

NOTA DE POLÍTICA

¿Qué efectos tienen las reformas a políticas de salud?

Evaluaciones a reformas en el ámbito nacional y local en Colombia

Desde su creación en 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido objeto de reformas en diferentes niveles y con diversos alcances. Entre ellas, reformas a los planes de beneficios, a la cobertura del aseguramiento y a la organización de la prestación de servicios¹⁻⁴.

¿Qué evidencia hay sobre los efectos de estas reformas para la salud de las personas y para el sistema?

En el contexto de las **reformas actuales del sistema de salud**, se requiere información actualizada sobre los efectos de modificaciones anteriores, para identificar aciertos, consecuencias no deseadas y oportunidades de mejora.

A través de **cuatro estudios**, buscamos aportar a esa discusión a través de la evaluación de las siguientes reformas de los **ámbitos nacional y local**:

Nacional

1. La unificación de los Planes de Beneficios en Salud (PBS) de los regímenes subsidiado y contributivo (2013)¹



2. La ampliación del seguro subsidiado a mujeres migrantes venezolanas (2016)²



Local

3. La reorganización de la red pública de salud en Bogotá (2016-2018)³



4. La implementación de la Ruta Integral de Atención Cardio-cerebro-vascular (RIA-CCV) y metabólica en Bogotá (2016)⁴



Los estudios

1. Efectos de la igualación de Planes de Beneficios en Salud (PBS)

Evaluamos el impacto de la reforma en el uso de servicios, la distribución geográfica del acceso y la posible competencia por recursos entre regímenes.

Fuente: datos administrativos del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) para el período 2011–2015.

Análisis: diferencias en diferencias (DiD).

2. Ampliación de cobertura a mujeres migrantes

Evaluamos si esa política mejoró la utilización de la atención prenatal y los resultados de salud infantil.

Estudio de cohorte retrospectivo nacional

Fuente: datos del Registro Único de Afiliados (RUAF), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Análisis: diferencias en diferencias (DiD) y diferencias en diferencias en diferencias (DDD).

3. Impacto de reorganización de la red en Bogotá

Evaluamos si la reorganización del sistema de salud en Bogotá logró mejorar la atención y los resultados en salud de pacientes con hipertensión.

Cohorte retrospectiva de pacientes con hipertensión arterial.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), Base del Estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitalización, UPC y el Registro Único de Afiliados (RUAF)

Análisis: diferencias en diferencias (DiD)

4. Percepciones de pacientes sobre la atención de la RIA-CCV en Bogotá

Estudiamos cómo las personas con hipertensión y/o diabetes perciben y experimentan la atención en salud en la RIA-CCV en dos redes de prestación de servicios de salud en Bogotá.

Cohorte prospectiva de pacientes

Fuente: durante 2024-2025 realizamos encuestas e hicimos seguimiento a 1.260 pacientes, complementadas con historias clínicas, registros administrativos y datos sobre la organización de las redes de atención.

Análisis: Descriptivos y bivariados.

La evidencia

1. Efectos de la igualación de Planes de Beneficios en Salud (PBS)

- El **uso** de procedimientos recién incluidos —especialmente diagnósticos— **creció significativamente** en el **régimen subsidiado** pero **disminuyó** en el **régimen contributivo**.
- La reforma **amplió la disponibilidad geográfica** de procedimientos recién incluidos **en el régimen subsidiado**. El régimen contributivo registró reducción en su cobertura municipal.

2. Ampliación de cobertura a mujeres migrantes

- **Aumentó significativamente la utilización de la atención prenatal** entre las **madres migrantes** que se inscribieron, **especialmente** aquellas con **menor nivel educativo**.
- **No se observaron reducciones** grandes ni sostenidas en la **mortalidad infantil**.

3. Impacto de reorganización de la red en Bogotá

- **Impactos clínicos y económicos significativos** para la población del régimen subsidiado: **más consultas** ambulatorias, **menos hospitalizaciones**, **menos revascularizaciones y diálisis**, **menor mortalidad y menores costos**.

4. Percepciones de pacientes sobre la atención de la RIA-CCV en Bogotá

- Los pacientes perciben un sistema con **alto acceso y coordinación**, pero con **cuidado fragmentado y poco centrado** en el **paciente**.
- Reportaron **fallas en la entrega de medicamentos**, en servicios digitales y en la participación de un **equipo interdisciplinario** (nutrición, educación, enfermería y psicología).

Las implicaciones

¿Ampliar los beneficios mejora la salud?

- Ampliar el Plan Básico de Salud sin inversión en capacidad de oferta puede generar redistribución entre grupos, pero no mejoras sistémicas de acceso.
- La integración formal de los migrantes en el sistema nacional de salud puede contribuir a reducir desigualdades en el acceso a salud materno-infantil, pero no necesariamente impactar la mortalidad infantil en un contexto donde la atención de urgencias y el parto ya estaban garantizados.

¿Qué efectos tiene reorganizar la prestación de servicios en redes integradas?

- Reorganizar la red pública de servicios alrededor de la Atención Primaria en Salud puede mejorar el control de enfermedades crónicas como la hipertensión, reducir eventos de alto costo y aumentar la eficiencia del sistema.

¿Qué tanto se logra una atención integrada en la RIA-CCV?

- Los pacientes acceden a servicios y la coordinación clínica funciona bien. Sin embargo, el cuidado sigue fragmentado, con fallas en la continuidad y con una débil atención centrada en el paciente.

Recomendaciones

1. Acompañar expansiones del Plan Básico de Salud con inversión en oferta:

- **Mapear la disponibilidad de prestadores y tecnologías** antes de ampliar coberturas, y programar **inversiones simultáneas** en infraestructura y recurso humano.
- Contemplar explícitamente el acceso a **tratamiento y seguimiento**, no solo el diagnóstico.

2. Mantener y fortalecer los mecanismos de inscripción de migrantes en el régimen subsidiado, garantizando su acceso efectivo a la atención prenatal de calidad desde el inicio del embarazo:

- Implementar **estrategias activas de identificación y captación** para migrantes gestantes no aseguradas y diseñar **estrategias diferenciadas** para migrantes con **menor nivel educativo**.
- Articular la reforma de aseguramiento con intervenciones dirigidas a **mejorar la calidad de la atención** prenatal y los procesos del parto, para ampliar el impacto en supervivencia infantil.

3. Realizar diagnósticos territoriales para identificar dónde la integración de servicios en red puede generar mayor valor:

- **Evaluar** la estructura de la red de prestadores, la presencia de aseguradores locales, la capacidad resolutoria de la APS y las principales brechas en la atención de salud.
- **Asegurar condiciones mínimas para la implementación de reformas organizativas:** factibilidad financiera, capacidad operativa y de gestión (talento humano y sistemas de información), coordinación entre entidades territoriales, EAPB y prestadores públicos y privados.
- **Ajustar gradualmente** mecanismos de pago e incentivos.

4. Fortalecer la atención integrada requiere incorporar procesos que mejoren la continuidad y la experiencia del paciente:

- Fortalecer el **rol de enfermería y del equipo de apoyo** para mejorar el seguimiento, la relación con el paciente y su capacidad de autocuidado.
- Usar el **plan de atención como herramienta central del cuidado**, asegurando que todos los pacientes cuenten con **metas claras y seguimiento definido**.
- Mejorar la **entrega de medicamentos**, combinando acciones inmediatas con **ajustes** futuros en la **provisión** y en los **incentivos**.
- La **salud digital centrada en el paciente** puede fortalecer la integración del cuidado al apoyar la autogestión y la coordinación clínica.
- Recolectar sistemáticamente **indicadores de la experiencia** de los pacientes para monitorear los avances.

Para mayor información sobre los estudios, consulte las notas de política de cada estudio aquí:



Autores

Diana Pinto¹; Giancarlo Buitrago^{1,2,4}; Paul Rodríguez-Lesmes³; Daniela Sánchez-Santesteban^{1,4}; Sandra Camacho¹; Oscar Espinosa⁵; Valeria Bejarano⁵; Nicolle Quintero-Motta¹; Juan Sebastián Castillo^{1,2}; Thomas Hone⁶; Christopher Millett⁶; Javier Eslava-Schmalbach¹; Carol Guarnizo-Herreño⁷.

¹Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; ²Hospital Universitario Nacional de Colombia; ³Universidad del Rosario; ⁴Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología; ⁵Economic Models and Quantitative Methods Research Group, Universidad Nacional de Colombia; ⁶Imperial College London; ⁷Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.

Referencias

1. 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
2. CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Bogotá; 2018.
3. 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
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Bogotá: MSPS; 2016–2018.

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:

