

NOTA DE POLÍTICA

Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud para Mejorar el Control de la Hipertensión

Lecciones de la Reorganización del Sistema Público de Salud de Bogotá (2016–2018)

Resumen Ejecutivo

Entre 2016 y 2018, Bogotá implementó una reorganización profunda de su red pública de salud, orientada a la Atención Primaria en Salud (APS), a la cobertura territorial mediante subredes integradas, a la creación de Centros de Atención Prioritaria (CAPS) y a un modelo de pago global prospectivo con incentivos por desempeño. Un análisis cuasi-experimental en 443.344 personas con hipertensión mostró impactos clínicos y económicos significativos para la población del régimen subsidiado: más consultas ambulatorias, menos hospitalizaciones, reducción de revascularizaciones y terapia de reemplazo renal (diálisis), disminución de costos y mortalidad. Estos resultados brindan evidencia de que reorganizar sistemas fragmentados hacia modelos integrados de APS produce beneficios para las personas con enfermedades crónicas y para el sistema de salud. La experiencia de Bogotá constituye evidencia para políticas nacionales, distritales y locales, así como para organismos multilaterales que apoyan reformas en los sistemas de salud de países de ingresos medios.

Hallazgos Clave

- ✓ Este estudio proporciona **evidencia sobre los efectos de la reorganización del sistema de salud en Bogotá** en la atención de pacientes con hipertensión, una de las enfermedades crónicas con mayor carga de enfermedad en Colombia.
- ✓ **La reorganización de la red pública de salud en Bogotá** alrededor de la Atención Primaria en Salud **se asoció con mejoras en el acceso y la continuidad del cuidado**, evidenciadas por un **aumento** de aproximadamente **50 consultas ambulatorias por cada 1000 pacientes con hipertensión**.
- ✓ También se observó una **mejora en los resultados clínicos**, con una reducción de **hospitalizaciones** (~2 por 1000 pacientes), menos procedimientos de **revascularización miocárdica y terapia dialítica** (~1 por 1000 pacientes), y una disminución de la **mortalidad del 8%** tras la reorganización.
- ✓ La reforma se relacionó con **mejoras en la eficiencia del sistema**, reflejadas en una disminución de aproximadamente **0,56 millones de COP por paciente por semestre** en los costos totales de atención.
- ✓ La experiencia de Bogotá sugiere que fortalecer la APS e integrar redes de servicios puede mejorar resultados clínicos y económicos en enfermedades crónicas, aunque **su implementación requiere adaptación a las condiciones de cada territorio**.

El contexto

Antes de 2016, Bogotá enfrentaba importantes dificultades estructurales en su red pública de salud, incluyendo la inestabilidad financiera del principal asegurador del régimen subsidiado, la congestión en los servicios de atención y barreras persistentes para acceder oportunamente a la atención (1,2). Estas dificultades se desarrollaban en un sistema fragmentado y con baja articulación entre aseguradores y prestadores (3). En respuesta, entre 2016 y 2018 Bogotá implementó una reorganización de su red pública de salud orientada al fortalecimiento de la APS. La reforma incluyó la integración territorial mediante subredes, la creación de CAPS y la implementación de un modelo de pago global prospectivo con incentivos por desempeño basado en la remuneración integral de actividades como consultas, hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos.

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y una de las mayores causas de carga de enfermedad en Colombia. Afecta aproximadamente al 35–40% de los adultos, aunque cerca del 60% de las personas con hipertensión desconocen su condición (4). Esta enfermedad es un factor determinante en la aparición de infartos, accidentes cerebrovasculares y enfermedad renal, con mayor prevalencia en adultos mayores y en mujeres. El manejo adecuado de la hipertensión requiere controles periódicos, seguimiento clínico y continuidad en la atención (5). Sin embargo, en un contexto de congestión en urgencias y dificultades de acceso, estos procesos se interrumpían con frecuencia, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares y renales y generando altos costos para el sistema de salud (6).

Mapa de Bogotá

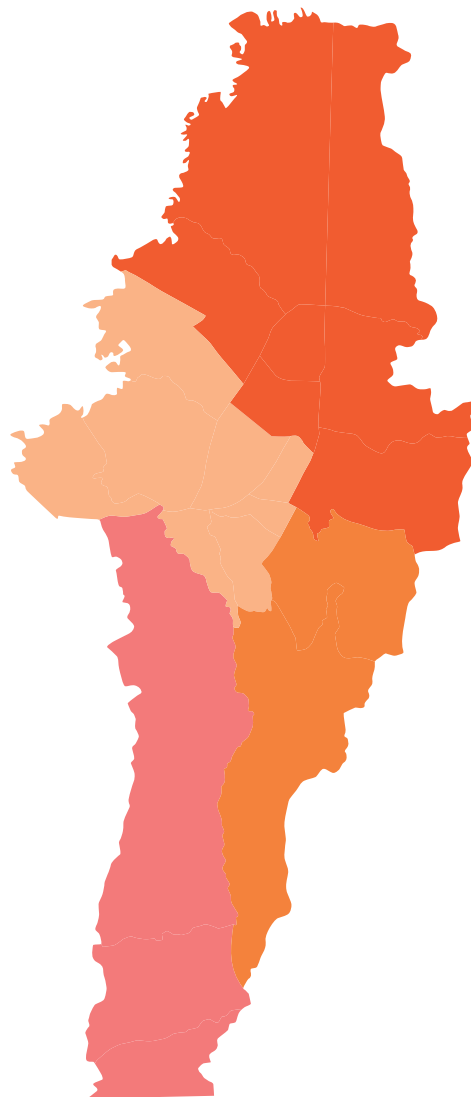


Figura 1. Las localidades de Bogotá se organizaron en cuatro subredes: Norte, Centro, Sur y Sur Occidente.

Por ello, resulta clave evaluar si la reorganización del sistema de salud en Bogotá logró mejorar la atención y los resultados en salud de pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión.

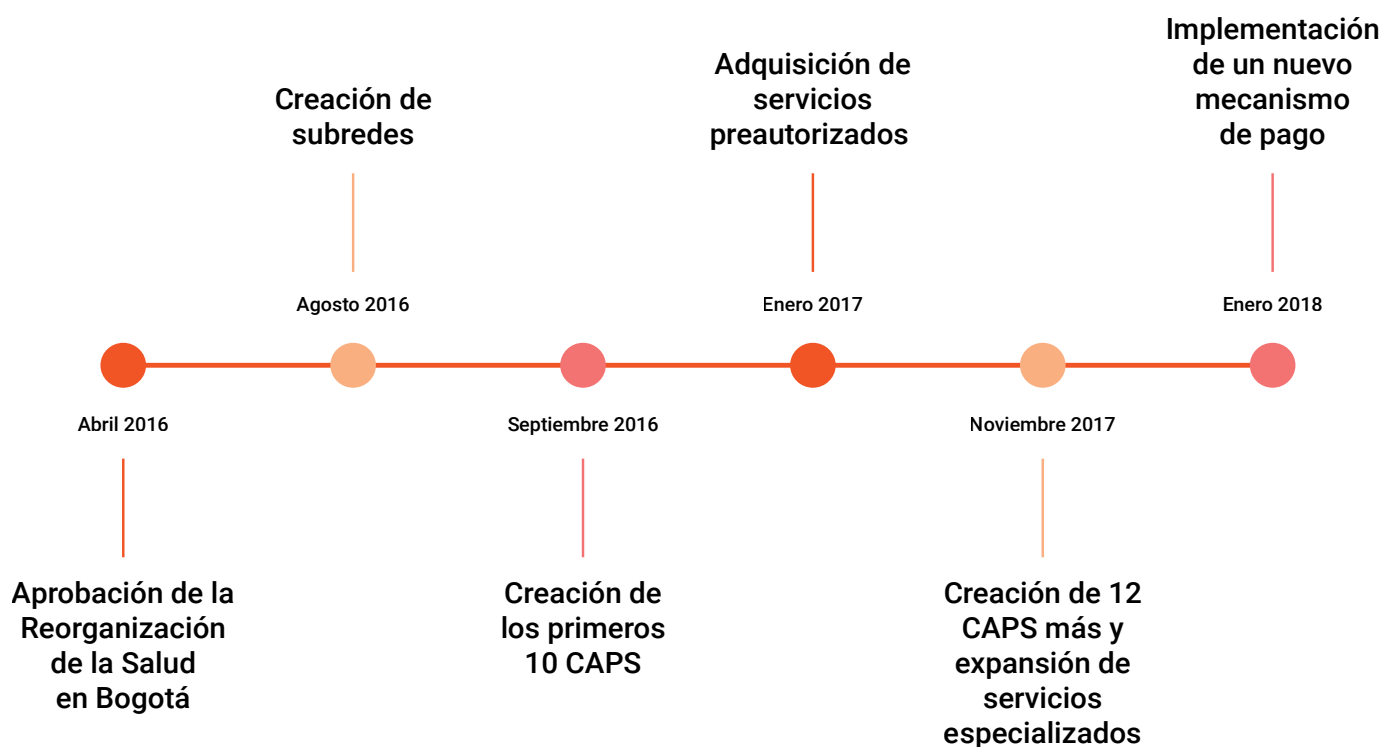


Figura 2. Línea de tiempo de los principales cambios de la reorganización del sistema de salud de Bogotá.

El estudio

Se analizó una cohorte retrospectiva de pacientes con hipertensión atendidos en Bogotá entre 2015 y 2018, utilizando datos administrativos del sistema de salud. El periodo incluyó una fase pre-intervención (2015–2016) y una post-intervención (2017–2018) tras la reorganización del sistema de salud en 2016. Para estimar el impacto de la reforma, se compararon los cambios en los desenlaces entre afiliados al régimen subsidiado (expuestos a la reorganización) y afiliados al régimen contributivo, que actuaron como grupo

de comparación. El análisis se realizó mediante un enfoque de diferencias en diferencias (DID) utilizando bases administrativas nacionales: la base de datos de Afiliados Únicos (Base de Datos Única de Afiliados, BDUA), la base de datos del Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (Base del Estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitación, UPC) y la base de datos del Registro Único de Afiliados (RUAF).

La evidencia

Los principales hallazgos fueron:

Mayor acceso y continuidad del cuidado en APS

Aumento de aproximadamente

50 consultas ambulatorias por semestre por cada 1000 pacientes ($p < 0,05$).



Reducción de eventos indicativos de mal control de la HTA

Disminución de aproximadamente

2 hospitalizaciones por cada 1000 pacientes con hipertensión



Reducción de procedimientos de revascularización miocárdica y terapia dialítica (≈ 1 por 1000 pacientes).

Impacto económico positivo

Reducción de aproximadamente

0,56 COP por paciente por semestre en costos totales de atención (≈ 152 USD).



Reducción de la mortalidad

Disminución de mortalidad en un

8% después de la reorganización



Los hallazgos de Bogotá muestran que **reorganizar la red pública alrededor de la APS puede mejorar resultados clínicos y económicos en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión**. Los efectos se encontraron en pacientes afiliados al régimen subsidiado, quienes tradicionalmente enfrentan mayores barreras de acceso.

Tasa de consultas ambulatorias según régimen en pacientes con HT

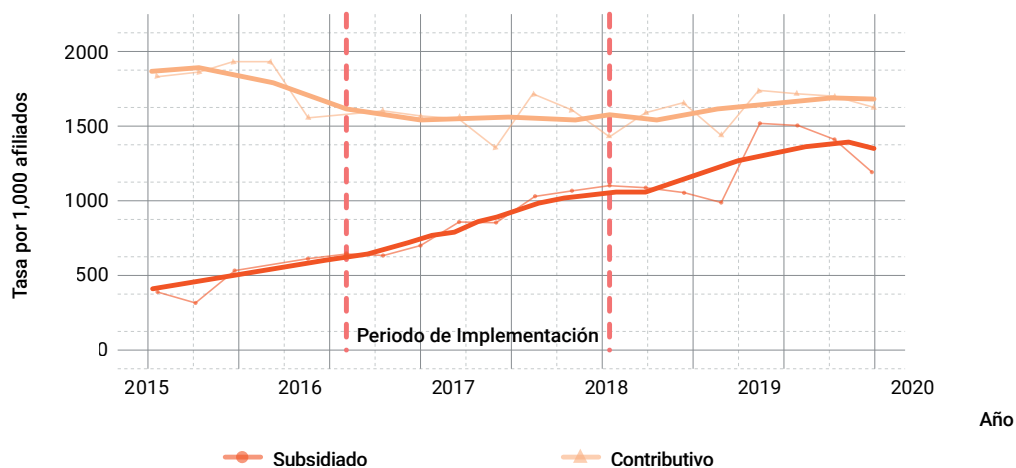


Figura 3. Tasa de consultas ambulatorias según régimen en pacientes con hipertensión arterial.

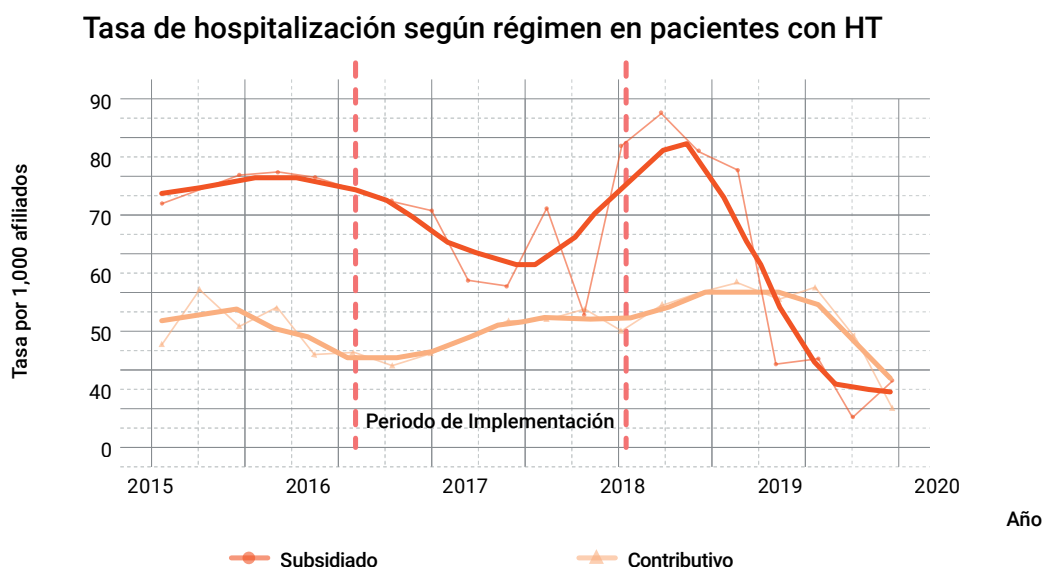


Figura 4. Tasa de hospitalización según régimen en pacientes con hipertensión arterial.

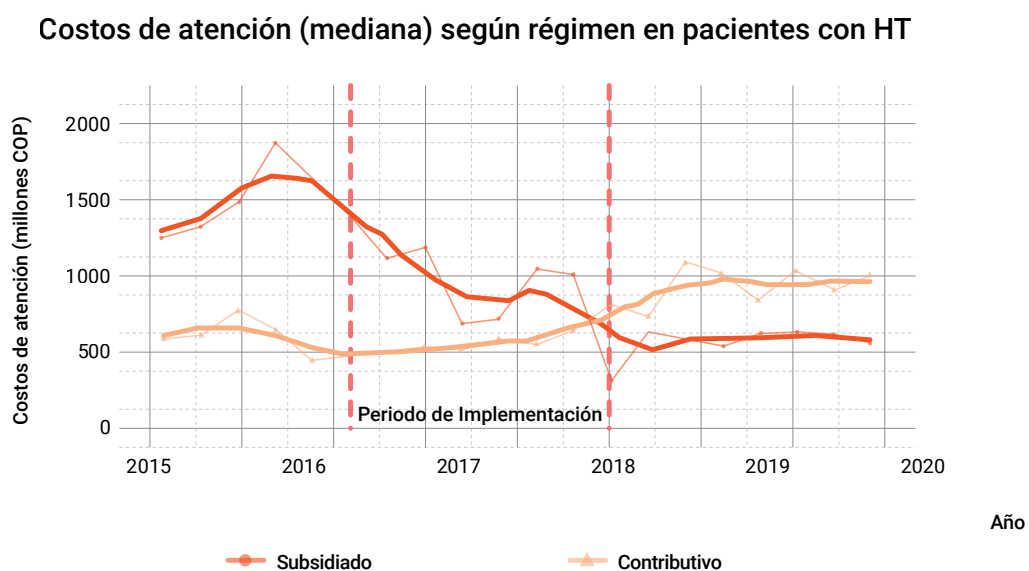


Figura 5. Costos de atención (mediana) según régimen en pacientes con hipertensión arterial.

Implicaciones para el sistema de salud

Aunque estos resultados se observaron en un contexto específico —caracterizado por una red pública amplia, un asegurador mayoritario (Capital Salud) y una reforma estructural respaldada políticamente— la experiencia de Bogotá ofrece aprendizajes relevantes para el fortalecimiento de la atención de enfermedades crónicas en otros territorios.

Para Bogotá y entidades territoriales con condiciones similares

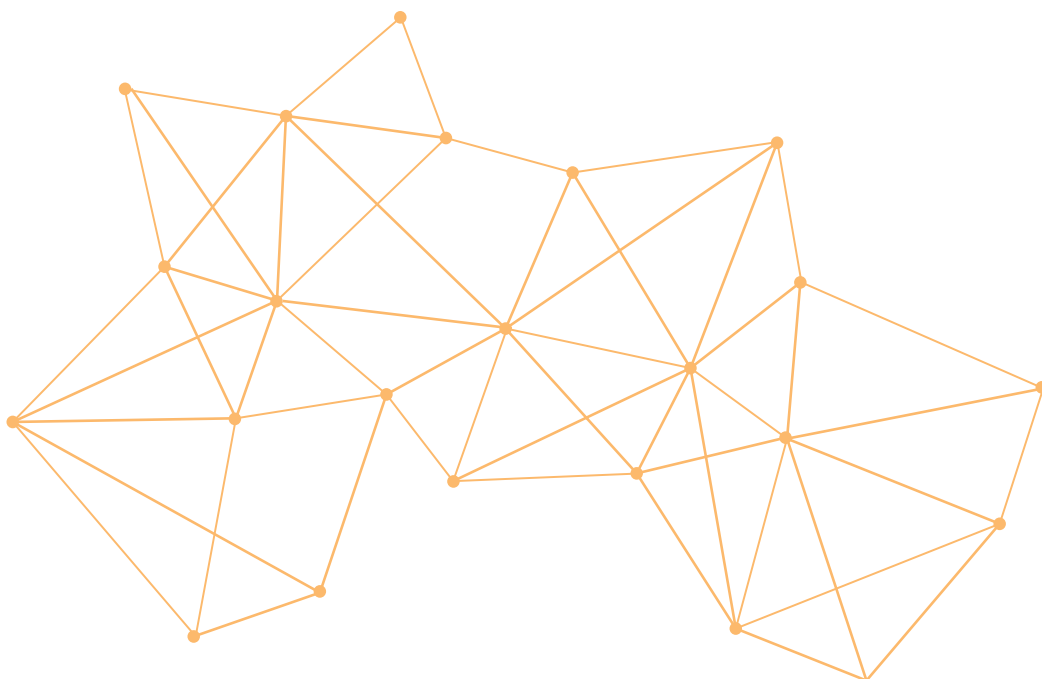
- El fortalecimiento de la **APS puede mejorar el control de condiciones crónicas, siempre que exista capacidad operativa y gobernanza local sólida.**
- Los **CAPS** pueden funcionar como puerta de entrada efectiva, pero **requieren disponibilidad de talento humano, infraestructura y mecanismos de referencia** claros.
- Los **modelos de pago prospectivo deben adaptarse a la estructura local** de prestadores y a la capacidad de seguimiento del desempeño.

Para otros territorios del país

- La experiencia de Bogotá no constituye una receta única, pero ofrece elementos útiles para orientar procesos de reorganización del sistema de salud.
- Antes de implementar reformas similares, los territorios deben evaluar:
 - ✓ la **capacidad y distribución de su red** de prestadores,
 - ✓ el **nivel de fragmentación** entre instituciones, y
 - ✓ la **capacidad de gestión del aseguramiento**,
- En territorios con redes públicas más limitadas, las estrategias pueden centrarse en fortalecer la **coordinación entre prestadores y los mecanismos de gestión del riesgo compartida.**

Para aseguradores y prestadores

- La **integración clínica y la coordinación entre niveles** pueden reducir eventos de alto costo y mejorar la atención de pacientes crónicos.
- No obstante, replicar los resultados exige **inversiones en APS, mecanismos de seguimiento poblacional y cambios en los flujos de atención.**



Recomendaciones

1. Evaluar la pertinencia de organizar redes integradas de APS en cada territorio

Antes de implementar reformas similares, los territorios deben realizar **diagnósticos territoriales** que permitan identificar dónde la integración de servicios puede generar mayor valor. Esto incluye evaluar la **estructura de la red de prestadores**, la presencia de **EPS locales**, la **capacidad resolutive** de la APS y las principales **brechas** en la atención de salud.

2. Asegurar condiciones mínimas para la implementación de reformas organizativas

La reorganización de redes requiere condiciones habilitantes que incluyan:

- **Diagnóstico previo** de la red y de las rutas de atención.
- Análisis de **factibilidad financiera** y de los retornos esperados.
- **Capacidad operativa y de gestión**, incluyendo talento humano y sistemas de información.
- **Coordinación** entre entidades territoriales, EPS y prestadores públicos y privados.

3. Fortalecer o crear puntos de acceso prioritario según la demanda local

Los CAPS fueron útiles en Bogotá; en otros territorios podrían evolucionar como:

- **centros de APS ampliada**,
- **unidades de atención** para pacientes con patologías crónicas,
- o **centros de referencia temprana**, según la oferta existente.

Estas estrategias deben priorizar poblaciones con mayores barreras de acceso y adaptarse a la capacidad instalada de cada territorio.

4. Ajustar gradualmente mecanismos de pago e incentivos

Los esquemas de pago prospectivo pueden mejorar la eficiencia y la coordinación de la atención, pero deben implementarse de manera gradual y adaptarse a las características del territorio, incluyendo:

- tamaño del mercado local,
- nivel de integración entre prestadores,
- capacidad de auditoría y supervisión.

Conclusión orientada a decisión

La experiencia de Bogotá sugiere que **reorganizar la red pública de servicios alrededor de la APS puede mejorar el control de enfermedades crónicas, reducir eventos de alto costo y aumentar la eficiencia del sistema**. Sin embargo, su implementación **requiere condiciones institucionales, operativas y financieras** que no están presentes en todos los territorios. Por ello, los tomadores de decisión deben evaluar cuidadosamente qué componentes del modelo pueden **adoptarse o adaptarse** según las características de cada sistema local de salud.

Autores

1. Daniela Sánchez-Santiesteban, MSc: Departamento de Epidemiología y Estadística, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Subdirección de Investigaciones, Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología. dansanchezsa@unal.edu.co [Autor de correspondencia]
2. Thomas Hone, Ph.D.: Public Health Policy Evaluation Unit, Imperial College London. t.hone@imperial.ac.uk
3. Christopher Millett, Ph.D.: Public Health Policy Evaluation Unit, Imperial College London. c.millett@imperial.ac.uk
4. Giancarlo Buitrago, Ph.D.: Departamento de Epidemiología y Estadística, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Subdirección de Investigaciones, Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología. gbuitragog@unal.edu.co

Cita sugerida: Sánchez-Santiesteban D., Hone T., Millett C., Buitrago G. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud para Mejorar el Control de la Hipertensión: lecciones de la Reorganización del Sistema Público de Salud de Bogotá (2016–2018). Nota de política. 2026

Agradecimientos

Al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia por facilitar el acceso al Registro Único de Afiliados (RUAF). Al Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia por su apoyo técnico y administrativo.

Referencias

1. Consejo de Bogotá. Acuerdo 641 de 2016. Por el cual se efectúa la Reorganización del sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, Se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. [Internet]. 2016 [cited 2023 May 15]. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Acuerdo_641_de_20166.pdf
2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Todo lo que debe saber sobre la Reorganización del Sector Salud en Bogotá [Internet]. [cited 2023 Sep 25]. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Reorg_Sector_Salud.aspx
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2010.
4. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021. Bogotá D.C; 2022.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica: Hipertensión arterial primaria [Internet]. 2013. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_HTA.pdf
6. Zurique Sánchez MS, Zurique Sánchez CP, Camacho López PA, Sanchez Sanabria M, Hernández Hernández SC. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia: Revisión sistemática y meta-análisis. Acta Médica Colomb. 2019 Sep 30;44(4). doi:10.36104/amc.2019.1293

Esta investigación hace parte del proyecto *Health Financing Fragmentation and UHC in Brazil, Colombia, Mexico and India*. <https://hs-fragmentation.org/> que contó con financiamiento del *National Institute for Health Research* del Reino Unido (NIHR150067).

Institución líder internacional:

IMPERIAL

Institución líder en Colombia:



Financiador:



Entidades aliadas en Colombia:



Entidades ejecutoras en el exterior:

