

NOTA DE POLÍTICA

¿Cubrimiento universal, acceso desigual?

Efectos redistributivos de la igualación del Plan de Beneficios en Salud en Colombia

Resumen Ejecutivo

En 2013, Colombia unificó el Plan de Beneficios en Salud (PBS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, equiparando formalmente sus prestaciones. Este proceso respondió al mandato de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional (2008)¹, que declaró inconstitucional la desigualdad entre planes. Usando datos administrativos del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) para el período 2011–2015 —cubriendo cerca del 95% de la población—, el estudio evalúa el impacto de esa reforma mediante un diseño de diferencias en diferencias. Los resultados muestran que el uso de procedimientos recién incluidos creció significativamente en el régimen subsidiado —especialmente diagnósticos—, mientras que disminuyó en el régimen contributivo. Esto sugiere una redistribución del acceso antes que una expansión neta de la capacidad del sistema.

El contexto

En 1993, la Ley 100 estableció en Colombia un sistema de salud de competencia regulada con dos regímenes de aseguramiento: el Contributivo (RC), financiado con aportes de trabajadores formales, y el Subsidiado (RS), dirigido a población de bajos ingresos con subsidios estatales¹. Desde su creación, ambos regímenes operaron con planes de beneficios distintos: el RS ofrecía un paquete más limitado, incluyendo diferencias en el acceso a medicamentos y procedimientos, generando inequidades persistentes.

En 2008, la Corte Constitucional emitió la Sentencia T-760, que ordenó la igualación gradual de los planes de beneficios

Hallazgos Clave

- ✓ El **número de usuarios de procedimientos recién incorporados** al PBS creció entre **24% y 56%** en el **régimen subsidiado** entre 2012 y 2015.
- ✓ El **régimen contributivo** experimentó una **reducción** simultánea de **16%–26%** en el uso de esos **mismos procedimientos**, un patrón consistente con **sustitución** en un sistema con restricciones de oferta.
- ✓ La **cobertura geográfica mejoró**: hasta **106 municipios adicionales** comenzaron a usar procedimientos nuevos en el régimen subsidiado hacia 2014.
- ✓ Los **efectos positivos** se concentraron en **procedimientos diagnósticos**; no se encontraron efectos significativos para intervenciones terapéuticas.
- ✓ **Ampliar el PBS sin inversión en capacidad de oferta** puede generar **redistribución** entre grupos, **no mejoras sistémicas de acceso**.

y su actualización periódica². El proceso culminó en 2013 con la unificación bajo un único PBS, acompañada de un incremento sustancial en las transferencias per cápita al RS: de 64% del valor del RC en 2012 a 89% en 2013.

A pesar de su relevancia, el impacto real de esta reforma en el uso de servicios, la distribución geográfica del acceso y la posible competencia por recursos entre regímenes permaneció poco estudiado a nivel nacional. Estudios previos habían explorado aspectos parciales de la reforma^{3,4,5}, pero sin capturar sus efectos estructurales completos.

El estudio

Período: 2011–2015

Datos: RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios)
— ~95% de la población colombiana.

Método: Diferencias en diferencias (DiD) comparando procedimientos recién incluidos vs. ya cubiertos, antes y después de la reforma.

Unidad de análisis: procedimiento × régimen × trimestre

Heterogeneidad explorada:

- Costo del procedimiento
- Difusión geográfica previa
- Tipo clínico: diagnóstico vs. terapéutico

La evidencia

1. Más usuarios en el régimen subsidiado

Tras la reforma, el **número de usuarios de procedimientos recién incorporados al PBS creció de forma sostenida en el RS: 24% en 2012, 35% en 2013, 48% en 2014 y 43% en 2015** (todos estadísticamente significativos, $p < 0,01$). En contraste, la frecuencia de uso por usuario disminuyó, lo que indica que la reforma **incorporó nuevos usuarios**, más que intensificar la atención de quienes ya recibían servicios. Este patrón es consistente con una demanda latente liberada al otorgarse cobertura formal.

2. Reducción simultánea en el régimen contributivo

El RC experimentó una **reducción significativa en el uso de los mismos procedimientos: -16% en 2012, -26% en 2013 y -21% en 2014**. La Figura 1 ilustra esta divergencia mediante estimaciones de estudio de eventos: mientras el RS muestra una tendencia positiva y sostenida desde 2013, el RC exhibe la trayectoria contraria.

Este patrón es consistente con sustitución en un sistema con restricciones de oferta: la ampliación del acceso para la población subsidiada puede haberse producido, en parte, a costa de la población contributiva.

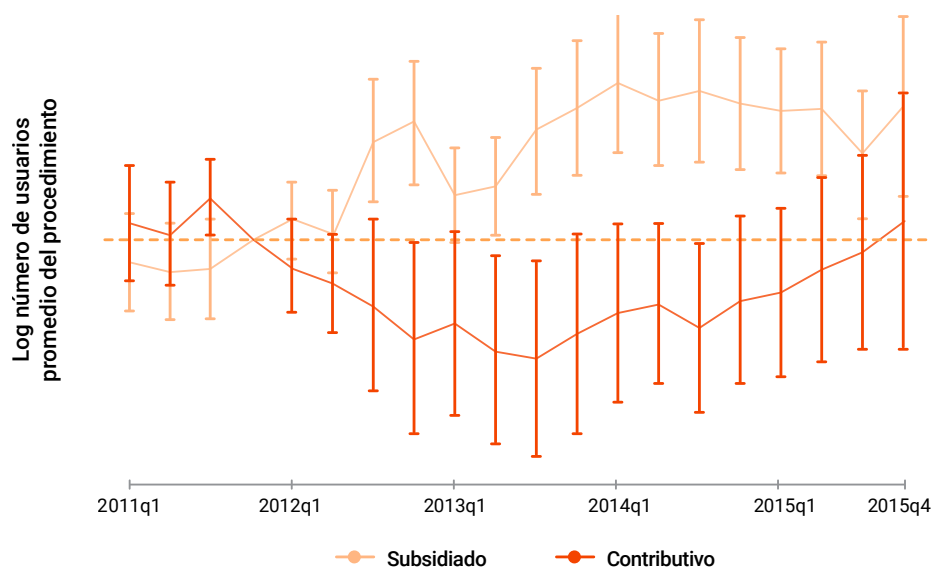


Figura 1. Estimaciones de estudio de eventos del impacto de la igualación del PBS sobre el número de usuarios de procedimientos recién incluidos (en logaritmos). El período de referencia es 2011 T3. Se reportan estimaciones separadas para los regímenes subsidiado y contributivo. El modelo incluye efectos fijos por procedimiento y trimestre. Las líneas verticales indican intervalos de confianza al 95%, con errores estándar en clúster a nivel de procedimiento.

3. Expansión geográfica del acceso

La reforma **amplió la disponibilidad geográfica en el RS: hasta 106 municipios adicionales** comenzaron a usar procedimientos recién incluidos en 2014, con un **incremento de 1,7 departamentos en promedio**. El RC, en contraste, registró **reducción en su cobertura municipal**.

Este resultado es especialmente relevante dado que el RS es el régimen dominante en zonas rurales y municipios con menor desarrollo.

4. Diagnósticos sí; tratamientos, no tanto

El análisis por tipo de procedimiento revela que **los efectos positivos en el RS se concentran en procedimientos diagnósticos**, sin efectos estadísticamente significativos para intervenciones terapéuticas.

Esto apunta a que la reforma amplió el acceso a la detección de enfermedades sin que siempre existiera la capacidad instalada para proveer los tratamientos correspondientes.

5. Sin diferencias por costo ni difusión previa

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el costo del procedimiento ni su nivel de difusión geográfica antes de la reforma.

La expansión benefició tanto a procedimientos costosos como económicos, y tanto a tecnologías ampliamente usadas como a aquellas con penetración limitada.

Recomendaciones e implicaciones de política

1. Acompañar expansiones del PBS con inversión en oferta

La evidencia muestra que **ampliar los derechos formales sin aumentar la capacidad del sistema genera redistribución entre grupos, no mejoras netas**. Los tomadores de decisión deben **mapear la disponibilidad de prestadores y tecnologías antes de ampliar coberturas**, y **programar inversiones simultáneas en infraestructura y recurso humano**.

2. Fortalecer la ruta de atención integral: diagnóstico y tratamiento

Los resultados apuntan a que **la reforma abrió puertas de entrada al sistema, pero no siempre las rutas de atención completas**. Las **políticas de expansión deben contemplar explícitamente el acceso a tratamiento y seguimiento, no solo el diagnóstico**.

3. Monitorear el acceso diferencial por régimen

La posible sustitución entre regímenes amerita **monitoreo continuo del acceso y la utilización por tipo de aseguramiento**. Indicadores de uso por régimen, tipo de procedimiento y municipio deben incorporarse en los sistemas de seguimiento del sistema de salud.

4. Priorizar el fortalecimiento de la oferta en zonas rurales

El impacto geográfico positivo del RS sugiere que **las reformas de igualación pueden reducir barreras de acceso territorial donde el régimen subsidiado es predominante**. Sin embargo, **los beneficios se limitarán si la infraestructura sanitaria en esos territorios sigue siendo insuficiente**.

Autores

1. Giancarlo Buitrago — Economista de la salud, Universidad Nacional de Colombia / HUN.
gbuitragog@unal.edu.co
2. Sandra Camacho — Investigadora, Universidad Nacional de Colombia. sandramcamachor@gmail.com
3. Diana Pinto — Economista de la salud, Universidad Nacional de Colombia. dmpinto@gmail.com
4. Paul Rodríguez-Lesmes — Profesor, Escuela de Economía, Universidad del Rosario.
paul.rodriguez@urosario.edu.co
5. Thomas Hone — Investigador, Imperial College London.
t.hone@imperial.ac.uk

Cita sugerida: Buitrago G., Camacho S., Pinto D., Rodríguez-Lesmes P., Hone T. ¿Cubrimiento universal, acceso desigual? Efectos redistributivos de la igualación del Plan de Beneficios en Salud en Colombia. Nota de política. 2025

Agradecimientos

Daniel Segura y Juan Nicolás Rico (asistencia de investigación).

Referencias

1. Giedion, U. and M. Villar (2009). Colombia's universal health insurance system. *Health Affairs* 28 (3), 853–863.
2. Yamin AE, Parra-Vera O (2011). How do courts set health policy? The case of the Colombian Constitutional Court. *Health and Human Rights Journal* 13, 1–15.
3. Espinosa O et al. (2025). The impact of periodic updates to health benefit plans: Access gains without cost savings? *International Journal of Health Economics and Management*.
4. Nuñez J et al. (2015). Evaluación de resultados e impacto de la unificación del Plan Obligatorio de Salud. Bogotá: DNP.
5. Rosero A (2024). Generosity vs. Sustainability: The Case of the Colombian Health System in Bogotá. Tesis doctoral, Universidad de los Andes.

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:

