUAL DE INSUMOS DIRECTOS			\$ 44.664.000

El valor estimado de insumos se mantiene en un rango coherente con una operación de baja y mediana complejidad, sin hospitalización en casa ni procedimientos de alta exigencia tecnológica. Su adecuada inclusión en el modelo evita subestimar el costo real de la prestación y contribuye a un análisis financiero más honesto.

7.3.3.2 Consolidado de costos variables.

Tabla 26.

Consolidados costos variables

Concepto	Valor anual
Talento humano asistencial variable	\$149.700.000
Insumos clínicos directos	\$44.664.000
Total costos variables	\$194.364.000

El total de costos variables asciende a \$194.364.000 anuales. Este componente es estratégico porque otorga flexibilidad al modelo: mientras más ajustada sea la programación de servicios y más eficiente la gestión operativa, mayor será la capacidad del proyecto para sostener márgenes positivos aun en escenarios de demanda moderada.

7.3.4 Consolidado de costos operativos del proyecto

La integración de costos fijos y variables permite visualizar la estructura operativa total del proyecto y evaluar su peso frente al nivel de ingresos esperado. Esta consolidación es esencial para el análisis posterior del estado de resultados, el flujo de caja y los indicadores de viabilidad.

Tabla 27.

Consolidado general de costos operativos

Concepto	Valor anual
Costos fijos	\$319.298.479
Costos variables	\$194.364.000
Total costos operativos (sin depreciación)	\$513.684.000
Depreciación anual ajustada	\$25.763.000
Total costos y gastos operativos + depreciación	\$539.447.000

La estructura consolidada muestra que el proyecto opera con un costo anual total de \$513.662.479 antes de depreciación y de \$539.447.000 incluyendo el desgaste anual del CAPEX. Esta cifra refleja un modelo de arranque controlado y consistente con una estrategia de entrada prudente.

7.4 Ingresos del proyecto

La estimación de los ingresos del proyecto se realiza a partir de un enfoque basado en la producción de servicios, en el cual los ingresos se determinan como el resultado de la interacción entre el valor unitario de cada servicio prestado y el volumen de atenciones proyectado.

Los volúmenes de atención definidos para cada servicio representan el nivel mínimo de producción requerido para garantizar la sostenibilidad financiera del modelo en su fase de arranque. Este criterio se fundamenta en el análisis costo-volumen-utilidad, el cual establece que una organización debe alcanzar un nivel mínimo de actividad que le permita cubrir sus costos y generar resultados positivos (Brealey, Myers & Allen, 2020).

En este contexto, el número de consultas, sesiones y atenciones mensuales se define como un umbral operativo necesario para asegurar la viabilidad del proyecto, particularmente en un modelo donde una proporción significativa del talento humano asistencial opera bajo esquemas de contratación por demanda. La rentabilidad, por tanto, depende directamente del nivel de utilización de estos recursos.

Adicionalmente, el nivel de ingresos proyectado responde a un estándar de productividad operativa coherente con modelos de atención en salud, en los cuales la optimización del uso del talento humano y la adecuada programación de servicios permiten mejorar los resultados sin incrementar la estructura de costos (Porter & Teisberg, 2006).

Finalmente, en el contexto de la atención domiciliaria, los ingresos se caracterizan por la recurrencia de intervenciones por paciente, lo cual implica que la generación de valor no se limita a eventos individuales, sino a la continuidad del cuidado y la frecuencia de atención (World Health Organization, 2020). En conjunto, este enfoque garantiza que la proyección de ingresos se base en condiciones operativas alcanzables, alineadas con la estructura de costos y orientadas a la sostenibilidad del modelo, así las tarifas se construyeron con base en el comparativo de prestadores contratados por UISALUD y en el posicionamiento esperado del proyecto. En terapias y turnos de enfermería se tomaron como referencia directa los rangos contractuales observados; en medicina

general, triage y curaciones se aplicó una valoración conservadora coherente con el mercado de la ciudad y con el carácter institucional del cliente ancla.

7.4.1 Ingresos por prestación de servicios

Tabla 28.

Ingresos por servicios

Servicio	Cantidad anual	Cantidad mensual	Tarifa promedio (\$)	Ingreso mensual (\$)	Ingreso anual (\$)
Consulta médica general domiciliaria	540	45	\$120.000	\$5.400.000	\$64.800.000
Consulta de medicina familiar domiciliaria	132	11	\$170.000	\$1.870.000	\$22.440.000
Valoración domiciliaria por enfermería	600	50	\$95.000	\$4.750.000	\$57.000.000
Educación individual por enfermería	270	23	\$73.780	\$1.697.940	\$19.920.600
Atención domiciliaria por fisioterapia	1.600	133	\$33.700	\$4.482.100	\$53.920.000
Atención domiciliaria por terapia respiratoria	800	67	\$33.700	\$2.257.900	\$26.960.000
Valoración domiciliaria por psicología	200	17	\$103.545	\$1.760.265	\$20.709.000
Valoración domiciliaria por nutrición	132	11	\$99.000	\$1.089.000	\$13.068.000

Servicio	Cantidad anual	Cantidad mensual	Tarifa promedio (\$)	Ingreso mensual (\$)	Ingreso anual (\$)
Turno enfermería 12 horas diurno ordinario	520	43	\$168.688	\$7.251.584	\$87.717.760
Turno enfermería 12 horas nocturno ordinario	260	22	\$185.755	\$4.086.610	\$48.296.300
Turno enfermería 12 horas diurno festivo	130	11	\$300.829	\$3.309.119	\$39.107.770
Turno enfermería 12 horas nocturno festivo	130	11	\$361.167	\$3.972.837	\$46.951.710
Triage IV domiciliario	200	17	\$150.000	\$2.550.000	\$30.000.000
Curaciones y administración de medicamentos	330	28	\$55.000	\$1.540.000	\$18.150.000
Seguimiento telefónico / teleorientación	540	45	\$20.000	\$900.000	\$10.800.000
Atención domiciliaria por terapia ocupacional	800	67	\$33.700	\$2.257.900	\$26.960.000
Atención domiciliaria por fonoaudiología	400	33	\$33.700	\$1.112.100	\$13.480.000
TOTAL INGRESOS PROYECTADO	7.584	634	\$2.037.564	\$50.287.355	\$600.281.140

Nota: Tarifas portafolio de servicios, Manual Tarifario SOAT 2024 – Ministerio de Salud y
Protección Social

La proyección de ingresos del proyecto estima un total aproximado de \$600.281.140 para el primer año de operación, resultado de la prestación del portafolio de servicios definido bajo un esquema de atención domiciliaria integral.

Este nivel de ingresos representa una participación cercana al 39,2% del valor efectivamente pagado por UISALUD a prestadores domiciliarios priorizados durante el año 2025, lo cual evidencia la viabilidad del modelo dentro de una estrategia institucional de sustitución parcial y progresiva del gasto actualmente tercerizado.

El incremento frente a estimaciones iniciales no responde a cambios estructurales en el portafolio de servicios ni a variaciones en las tarifas, sino a una mejora en la productividad operativa del modelo, derivada de una optimización en la programación de servicios, una mayor utilización de la capacidad instalada y la reducción de tiempos improductivos.

En este sentido, la proyección de ingresos se mantiene dentro de un rango realista y alcanzable, coherente con la capacidad operativa del talento humano definido y alineado con las dinámicas de contratación en el contexto de la atención domiciliaria. Asimismo, el modelo permite evidenciar una oportunidad concreta de captación de valor dentro del mercado institucional, contribuyendo a la eficiencia en la gestión del gasto en salud.

7.5 Estrategia de ampliación del portafolio mediante paquetes integrales de servicios

7.5.1 Fundamentación estratégica

A partir del tercer año de operación, el proyecto contempla la ampliación del portafolio de servicios mediante la estructuración de paquetes integrales de atención domiciliaria, orientados a

mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, fortalecer la continuidad del cuidado y aumentar la generación de ingresos del modelo.

Esta estrategia se fundamenta en los lineamientos del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual promueve la gestión integral del riesgo en salud y la implementación de modelos de atención centrados en el paciente, priorizando intervenciones resolutivas en el ámbito domiciliario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

De igual manera, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) destacan la atención domiciliaria como una estrategia clave para la optimización de recursos, la reducción de hospitalizaciones innecesarias y el fortalecimiento del manejo de enfermedades crónicas y procesos de rehabilitación (OPS, 2022).

En este contexto, la estructuración de paquetes de servicios permite integrar diferentes intervenciones del portafolio en soluciones clínicas completas, alineadas con las necesidades del paciente y las dinámicas de contratación del sistema de salud colombiano, donde los esquemas capitados o por paquete representan una tendencia creciente.

7.5.2 Paquetes integrales

Tabla 29.

Paquete integral de manejo de pacientes crónicos

Componente	Descripción	Frecuencia	Valor unitario	Valor
		mensual	estimado (\$)	mensual (\$)
Consulta médica domiciliaria	Seguimiento clínico	1	\$120.000	\$120.000
Valoración de enfermería	Control y monitoreo	1	\$95.000	\$95.000
Educación en salud	Adherencia terapéutica	1	\$73.780	\$73.780
Seguimiento telefónico	Monitoreo remoto	2	\$20.000	\$40.000
Terapia domiciliaria	Apoyo según patología	2	\$33.700	\$67.400
TOTAL PAQUETE MENSUAL				\$396.180

Tabla 30*Paquete de hospitalización domiciliaria básica*

Componente	Descripción	Frecuencia	Valor	Valor
		mensual	unitario (\$)	mensual (\$)
Consulta médica domiciliaria	Seguimiento clínico	3	\$120.000	\$360.000
Turnos enfermería (12h)	Atención continua	20	\$168.688	\$3.373.760
Terapia respiratoria	Soporte clínico	4	\$33.700	\$134.800
Administración medicamentos	Procedimientos	8	\$55.000	\$440.000
Monitoreo clínico	Seguimiento integral	Incluido	—	—
TOTAL PAQUETE MENSUAL				4.308.560

Componente	Descripción	Frecuencia	Valor	Valor
		mensual	unitario (\$)	mensual (\$)
Fisioterapia domiciliaria	Recuperación funcional	16	\$33.700	\$539.200
Terapia ocupacional	Rehabilitación	8	\$33.700	\$269.600

Componente	Descripción	Frecuencia	Valor	Valor
		mensual	unitario (\$)	mensual (\$)
Fonoaudiología	Apoyo funcional	4	\$33.700	\$134.800
Psicología	Apoyo emocional	1	\$103.545	\$103.545
Consulta médica	Seguimiento	1	\$120.000	\$120.000
TOTAL PAQUETE				\$1.167.145
MENSUAL				

La incorporación de paquetes integrales de servicios a partir del tercer año representa una estrategia clave para el fortalecimiento de la sostenibilidad financiera del proyecto, al permitir la transición desde un modelo basado en servicios individuales hacia esquemas de atención estructurados y de mayor valor agregado.

Desde una perspectiva financiera, la implementación de paquetes genera un incremento en el ingreso promedio por usuario, al integrar múltiples servicios bajo una única unidad de contratación. Este enfoque permite capturar economías de escala operativas, dado que varios de los servicios incluidos en los paquetes comparten recursos logísticos, talento humano y tiempos de desplazamiento, lo cual reduce el costo marginal por atención.

En el caso del paquete de manejo de pacientes crónicos, se evidencia una optimización en la utilización del talento humano, particularmente en enfermería y seguimiento telefónico, lo que permite mantener costos controlados mientras se incrementa el valor facturado por paciente. Este tipo de programas ha demostrado ser efectivo en la reducción de hospitalizaciones evitables y en la mejora de la adherencia terapéutica, generando beneficios tanto clínicos como financieros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por su parte, el paquete de hospitalización domiciliaria básica constituye la principal oportunidad de generación de ingresos dentro del modelo, al sustituir estancias hospitalarias tradicionales por atención en el domicilio, con costos significativamente menores para el sistema de salud. Estudios de la Organización Panamericana de la Salud señalan que la atención domiciliaria puede reducir los costos de hospitalización entre un 20% y un 40%, manteniendo niveles adecuados de calidad y seguridad (OPS, 2022).

El paquete de rehabilitación domiciliaria, a su vez, permite ampliar la cobertura de servicios hacia poblaciones en proceso de recuperación funcional, incrementando la demanda de terapias y fortaleciendo la continuidad del cuidado. Este tipo de intervenciones se encuentra alineado con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que promueven la rehabilitación temprana y el manejo integral del paciente en su entorno (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En conjunto, la implementación de estos paquetes no solo incrementa los ingresos del proyecto, sino que también mejora la eficiencia operativa, al permitir una mejor planificación de agendas, reducción de tiempos improductivos y optimización del uso de recursos. Esto se traduce en una mejora progresiva de los márgenes operativos a partir del tercer año, sin requerir incrementos proporcionales en los costos fijos.

Adicionalmente, desde el punto de vista comercial, los paquetes facilitan la negociación con el pagador institucional, al ofrecer soluciones integrales que responden a necesidades específicas de gestión del riesgo en salud, lo cual es consistente con las tendencias actuales del sistema, donde se priorizan esquemas de contratación por resultados y atención integral (Brealey, Myers & Allen, 2020).

En este sentido, la estrategia de paquetización del portafolio se configura como un elemento determinante para la consolidación del proyecto en el mediano plazo, permitiendo no solo mejorar la rentabilidad, sino también fortalecer su posicionamiento en el mercado de atención domiciliaria.

7.5.3 Evaluación financiera de paquetes

Para el primer año de implementación de los paquetes (año 3 del proyecto), se establece una proyección de demanda basada en la capacidad operativa instalada y en la adopción progresiva de servicios integrales en el contexto del sistema de salud colombiano.

La estimación de la cantidad de paquetes vendidos se fundamenta en un escenario conservador, que considera la incorporación gradual de estos servicios por parte del pagador institucional, en línea con las recomendaciones del Ministerio de Salud y la evidencia sobre implementación progresiva de modelos de atención domiciliaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; OPS, 2022).

Tabla 31.

Cantidad de paquetes vendidos

Paquete	Cantidad mensual (pacientes)	Cantidad anual (paquetes)
Manejo de crónicos	15	180
Hospitalización domiciliaria	5	60
Rehabilitación domiciliaria	8	96
TOTAL		336 paquetes/año

Tabla 32.*Ingresos anuales por paquetes*

Tipo de Paquete	Cantidad	Valor Unitario	Ingreso Total Anual
	Anual		
Manejo de Crónicos	180	\$396.180	\$71.312.400
Hospitalización Domiciliaria	60	\$4.308.560	\$258.513.600
Rehabilitación Domiciliaria	96	\$1.167.145	\$112.045.920
TOTAL	INGRESOS 336	--	\$441.871.920
PAQUETES			

7.5.4 Proyección de ingresos Incrementales por paquetes

A continuación, se detalla la generación de ingresos exclusiva de la nueva línea de paquetes integrales. Se aplica una tasa de incremento anual del 8%, calculada con base en el promedio histórico del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y los ajustes anuales de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud, 2024).

De acuerdo con la Resolución 2364 de 2023 del Ministerio de Salud, el incremento de la UPC para el régimen contributivo y subsidiado se ha mantenido en rangos superiores a la inflación básica para compensar el costo de la canasta de servicios de salud, validando el uso de una tasa proyectada del 8% para el mantenimiento del valor real de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

7.5.5 Consolidado de Generación de Ingresos: Modelo Híbrido

Al integrar la operación base (servicios por evento) con la nueva línea incremental (paquetes), la estructura de ingresos brutos de la institución se proyecta de la siguiente manera:

Tabla 34.

Proyección de Ingresos Totales Consolidada

Fuente de Ingreso	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingresos Base (Evento)	\$600.281.140	681.367.116	\$787.728.523	\$910.692.945	\$1.033.709.348
Ingresos Paquetes (Nuevo)	n/a	n/a	\$441.871.920	\$510.848.126	\$579.853.491
TOTAL INGRESOS	\$600.281.140	\$681.367.116	\$1.229.600.443	\$1.421.541.072	\$1.613.562.840
BRUTOS					

7.6 Estados financieros proyectados del proyecto**Tabla 35.***Estado de resultados proyectado (2026 - 2030)*

ESTADO DE RESULTADOS					
	2026	2027	2028	2029	2030
VENTAS	\$ 600.281.140	\$ 681.367.116	\$ 787.728.523	\$ 910.692.946	\$ 1.033.709.349
COSTO VENTAS	\$ 319.298.479	\$ 358.980.894	\$ 411.069.021	\$ 470.715.136	\$ 529.215.613
UTILIDAD BRUTA	\$ 280.982.661	\$ 322.386.223	\$ 376.659.502	\$ 439.977.809	\$ 504.493.735
GASTOS ADTIVOS Y VTAS	\$ 149.700.000	\$ 157.334.700	\$ 165.358.770	\$ 173.792.067	\$ 182.655.462
GASTOS FIJOS DEL PERIODO	\$ 44.664.000	\$ 46.941.864	\$ 49.335.899	\$ 51.852.030	\$ 54.496.483
OTROS GASTOS	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
DEPRECIACIÓN	\$ 25.763.000	\$ 25.763.000	\$ 25.763.000	\$ 25.763.000	\$ 25.763.000
UTILIDAD OPERATIVA	\$ 60.855.661	\$ 92.346.659	\$ 136.201.833	\$ 188.570.713	\$ 241.578.790
OTROS INGRESOS	\$ 0	\$ 0	\$ 441.871.920	\$ 510.848.127	\$ 579.853.492
GASTOS FINACIEROS	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
UTILIDAD ANTES DE IMPTOS	\$ 60.855.661	\$ 92.346.659	\$ 578.073.753	\$ 699.418.839	\$ 821.432.281
IMPUESTOS	\$ 12.171.132	\$ 18.469.332	\$ 115.614.751	\$ 139.883.768	\$ 164.286.456
UTILIDAD NETA	\$ 48.684.529	\$ 73.877.327	\$ 462.459.003	\$ 559.535.071	\$ 657.145.825

El estado de resultados proyectado evidencia un crecimiento sostenido en los ingresos del proyecto, pasando de \$600.281.140 en 2026 a \$1.033.709.349 en 2030, lo que refleja la consolidación progresiva del modelo de negocio. Sin embargo, más allá del crecimiento en ventas, el elemento clave del análisis radica en la capacidad del proyecto para transformar dicho crecimiento en rentabilidad.

En este sentido, la relación entre el costo de ventas y los ingresos se mantiene relativamente estable, permitiendo que la utilidad bruta evolucione de manera proporcional. Este comportamiento indica que el modelo no presenta presiones significativas en costos variables, lo cual es consistente con lo planteado por Damodaran (2012), quien señala que la estabilidad en los márgenes es un indicador de control operativo y sostenibilidad financiera.

Por otra parte, los gastos administrativos y fijos, que en conjunto pasan de \$194.364.000 en 2026 a \$237.151.945,8 en 2030, crecen a un ritmo inferior al de los ingresos, generando un efecto de apalancamiento operativo. Como resultado, la utilidad operativa aumenta de \$60.855.661,3 a \$241.578.789,6, lo que evidencia una mejora significativa en la eficiencia del modelo. Este comportamiento se alinea con lo expuesto por Ross et al. (2019), quienes destacan que el apalancamiento operativo permite incrementar la rentabilidad a medida que el negocio escala.

Un cambio estructural relevante ocurre a partir de 2028, cuando la utilidad antes de impuestos pasa de \$92.346.658,7 en 2027 a \$578.073.753,2 en 2028, impulsada por la incorporación de otros ingresos por \$441.871.920. Este incremento no responde únicamente a crecimiento en volumen, sino a una transformación del modelo de ingresos, asociada a la implementación de paquetes integrales de servicios, lo cual incrementa el ingreso promedio por

usuario. Este tipo de estrategia es consistente con modelos de salud basados en valor, donde la integración de servicios mejora tanto la eficiencia como la rentabilidad (Kaplan & Porter, 2011).

Finalmente, la utilidad neta presenta un crecimiento significativo, pasando de \$48.684.529 en 2026 a \$657.145.825 en 2030, lo que confirma la capacidad del proyecto para generar valor de manera sostenida. De acuerdo con Brealey et al. (2020), este comportamiento es característico de proyectos financieramente viables, en los cuales el crecimiento se traduce en acumulación efectiva de utilidades.

En conjunto, el estado de resultados no solo evidencia crecimiento, sino una mejora estructural en la rentabilidad, lo que respalda la viabilidad económica del proyecto.

7.7 Balance general proyectado del proyecto**Tabla 36.***Balance genera proyectado (2026 - 2030)*

	AÑO 0	2026	2027	2028	2029	2030
ACTIVO						
CAJA/BANCOS	\$ 0	\$86.618.661	\$143.872.659	\$655.362.753	\$802.470.839	\$950.247.281
FIJO NO DEPRECIABLE	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
FIJO DEPRECIABLE	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000
DEPRECIACIÓN	\$ 0	\$ 25.763.000	\$ 51.526.000	\$ 77.289.000	\$103.052.000	\$128.815.000
ACUMULADA						
ACTIVO FIJO NETO	\$171.610.000	\$145.847.000	\$120.084.000	\$ 94.321.000	\$ 68.558.000	\$ 42.795.000
TOTAL ACTIVO	\$171.610.000	\$232.465.661	\$263.956.659	\$749.683.753	\$871.028.839	\$993.042.281
PASIVO						
Impuestos X Pagar	\$ 0	\$ 12.171.132	\$ 18.469.332	\$115.614.751	\$139.883.768	\$164.286.456
TOTAL PASIVO CORRIENTE	\$ 0	\$ 12.171.132	\$ 18.469.332	\$115.614.751	\$139.883.768	\$164.286.456

	AÑO 0	2026	2027	2028	2029	2030
Obligaciones Financieras	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PASIVO	\$ 0	\$ 12.171.132	\$ 18.469.332	\$ 115.614.751	\$ 139.883.768	\$ 164.286.456
PATRIMONIO						
Capital Social	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000
Utilidades del Ejercicio	\$ 0	\$ 48.684.529	\$ 73.877.327	\$ 462.459.003	\$ 559.535.071	\$ 657.145.825
TOTAL PATRIMONIO	\$171.610.000	\$ 220.294.529	\$ 245.487.327	\$ 634.069.003	\$ 731.145.071	\$ 828.755.825
TOTAL PAS + PAT	\$171.610.000	\$ 232.465.661	\$ 263.956.659	\$ 749.683.753	\$ 871.028.839	\$ 993.042.281

El balance general proyectado evidencia una evolución financiera sólida, en la cual el crecimiento de los activos está sustentado principalmente en la generación interna de recursos y no en el uso de endeudamiento.

El total de activos presenta una expansión significativa, pasando de \$171.610.000 en el año 0 a \$232.465.661 en 2026 y alcanzando \$993.042.281 en 2030. Este crecimiento está impulsado fundamentalmente por el incremento del efectivo disponible, el cual evoluciona de \$86.618.661 en 2026 a \$143.872.658,73 en 2027, con un salto importante a \$655.362.753,17 en 2028 y llegando a \$950.247.281,24 en el último año. Este comportamiento no es lineal, sino que refleja un punto de inflexión operativo a partir de 2028, donde la generación de caja se acelera significativamente, lo cual es consistente con la incorporación de nuevas líneas de ingreso y mejoras en la eficiencia del modelo.

En contraste, el activo fijo se mantiene constante en \$171.610.000 durante todo el periodo, mientras que su valor neto disminuye progresivamente de \$171.610.000 a \$42.795.000 como consecuencia de la depreciación acumulada, la cual alcanza \$128.815.000 en 2030. Este comportamiento refleja adecuadamente la pérdida de valor contable de los activos sin requerir reinversiones significativas, lo que sugiere que la operación no es intensiva en reposición de capital. Según Ross et al. (2019), esta transición es característica de proyectos que han superado su fase de inversión inicial y entran en una etapa de madurez operativa.

Desde la perspectiva del pasivo, el proyecto presenta una estructura altamente conservadora, sin obligaciones financieras en ningún periodo. Los únicos pasivos corresponden a impuestos por pagar, los cuales pasan de \$12.171.132,26 en 2026 a \$164.286.456,25 en 2030. Este crecimiento es coherente con el aumento de la utilidad del ejercicio y no representa una carga estructural de financiamiento. En términos financieros, la ausencia de deuda elimina el riesgo de

apalancamiento, lo cual, de acuerdo con Damodaran (2012), reduce la volatilidad del retorno y fortalece la estabilidad del proyecto.

El patrimonio muestra un crecimiento sostenido, pasando de \$171.610.000 en el año inicial a \$828.755.824,99 en 2030, impulsado exclusivamente por la acumulación de utilidades, las cuales alcanzan \$657.145.825 en el último año. Este comportamiento indica que el proyecto es capaz de financiar su crecimiento a partir de su propia rentabilidad, configurando un modelo autosostenible. Según Brealey et al. (2020), este tipo de dinámica es indicativa de creación de valor, ya que el crecimiento del patrimonio proviene de la generación interna de resultados y no de aportes adicionales de capital.

En conjunto, el balance general no solo evidencia crecimiento, sino una mejora estructural en la posición financiera del proyecto, caracterizada por alta liquidez, ausencia de endeudamiento y acumulación progresiva de patrimonio, lo cual respalda de manera consistente su viabilidad en el mediano y largo plazo.

7.8 Flujo de Caja Libre Consolidado y Evaluación Financiera

Una vez estructurados los ingresos, presentamos el Flujo de Caja Libre. Es importante destacar que, al ser un proyecto financiado al 100% por la Universidad, el Flujo de Caja del Proyecto es idéntico al Flujo de Caja del Accionista.

Flujo de Caja Libre

FLUJO DE CAJA DEL PROYECTO						
CAPITAL INVERTIDO						
	AÑO 0	2026	2027	2028	2029	2030
Activos Corrientes	\$ 0	\$86.618.661	\$143.872.659	\$655.362.753	\$802.470.839	\$950.247.281
Pasivos Corrientes	\$ 0	\$12.171.132	\$ 18.469.332	\$115.614.751	\$139.883.768	\$164.286.456
KTNO	\$ 0	\$74.447.529	\$125.403.327	\$539.748.003	\$662.587.071	\$785.960.825
Activo Fijo Neto	\$171.610.000	\$145.847.000	\$120.084.000	\$ 94.321.000	\$ 68.558.000	\$ 42.795.000
Depreciación Acumulada	\$ 0	\$ 25.763.000	\$ 51.526.000	\$ 77.289.000	\$103.052.000	\$128.815.000
Activo Fijo Bruto	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000	\$171.610.000
Total Capital Ope. Neto	\$171.610.000	\$ 20.294.529	\$245.487.327	\$634.069.003	\$731.145.071	\$828.755.825
CALCULO DEL FLUJO DE CAJA LIBRE						

FLUJO DE CAJA DEL PROYECTO					
EBIT	\$ 60.855.661	\$ 92.346.659	\$578.073.753	\$699.418.839	\$821.432.281
Impuestos	\$ 12.171.132	\$ 18.469.332	\$115.614.751	\$139.883.768	\$164.286.456
NOPLAT	\$ 48.684.529	\$ 73.877.327	\$462.459.003	\$559.535.071	\$657.145.825
Inversión Neta	-\$48.684.529	-\$25.192.798	-\$388.581.676	-\$97.076.069	-\$97.610.754
Flujo de Caja Libre del periodo	\$ 0	\$ 48.684.529	\$ 73.877.327	\$462.459.003	\$559.535.071

El flujo de caja libre del proyecto constituye el indicador más robusto para evaluar la viabilidad financiera, ya que refleja la capacidad real de generación de efectivo después de cubrir las necesidades operativas y de inversión.

En una primera fase (2026 - 2027), el proyecto genera flujos positivos moderados, pasando de \$48.684.529 a \$73.877.327. Lo relevante en este punto no es el valor absoluto, sino la correspondencia directa entre la utilidad neta y el flujo de caja libre, lo que indica una alta calidad de las utilidades. Es decir, el resultado contable se traduce efectivamente en la caja, sin discrepancias significativas por capital de trabajo o inversiones, lo cual es un indicador positivo de eficiencia operativa.

A partir de 2028, se presenta un cambio estructural en la dinámica financiera del proyecto. El flujo de caja libre aumenta de \$73.877.327 a \$462.459.003, lo que representa un crecimiento superior al 500%. Este salto está explicado por el incremento del EBIT hasta \$578.073.753 y del NOPLAT hasta \$462.459.003, lo cual indica que la generación de valor operativo supera ampliamente las necesidades de reinversión.

Sin embargo, este crecimiento no está exento de exigencias operativas. El capital de trabajo neto operativo (KTNO) presenta un incremento significativo, pasando de \$125.403.327 en 2027 a \$539.748.003 en 2028, lo que implica una absorción importante de recursos para sostener la expansión del proyecto. Desde una perspectiva financiera, este comportamiento es consistente con modelos en crecimiento, donde el aumento en la actividad exige mayores recursos operativos.

Lo relevante es que, a pesar de este incremento en el KTNO, el flujo de caja libre no se ve comprometido, ya que la generación de NOPLAT compensa ampliamente las necesidades de

inversión. Este equilibrio entre crecimiento y liquidez es un indicador de eficiencia en la gestión del capital de trabajo.

Adicionalmente, la inversión neta presenta valores negativos significativos, como - \$388.581.676 en 2028, lo cual refleja la reinversión necesaria para sostener el crecimiento. No obstante, el hecho de que el flujo de caja libre permanezca positivo indica que el proyecto no depende de financiamiento externo para expandirse, lo cual refuerza su carácter autosostenible. En términos de tendencia, el flujo de caja libre mantiene una trayectoria creciente hasta alcanzar \$559.535.071 en 2029, lo que evidencia que el proyecto no solo crece, sino que mejora su capacidad de generación de efectivo en el tiempo.

Desde el punto de vista teórico, este comportamiento es consistente con lo planteado por Brealey et al. (2020), quienes establecen que la creación de valor en un proyecto se materializa cuando los flujos de caja libres son positivos y crecientes, superando las necesidades de inversión. Asimismo, Damodaran (2012) señala que la sostenibilidad financiera depende de la capacidad de generar retornos superiores a las necesidades de capital, condición que se cumple en el presente modelo.

En conjunto, el flujo de caja libre evidencia un proyecto con alta calidad de utilidades, capacidad de autofinanciación y un equilibrio adecuado entre crecimiento y liquidez, lo cual confirma su viabilidad financiera y su potencial de generación de valor en el largo plazo.

7.9 Indicadores de Rentabilidad Financiera

Figura 14.

Evaluación Financiera Y Punto De Equilibrio

TASA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO		12.00%				
FLUJO DE CASH DE PROYECTO	INVERSIÓN AÑO 0	2026	2027	2028	2029	2030
	-\$171,610,000.00	\$0.00	\$48,684,529.02	\$73,877,326.99	\$462,459,002.53	\$559,535,071.41
	-171610000	0.00000000653304124	38813008.47	52504422.11	293901056.4	317481226.1
VALOR PRESENTE NETO DEL PROYECTO =	\$ 531,181,713.44					
TASA INTERNA DE RETORNO =	57.46%					
			PERIODO DE RECUPERACIÓN:		1.22 AÑOS	

La evaluación financiera del proyecto evidencia en la Figura 14, resultados altamente favorables, confirmando su viabilidad desde una perspectiva de generación de valor.

El Valor Presente Neto (VPN) alcanza \$531.181.713,44, lo cual indica que el proyecto no solo recupera la inversión inicial de \$171.610.000, sino que además genera un excedente significativo en términos de valor presente. Según Brealey et al. (2020), un VPN positivo implica que el proyecto incrementa la riqueza del inversionista, constituyéndose en un criterio fundamental de aceptación.

La Tasa Interna de Retorno (TIR) se sitúa en 57,46%, valor considerablemente superior a la tasa de descuento del 12%, lo que evidencia una alta rentabilidad del proyecto. De acuerdo con Damodaran (2012), cuando la TIR supera ampliamente el costo de capital, el proyecto genera retornos por encima de lo exigido, lo cual refuerza su atractivo financiero.

El periodo de recuperación de la inversión es de 1,22 años, lo que indica que el capital invertido se recupera en un tiempo corto. Este resultado refleja una rápida generación de flujos de caja y una baja exposición al riesgo de recuperación, aspecto especialmente relevante en proyectos del sector salud.

En conjunto, estos indicadores evidencian un proyecto con alta rentabilidad, rápida recuperación de la inversión y capacidad de generación de valor, lo que respalda de manera consistente su viabilidad financiera.

Por otro lado, el análisis del punto de equilibrio permite identificar el nivel mínimo de operación requerido para cubrir los costos totales del proyecto, constituyéndose en un indicador clave de riesgo operativo.

El proyecto alcanza su punto de equilibrio en 2.960,05 unidades de servicios, lo que equivale a un nivel de ingresos aproximado de \$415.232.181,82. Este resultado es particularmente relevante si se compara con los ingresos proyectados para el primer año (\$600.281.140), lo cual indica que el proyecto opera por encima del punto de equilibrio desde el inicio.

Desde una perspectiva financiera, esto implica que el margen de seguridad es amplio, reduciendo significativamente el riesgo de pérdidas operativas. Según Ross et al. (2019), un punto de equilibrio inferior al nivel esperado de ventas indica una estructura de costos adecuada y una alta probabilidad de generación de utilidades.

El margen de contribución promedio ponderado de \$65.662,40 refleja la capacidad del portafolio de servicios para absorber los costos fijos y generar utilidad. Este indicador es clave, ya que demuestra que cada unidad adicional vendida contribuye positivamente a la rentabilidad del proyecto.

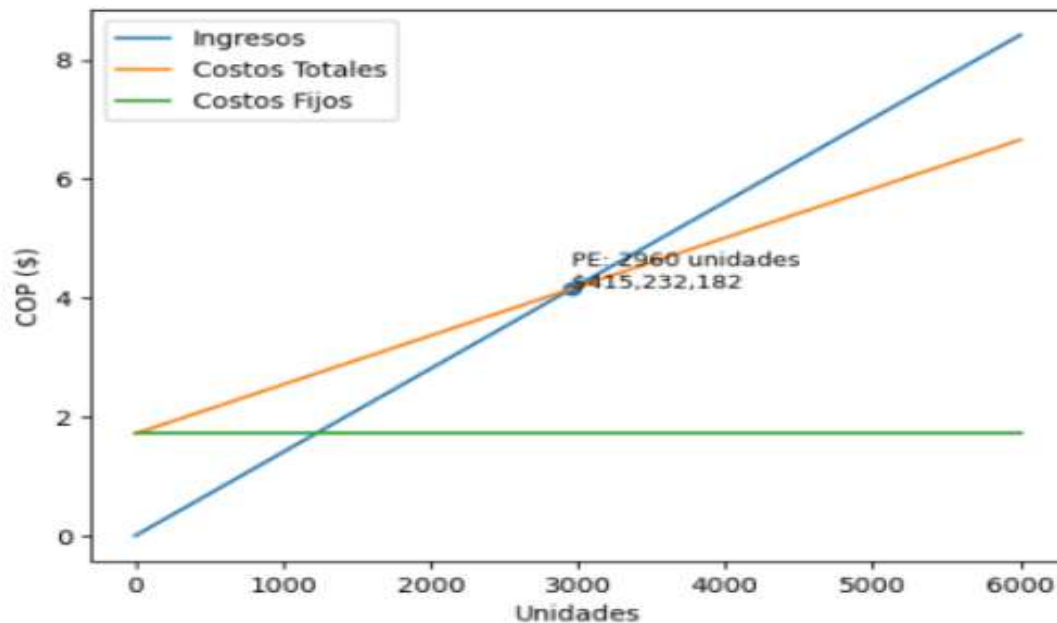
Adicionalmente, la distribución del punto de equilibrio por servicios evidencia que el modelo no depende de un único tipo de atención, sino que se encuentra diversificado, lo cual reduce el riesgo operativo y mejora la estabilidad del flujo de ingresos.

En conjunto, el análisis del punto de equilibrio como se evidencia en la gráfica 1. muestra que el proyecto requiere un nivel de operación alcanzable, presenta un margen de seguridad

adecuado y cuenta con una estructura de costos que favorece la generación de utilidades, lo que refuerza su viabilidad financiera.

Figura 15.

Punto De Equilibrio



Finalmente, los indicadores de evaluación financiera y el análisis del punto de equilibrio evidencian que el proyecto no solo es rentable, sino también financieramente sólido. El VPN positivo y la TIR superior al costo de capital confirman la generación de valor, mientras que el corto periodo de recuperación reduce el riesgo de inversión. Adicionalmente, un punto de equilibrio inferior al nivel proyectado de ventas demuestra que el proyecto puede operar con un amplio margen de seguridad, lo que refuerza su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

7.10 Indicadores financieros y criterios de decisión

Tabla 38.*Variables financieras del proyecto (2026–2030)*

Items	2026	2027	2028	2029	2030
Activo					
Corriente	\$86.618.661	\$143.872.658	\$655.362.753	\$802.470.839	\$950.247.281
Activo Total	\$232.465.661	\$263.956.658	\$749.683.753	\$871.028.839	\$993.042.281
Pasivo					
Corriente	\$ 12.171.132	\$ 18.469.331	\$115.614.750	\$139.883.767	\$164.286.456
Pasivo Total	\$ 12.171.132	\$ 18.469.331	\$115.614.750	\$139.883.767	\$ 164.286.456
Utilidad					
Ope.	\$ 60.855.661	\$ 92.346.658	\$136.201.833	\$188.570.712	\$241.578.789
Gastos de					
Intereses	\$ 44.664.000	\$ 46.941.864	\$ 49.335.899	\$ 51.852.029	\$54.496.483
Patrimonio	\$220.294.529	\$245.487.326	\$634.069.002	\$731.145.071	\$828.755.824
Ventas Netas	\$600.281.140	\$681.367.116	\$787.728.523	\$910.692.945	\$1.033.709.348
Utilidad					
Neta	\$ 48.684.529.	\$ 73.877.327	\$462.459.002	\$559.535.071	\$657.145.825

Como se observa en la Tabla 38, las variables financieras del proyecto evidencian una evolución estructural positiva, en la cual el crecimiento de la operación se traduce en una mejora significativa en la generación de valor.

En términos de escala operativa, las ventas netas presentan un crecimiento sostenido, pasando de \$600.281.140 en 2026 a \$1.033.709.348,9 en 2030, lo cual refleja una expansión

consistente del modelo de negocio. Sin embargo, más relevante que el crecimiento en ingresos es la forma en que este se traduce en resultados operativos, dado que la utilidad operacional aumenta de \$60.855.661,3 a \$241.578.789,6 en el mismo periodo. Esto indica una mejora progresiva en la eficiencia, donde el proyecto logra capturar mayor margen a medida que crece.

Desde la perspectiva patrimonial, se observa un incremento significativo del patrimonio, pasando de \$220.294.529,02 en 2026 a \$828.755.824,99 en 2030, impulsado por la acumulación de utilidades. Este comportamiento refleja que el proyecto no solo es rentable, sino que retiene valor y fortalece su estructura financiera en el tiempo.

En cuanto a la estructura de activos, el activo total crece de manera importante, pasando de \$232.465.661,28 a \$993.042.281,24, impulsado principalmente por el incremento del activo corriente. Este último presenta un crecimiento acelerado, lo que indica una alta generación de liquidez. No obstante, este comportamiento también sugiere una acumulación de efectivo que podría ser objeto de optimización desde una perspectiva de gestión financiera.

Por su parte, el pasivo total se mantiene en niveles relativamente bajos en comparación con el activo, pasando de \$12.171.132,26 a \$164.286.456,25, lo cual confirma que el crecimiento del proyecto no está basado en endeudamiento, sino en la generación interna de recursos. Esta relación entre pasivo y activo evidencia un perfil financiero conservador y de bajo riesgo.

Finalmente, la utilidad neta presenta un crecimiento significativo, pasando de \$48.684.529 en 2026 a \$657.145.825 en 2030, lo que confirma la capacidad del proyecto para transformar ingresos en resultados finales de manera eficiente.

En conjunto, las variables base del proyecto muestran coherencia entre crecimiento, rentabilidad y fortalecimiento financiero, constituyendo una base sólida para el análisis de indicadores financieros y la evaluación de la viabilidad del proyecto.

En complemento al análisis de las variables financieras previamente expuestas, se presenta a continuación la evaluación de los indicadores de capacidad financiera del proyecto, los cuales permiten profundizar en su desempeño en términos de liquidez, endeudamiento y rentabilidad.

Tabla 39.

Indicadores de la capacidad financiera

INDICADOR FINANCIERO	2026	2027	2028	2029	2030
CAPACIDAD FINANCIERA					
Liquidez - Razón Corriente	7.1	7.8	5.7	5.7	5.8
Nivel de Endeudamiento Total	5.24%	7.00%	15.42%	16.06%	16.54%
Ebitda / Gastos Financieros	8,11%	10,84%	58,71%	61,44%	63,57%
Ebitda / Servicio de Deuda	500.00%	500.00%	117.81%	134.81%	147.05%
Rentabilidad Operacional	10,14%	13,55%	17,29%	20,71%	23,37%
Rentabilidad Neta	8,11%	10,84%	58,71%	61,44%	63,57%
Rentabilidad Patrimonio	22,10%	30,09%	72,94%	76,53%	79,29%
(ROE)					
Rentabilidad del Activo (ROA)	20,94%	27,99%	61,69%	64,24%	66,18%

Como se observa en la Tabla 39, los indicadores de capacidad financiera evidencian un proyecto con una estructura altamente sólida, caracterizada por una elevada liquidez, bajo nivel de endeudamiento y una rentabilidad excepcional.

En términos de liquidez, la razón corriente se mantiene en niveles considerablemente altos, pasando de 7,1 en 2026 a 5,8 en 2030. Desde una perspectiva financiera, esto indica una capacidad

holgada para cubrir obligaciones de corto plazo; sin embargo, niveles tan elevados también sugieren una acumulación de activos corrientes superior a lo estrictamente necesario. De acuerdo con la literatura financiera, una liquidez excesiva puede implicar ineficiencia en la utilización de recursos, particularmente cuando el efectivo no es reinvertido en actividades productivas (Brealey et al., 2020).

En cuanto al nivel de endeudamiento, se observa un incremento progresivo desde 5,24% en 2026 hasta 16,54% en 2030. No obstante, este nivel continúa siendo bajo en términos relativos, lo que confirma que el crecimiento del proyecto se financia principalmente con recursos propios. Esta estructura reduce significativamente el riesgo financiero, dado que el proyecto no depende de obligaciones externas ni está expuesto a variaciones en tasas de interés (Damodaran, 2012).

Los indicadores de cobertura presentan igualmente un comportamiento favorable, donde la relación EBITDA/Gastos Financieros aumenta de 8,11 a 63,57 veces durante el horizonte de evaluación, mientras que el indicador EBITDA/Servicio de la Deuda permanece ampliamente por encima de la unidad en todos los años analizados. Estos resultados evidencian una elevada capacidad del proyecto para atender sus compromisos financieros.

En términos de rentabilidad, los indicadores muestran un comportamiento sobresaliente. La rentabilidad operacional, que pasa de 10,14% en 2026 hasta 23,37% en 2030, evidencia una capacidad creciente del proyecto para generar utilidades a partir de su operación. Asimismo, los indicadores de rentabilidad sobre patrimonio (ROE) aumenta desde 22,10% en 2026 hasta 79,29% en 2030, mientras que la rentabilidad sobre los activos (ROA) evoluciona de 20,94% a 66,18% durante el mismo período.

Desde una perspectiva analítica, estos niveles de rentabilidad no deben interpretarse únicamente como eficiencia, sino también como resultado de una estructura de activos

relativamente baja frente a una generación de utilidades muy alta. Este comportamiento es consistente con modelos intensivos en servicios, donde la inversión inicial es limitada en comparación con el flujo de ingresos generado.

En conjunto, se evidencia un proyecto con alta liquidez, bajo endeudamiento y una rentabilidad excepcional, lo cual confirma su solidez financiera. No obstante, también sugiere oportunidades de optimización en la gestión del efectivo y la posible reinversión de excedentes para mejorar la eficiencia del capital.

Finalmente, con base en los resultados obtenidos en los diferentes indicadores financieros, se establecen los criterios de decisión en la Tabla 40, los cuales permiten determinar la viabilidad del proyecto desde una perspectiva de inversión.

Tabla 40

Criterios de decisión

Evaluación de proyecto	
Tasa mínima de rendimiento que aspira el proyecto	12.00%
TIR	57.46%
VALOR PRESENTE NETO	\$ 531,181,713.44
Periodo de recuperación (PRI)	1.22

Como se evidenció previamente, el Valor Presente Neto (VPN) es positivo, alcanzando \$531.181.713,44, lo que indica que el proyecto genera valor por encima de la inversión inicial. Así mismo, la Tasa Interna de Retorno (TIR) de 57,46% supera ampliamente la tasa mínima requerida del 12%, confirmando una rentabilidad significativamente superior al costo de capital.

Adicionalmente, el periodo de recuperación de la inversión (1,22 años) refleja una rápida recuperación del capital, lo que reduce la exposición al riesgo y mejora la liquidez del proyecto en el corto plazo.

En términos operativos, el análisis del punto de equilibrio demuestra que el nivel mínimo requerido de operación se encuentra por debajo de los ingresos proyectados, lo que garantiza un margen de seguridad adecuado.

En conjunto, estos criterios permiten concluir que el proyecto cumple con las condiciones necesarias para su implementación, al presentar generación de valor, alta rentabilidad, rápida recuperación de la inversión y bajo riesgo operativo, consolidándose como una alternativa financieramente viable.

8. Análisis estratégico

El análisis estratégico constituye un componente esencial dentro del plan de negocios de una IPS universitaria de atención domiciliaria, en la medida en que permite definir la forma en que la organización generará valor, desarrollará ventajas competitivas sostenibles y responderá a las necesidades crecientes de atención integral en salud bajo esquemas innovadores, humanizados y financieramente viables.

Para una IPS universitaria asociada a la Universidad Industrial de Santander, la estrategia empresarial trasciende la prestación tradicional de servicios asistenciales de salud, puesto que incorpora factores académicos, investigativos, científicos y de responsabilidad social propias del entorno universitario. Esto permite articular docencia, servicio, innovación y extensión, generando un modelo diferenciador frente a otros prestadores privados del mercado regional.

8.1 Alianzas estratégicas

Las alianzas estratégicas representan acuerdos de cooperación institucional orientados a fortalecer capacidades operativas, ampliar cobertura, mejorar resultados clínicos, optimizar recursos y generar sostenibilidad. Para una IPS universitaria de medicina domiciliaria, estas relaciones son determinantes, ya que permiten integrar conocimiento, talento humano, infraestructura, tecnología y redes de atención.

8.1.1 Universidad Industrial de Santander

La Universidad Industrial de Santander constituye el aliado estratégico principal y elemento diferenciador del proyecto. Su respaldo institucional aporta legitimidad, reputación, capacidad administrativa, infraestructura tecnológica y articulación con políticas de bienestar universitario.

8.1.2 Facultad de Salud - UIS

La Facultad de Salud representa un aliado fundamental, puesto que la naturaleza de la IPS es Universitaria, lo que permite el acceso a estudiantes en práctica supervisada. La articulación docencia-servicio posibilita la formación de talento humano, el desarrollo de rutas integrales de atención y la incorporación de evidencia científica en la práctica clínica.

8.1.3 Unidad Especializada de Salud - UISALUD

UISALUD, como régimen especial universitario, constituye el mercado objetivo inicial más estratégico del proyecto. Su población afiliada presenta características demográficas y epidemiológicas compatibles con los servicios de medicina domiciliaria, especialmente adultos mayores, pacientes crónicos y usuarios con barreras de desplazamiento.

Las ventajas estratégicas de esta alianza incluyen:

- Demanda inicial identificable y cercana.
- Mayor estabilidad financiera frente a otras aseguradoras.

- Canales institucionales directos de contratación.

8.1.4 Proveedores estratégicos

Los proveedores son socios fundamentales para garantizar continuidad operativa, oportunidad y calidad en la atención. Deben establecerse relaciones de largo plazo basadas en confianza, cumplimiento y mejora compartida.

Entre los proveedores prioritarios se encuentran:

- Insumos médicos y material asistencial.
- Medicamentos y dispositivos médicos.
- Tecnología biomédica portátil.
- Plataformas de historia clínica electrónica.
- Soluciones de telemedicina.

8.2 Modelo CANVAS

Figura 16.

Modelo Canvas



El modelo de negocio propuesto se fundamenta en una estrategia de diferenciación basada en calidad, confianza institucional e innovación, aprovechando el prestigio de la Universidad Industrial de Santander y la base inicial de usuarios de UISALUD. La IPS universitaria de medicina domiciliaria busca responder a tendencias demográficas como el envejecimiento

poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la necesidad de servicios extrahospitalarios costo-efectivos.

La sostenibilidad financiera del proyecto depende de una combinación equilibrada entre contratos institucionales (UISALUD) y servicios complementarios de alto valor agregado. Así mismo, la integración entre asistencia, docencia e investigación fortalece la propuesta competitiva frente a prestadores tradicionales.

8.2.1 Misión

Brindar servicios integrales de salud domiciliaria con calidad, calidez y sentido humano, acercando una atención segura y oportuna al hogar de los usuarios. A través del respaldo académico de la Universidad Industrial de Santander, buscamos aportar al bienestar de las personas y sus familias, promoviendo al mismo tiempo la docencia, la investigación y la innovación en salud.

8.2.2 Visión

Para el año 2030, consolidarnos como una IPS universitaria referente de atención domiciliaria en la región Santandereana, reconocida por la calidad de sus servicios, la confianza de sus usuarios, la formación de talento humano y la capacidad de innovar en modelos de cuidado centrados en la persona y su entorno familiar.

9. Conclusiones

El desarrollo del presente plan de negocios permitió establecer que la creación de una IPS universitaria especializada en atención domiciliaria en Bucaramanga constituye una iniciativa pertinente y con fundamentos sólidos desde la perspectiva estratégica, técnica y financiera. El entorno actual del sector salud evidencia una creciente necesidad de modelos asistenciales más eficientes, cercanos al usuario y orientados a la continuidad del cuidado, especialmente frente al envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la presión operativa sobre clínicas y hospitales. En este contexto, la atención domiciliaria deja de ser un servicio complementario para convertirse en una línea estratégica de prestación.

Uno de los principales hallazgos del estudio es que el proyecto cuenta con una ventaja competitiva relevante derivada de su naturaleza universitaria. El respaldo institucional de la Universidad Industrial de Santander aporta confianza, reputación y capacidad técnica, al tiempo que abre oportunidades de articulación entre prestación de servicios, docencia, investigación e innovación. Esta integración representa un valor diferencial frente a otros prestadores del mercado, al permitir no solo atender pacientes, sino también formar talento humano y desarrollar soluciones aplicadas al sistema de salud regional.

Desde la perspectiva comercial, la priorización inicial de UISALUD como mercado objetivo resulta una decisión acertada. Iniciar operaciones con una población identificable, cercana institucionalmente y con demanda potencial permite reducir incertidumbre en la etapa de arranque, facilitar ajustes operativos y consolidar una base de ingresos recurrentes. A partir de esta plataforma inicial, el proyecto podría escalar progresivamente hacia otros aseguradores, usuarios particulares y convenios empresariales.

En materia operativa, el modelo diseñado responde a criterios de eficiencia y crecimiento gradual. La combinación de una estructura organizacional liviana, talento humano interdisciplinario y apoyo tecnológico favorece una operación flexible, capaz de ajustarse al comportamiento real de la demanda. Así mismo, el uso de herramientas digitales para agendamiento, seguimiento clínico y coordinación logística fortalece la productividad y mejora la experiencia del usuario.

Finalmente, la evaluación financiera evidencia que el proyecto puede alcanzar sostenibilidad en la medida en que se considere la inversión inicial sin crédito externo, se mantenga disciplina administrativa, adecuada gestión de costos y crecimiento progresivo de la demanda. Más allá de su rentabilidad económica, la propuesta representa una oportunidad institucional para diversificar ingresos, fortalecer la proyección social de la universidad y contribuir al desarrollo de nuevos modelos de atención en salud para Santander y la región.

10. Recomendaciones

Se recomienda implementar el proyecto de manera gradual, iniciando con una fase piloto enfocada en servicios de alta demanda y rápida adopción, tales como medicina general domiciliaria, fisioterapia, enfermería y seguimiento de pacientes crónicos. Este enfoque permitirá validar procesos, ajustar costos reales de operación y medir niveles de satisfacción antes de asumir una expansión mayor.

Resulta conveniente consolidar desde el inicio una estructura de gobierno clara entre la Universidad y la IPS, definiendo roles, niveles de decisión, mecanismos de control y autonomía

administrativa. La sostenibilidad de una iniciativa de esta naturaleza depende no solo de la calidad del servicio, sino también de reglas institucionales claras que faciliten la gestión empresarial.

En el componente tecnológico, se recomienda priorizar herramientas que generen impacto directo sobre la operación: historia clínica electrónica interoperable, programación digital de rutas, seguimiento remoto y tableros de indicadores gerenciales. La tecnología debe asumirse como un habilitador estratégico y no únicamente como soporte administrativo.

Desde el enfoque comercial, es importante evitar dependencia exclusiva de un solo cliente. Aunque UISALUD representa el mercado natural de entrada, en el mediano plazo se debe avanzar hacia la diversificación de contratos con EPS, medicina prepagada, empresas y usuarios particulares, reduciendo riesgos financieros y ampliando la base de ingresos.

Referencias bibliográficas

- ACISD. (2023). *Estado actual de la atención domiciliaria en Colombia*.
<https://acisd.com.co/atencion-domiciliaria-en-salud-avanzando-hacia-modelos-de-salud-sin-fronteras-copy/>
- Alcaldía de Bucaramanga. (2024). Análisis de Situación de Salud – ASIS Bucaramanga 2024.
<https://...>
- Alcaldía de Bucaramanga. (2024). Análisis de Situación de Salud – ASIS Bucaramanga 2024.
Recuperado de: <https://www.bucaramanga.gov.co/wp-content/uploads/shared-files/2024-ASIS-Bucaramanga-2024-Version-final-AJUSTADA.pdf>
- Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria – ACISD. (2025). Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (OCAD). Recuperado de:
https://acisd.com.co/observatorio/acerca_del_ocad
- Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria. (2023). *Estado actual de la atención domiciliaria en Colombia*. Recuperado de <https://acisd.com.co/atencion-domiciliaria-en-salud-avanzando-hacia-modelos-de-salud-sin-fronteras-copy/>
- Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria. (2020). *Atención domiciliaria en salud: Avanzando hacia modelos de salud sin fronteras*. Recuperado de <https://acisd.com.co/atencion-domiciliaria-en-salud-avanzando-hacia-modelos-de-salud-sin-fronteras/>
- Banco de la República de Colombia. (2024). *Informe de inflación y estadísticas macroeconómicas*.
<https://www.banrep.gov.co>

Brealey, R. A., Myers, S. C., & Allen, F. (2020). *Principles of Corporate Finance* (13th ed.). McGraw-Hill Education.

Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia T-015/21*. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-015-21.htm>

DANE. (2021). *Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/oct-2022-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf>

Damodaran, A. (2012). *Investment Valuation: Tools and Techniques for Determining the Value of Any Asset* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Dávila, J., et al. (2024). Modelos de atención domiciliaria y su impacto en sistemas de salud latinoamericanos. *Revista de Salud Pública*.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2024). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2023 – Resultados y microdatos.* <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/792>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2025). *Proyecciones de población 2018–2050 (serie departamental y municipal).* <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2021*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv>

García Martínez, R. M. (2016). *Descripción del modelo de gestión de la Fundación Cardiovascular de Colombia para la puesta en marcha y operación de instituciones*

prestadoras de servicios de salud [Tesis de maestría, Universidad Industrial de Santander].

Universidad Industrial de Santander, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.

Gómez, J. M ; Pérez, L. A ; y Rodríguez, S. D. (2020). Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con enfermedad renal crónica en condición de pluripatología y sus cuidadores.

Enfermería Nefrológica, 23(1), 67-76. Recuperado de <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4335/1267>

González, J. M. (2021). *Atención domiciliaria durante y después de la COVID-19*. Revista Colombiana de Medicina Familiar, 10(3).

https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732021000300012yscript=sci_arttext

González, J. M. (2021). *Atención domiciliaria durante y después de la COVID-19*. Revista Colombiana de Medicina Familiar, 10(3). Recuperado de

https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732021000300012yscript=sci_arttext

Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52.

Kodner, D., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1–6.

Linares Hernández, M. F. (2024). *Plan de negocio para la creación de una IPS universitaria de atención domiciliaria en la ciudad de Bucaramanga* [Anteproyecto de tesis de maestría, Universidad Pública de Santander]. Documento no publicado.

López, C., & Rodríguez, J. (2023). *Transformación digital y atención domiciliaria en América Latina: retos y oportunidades para la gestión de servicios de salud*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47(e98).

Martínez, F., & Rojas, M. (2022). Costos comparativos entre hospitalización tradicional y domiciliaria. *Revista Ciencias de la Salud*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-junio-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Colombia avanza en telesalud y atención domiciliaria*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-avanza-en-telesalud-y-atencion-domiciliaria.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Minsalud diseña modelo de atención domiciliaria para pacientes con COVID-19*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-disena-modelo-de-atencion-domiciliaria-para-pacientes-con-COVID-19-.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 521 de 2020*. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_0521_2020.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Ministerio de Salud modifica Resolución 3100 de 2019*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministerio-de-Salud-modifica-Resolucion-3100-de-2019.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Informe de goce efectivo del derecho a la salud 2024.* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/informe-goce-efectivo-salud-2024.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Informe anual de tutelas por vulneración del derecho a la salud (corte 2023)*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/informe-tutelas-salud-2023.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Lineamientos para la implementación de la telesalud y telemedicina en Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de habilitación de los servicios de salud.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos para la implementación de la telesalud y telemedicina en Colombia.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.* <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 3202 de 2016: Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).* <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).* <https://www.minsalud.gov.co>

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management.* Free Press.

Mojica, J., et al. (2024). Evaluación de programas de atención domiciliaria en Colombia: resultados clínicos y operativos.

- OECD. (2023). *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases*. OECD Health Policy Studies.
- OECD. (2015). *G20/OECD principles of corporate governance*. OECD Publishing.
- OECD & World Bank. (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*.
- Osterwalder, A ; y Pigneur, Y. (2010). *Business model generation: A handbook for visionaries, game changers, and challengers*. Wiley.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Strengthening the health system response to COVID-19*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Servicios de salud basados en la comunidad y atención domiciliaria*. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La atención domiciliaria: una estrategia para fortalecer la continuidad del cuidado en América Latina*. <https://iris.paho.org>
- Perdomo, A., Muñoz, P., & Torrado, J. (2023). *Living Labs en salud: innovación abierta para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios universitarios en América Latina*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 22(46).
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2019). *Creating Shared Value*. *Harvard Business Review*.
- Rojas-Goldsack, M., et al. (2022). Hospital at home: revisión de efectividad clínica y económica. *International Journal of Health Services*.
- Ross, S. A., Westerfield, R. W., & Jaffe, J. (2019). *Corporate Finance* (12th ed.). McGraw-Hill Education.
- Sally, G., & Donaldson, L. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement. *BMJ*, 317, 61–65.

- Superintendencia Nacional de Salud. (2025). *Informe de gestión 2023–2024 (tendencias de PQRD).* <https://www.supersalud.gov.co/sala-prensa/informes-de-gestion>
- Suárez Bustamante, S. (2022). Diseño e implementación de una metodología para la medición de capacidad operativa en una IPS Universitaria. Universidad de Antioquia.
- Torres-Tovar, M. H. (2024). *Situación del derecho a la salud en Colombia: más obstáculos que avances. Observatorio de Derechos Humanos. <https://www.hchr.org.co/documentos/observatorio-derecho-salud-2024.pdf>
- Universidad de Caldas. (2022). *IPS Universitaria amplía su oferta de servicios para la comunidad*. Recuperado de <https://www.ucaldas.edu.co/portal/ips-universitaria-amplia-su-oferta-de-servicios-para-la-comunidad/>
- Universidad Pública de Santander. (s.f.). *Estructura/Descripción general de modalidades TdeA–MBA* [Infografía institucional]. Facultad de Posgrados.
- Universidad Pública de Santander. (s.f.). *Guía del trabajo de aplicación – Maestría en Gerencia de Negocios (TdeA–MBA)*. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
- Vásquez, V. (2020). *Diseño e implementación de un método para la programación de atención domiciliaria*. [Tesis de maestría, Universidad de Antioquia]. Recuperado de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/17007/2/VasquezValentina_2020_MetodoAtencionDomiciliaria.pdf
- Varón-Barragán, L. (2019). Comportamiento del mercado de servicios de salud domiciliarios en Colombia.
- West, M., Dawson, J., Admasachew, L., & Topakas, A. (2014). *NHS staff management and health service quality*. King's Fund.

WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*.

World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2022). *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*.

Young, D. R. (2007). *Financing nonprofits: Putting theory into practice*. AltaMira Press.

Apéndices

Apéndice A. Servicios domiciliarios habilitados IPS Bucaramanga

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
CENTRO MEDICO VASCULAR DE SANTANDER S.A.S. "CEMVAS S.A.S."	CIRUGÍA VASCULAR	MEDIA
CUIDARTE TU SALUD BUCARAMANGA	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS; ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA RESPIRATORIA	MEDIA
INSTITUTO DE NEUROREHABILITACION Y PSIQUIATRIA DE COLOMBIA	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	MEDIA
INTEGRA SALUD IPS - SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SAS	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; OTORRINOLARINGOLOGÍA	MEDIA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
OCUPASALUD S.A.S	DERMATOLOGÍA; ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; GINECOBSTETRICIA; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; ODONTOLOGÍA GENERAL; OPTOMETRÍA; OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD; PEDIATRÍA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	MEDIA
PHYSICAL SERVICIOS	FISIOTERAPIA; ORTOPEDIA Y/O	MEDIA
INTEGRALES DE SALUD S.A.S.	TRAUMATOLOGÍA	
SIES SALUD BUCARAMANGA	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	MEDIA
UNIDAD INTEGRAL DE LA MUJER MME S.A.S.	GINECOBSTETRICIA; OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	MEDIA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
COMPAÑIA RSO S.A.	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; PSICOLOGÍA	MEDIA - BAJA
FUNDACION UNIDAD MEDICA ADVENTISTA	SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDIA - BAJA
ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; MEDICINA INTERNA; NEUROLOGÍA; NEUROPEDIATRÍA; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PEDIATRÍA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
ALTIKA STUDIO DENTAL	ODONTOLOGÍA GENERAL	BAJA
Ambulancia Rescate 467 SAS	MEDICINA GENERAL	BAJA
AQUASALUD E.U.	FISIOTERAPIA	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
ASISTENCIA MEDICA SAS	ENFERMERÍA; MEDICINA	BAJA
SERVICIO DE	GENERAL; TOMA DE MUESTRAS	
AMBULANCIA	DE LABORATORIO CLÍNICO	
PREPAGADO		
ASOCIACION HACIA UN	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA	BAJA
MEJOR FUTURO-	DEL LENGUAJE; MEDICINA	
ELOGIOS SOM	GENERAL; OPTOMETRÍA;	
	PSICOLOGÍA; TOMA DE MUESTRAS	
	DE LABORATORIO CLÍNICO	
ASOCIACION	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
SANTANDEREANA PRO	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE;	
EDUCACIÓN,	TERAPIA OCUPACIONAL	
HABILITACIÓN Y		
REHABILITACIÓN		
INTEGRAL -		
ASOPORMEN		
AUDIOMEDICA SAS	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE;	
	PSICOLOGÍA; TERAPIA	
	OCUPACIONAL; TERAPIA	
	RESPIRATORIA	

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
AUDIOMIC S.A.S.	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	BAJA
AUVIMER SALUD	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA;	BAJA
INTEGRAL EN CASA SAS	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	
AYUDAS DIAGNOSTICAS	TOMA DE MUESTRAS DE	BAJA
SURA BUCARAMANGA	LABORATORIO CLÍNICO	
CAJA SANTANDEREANA	ENFERMERÍA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
DE SUBSIDIO FAMILIAR	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE;	
CAJASAN CIUDADELA	MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA	
CENTRO DE	ENFERMERÍA; MEDICINA	BAJA
ADMINISTRACIÓN DE	GENERAL	
MEDICAMENTOS		
OFFIMÉDICAS		
CENTRO DE ATENCION Y	ENFERMERÍA; MEDICINA	BAJA
DIAGNOSTICO DE	GENERAL; MEDICINA INTERNA;	

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
ENFERMEDADES INFECCIOSAS C.D.I S.A.S	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
CENTRO DE ESTERILIZACION Y CURACIONES CEKURA LTDA	ENFERMERÍA	BAJA
CENTRO DE FISIOTERAPIA SANTA ISABEL	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
CENTRO DE ORIENTACIÓN DIANA RODRÍGUEZ SAS	PSICOLOGÍA; PSIQUIATRÍA	BAJA
CENTRO DE REHABILITACION FISICA	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; TERAPIA OCUPACIONAL	BAJA
CENTRO MEDICO COLSANITAS BUCARAMANGA	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
CENTRO MEDICO	FISIOTERAPIA	BAJA
COLSANITAS PREMIUM		
BUCARAMANGA		
CENTRO MEDICO	TOMA DE MUESTRAS DE	BAJA
DIAGNOSTICO	LABORATORIO CLÍNICO	
BUCARAMANGA		
CENTRO MÉDICO	TOMA DE MUESTRAS DE	BAJA
SINAPSIS IPS S.A. SEDE	LABORATORIO CLÍNICO	
ALTERNA		
CENTRO	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
PSICOPEDAGOGICO	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE;	
INTEGRAL ANA RUBY	PSICOLOGÍA; TERAPIA	
RUIZ S.A.S	OCUPACIONAL	
CLÍNICA CUB S.A.S	ENFERMERÍA;	BAJA
BUCARAMANGA	GINECOBSTETRICIA; MEDICINA	
SERVICIOS	GENERAL;	
AMBULATORIOS	OTORRINOLARINGOLOGÍA; TOMA	
	DE MUESTRAS DE LABORATORIO	
	CLÍNICO	
CLINICA DE LA RODILLA	FISIOTERAPIA	BAJA
SAS		

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
CLINICA DE REHABILITACION FISIOENERGY	FISIOTERAPIA	BAJA
CLINICA LA RIVIERA SAS	FISIOTERAPIA	BAJA
CLINICA REVIVIR SA	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
CLINISPORTS DE COLOMBIA S.A.S	FISIOTERAPIA; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA; PSICOLOGÍA; SERVICIO FARMACÉUTICO; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; PSICOLOGÍA	BAJA
CONDOMINIO	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
CONSULTORIO MEGA OPTICA	OPTOMETRÍA	BAJA
COOPERATIVA PROSACOOOP	MEDICINA GENERAL	BAJA
CVS S.A.S (CENTRO DE VACUNAS SPEICES)	ENFERMERÍA	BAJA
DENTHAUS S.A.S.	ODONTOLOGÍA GENERAL	BAJA
EMERMEDICA S.A.	MEDICINA GENERAL	BAJA
FOMESALUD SA	ENFERMERÍA; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
FUNDACION CASA DEL DIABETICO- FUNCADI	MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA	BAJA
FUNDACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL SERVIR - BGA	ENFERMERÍA	BAJA
GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS	MEDICINA GENERAL	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
GRUPO ORAL HOME S.A.S BUCARAMANGA SUCURSAL	ODONTOLOGÍA GENERAL	BAJA
HABILITAMOS S.A.S.	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
HABILMIND CENTRO MEDICO Y TERAPEUTICO S.A.S	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL	BAJA
HEALTH & LIFE IPS SEDE CABECERA	SERVICIO FARMACÉUTICO	BAJA
HEALTH AND SAFETY H&S IPS SAS	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; MEDICINA INTERNA; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PEDIATRÍA; PSICOLOGÍA; SERVICIO FARMACÉUTICO; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
	RESPIRATORIA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
HOSPIHOGAR S.A.S.	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; GERIATRÍA; MEDICINA GENERAL; MEDICINA INTERNA; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL; TERAPIA RESPIRATORIA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
INSTITUTO CLINICO DE SALUD ICSA S.A.S.	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO-	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
BUCARAMANGA LOS COMUNEROS		
INSTITUTO DE MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA BUCARAMANGA	MEDICINA GENERAL	BAJA
INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA S.A. - SEDE AMBULATORIA	ENFERMERÍA	BAJA
IPS CABECERA SAS	ENFERMERÍA	BAJA
IPS COMFENALCO SANTANDER	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
IPS COOMULTRASAN SURA CARRERA 27	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
IPS ESPECIALIZADA BUCARAMANGA	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL; PSICOLOGÍA	BAJA
LABORATORIO CLINICO DE ESPECIALIDADES BOLIVAR SA	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
LABORATORIO CLINICO GRG SAS	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
MARTINEZ VARGAS OPTICA SALUD VISUAL SAS	OPTOMETRÍA	BAJA
MED SAS MEDICINA ESPECIALIZADA DOMICILIARIA SAS	PSICOLOGÍA	BAJA
MEDICARTE BUCARAMANGA	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL; SERVICIO FARMACÉUTICO	BAJA
MEDICLINICOS IPS S.A.S	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
MESSER COLOMBIA S.A.	TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
AGENCIA REMEO		
CENTER BUCARAMANGA		
MTS MEDICINA	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
TRABAJO Y SEGURIDAD	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE;	
IPS SAS	OPTOMETRÍA	
NEUROTRAUMA CENTER	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
S.A.S	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; TERAPIA OCUPACIONAL; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
NEUROTRAUMACENTER	TOMA DE MUESTRAS DE	BAJA
SEDE UNIVERSIDAD	LABORATORIO CLÍNICO	
ODONTOMEDICAS IPS	MEDICINA GENERAL;	BAJA
SAS	ODONTOLOGÍA GENERAL; OPTOMETRÍA	
OPTICA SELECTA	OPTOMETRIA	BAJA
PAINFREE SAS	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS; ENFERMERÍA; PSICOLOGÍA	BAJA
PALLANA CENTRO	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA;	BAJA
TERAPEUTICO DE	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA	

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
ESTIMULACION DE LA INTELIGENCIA S.A.S	DEL LENGUAJE; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	
PARATIMED IPS S.A.S.	FISIOTERAPIA; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
PHARMASAN S.A.S.	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL; SERVICIO FARMACÉUTICO; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
PHD SERVICIOS SAS	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
PREVENT IPS	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	BAJA
PROINSOCOL LTDA	PSICOLOGÍA	BAJA
PROJECTION LIFE COLOMBIA	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS; ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; GERIATRÍA; MEDICINA GENERAL; MEDICINA INTERNA; NEUROLOGÍA; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
PROJECTION LIFE NEUROPROJECT	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; TERAPIA OCUPACIONAL	BAJA
PROMEDICA	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
Q-SALUD S.A.S	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
REHABILITACION NEUROLOGICA INFANTIL AVANZADA S.A.S.	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL	BAJA
REHABILITDEMOS BUCARAMANGA SEDE NACIONAL	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
RESTAURAR VIDAS SAS	FISIOTERAPIA; TERAPIA OCUPACIONAL	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
RVG I.P.S SAS SEDE	MEDICINA GENERAL; TOMA DE	BAJA
SALUD OCUPACIONAL	MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
SALUD HOGAR DEL	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA;	BAJA
ORIENTE SAS	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; PSICOLOGÍA; TERAPIA OCUPACIONAL; TERAPIA RESPIRATORIA	
SALUD INTEGRAL	TOMA DE MUESTRAS DE	BAJA
SANTANDER IPS SAS	LABORATORIO CLÍNICO	
SALUD VITAL Y RIESGOS	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
PROFESIONALES IPS SAS	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; OPTOMETRÍA; PSICOLOGÍA; TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
SAN DIEGO SERVICIOS	OPTOMETRÍA; TOMA DE	BAJA
EN SALUD	MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS HABILITADOS	COMPLEJIDAD
SANAMOS IPS CLÍNICA DE HERIDAS Y OSTOMÍAS SAS	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL	BAJA
SEDE BUCARAMANGA COLCAN	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
SEDE SERVICIO ESPECIALIZADO INTEGRAL DE SALUD S.A.S.	ENFERMERÍA; FISIOTERAPIA; NUTRICIÓN Y DIETÉTICA; TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
SOCIEDAD DR. HOUSE # 365 S.A.S.	FISIOTERAPIA; MEDICINA GENERAL	BAJA
SOCIEDAD NEUROPSIQUIATRICA DE SANTANDER FUNES S.A.S. I.P.S.	ENFERMERÍA; FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE; MEDICINA GENERAL; NEUROLOGÍA; OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD; PSICOLOGÍA; PSIQUIATRÍA; TERAPIA OCUPACIONAL	BAJA
SYMED SALUD IPS	ENFERMERÍA; MEDICINA GENERAL	BAJA

NOMBRE IPS	SERVICIOS DOMICILIARIOS	COMPLEJIDAD
	HABILITADOS	
UNIDAD DE	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
REHABILITACION	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE;	
CINETICO FUNCIONAL	TERAPIA OCUPACIONAL	
PROJECTION LIFE		
COLOMBIA S.A		
UNIDAD RHB	FISIOTERAPIA; FONOAUDIOLOGÍA	BAJA
AMBULATORIA	Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE;	
SOTOMAYOR	PSICOLOGÍA; TERAPIA	
	OCUPACIONAL	

Nota: Detalle de IPS en Bucaramanga con habilitación para la prestación de servicios de salud extramurales. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) – consulta de servicios y sedes.

Apéndice B. Tarifas de servicios contratados por UISALUD a IPS de medicina domiciliaria

Servicio	Habilitamos S.A.S.	Q Salud S.A.S.	P.H.D. Servicios S.A.S.	Sede Servicio Especializado Integral de Salud S.A.S.
Atención domiciliaria por fisioterapia	\$ 33.700	N/A	N/A	N/A
Consulta primera vez por fisioterapia	\$ 16.000	N/A	N/A	N/A
Consulta control por fisioterapia	\$ 16.000	N/A	N/A	N/A
Atención domiciliaria por fonoaudiología	\$ 33.700	N/A	N/A	N/A
Consulta primera vez por fonoaudiología	\$ 16.000	N/A	N/A	N/A
Consulta control por fonoaudiología	\$ 16.000	N/A	N/A	N/A
Atención domiciliaria por terapia ocupacional	\$ 33.700	N/A	N/A	N/A
Consulta primera vez por terapia ocupacional	\$ 16.000	N/A	N/A	N/A

Servicio	Habilitamos	Q Salud	P.H.D.	Sede Servicio
	S.A.S.	S.A.S.	Servicios	Especializado
			S.A.S.	Integral de Salud
				S.A.S.
Consulta control por terapia ocupacional	\$ 16.000	N/A	N/A	N/A
Atención domiciliaria por terapia respiratoria	\$ 33.700	N/A	N/A	N/A
Atención domiciliaria por enfermería	N/A	\$ 92.400	N/A	N/A
Consulta primera vez por enfermería	N/A	\$ 101.640	N/A	N/A
Consulta control por enfermería	N/A	\$ 92.400	N/A	N/A
Valoración domiciliaria por enfermería	N/A	\$ 92.400	\$ 103.545	N/A
Valoración domiciliaria por nutrición	N/A	\$ 99.000	\$ 110.415	N/A
Valoración domiciliaria por psicología	N/A	N/A	\$ 103.545	N/A
Educación individual por enfermería	N/A	N/A	\$ 73.752	\$ 73.780

Servicio	Habilitamos	Q Salud	P.H.D.	Sede Servicio
	S.A.S.	S.A.S.	Servicios	Especializado
			S.A.S.	Integral de Salud
				S.A.S.
Turno enfermería 12	N/A	\$ 166.100	\$ 168.827	\$ 168.688
horas diurno ordinario				
Turno enfermería 12	N/A	\$ 269.500	\$ 300.720	\$ 300.829
horas diurno festivo				
Turno enfermería 12	N/A	\$ 166.100	\$ 185.687	\$ 185.755
horas nocturno				
ordinario				
Turno enfermería 12	N/A	\$ 323.400	\$ 361.036	\$ 361.167
horas nocturno festivo				
Turno enfermería 24	N/A	N/A	\$ 341.889	\$ 342.015
horas diurno ordinario				
Turno enfermería 24	N/A	\$ 531.300	\$ 592.210	\$ 592.426
horas diurno festivo				

Nota: Elaboración propia a partir de datos contractuales de UISALUD.

Apéndice C. Formación y plan de capacitación

Eje	Competencias mínimas			Población objetivo		Periodicidad	Evidencia exigida
Habilitación y seguridad del paciente	Manual (procesos/formatos), identificación del paciente, medicación segura, reporte/análisis de eventos, referencia-contrarreferencia	Res. 3100	Todo el personal			Inducción + reinducción anual	Listas de asistencia, evaluaciones, actas de análisis de eventos
Clínico-asistencial por servicio	APS domiciliaria, manejo de crónicos (DM/HTA/EPOC), curaciones avanzadas, cuidados paliativos básicos	Triage IV,	Médicos, enfermería, auxiliares			Trimestral	Guías/POE actualizadas y checklists de adherencia
Urgencias y soporte vital	BLS (todo el equipo asistencial), según rol, primeros respondientes (logística)	ACLS/PALS	Asistencial + logística			Recert. según proveedor (12–24 meses)	Certificados vigentes
Bioseguridad y residuos	EPP, manejo de cortopunzantes, transporte y almacenamiento temporal, código de colores	derrames,	Todo el personal			Semestral	Registros de entrega EPP, actas y fotos

Eje	Competencias mínimas	Población	Periodicidad	Evidencia
		objetivo		exigida
				de simulacros
TI / HCE y protección de datos	Registro en HCE, interoperabilidad básica, seguridad de la información, Ley 1581 (consentimiento/ARCO)	Todo el personal (con énfasis asistencial y TI)	Semestral	Pruebas de conocimiento, bitácoras de acceso
Operación extramural y territorio	Planificación de rutas, Misión Médica, actuación con CRUE, seguridad en campo, comunicación efectiva con familia/cuidador	Asistencial + logística	Trimestral	Simulacros, checklists de ruta y de unidad
Calidad y mejora continua	Indicadores, PDSA, auditoría interna, gestión por procesos	Coordinaciones y líderes	Trimestral	Informes de auditoría, planes de mejora
Docencia– asistencial	Supervisión clínica, evaluación por competencias, ética y derechos de los pacientes	Tutores/rotantes	Inducción + trimestral	Planes de rotación, rúbricas de evaluación

Nota: Elaboración propia

Apéndice D. Plataformas y tecnologías

Arquitectura y principios

Objetivo: asegurar continuidad clínica y operativa, trazabilidad y seguridad.

Arquitectura: SaaS/IaaS en nube con alta disponibilidad $\geq 99,5\%$, balanceo, copias de seguridad diarias, y modo offline para visitas domiciliarias con sincronización diferida.

Interoperabilidad: adopción de HL7 FHIR (Patient, Encounter, Observation, Condition, Procedure, MedicationRequest, CarePlan, DocumentReference) y vocabularios CIE-10/SNOMED CT; exportación de RIPS y soportes electrónicos.

Ciberseguridad: MFA, cifrado TLS 1.2+ en tránsito y AES-256 en reposo, gestión de identidades (RBAC), bitácoras y SIEM para auditoría; gestión de vulnerabilidades y parches.

Gobierno de datos: catálogo de datos clínicos/administrativos, control de versiones de formularios, política de retención de HC y plan de continuidad TI.

Historia Clínica Electrónica Interoperable (HCEI)

Propósito: disponer de un registro único, íntegro y oportuno que soporte la atención en domicilio y la teleatención.

Requisitos funcionales mínimos

Admisiones y consentimientos (incluida telemedicina); identificación positiva del paciente.

Valoración/triage, anamnesis, evolución clínica, órdenes (laboratorio e imágenes), resultados, prescripción y conciliación de medicamentos.

Plan de cuidados de enfermería, procedimientos y curaciones, signos vitales, imágenes/fotos de heridas con sello de tiempo.

Módulos de P&P/RIAS, incapacidades, remisiones, referencia/contrarreferencia.

Plantillas móviles (responsive) y captura offline con reintento y georreferencia opcional de la visita.

Firma electrónica del profesional, control de versiones, auditoría de accesos y modificaciones.

RIPS y facturación electrónica integrados; tableros de seguimiento (oportunidad, reingresos 24–72 h, adherencia, continuidad).

Descripción de Interoperabilidad y Cumplimiento

Endpoints FHIR para intercambio con EPS/entes territoriales; validaciones de integridad.

Políticas de mínimo privilegio, anonimización/pseudonimización para analítica, y copias inmutables para preservación legal.

Cumplimiento de Ley 2015/2020 (HCEI), Res. 3100/2019 (capacidad tecnológica), Ley 1581/2012 (datos personales) y Ley 527/1999 (firmas).

Entregables clave: manuales de usuario, diccionario de datos HCE ↔ FHIR/RIPS, plan de respaldo/recuperación, protocolos de contingencia offline y reportes de auditoría.

Telemedicina y telesalud

Propósito: complementar la visita domiciliaria con servicios remotos seguros y trazables.

Modalidades (Res. 2654/2019)

Teleorientación, teleconsulta (sincrónica y asincrónica) y telexperticia (interconsulta entre profesionales).

Requisitos funcionales y de seguridad

Videoconsulta HD con sala de espera, verificación de identidad, compartir documentos/estudios, prescripción y órdenes integradas a HCE.

Consentimiento informado específico, registro automático del acto en HCE y sellos de tiempo.

Cifrado extremo a extremo, MFA, control de sesiones, y plan de emergencia (activación de red local/CRUE cuando sea necesario).

Retención de evidencias (metadatos y, si la política lo exige, fragmentos audiovisuales seguros) conforme a política institucional.

Agendamiento, despacho y logística de rutas

Propósito: maximizar visitas efectivas y continuidad del cuidado.

Agenda multi-recurso: profesional, equipo, vehículo y franja territorial; reglas por tipo de servicio (curación seriada, control de crónicos, Triage IV).

Motor de enrutamiento con geocodificación, agrupación por proximidad y ventanas horarias; cálculo de tiempo puerta-a-puerta y priorización clínica.

Recordatorios automáticos (SMS/WhatsApp/email), check-in/out móvil, reprogramación inteligente ante cancelaciones.

Integración con inventarios (kits/equipos asignados por ruta), HCE, RIPS y facturación.

KPIs operativos: tasa de no-show, puntualidad (%), visitas efectivas por célula/día, tiempo promedio de desplazamiento, reingresos 24–72 h, oportunidad de primera visita.

Seguridad de la información y cumplimiento

Marco normativo: Res. 3100/2019, Ley 2015/2020 (HCEI), Res. 2654/2019 (telemedicina), Ley 1581/2012 y Dec. 1377/2013 (datos personales), Ley 527/1999 (firmas digitales).

Controles técnicos (alineados a ISO 27001/27002 y 27799):

Gestión de identidades y accesos (MFA, RBAC), endurecimiento de endpoints móviles.

Cifrado en tránsito/reposo, DLP, antivirus/EDR, SIEM, pruebas de penetración anuales, gestión de vulnerabilidades (SLA de parches críticos ≤ 7 días).

Backups cifrados con pruebas de restauración trimestrales; DRP/BCP documentado y probado.

Gestión de terceros: cláusulas de residencia y tratamiento de datos, NDA, SLA y métricas de disponibilidad, plan de salida (reversibilidad) y borrado seguro al finalizar el contrato.

Integraciones y analítica

Integraciones: EPS (autorizaciones/órdenes), facturación y DIAN (factura electrónica), RIPS, inventarios (kits/equipos/EPP), RR. HH. (turnos, credenciales), y indicadores institucionales.

Analítica operativa: tablero de continuidad (alertas de control), productividad por célula/ruta, consumo de insumos por tipo de atención, costos por visita, y alertas de adherencia clínica.

Datos abiertos/reportes: exportaciones CSV/JSON con metadatos; catálogo y política de calidad de datos (completitud, consistencia, unicidad).

Fase	Semanas	Hitos / Entregables
Diagnóstico y RFP	1–3	Requerimientos detallados, matriz de cumplimiento normativo, RFP a proveedores.
Selección y contrato	4–6	Demo/sandbox, evaluación técnica y de seguridad, acuerdo de SLA y plan de proyecto.
Parametrización HCE/Telemedicina	7–10	Formularios, catálogos, endpoints FHIR/RIPS, firmas, plantillas móviles y perfiles.
Integraciones y logística	11–13	Agenda y rutas, inventarios, facturación y DIAN; pruebas de interoperabilidad.
Pruebas y UAT	14–16	Pruebas unitarias, integración, rendimiento y UAT con casos reales; ajustes.
Despliegue y capacitación	17–18	Go-live por oleadas, mesa de ayuda, manuales; plan de contingencia.
Estabilización	19–20	Soporte hiper-care, cierre de incidencias, lecciones aprendidas y plan de mejora.

Roles del proyecto: Product Owner (IPS), Líder clínico, Líder de calidad, Líder TI/seguridad, Proveedor (PM, implementación, soporte).

Niveles de servicio (SLA) y soporte

Disponibilidad plataforma: $\geq 99,5\%$ mensual (excluye ventanas programadas ≤ 2 h/mes).

Mesa de ayuda: 7×12 en operación estándar (extensible); tiempos de respuesta/solución:

Crítico (servicio caído, pérdida de datos): respuesta ≤ 30 min, solución ≤ 2 h.

Mayor (función esencial degradada): respuesta ≤ 1 h, solución ≤ 8 h.

Menor (uso/parametrización): respuesta ≤ 4 h, solución ≤ 48 h.

Penalizaciones: créditos de servicio si la disponibilidad baja de 99,5% o si incidentes críticos exceden el SLA.

Continuidad: DRP probado 1 vez/año; restauración de backups verificada trimestralmente.

Indicadores tecnológicos (seguimiento trimestral)

Disponibilidad (%) y latencia media de teleconsulta (ms).

Tasa de caída de sesión (%) y reintentos.

Tiempo de sincronización offline (min).

Incidentes de seguridad cerrados/mes y MTTR.

No-show (%), puntualidad de visita (%), visitas efectivas por célula/día.

Cobertura de interoperabilidad: % de episodios con paquetes FHIR/RIPS válidos.

Satisfacción de usuarios (clínicos y pacientes) $\geq 4/5$.

Apéndice E. Funciones Talento Humano

Dirección Científica / Representante Legal

Funciones estratégicas y clínicas:

- Ejercer el gobierno clínico de la institución.
- Garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente (Sistema Único de Habilitación y estándares de calidad).
- Aprobar protocolos asistenciales y rutas de atención domiciliaria.
- Supervisar indicadores de calidad, seguridad del paciente y resultados clínicos.
- Liderar el Comité Técnico-Científico.
- Representar legalmente a la IPS ante entes regulatorios y aseguradores.
- Asegurar el cumplimiento del modelo docencia–servicio.

Coordinación Operativa

- Planificar la programación semanal de visitas.
- Supervisar tiempos de respuesta y cumplimiento de agenda.
- Coordinar la continuidad asistencial y escalamiento clínico.
- Monitorear productividad y desempeño operativo.
- Garantizar adherencia a protocolos clínicos en terreno.
- Gestionar procesos de facturación y radicación ante aseguradores.
- Controlar costos operativos y presupuesto.
- Coordinar contratación y talento humano.
- Supervisar cumplimiento de contratos y proveedores.

- Gestionar compras y logística de insumos.

Gestor de Calidad y Seguridad del Paciente:

Funciones transversales:

- Implementar el Programa de Seguridad del Paciente.
- Gestionar eventos adversos y análisis de causa raíz.
- Diseñar y monitorear indicadores de calidad asistencial.
- Coordinar auditorías internas y externas.
- Capacitar al personal en prácticas seguras.
- Desarrollar planes de mejora continua.

Coordinación TI / HCE

Funciones tecnológicas y de interoperabilidad:

- Administrar la Historia Clínica Electrónica.
- Garantizar interoperabilidad (RIPS, facturación electrónica).
- Asegurar confidencialidad y protección de datos.
- Soportar herramientas de telemedicina.
- Monitorear disponibilidad y funcionamiento de plataformas móviles.

Médico General Domiciliario

Funciones asistenciales:

- Realizar valoración integral en domicilio.
- Formular y ajustar planes terapéuticos.

- Identificar signos de descompensación.
- Coordinar interconsultas.
- Registrar información clínica en tiempo real.
- Educar a paciente y cuidador en autocuidado.

Médico Familiar

Funciones de enfoque integral:

- Abordar al paciente desde el modelo biopsicosocial.
- Coordinar continuidad del cuidado.
- Gestionar pacientes crónicos y pluripatológicos.
- Liderar decisiones clínicas complejas.
- Apoyar formación académica de estudiantes.

Enfermera Profesional

Funciones de cuidado y gestión clínica:

- Ejecutar planes de cuidado domiciliario.
- Supervisar adherencia terapéutica.
- Realizar seguimiento de signos clínicos.
- Capacitar cuidadores.
- Aplicar protocolos de seguridad en procedimientos.

Auxiliar de Enfermería

Funciones operativas asistenciales:

- Apoyar procedimientos clínicos.

- Controlar signos vitales.
- Administrar medicamentos según indicación.
- Reportar cambios clínicos oportunamente.
- Mantener control de insumos.

Fisioterapeuta / Terapeuta Respiratorio

Funciones de rehabilitación:

- Evaluar capacidad funcional.
- Diseñar planes de rehabilitación domiciliaria.
- Ejecutar terapias respiratorias.
- Prevenir complicaciones asociadas a inmovilidad.
- Educar en técnicas de autocuidado funcional.

Psicología / Trabajo Social

- Funciones psicosociales:
- Evaluar entorno familiar y red de apoyo.
- Intervenir en crisis emocionales.
- Identificar riesgos psicosociales.
- Fortalecer adherencia al tratamiento.
- Articular con redes comunitarias.

Químico Farmacéutico

Funciones farmacológicas:

- Validar prescripciones.

- Monitorear interacciones medicamentosas.
- Gestionar farmacovigilancia.
- Supervisar almacenamiento y conservación de medicamentos.
- Educar en uso seguro de fármacos.

Contabilidad y Facturación

Funciones operativas administrativas

- Consolidar soportes clínicos y administrativos para facturación.
- Elaborar y radicar cuentas ante aseguradores y clientes institucionales.
- Realizar seguimiento a glosas, devoluciones y pagos pendientes.
- Apoyar cargue y validación de RIPS y facturación electrónica.
- Mantener archivo documental y trazabilidad de cuentas.
- Generar reportes periódicos de cartera e ingresos operativos.

Auxiliar Administrativo de Call Center y Agenda

Funciones de atención y coordinación operativa:

- Atender llamadas, canales digitales y solicitudes de usuarios.
- Programar, confirmar y reprogramar visitas domiciliarias.
- Coordinar agendas diarias con equipos asistenciales y logística.
- Actualizar bases de datos de pacientes y rutas operativas.
- Gestionar PQRS y seguimiento a satisfacción del usuario.
- Recordar citas, tratamientos y actividades programadas.
- Reportar incidencias de movilidad.

Apéndice F Inversión Inicial**Mobiliario administrativo y de apoyo clínico**

Categoría	Elemento	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Administrativo	Escritorio modular	4	\$ 650.000	\$ 2.600.000
Administrativo	Silla ergonómica	8	\$ 420.000	\$ 3.360.000
Administrativo	Archivador metálico 4 gavetas	2	\$ 780.000	\$ 1.560.000
Administrativo	Mesa de juntas 6 puestos	1	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000
Administrativo	Sillas interlocutor / espera	8	\$ 260.000	\$ 2.080.000
Clínico	Camilla de procedimientos	2	\$ 1.450.000	\$ 2.900.000
Clínico	Mesa de alistamiento clínico	2	\$ 850.000	\$ 1.700.000
Clínico	Carro de curaciones	2	\$ 980.000	\$ 1.960.000
Apoyo	Estantería metálica de almacenamiento	3	\$ 620.000	\$ 1.860.000
Apoyo	Silletería de capacitación y Bienestar	1	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Total mobiliario				\$ 21.020.000

Equipos biomédicos y kits clínicos portátiles

Categoría	Elemento	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Equipos básicos médicos	Tensiómetro aneroide	4	\$ 180.000	\$ 720.000
Equipos básicos médicos	Fonendoscopio	4	\$ 220.000	\$ 880.000
Equipos básicos médicos	Pulsioxímetro	4	\$ 185.000	\$ 740.000
Equipos básicos médicos	Glucómetro	4	\$ 145.000	\$ 580.000
Equipos básicos médicos	Termómetro digital	6	\$ 65.000	\$ 390.000
Equipos básicos médicos	Equipo de órganos	2	\$ 890.000	\$ 1.780.000
Equipos de soporte	Nebulizador portátil	3	\$ 210.000	\$ 630.000
Equipos de soporte	Succionador portátil	1	\$ 1.850.000	\$ 1.850.000
Equipos de soporte	Concentrador de oxígeno portátil	1	\$ 4.200.000	\$ 4.200.000
Equipos de soporte	Bala de oxígeno portátil	1	\$ 1.600.000	\$ 1.600.000
Equipos de soporte	Botiquín básico	2	\$ 1.350.000	\$ 2.700.000
Equipos de soporte	Báscula portátil	1	\$ 520.000	\$ 520.000
Apoyo operativo	Maletín médico domiciliario	5	\$ 280.000	\$ 1.400.000
Total equipos biomédicos				\$ 17.990.000

Tecnología, historia clínica electrónica y comunicaciones

Categoría		Elemento	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Computadores y tablets		Computador portátil administrativo	2	\$ 2.600.000	\$ 5.200.000
Computadores y tablets		Computador portátil clínico	2	\$ 3.000.000	\$ 6.000.000
Computadores y tablets		Tablet para HCE en campo	4	\$ 1.825.000	\$ 7.300.000
Software HCE		Licencia software HIS/HCE	1	\$10.000.000	\$ 10.000.000
Software HCE		Implementación y parametrización	1	\$ 2.000.000	\$2.000.000
Comunicaciones y red		Planes de datos móviles (líneas operativas)	5	\$ 720.000	\$ 3.600.000
Comunicaciones y red		Internet sede administrativa	1	\$ 2.400.000	\$ 2.400.000
Comunicaciones y red		Router empresarial y red local	1	\$ 2.300.000	\$ 2.300.000
Total tecnología					\$ 38.800.000

Adecuaciones, habilitación y alistamiento preoperativo

Categoría	Elemento	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Adecuaciones físicas	Adecuaciones locativas y señalización	1	\$ 9.500.000	\$ 9.500.000
Adecuaciones físicas	Pintura, divisiones livianas y red eléctrica	1	\$ 4.200.000	\$ 4.200.000
Habilitación legal	Constitución legal y registros	1	\$ 2.500.000	\$ 2.500.000
Habilitación legal	Trámites de habilitación, manuales y consultoría inicial	1	\$ 3.500.000	\$ 3.500.000
Insumos iniciales	Inventario inicial de EPP e insumos	1	\$ 6.800.000	\$ 6.800.000
Otros	Extintores, botiquines y demarcación	1	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Otros	Póliza inicial	1	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000
Otros	Diseño de imagen, papelería y página web	1	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000
Otros	Sala de juntas	1	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
Total preoperativo				\$ 33.800.000

Capital de trabajo mínimo de arranque

Concepto	Valor
Reserva para nómina fija y variable	\$ 27.720.000
Reserva para arrendamiento, servicios y movilidad	\$ 11.000.000
Reserva para insumos clínicos y EPP	\$ 9.280.000
Colchón de liquidez para desfase de cartera	\$ 12.000.000
Total capital de trabajo	\$ 60.000.000