



ADRES



Adaptación del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011) en Colombia, 2025

Distribución funcional del consumo sanitario en Colombia

Documento 1 de la serie | Año de referencia 2025

Innovación y Analítica – ADRES
Agosto, 2026



Nota de la serie

Este documento forma parte de una serie de tres estudios derivados de la primera adaptación integral del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011) en Colombia. El documento 1 construye la línea de base funcional y poblacional del consumo sanitario registrado. El documento 2 relacionará esta estructura con los recursos movilizados y desarrollará el análisis funcional del gasto. El documento 3 examinará la composición demográfica de los patrones de consumo y sus diferencias territoriales. La secuencia es metodológicamente acumulativa: la caracterización funcional constituye la base para interpretar posteriormente el gasto y para analizar las variaciones demográficas y territoriales del consumo.

Tabla de contenido

Listado de abreviaturas	5
Resumen ejecutivo	6
1. Introducción	7
2. Marco conceptual y analítico	8
2.1. La perspectiva funcional del Sistema de Cuentas de Salud	8
2.2. El consumo de bienes y servicios de salud según su propósito	9
2.3. Historia natural de la enfermedad y diferenciación funcional	11
2.4. Funciones incluidas en el análisis	13
2.5. De las funciones registradas a las configuraciones funcionales de los pacientes	16
2.6. Alcance interpretativo	18
3. Materiales y métodos	20
3.1. Fuente de información, diseño y población de estudio	20
3.2. Variables y construcciones analíticas	21
3.3. Estrategia analítica	21
4. Resultados	22
4.1. Alcance de las funciones en el universo analítico	22
4.2. Distribución de los pacientes por configuraciones funcionales	23
4.3. Número de funciones registradas: exclusividad y combinación funcional	25
4.4. Composición de las configuraciones dentro de cada función	25

4.5. Coexistencia pareada entre funciones	27
4.6. Concentración de la distribución de configuraciones	29
5. Discusión	30
5.1. Una primera caracterización de la configuración funcional del consumo sanitario registrado en Colombia	30
5.2. La atención curativa como centro estructurante del consumo funcional registrado	31
5.3. La coexistencia entre atención preventiva y atención curativa	32
5.4. Rehabilitación y atención de larga duración: menor alcance y elevada inserción funcional	33
5.5. Una estructura formalmente diversa, pero empíricamente concentrada	34
5.6. Contribución analítica: primera línea de base funcional y poblacional del consumo sanitario en Colombia	35
5.7. Limitaciones del estudio	38
5.8. Síntesis interpretativa	39
6. Conclusiones	40
7. Referencias bibliográficas	41

Lista de tablas

Tabla 1. Síntesis de las funciones analizadas	22
Tabla 2. Coexistencia pareada entre funciones	41



Lista de figuras

Figura 1. Historia natural de la enfermedad y propósito de los bienes y servicios de salud	17
Figura 2. Alcance de las funciones HC en el universo analítico, Colombia,	34
Figura 3. Distribución de los pacientes por configuraciones funcionales.....	35
Figura 4. Número de funciones registradas: exclusividad y combinación funcional	37
Figura 5. Composición de las configuraciones dentro de cada función	40
Figura 6. Coexistencia direccional entre funciones.....	41
Figura 7. Concentración de la distribución de configuraciones funcionales	43

Listado de abreviaturas

Concepto	Definición
ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
FEV	Factura Electrónica de Venta en Salud
FEV-RIPS	Articulación de la Factura Electrónica de Venta en Salud y los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
HC	Clasificación de funciones de salud
HC1	Atención curativa
HC2	Atención de rehabilitación
HC3	Atención de larga duración
HC4	Servicios auxiliares no especificados por función
HC5	Bienes médicos no especificados por función
HC6	Atención preventiva
HC7	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud
HF	Clasificación de esquemas de financiación
HP	Clasificación de proveedores de atención de salud
ICHA-HC	Clasificación Internacional de las Funciones de Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
SHA 2011	Sistema de Cuentas de Salud 2011
SIIFA	Sistema Integrado de Información Financiera y Asistencial

Resumen ejecutivo

Este estudio presenta el primer desarrollo empírico de la dimensión funcional (HC) del Sistema de Cuentas de Salud 2011 aplicado a registros individualizados del sistema de salud colombiano. Su propósito es caracterizar cómo se distribuyó el consumo sanitario registrado entre la atención curativa (HC1), la atención de rehabilitación (HC2), la atención de larga duración (HC3) y la atención preventiva (HC6), y establecer de qué manera estas funciones coexistieron dentro de los pacientes atendidos durante 2025.

La fuente de información es la base de Pacientes Únicos construida a partir del ecosistema FEV–RIPS. El universo general comprende 39.523.475 pacientes únicos. El universo analítico quedó conformado por 39.518.334 personas con al menos una atención clasificada en HC1, HC2, HC3 o HC6. Cada paciente fue contabilizado una sola vez y clasificado según la presencia anual de las cuatro funciones. A partir de esta información se construyeron 15 configuraciones funcionales exactas y mutuamente excluyentes.

La atención curativa presentó el mayor alcance: estuvo registrada en 36.553.120 pacientes, equivalentes al 92,50 % del universo analítico. La atención preventiva comprendió 22.384.389 pacientes (56,64 %), la rehabilitación 1.978.958 (5,01 %) y la atención de larga duración 104.682 (0,26 %). Las configuraciones HC1 + HC6 y HC1 exclusiva reunieron, en conjunto, el 87,42 % de los pacientes; al incorporar HC6 exclusiva, la participación acumulada ascendió al 94,79 %. Las cinco configuraciones más frecuentes concentraron el 99,61 % del universo.

El 49,15 % de los pacientes registró una sola función y el 50,85 % presentó dos o más. Sin embargo, la combinación funcional se concentró principalmente en configuraciones de dos funciones, especialmente HC1 + HC6. La rehabilitación y la atención de larga duración aparecieron casi siempre acompañadas por otras finalidades: el 98,64 % de los pacientes de HC2 y el 98,62 % de los pacientes de HC3 registraron al menos otra función. La coexistencia fue marcadamente asimétrica debido al tamaño desigual de los universos funcionales.

Los resultados establecen la primera línea de base funcional y poblacional del consumo sanitario registrado en Colombia. Esta línea de base permite incorporar explícitamente a la población y a las finalidades de la atención dentro de la comprensión del gasto y crea las condiciones para articular posteriormente las funciones (HC), los proveedores (HP) y los esquemas de financiación (HF). Los

hallazgos describen presencia funcional entre pacientes; no miden intensidad, frecuencia, calidad, gasto, necesidades satisfechas ni integración asistencial. Estas dimensiones corresponden a los desarrollos posteriores de la serie.

Palabras clave: Sistema de Cuentas de Salud; SHA 2011; funciones de salud; consumo sanitario; pacientes únicos; FEV–RIPS; Colombia.

1. Introducción

La información administrativa de los sistemas de salud suele analizarse a partir del volumen de consultas, procedimientos, hospitalizaciones, medicamentos y demás bienes y servicios utilizados por la población. Esta aproximación permite cuantificar la actividad asistencial, pero ofrece una comprensión limitada de la finalidad que cumplen esos servicios dentro del proceso de atención. El componente funcional del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011) introduce una perspectiva diferente: clasifica los bienes y servicios de acuerdo con el propósito sanitario de su consumo y permite establecer cómo se organiza el consumo entre funciones como la atención curativa, la rehabilitación, la atención de larga duración y la prevención (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

Esta distinción es relevante porque los pacientes no necesariamente interactúan con el sistema mediante una única función. Una misma persona puede registrar durante el año servicios orientados al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, acciones preventivas, intervenciones de rehabilitación o atenciones dirigidas al mantenimiento de su funcionalidad. Por consiguiente, el análisis aislado de cada función resulta insuficiente para comprender la organización del consumo sanitario. Es necesario identificar tanto el alcance de las funciones entre los pacientes como las configuraciones que se forman cuando dos o más de ellas aparecen en el registro anual de una misma persona.

En Colombia, este abordaje forma parte de la primera adaptación integral del SHA 2011. Su viabilidad se apoya en la maduración reciente del ecosistema de información del sector salud. El modelo FEV–RIPS permite vincular las transacciones sanitarias con las personas, los bienes y servicios suministrados y los prestadores involucrados, mientras que SIIFA amplía la capacidad de identificar los flujos y mecanismos de financiación. Esta infraestructura crea las condiciones para hacer operativa la arquitectura triaxial de consumo (HC), provisión (HP) y financiación (HF). El presente documento se concentra en el primer desarrollo

empírico de la dimensión funcional (HC), a partir de una base nacional de pacientes únicos clasificados según las funciones registradas durante 2025.

Este documento constituye el primero de una serie de tres estudios derivados de esa adaptación. El primero construye la línea de base funcional y poblacional del consumo sanitario registrado, mediante la identificación del alcance de las funciones HC y de las configuraciones que estas conforman entre los pacientes. El segundo relacionará esta estructura funcional con los recursos movilizados y desarrollará el análisis del gasto. El tercero examinará cómo los patrones de consumo se distribuyen según la estructura demográfica de la población y cómo se diferencian entre los territorios. Los tres documentos siguen una lógica metodológicamente acumulativa: la caracterización funcional constituye la base para interpretar posteriormente el gasto y para analizar las diferencias demográficas y territoriales del consumo.

El universo analítico de este primer documento está conformado por 39.518.334 pacientes únicos que registraron al menos una atención clasificada en atención curativa (HC1), atención de rehabilitación (HC2), atención de larga duración (HC3) o atención preventiva (HC6). Estas cuatro funciones constituyen el núcleo sustantivo del análisis. Las partidas debajo de la línea, identificadas durante el procesamiento como HC_PDL, se reconocen como parte de la clasificación aplicada, pero no se incorporan como una dimensión independiente debido a su participación marginal. Cuando HC_PDL coexistía con alguna de las cuatro funciones estudiadas, la configuración del paciente se reconstruyó exclusivamente a partir de HC1, HC2, HC3 y HC6.

La pregunta que orienta este documento es la siguiente:

¿Cómo se organiza el consumo de bienes y servicios de salud entre las funciones HC1, HC2, HC3 y HC6 de los pacientes atendidos en el sistema de salud colombiano durante 2025?

A partir de esta pregunta, el objetivo consiste en:

Caracterizar la distribución funcional del consumo sanitario registrado entre los pacientes mediante el análisis del alcance de las funciones, su presencia exclusiva o combinada, las configuraciones funcionales predominantes y las relaciones de coexistencia observadas entre ellas.

La estrategia analítica sigue un razonamiento deductivo que avanza de lo general a lo particular. En primer lugar, se determina el alcance de cada función dentro del

universo de pacientes únicos. En segundo lugar, los pacientes se distribuyen entre configuraciones exactas y mutuamente excluyentes. Posteriormente, se establece cuántas funciones contiene cada configuración y se distingue entre exclusividad y combinación funcional. A continuación, se examina la composición interna de HC1, HC2, HC3 y HC6 y se analizan las relaciones direccionales de coexistencia entre pares de funciones. Finalmente, se establece el grado de concentración de los pacientes en las configuraciones predominantes.

Este recorrido distingue dimensiones que responden a preguntas y denominadores diferentes. El alcance funcional muestra cuántos pacientes registraron una función determinada; las configuraciones describen las combinaciones exactas en las que se distribuyen los pacientes; la exclusividad y la combinación indican cuántas finalidades estuvieron presentes; la composición interna muestra cómo se organiza el universo de cada función; y la coexistencia condicionada establece qué proporción de los pacientes de una función también registró otra. La separación de estos niveles evita interpretar como equivalentes el volumen de pacientes, la estructura interna de las funciones y la concentración global de las configuraciones.

El análisis se refiere a la presencia anual de funciones en los registros de los pacientes. Por tanto, no permite establecer la secuencia temporal de los servicios, su pertenencia a un mismo episodio asistencial, la continuidad de la atención ni la existencia de integración clínica entre las funciones. Tampoco mide directamente la frecuencia o intensidad de utilización, la calidad de los servicios, el gasto asociado o el grado de satisfacción de las necesidades de salud. Estas dimensiones requieren información e indicadores adicionales. Dentro de esos límites, la reconstrucción de configuraciones funcionales ofrece una nueva perspectiva para comprender cómo se organiza el consumo sanitario registrado alrededor de la población atendida.

Los resultados de este primer documento constituyen la base empírica de los desarrollos posteriores de la serie. Una vez identificada la arquitectura funcional del consumo y las configuraciones predominantes, el segundo documento relacionará estos patrones con los recursos financieros asociados, mientras que el tercero examinará su composición demográfica y su distribución territorial. Esta secuencia permitirá avanzar desde la identificación de las finalidades sanitarias presentes entre los pacientes hacia una comprensión integrada de cómo se distribuyen el consumo y el gasto entre funciones, poblaciones, proveedores y territorios.

2. Marco conceptual y analítico

2.1. La perspectiva funcional del Sistema de Cuentas de Salud

El Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011) organiza la información mediante un modelo triaxial que distingue el consumo de bienes y servicios de salud, su provisión y su financiamiento. Dentro de este marco, la Clasificación Internacional de las Funciones de Salud (ICHA-HC) corresponde al eje del consumo y permite examinar los bienes y servicios utilizados por la población de acuerdo con la finalidad sanitaria que persiguen. Esta dimensión constituye el objeto específico del presente documento y proporciona el marco conceptual para analizar la distribución funcional del consumo sanitario (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

La perspectiva funcional se diferencia de las clasificaciones que organizan la información según los proveedores, los esquemas de financiamiento, los diagnósticos o los procedimientos realizados. No existe una correspondencia biunívoca entre estas dimensiones: un mismo proveedor puede prestar bienes y servicios orientados a diferentes finalidades, una función puede ser atendida por distintos tipos de proveedores y los servicios asociados con ella pueden financiarse mediante diversos esquemas. Por esta razón, la finalidad del consumo no puede deducirse exclusivamente de la institución que presta la atención, de la entidad que la financia o de la denominación administrativa del servicio.

La clasificación HC introduce así una forma particular de observar la atención en salud. En lugar de limitarse a identificar qué bien, servicio o procedimiento fue utilizado, busca establecer el propósito sanitario al que responde su consumo. Una consulta, una prueba diagnóstica, un medicamento o un dispositivo no determinan por sí mismos la función a la que pertenecen, pues pueden contribuir a diferentes finalidades según la necesidad atendida y el objetivo principal de la intervención. La clasificación funcional permite, por tanto, reorganizar bienes y servicios heterogéneos a partir del propósito de salud que comparten.

Este enfoque hace posible examinar la orientación funcional del consumo y construir indicadores sobre la participación relativa de la atención curativa, la rehabilitación, la atención de larga duración y la prevención. Asimismo, permite desarrollar desagregaciones adicionales y relacionar posteriormente las funciones con otras dimensiones relevantes para el análisis de los sistemas de salud. Sin embargo, en este primer documento el interés se concentra exclusivamente en la

clasificación HC y en la información que aporta sobre las finalidades del consumo registrado.

La aplicación de esta perspectiva plantea un desafío operativo, debido a que los sistemas nacionales de información rara vez se estructuran originalmente según el propósito sanitario de los bienes y servicios. Los registros administrativos suelen responder a necesidades clínicas, de facturación, gestión, supervisión o pago y, por ello, no siempre identifican de manera directa la función a la que corresponde cada atención. El SHA reconoce que la viabilidad y el nivel de detalle de la clasificación funcional dependen de la información disponible y de la posibilidad de establecer criterios que permitan transformar las categorías nacionales en agrupaciones coherentes con sus definiciones.

En Colombia, este desafío fue abordado mediante un proceso específico de adaptación metodológica que permitió clasificar los registros administrativos individuales de acuerdo con las funciones HC. Las correspondencias conceptuales, las reglas de asignación, los algoritmos de clasificación y los procedimientos de validación se desarrollan en el documento metodológico del proyecto. El presente informe parte de los datos resultantes de ese proceso y se concentra en analizar qué revelan sobre la distribución funcional del consumo sanitario. En consecuencia, sólo se incorporan los elementos de la aplicación colombiana necesarios para comprender el alcance de la información y la interpretación de los resultados.

En síntesis, la perspectiva funcional del SHA 2011 permite pasar de una lectura centrada exclusivamente en bienes, servicios y procedimientos a otra organizada según la finalidad sanitaria de su consumo. Sobre esta base, la siguiente sección profundiza en el concepto de consumo según su propósito y en las unidades conceptuales mediante las cuales el SHA identifica dicha finalidad.

2.2. El consumo de bienes y servicios de salud según su propósito

En el marco del SHA 2011, la clasificación funcional se refiere a la agrupación de los bienes y servicios de salud consumidos por los usuarios finales de acuerdo con un objetivo específico de salud. En términos contables, una función expresa el tipo de necesidad que una transacción o un conjunto de transacciones pretende atender y el objetivo perseguido mediante su realización. Por tanto, el análisis funcional no se limita a identificar qué bien o servicio fue consumido, sino que busca establecer cuál fue el propósito sanitario de ese consumo (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

Esta perspectiva sitúa al consumidor final en el centro del análisis. Aunque las cuentas de salud expresan el consumo y el gasto mediante agregados, los servicios de atención personal responden a necesidades particulares de las personas. Para la formulación de políticas no basta, entonces, con conocer el volumen total de recursos movilizados; también es necesario identificar qué bienes y servicios se consumen, a qué necesidades responden y qué finalidad sanitaria orienta su utilización.

El SHA distingue entre consumo individual y colectivo. El consumo individual comprende los bienes y servicios que pueden atribuirse a personas concretas y que atienden necesidades particulares de salud. El consumo colectivo, por su parte, se dirige al conjunto de la población o a determinados grupos y busca mejorar el nivel general de salud o la efectividad y eficiencia del sistema. Entre los servicios colectivos se encuentran algunas intervenciones preventivas de alcance poblacional, actividades de vigilancia epidemiológica y servicios de gobernanza y administración.

Esta distinción es relevante para delimitar el presente estudio. Dado que el análisis utiliza información individualizada, su capacidad principal consiste en observar bienes y servicios cuyo consumo puede asociarse con personas identificadas. Por ello, los resultados representan predominantemente el componente individual de las funciones analizadas. Las intervenciones colectivas que no generan registros atribuibles a personas pueden no quedar reflejadas con el mismo alcance, aspecto especialmente importante para interpretar la atención preventiva.

Los servicios de salud suelen consumirse como conjuntos de componentes y no necesariamente como prestaciones aisladas. Un contacto con el sistema puede comprender una combinación adaptada a las necesidades de la persona: valoración clínica, pruebas de laboratorio o imagenología, formulación de medicamentos, procedimientos terapéuticos y seguimiento de la evolución, entre otros componentes. Estos bienes y servicios pueden estar integrados dentro de un programa o proceso planificado, aunque los sistemas de información no siempre permitan separarlos o relacionarlos de manera completa.

Esta característica permite comprender por qué la naturaleza de un bien o servicio no determina por sí sola su clasificación funcional. Una prueba de laboratorio puede utilizarse para detectar tempranamente una enfermedad, apoyar el diagnóstico de una condición sintomática o evaluar la evolución de un tratamiento. De igual forma, un medicamento o un dispositivo puede formar parte de una intervención

preventiva, curativa, de rehabilitación o de atención de larga duración. La función depende del propósito principal dentro del cual se integra el bien o servicio. Cuando se consume de forma independiente y ese propósito no puede identificarse, el SHA contempla las categorías de servicios auxiliares (HC4) y bienes médicos no especificados por función (HC5).

La unidad conceptual propuesta por el SHA para identificar ese propósito es el contacto o encuentro con el sistema de salud. Un contacto es un acontecimiento mediante el cual una persona recibe uno o varios componentes de atención para responder a una necesidad específica. El marco diferencia el contacto del episodio de atención: mientras el primero corresponde a una interacción particular con el sistema, un episodio puede comprender una serie de contactos vinculados con un mismo problema de salud y desarrollarse en distintos momentos, servicios o instituciones.

Esta diferencia implica que la clasificación funcional de un contacto no equivale a la reconstrucción del tratamiento completo de una enfermedad. Durante un embarazo, por ejemplo, pueden producirse contactos separados para la consulta prenatal, las pruebas de laboratorio, las imágenes diagnósticas, la atención del parto y el seguimiento posterior. Cada contacto responde a una finalidad identificable, mientras el proceso asistencial completo puede involucrar varias interacciones a lo largo del tiempo.

En este punto es necesario distinguir la unidad conceptual del SHA de la estructura de los registros administrativos utilizados para su aplicación. Un contacto puede estar representado por uno o varios registros, y un registro individual no debe considerarse automáticamente equivalente a un contacto completo. La correspondencia entre los registros nacionales, los componentes de atención y las funciones se define mediante las reglas de la adaptación metodológica colombiana y se documentará en la sección de fuentes y construcción de la base. De este modo, el contacto se conserva aquí como referencia conceptual para comprender la asignación del propósito, sin anticipar una equivalencia operativa que debe demostrarse metodológicamente.

En síntesis, el consumo según su propósito se construye a partir de tres elementos relacionados: la necesidad de salud atendida, el objetivo principal de la intervención y el conjunto de bienes y servicios movilizados dentro del contacto. Esta relación proporciona el fundamento para diferenciar las funciones de salud. La siguiente sección desarrolla cómo la historia natural de la enfermedad permite organizar

conceptualmente los propósitos preventivo, curativo, rehabilitador y de atención de larga duración.

2.3. Historia natural de la enfermedad y diferenciación funcional

El SHA 2011 utiliza la historia natural de la enfermedad como marco de referencia para relacionar las necesidades de salud de las personas con el propósito de los bienes y servicios consumidos. Este enfoque describe la evolución de una enfermedad u otra condición de salud —como una lesión, un trastorno o el proceso de envejecimiento— desde la exposición a los factores que pueden originarla hasta la recuperación, la aparición de secuelas, el deterioro funcional, la dependencia o la muerte. Las intervenciones del sistema pueden actuar en distintos momentos de este proceso para evitar la aparición de una condición, tratarla, reducir sus consecuencias o mantener la funcionalidad y la calidad de vida (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

La historia natural de la enfermedad proporciona, por tanto, un fundamento conceptual para diferenciar las funciones de acuerdo con el objetivo principal de la atención. La asignación funcional no depende exclusivamente del diagnóstico, del procedimiento realizado o del estado clínico de la persona, sino de la finalidad que orienta el consumo. Frente a una misma condición pueden presentarse intervenciones con propósitos preventivos, curativos, rehabilitadores o de mantenimiento, según la necesidad atendida en cada momento.

En un estado saludable o de bajo riesgo, las intervenciones buscan mantener la salud, evitar la aparición de enfermedades o disminuir los factores que aumentan su probabilidad. También pueden orientarse a identificar tempranamente una condición antes de que se manifieste clínicamente o se establezca un diagnóstico. Estas finalidades corresponden a la atención preventiva (HC6).

Cuando aparecen signos o síntomas, o se identifica una enfermedad o lesión que requiere tratamiento, el propósito de la atención es principalmente curativo. La atención curativa (HC1) busca eliminar o reducir los síntomas, lograr la remisión o curación, limitar la gravedad de la condición y controlar sus exacerbaciones o complicaciones. En las enfermedades crónicas, en las cuales la curación completa puede no ser posible, la finalidad curativa también comprende el tratamiento y control de la enfermedad y de sus manifestaciones.

La evolución de una condición de salud puede ocasionar secuelas o alteraciones en las estructuras y funciones corporales que afecten la actividad y la participación de

la persona. Cuando el objetivo predominante de la intervención es recuperar, mejorar o compensar el funcionamiento afectado, el consumo corresponde a la atención de rehabilitación (HC2). Esta función se diferencia de la atención curativa porque su propósito principal no es tratar la enfermedad en sí misma, sino intervenir sobre sus consecuencias funcionales.

En otras situaciones, una enfermedad crónica, una discapacidad u otra condición de salud puede generar una dependencia prolongada y limitar la capacidad de la persona para cuidar de sí misma. Cuando el propósito predominante es mantener la funcionalidad, controlar el deterioro, aliviar el dolor o reducir el sufrimiento, la atención corresponde a la atención de larga duración (HC3). Esta función puede incluir también la atención paliativa. Su diferenciación respecto de la rehabilitación no supone que toda posibilidad de recuperación haya desaparecido, sino que el objetivo principal de la atención se orienta al mantenimiento y manejo prolongado de la dependencia, y no fundamentalmente a restaurar el funcionamiento.

Las fronteras entre estas funciones son conceptualmente necesarias, pero no implican que se presenten de manera aislada. Una persona puede recibir simultáneamente tratamiento curativo y rehabilitación, o combinar intervenciones rehabilitadoras con servicios de larga duración. Asimismo, la atención preventiva puede coexistir con otras funciones cuando una persona recibe intervenciones orientadas a distintos riesgos o condiciones de salud.

Por esta razón, la historia natural de la enfermedad no debe interpretarse como una secuencia única, lineal e idéntica para todas las personas. La presencia de comorbilidades, recaídas, complicaciones, secuelas y distintos grados de recuperación puede generar recorridos diversos y requerir más de una función durante un mismo periodo. El valor de este marco no consiste en asignar automáticamente cada etapa a una sola categoría, sino en ordenar las finalidades que pueden orientar los contactos con el sistema de salud.

La figura 1 representa esta relación entre los estados que pueden presentarse a lo largo de la historia natural de una condición de salud y los propósitos de los bienes y servicios consumidos. El esquema permite observar que las intervenciones preventivas pueden actuar antes de la aparición de la enfermedad o durante sus etapas iniciales; que la atención curativa se orienta al tratamiento de la enfermedad; que la rehabilitación interviene sobre las pérdidas de funcionamiento; y que la atención de larga duración procura mantener la funcionalidad, atender la dependencia y reducir el sufrimiento. Asimismo, distingue los servicios de consumo

personal de las intervenciones preventivas y de gobernanza dirigidas colectivamente a la población.

Figura 1. Historia natural de la enfermedad y propósito de los bienes y servicios de salud



Fuente: adaptación propia a partir de OECD, Eurostat y World Health Organization (2017), figura 5.1.

La representación pone de manifiesto que las fronteras funcionales no dependen únicamente del estado clínico de la persona, sino del objetivo principal de la intervención. Asimismo, muestra que las funciones pueden solaparse: el tratamiento de una enfermedad puede coexistir con la rehabilitación de sus consecuencias y con servicios destinados a mantener la funcionalidad ante una dependencia prolongada. Por ello, el esquema debe entenderse como una organización conceptual de los propósitos de la atención y no como una sucesión obligatoria de etapas o funciones.

Sobre esta base, la siguiente sección presenta las cuatro funciones incluidas en el análisis, precisa su contenido al nivel del primer dígito y ofrece ejemplos ilustrativos de los bienes y servicios que pueden clasificarse en cada una.

2.4. Funciones incluidas en el análisis

La Clasificación Internacional de las Funciones de Salud (ICHA-HC) organiza el consumo sanitario mediante categorías jerárquicas. Las categorías de primer dígito identifican las grandes finalidades del consumo y expresan el tipo de necesidad que los bienes y servicios de salud procuran atender. En niveles posteriores, algunas

funciones se desagregan según el modo de provisión u otras características de la atención. Las definiciones y fronteras funcionales presentadas en las subsecciones siguientes se basan en el marco conceptual del SHA 2011 (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

El presente estudio se desarrolla en el primer nivel de la clasificación y se concentra en cuatro funciones: atención curativa (HC1), atención de rehabilitación (HC2), atención de larga duración (HC3) y atención preventiva (HC6). En consecuencia, el análisis identifica la finalidad general de los bienes y servicios consumidos, pero no diferencia todavía si fueron prestados con internamiento, en hospitalización de día, de manera ambulatoria o en el domicilio.

Los ejemplos que se presentan a continuación tienen un carácter ilustrativo y no constituyen reglas automáticas de clasificación. En el primer dígito, los bienes y servicios no se clasifican exclusivamente por su naturaleza material, por el profesional que los presta o por el lugar donde se entregan, sino por el propósito principal que cumplen dentro de la atención. Una consulta, una prueba de laboratorio, una imagen diagnóstica, un medicamento o un dispositivo pueden pertenecer a distintas funciones dependiendo de la necesidad atendida y del objetivo de su utilización.

2.4.1. HC1. Atención curativa

La atención curativa comprende los contactos cuyo propósito principal es tratar una enfermedad o lesión, reducir sus síntomas o su gravedad y controlar sus exacerbaciones o complicaciones. También incluye el manejo de enfermedades crónicas cuando la intervención se orienta al tratamiento y control de la condición y de sus manifestaciones.

Un contacto curativo puede integrar diferentes componentes, como la valoración del paciente, el establecimiento o confirmación de un diagnóstico, la formulación de un plan terapéutico, la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos y el seguimiento de la evolución clínica. Entre los bienes y servicios que pueden formar parte de HC1 se encuentran:

- Consultas orientadas al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones;
- Atención de enfermedades agudas y control clínico de condiciones crónicas;
- Procedimientos médicos y quirúrgicos;
- Atención obstétrica;

- Atención odontológica curativa;
- Pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas y pruebas funcionales integradas al diagnóstico o tratamiento;
- Medicamentos y otros bienes médicos utilizados como componentes de la atención curativa;
- Seguimiento para evaluar la evolución de la condición y la respuesta al tratamiento.

El rasgo que distingue a HC1 es que la finalidad predominante se dirige a la enfermedad o lesión y a sus manifestaciones clínicas. Una prueba utilizada para detectar una condición antes de establecer el diagnóstico puede corresponder a HC6; una intervención orientada principalmente a recuperar el funcionamiento afectado puede clasificarse en HC2.

2.4.2. HC2. Atención de rehabilitación

La atención de rehabilitación comprende los servicios cuyo propósito principal es estabilizar, mejorar o restaurar las estructuras y funciones corporales afectadas por una condición de salud, compensar la pérdida de una función y favorecer la actividad y la participación de la persona. Mientras la atención curativa se dirige principalmente al tratamiento de una enfermedad o lesión, la rehabilitación se orienta a sus consecuencias sobre el funcionamiento.

La rehabilitación puede responder a enfermedades agudas o crónicas, lesiones, trastornos congénitos o condiciones adquiridas. Puede prestarse de manera independiente o coexistir con atención curativa y de larga duración. Entre sus servicios pueden incluirse:

- Fisioterapia;
- Terapia ocupacional;
- Terapia del habla, el lenguaje y la deglución;
- Rehabilitación cardíaca, pulmonar, neurológica u ortopédica;
- Intervenciones psicológicas o neurocognitivas dirigidas a recuperar capacidades afectadas;
- Rehabilitación posterior a cirugías, lesiones, accidentes cerebrovasculares o trasplantes;

- Prescripción, adaptación y entrenamiento en el uso de prótesis, órtesis y tecnologías de asistencia;
- Educación y entrenamiento del paciente, su familia o sus cuidadores como parte de un plan de rehabilitación.

La clasificación excluye de HC2 las intervenciones cuyo objetivo predominante sea social, educativo, recreativo o laboral. Aunque estas actividades puedan contribuir a la inclusión o al bienestar, sólo se consideran rehabilitación en salud cuando su finalidad principal consiste en recuperar, mejorar o compensar el funcionamiento relacionado con una condición de salud.

La rehabilitación puede solaparse con otras funciones. Una persona que ha sufrido un accidente cerebrovascular puede recibir simultáneamente tratamiento curativo, fisioterapia y terapia del lenguaje. Asimismo, puede consumir rehabilitación recurrente junto con atención de larga duración: la primera conserva como propósito la recuperación o mejora del funcionamiento; la segunda se orienta principalmente a su mantenimiento y al manejo de la dependencia.

2.4.3. HC3. Atención de larga duración

La atención de larga duración comprende servicios médicos, de enfermería y de atención personal consumidos durante periodos prolongados por personas con algún grado de dependencia. Su propósito principal es tratar el dolor y el sufrimiento, reducir o controlar el deterioro asociado con una enfermedad y mantener el mayor nivel posible de funcionalidad y calidad de vida.

HC3 no comprende toda atención prolongada ni todo tratamiento de una enfermedad crónica. Su elemento distintivo es la existencia de necesidades continuas o recurrentes asociadas con limitaciones funcionales y dificultades para el autocuidado. Entre los servicios que pueden formar parte de esta función se encuentran:

- Atención médica y de enfermería continua o recurrente;
- Administración de medicamentos y seguimiento de condiciones prolongadas;
- Tratamiento del dolor y de otros síntomas;
- Curación de heridas y procedimientos de enfermería;
- Atención de larga duración prestada en establecimientos o en el domicilio;

- Asistencia para actividades básicas de la vida diaria, cuando forma parte de un conjunto de atención de salud;
- Cuidados paliativos;
- Atención de personas con limitaciones funcionales o dependencia prolongada.

La atención de larga duración puede prestarse con internamiento, en centros de día, de manera ambulatoria o en el domicilio. La función no se determina por el establecimiento, sino por la finalidad principal de los servicios consumidos.

La delimitación entre HC3 y la atención de larga duración social es especialmente relevante. Los servicios médicos, de enfermería y de cuidado personal vinculados con la dependencia se incluyen en HC3. En cambio, el apoyo orientado principalmente a actividades instrumentales —como cocinar, comprar alimentos, limpiar el hogar o favorecer la participación social— se clasifica como atención de larga duración social cuando no constituye una parte sustantiva de un conjunto de atención de salud.

2.4.4. HC6. Atención preventiva

La atención preventiva comprende las intervenciones cuyo propósito principal es evitar o reducir la aparición y la gravedad de enfermedades, lesiones y discapacidades, así como detectar tempranamente condiciones de salud para limitar sus efectos. En el SHA 2011, HC6 incluye intervenciones de prevención primaria y secundaria.

La prevención primaria actúa antes de la aparición de la enfermedad y busca reducir factores de riesgo o impedir que produzcan efectos adversos. La prevención secundaria procura identificar una condición en una fase temprana, generalmente antes de que exista un diagnóstico establecido y se inicie el tratamiento. Una vez confirmada la enfermedad y comenzado el manejo terapéutico, la atención se clasifica de acuerdo con el propósito curativo, rehabilitador o de larga duración correspondiente.

Entre los servicios que pueden formar parte de HC6 se encuentran:

- Información, educación y orientación en salud;
- Consejería relacionada con alimentación, actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol y otros factores de riesgo;
- Inmunización y vacunación;

- Tamizajes y pruebas de detección temprana;
- Controles prenatales y posnatales orientados al seguimiento de una condición sana;
- Controles de crecimiento y desarrollo;
- Chequeos generales y monitoreo de condiciones sanas;
- Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad;
- Preparación sanitaria frente a desastres y situaciones de emergencia.

HC6 comprende servicios dirigidos a personas y determinadas intervenciones de carácter colectivo. Sin embargo, dado que el presente estudio se basa en registros individualizados, su capacidad de observación se concentra principalmente en los servicios preventivos que pueden asociarse con personas identificadas. Las implicaciones de esta delimitación se desarrollan en la sección de alcance interpretativo.

La tabla 1 sintetiza el propósito principal y algunos ejemplos ilustrativos de las cuatro funciones incluidas en el análisis.

Tabla 1. Síntesis de las funciones analizadas

Código	Función	Propósito principal	Ejemplos ilustrativos
HC1	Atención curativa	Tratar, controlar o reducir la gravedad de una enfermedad o lesión	Consultas de diagnóstico y tratamiento, cirugías, atención de enfermedades crónicas, obstetricia, odontología curativa, pruebas y medicamentos integrados al tratamiento
HC2	Atención de rehabilitación	Recuperar, mejorar o compensar el funcionamiento afectado	Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, rehabilitación cardíaca o neurológica, adaptación y entrenamiento en el uso de prótesis y órtesis
HC3	Atención de larga duración	Mantener la funcionalidad, controlar el deterioro y atender necesidades prolongadas asociadas con dependencia	Enfermería prolongada, atención domiciliaria, ayuda en actividades básicas, tratamiento del dolor y cuidados paliativos

Código	Función	Propósito principal	Ejemplos ilustrativos
HC6	Atención preventiva	Evitar enfermedades o riesgos y detectar tempranamente condiciones de salud	Vacunación, tamizaje, educación en salud, controles prenatales, crecimiento y desarrollo y vigilancia epidemiológica

Fuente: elaboración propia a partir de OECD, Eurostat y World Health Organization (2017).

Nota: Los ejemplos no implican una asignación automática. La función depende del propósito principal del bien o servicio dentro de la atención en la que se integra.

La clasificación completa al primer dígito incluye también los servicios auxiliares no especificados por función (HC4), los bienes médicos no especificados por función (HC5), la gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud (HC7) y otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (HC9). Estas categorías forman parte integral de ICHA-HC, pero no se incluyen como funciones independientes en el alcance de este primer estudio, centrado en HC1, HC2, HC3 y HC6. Las razones metodológicas de esta delimitación se precisan en la sección de construcción de la base analítica.

El SHA incorpora, además, partidas debajo de la línea destinadas a presentar componentes relevantes para la política que atraviesan varias funciones o se encuentran fuera del límite central del consumo sanitario. Entre ellas se encuentran partidas de notificación —como el gasto farmacéutico total— y categorías relacionadas con la salud —como la atención de larga duración social y la promoción de la salud con enfoque multisectorial—. En este marco conceptual basta con reconocer su lugar dentro de la clasificación; su tratamiento específico en la aplicación colombiana se documentará posteriormente en la metodología (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

2.5. De las funciones registradas a las configuraciones funcionales de los pacientes

La clasificación funcional permite identificar el propósito sanitario asociado con los bienes y servicios registrados. Sin embargo, el análisis de cada función por separado no muestra cómo las distintas finalidades de atención se reúnen dentro de una misma persona durante el periodo estudiado. Para incorporar esta dimensión, el presente estudio agrega la información funcional a nivel de paciente único durante 2025.

A partir de esta agregación se construye la configuración funcional de cada paciente, entendida como la combinación de HC1, HC2, HC3 y HC6 presentes en

sus registros durante el año. Para definirla se considera la presencia o ausencia de cada función, con independencia del orden en que haya sido registrada, del número de contactos asociados y de su duración.

Una persona que registra exclusivamente atención curativa pertenece, por ejemplo, a la configuración HC1, mientras que otra que presenta atención curativa y preventiva pertenece a la configuración HC1 + HC6. Esta última denominación indica que ambas finalidades estuvieron presentes durante 2025, pero no informa cuál apareció primero, cuántos contactos correspondieron a cada función, cuánto duraron ni cuál tuvo mayor intensidad.

La configuración expresa, por tanto, la variedad de finalidades sanitarias registradas, pero no el volumen de bienes y servicios consumidos dentro de cada una. Una persona con un solo contacto curativo y otra con múltiples contactos curativos pertenecen a la misma configuración HC1 cuando ninguna presenta otra función.

La lectura por funciones y la lectura por configuraciones son complementarias. La primera permite establecer cuántos pacientes registraron atención curativa, rehabilitación, atención de larga duración o atención preventiva. En este nivel, las categorías no son mutuamente excluyentes, porque una misma persona puede contabilizarse en más de una función.

La lectura por configuraciones, en cambio, asigna a cada paciente a una sola combinación definida por el conjunto completo de funciones observadas durante el periodo. Las configuraciones son mutuamente excluyentes y su distribución permite representar la totalidad del universo analítico sin duplicar personas.

Esta diferencia puede ilustrarse mediante un paciente con la configuración HC1 + HC6. En el análisis del alcance funcional, esta persona forma parte tanto de HC1 como de HC6. En la distribución de configuraciones, constituye una única observación dentro de la combinación HC1 + HC6. La lectura por funciones muestra la extensión de cada finalidad entre los pacientes; la lectura por configuraciones muestra cómo esas finalidades coexisten dentro de ellos.

A partir de estas construcciones se derivan cuatro dimensiones que estructuran el análisis:

- El alcance funcional, entendido como la proporción del universo analítico que registra una función determinada, independientemente de las demás;

- La exclusividad funcional, que identifica a los pacientes cuya configuración contiene una sola función;
- La combinación funcional, que corresponde a la presencia de dos o más funciones en un mismo paciente durante el periodo;
- La coexistencia funcional, que examina la presencia conjunta de funciones específicas dentro de las configuraciones.

La distribución de los pacientes entre las diferentes combinaciones permite examinar, además, el grado de concentración funcional. Este análisis establece si el consumo registrado se organiza alrededor de unas pocas configuraciones predominantes o si se distribuye de manera más dispersa entre múltiples combinaciones.

La coexistencia funcional requiere una lectura condicionada por el universo de referencia. Puede calcularse, por ejemplo, qué proporción de los pacientes que registraron HC6 también presentó HC1 y, en sentido inverso, qué proporción de quienes registraron HC1 presentó HC6. Aunque ambas medidas se construyen sobre el mismo grupo de pacientes compartidos, sus porcentajes pueden diferir porque utilizan denominadores distintos. Esta lectura direccional permite establecer el lugar que ocupa una función dentro de la estructura de otra.

Las configuraciones funcionales no constituyen categorías adicionales de ICHA-HC ni modifican las definiciones establecidas por el SHA 2011. Son construcciones analíticas desarrolladas a partir de la agregación por paciente de las funciones identificadas mediante la adaptación colombiana. Su propósito es aprovechar el carácter individualizado de los registros para observar dimensiones que no resultan visibles cuando las funciones se analizan únicamente como categorías independientes.

De este modo, la clasificación funcional identifica el propósito sanitario de los bienes y servicios registrados y las configuraciones resumen las combinaciones de funciones presentes entre los pacientes durante el periodo. La siguiente sección delimita el alcance de estas construcciones y precisa las reglas bajo las cuales deben interpretarse sus resultados.

2.6. Alcance interpretativo

La construcción de configuraciones funcionales amplía las posibilidades analíticas de la clasificación HC, pero exige precisar qué representan los indicadores y qué

conclusiones pueden derivarse de ellos. La unidad de análisis del estudio es el paciente único durante 2025, para quien se identifican las funciones registradas y la combinación que estas conforman dentro de la ventana anual.

Alcance funcional y cobertura poblacional

El análisis permite estimar el alcance funcional registrado de cada función entre los pacientes. Este indicador muestra qué proporción del universo analítico presentó al menos una atención clasificada en HC1, HC2, HC3 o HC6 durante el año. Dado que una misma persona puede registrar varias funciones, los porcentajes correspondientes a cada una no son mutuamente excluyentes y no deben sumarse para obtener el total de pacientes.

Este alcance no equivale a la cobertura de una función entre toda la población colombiana. El denominador está conformado por los pacientes incluidos en el universo analítico, no por el conjunto de habitantes, afiliados, personas expuestas a un riesgo o población con una necesidad estimada de atención. En consecuencia, los resultados describen la distribución funcional entre los usuarios registrados. El análisis de cobertura requeriría incorporar denominadores poblacionales o grupos objetivo específicos.

Configuraciones y necesidades de salud

La presencia de una función indica que durante el periodo se registró consumo asociado con esa finalidad sanitaria. No permite afirmar, por sí sola, que la necesidad de salud correspondiente haya sido atendida de manera suficiente, completa, oportuna o efectiva. Los registros muestran los bienes y servicios identificados por el sistema de información, pero no permiten observar directamente todas las necesidades existentes, las atenciones no utilizadas o aquellas que no quedaron registradas.

De igual manera, una configuración que contiene una sola función no constituye evidencia de una necesidad simple ni de una atención necesariamente suficiente. La ausencia de otras funciones puede obedecer a que no fueron requeridas, no fueron utilizadas, no quedaron registradas o no pudieron identificarse mediante las reglas de clasificación.

La presencia de varias funciones puede describirse como una configuración más diversificada, en cuanto comprende una mayor variedad de finalidades sanitarias. Sin embargo, esta diversificación no equivale automáticamente a mayor complejidad clínica, gravedad, comorbilidad, discapacidad o dependencia. Estas

características requieren información adicional sobre diagnósticos, severidad, condiciones concurrentes, funcionamiento, procedimientos y resultados clínicos.

Ventana anual, episodios e integración asistencial

Las configuraciones se construyen a partir de la presencia de funciones durante una ventana anual. Por ello, no conservan la secuencia temporal, la recurrencia, la duración ni la posible superposición de los contactos. Tampoco permiten determinar si las funciones registradas correspondieron a una misma enfermedad o condición de salud.

Debe distinguirse entre la coexistencia anual de funciones, su posible pertenencia a un episodio asistencial y la integración de la atención. La coexistencia indica únicamente que dos o más finalidades estuvieron presentes para una misma persona durante el periodo. La pertenencia a un episodio requeriría reglas específicas de agrupación temporal y clínica. La integración asistencial supone, además, coordinación, continuidad, intercambio de información y articulación entre los servicios.

En consecuencia, que un paciente registre HC1 y HC2 puede ser consistente con un proceso que combina tratamiento y rehabilitación, pero no demuestra que existiera referencia efectiva, coordinación entre prestadores o continuidad del plan terapéutico. La misma cautela se aplica a la coexistencia de HC1 y HC6 o de cualquier otro par de funciones.

La coexistencia funcional es, además, direccional: la proporción de pacientes con HC6 que también presenta HC1 puede diferir de la proporción de pacientes con HC1 que registra HC6, porque los denominadores son distintos.

Pacientes, intensidad del consumo y gasto

La distribución de configuraciones permite establecer si los pacientes se concentran en unas pocas combinaciones funcionales o se distribuyen entre un conjunto más amplio. Esta concentración se refiere al número de pacientes y no debe interpretarse como concentración del volumen de servicios, de la duración de la atención o del gasto.

Una configuración frecuente puede reunir pacientes con niveles muy diferentes de utilización. Del mismo modo, una configuración poco común puede comprender servicios prolongados, especializados o intensivos en recursos. El número de

pacientes no constituye, por sí solo, una medida de la intensidad asistencial ni del peso financiero de una función.

Por esta razón, el análisis de pacientes, el análisis de utilización y el análisis del gasto constituyen niveles complementarios, pero no intercambiables. La frecuencia, la duración, la recurrencia y los recursos movilizados deben examinarse mediante indicadores específicos.

Calidad, resultados y causalidad

La clasificación funcional identifica el propósito sanitario atribuido al consumo, pero no permite evaluar directamente su calidad, adecuación, oportunidad, efectividad o impacto sobre la salud. La presencia de atención preventiva no demuestra que una enfermedad haya sido evitada; la atención curativa no permite establecer que se haya alcanzado la recuperación; y la rehabilitación no informa por sí sola sobre el grado de mejoría funcional obtenido.

Asimismo, las diferencias que posteriormente se observen según edad, sexo o territorio tendrán inicialmente un alcance descriptivo. Pueden orientar preguntas e hipótesis sobre necesidades, acceso, organización de los servicios o capacidad institucional, pero no permiten atribuir causalidad. La explicación de esas diferencias requerirá diseños analíticos específicos y la incorporación de variables epidemiológicas, sociales, institucionales y financieras.

Alcance de los registros individualizados

El estudio representa principalmente el consumo que puede vincularse con personas identificadas. Algunas intervenciones preventivas de carácter colectivo pueden no quedar reflejadas con la misma amplitud, aunque formen parte de HC6. De forma similar, la atención de larga duración prestada informalmente por familiares o cuidadores sin una transacción registrada se encuentra fuera del consumo observado. Estas restricciones se desarrollan con mayor detalle en la sección de limitaciones.

Estas delimitaciones no reducen el valor del análisis. Las configuraciones funcionales permiten observar dimensiones que no son visibles cuando los registros se examinan únicamente como procedimientos o atenciones aisladas: la extensión de cada finalidad entre los pacientes, su presencia exclusiva o combinada, las relaciones de coexistencia y la concentración de los patrones funcionales.

En consecuencia, a lo largo del documento se adoptan las siguientes reglas de interpretación:

- Se hablará de consumo o utilización registrada, no de necesidades satisfechas;
- La coexistencia de funciones no se interpretará automáticamente como pertenencia a un mismo episodio o integración asistencial;
- Las configuraciones más diversificadas no se equiparán con mayor complejidad clínica;
- El alcance se referirá al universo de pacientes analizado, salvo que se incorporen denominadores poblacionales;
- El número de pacientes no se utilizará como equivalente de intensidad, volumen de servicios o gasto;
- Los resultados tendrán inicialmente un alcance descriptivo y no causal.

El propósito de este marco es precisar que los resultados representan la organización funcional del consumo sanitario registrado entre los pacientes durante 2025, sin pretender reconstruir de manera exhaustiva sus necesidades, historias clínicas, procesos asistenciales o resultados de salud.

3. Materiales y métodos

3.1. Fuente de información, diseño y población de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en el análisis secundario de una base derivada de registros administrativos individualizados del sistema de salud colombiano. Los datos provienen de la base de Pacientes Únicos, construida a partir de la primera aplicación de la adaptación colombiana de la Clasificación Internacional de las Funciones de Salud (ICHA-HC) del Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011) al ecosistema FEV–RIPS.

El ecosistema FEV–RIPS articula la Factura Electrónica de Venta en Salud (FEV) con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Esta integración permite relacionar información sobre las personas atendidas, los bienes, servicios y tecnologías de salud suministrados y las transacciones asociadas con su prestación. A partir de estos registros, el consumo registrado fue clasificado de acuerdo con su propósito sanitario.

El periodo de observación corresponde al año 2025. Para cada persona se consideraron las funciones identificadas en los registros comprendidos dentro de esta ventana anual.

El universo general reportado comprende 39.523.475 pacientes únicos. Para este documento se incluyeron las personas que registraron durante 2025 al menos una atención clasificada en alguna de las cuatro funciones analizadas: atención curativa (HC1), atención de rehabilitación (HC2), atención de larga duración (HC3) o atención preventiva (HC6). El universo analítico quedó conformado por 39.518.334 pacientes únicos.

Los 5.141 casos restantes, equivalentes al 0,013 % del universo general, no quedaron representados en el universo reconstruido a partir de la información disponible para HC1, HC2, HC3 y HC6, por lo que fueron excluidos del análisis. Este saldo podría corresponder a personas clasificadas exclusivamente en partidas debajo de la línea, aunque esta correspondencia no pudo verificarse directamente con la información disponible.

La unidad de análisis fue el paciente único observado durante 2025. Aunque una misma persona puede originar múltiples registros, contactos y funciones a lo largo del año, en la base analítica se contabilizó una sola vez. Para efectos de este estudio, la expresión *paciente único* se refiere a una persona identificada con al menos un consumo registrado dentro del ámbito funcional definido para el análisis.

3.2. Variables y construcciones analíticas

Las variables principales corresponden a la presencia de las cuatro funciones HC incluidas en el análisis. Para cada paciente se identificó si durante 2025 registró al menos una atención clasificada en:

- HC1: atención curativa;
- HC2: atención de rehabilitación;
- HC3: atención de larga duración;
- HC6: atención preventiva.

La presencia de cada función se trató como una variable dicotómica, que tomó el valor de uno cuando el paciente registró la función durante el periodo y cero cuando no se identificó ningún registro correspondiente a ella. Estas variables permiten

realizar una lectura por funciones, en la cual una misma persona puede contabilizarse en más de una categoría.

A partir de la presencia de HC1, HC2, HC3 y HC6 se construyó la configuración funcional de cada paciente. Esta corresponde a la combinación de funciones registradas para una persona durante 2025, con independencia del número de contactos asociados con cada una. Cada paciente fue asignado a una única configuración, por lo que estas categorías son mutuamente excluyentes.

A partir de cuatro funciones pueden construirse 15 configuraciones no vacías: cuatro configuraciones exclusivas, seis combinaciones de dos funciones, cuatro combinaciones de tres funciones y una configuración conformada por las cuatro funciones. Esta clasificación permite distribuir la totalidad del universo analítico sin duplicar pacientes.

La clasificación de origen contenía también combinaciones que incorporaban partidas debajo de la línea (HC_PDL). Cuando estas partidas aparecían junto con una o más de las cuatro funciones estudiadas, las configuraciones fueron recodificadas conservando únicamente HC1, HC2, HC3 y HC6. Por ejemplo, una configuración original HC1 + HC6 + HC_PDL fue recodificada como HC1 + HC6. Este procedimiento evitó que la presencia de HC_PDL generara configuraciones adicionales dentro del ámbito funcional definido para el análisis.

Las configuraciones conformadas exclusivamente por partidas debajo de la línea no forman parte del universo analítico. Como se señaló anteriormente, el saldo de 5.141 pacientes podría corresponder a esta situación, aunque no fue posible comprobar directamente dicha correspondencia con la información disponible.

3.3. Estrategia analítica

De acuerdo con el carácter observacional y descriptivo del estudio, la estrategia analítica se orientó a caracterizar la presencia, combinación, coexistencia y concentración de las funciones HC entre los pacientes registrados. No se estimaron relaciones causales ni se evaluaron la calidad, la efectividad o los resultados clínicos de las atenciones.

En una primera etapa se estableció el universo analítico y se verificó la consistencia del número de pacientes únicos. Para ello, se conciliaron los conteos disponibles en las vistas funcionales, se revisó la correspondencia de las configuraciones repetidas y se comprobó que la suma de las configuraciones mutuamente excluyentes coincidiera con el total de pacientes incluidos.

En una segunda etapa se calculó el alcance de cada función. Para HC1, HC2, HC3 y HC6 se estimaron el número de pacientes y su participación porcentual dentro del universo analítico. Dado que una persona puede registrar más de una función, estos porcentajes no son mutuamente excluyentes y su suma puede superar el 100 %.

En una tercera etapa se distribuyeron los pacientes entre las 15 configuraciones funcionales. Para cada configuración se calculó el número de pacientes, su participación dentro del universo analítico, el porcentaje acumulado, el número de funciones presentes y su carácter exclusivo o combinado. Esta distribución permitió establecer el peso relativo de las configuraciones exclusivas y combinadas e identificar aquellas alrededor de las cuales se organiza principalmente el consumo registrado.

En una cuarta etapa se examinó la composición interna de cada función. Para ello, los pacientes de HC1, HC2, HC3 y HC6 se distribuyeron según las configuraciones en las que aparecía cada función. Este análisis permitió establecer en qué proporción una función se registró de manera exclusiva y en qué proporción coexistió con otras finalidades sanitarias.

En una quinta etapa se construyó una matriz de coexistencia entre pares de funciones. Para cada relación se calculó el número de pacientes compartidos y dos proporciones condicionadas. Por ejemplo, la coexistencia entre HC1 y HC6 se examinó tanto como la proporción de pacientes de HC1 que también registró HC6 como la proporción de pacientes de HC6 que también registró HC1. Esta lectura direccional reconoce que ambas medidas utilizan denominadores diferentes.

Finalmente, se examinó la concentración de las configuraciones mediante su ordenamiento descendente según el número de pacientes y el cálculo de las participaciones acumuladas. Esta representación descriptiva, de tipo Pareto, permitió establecer qué proporción del universo se concentra en las configuraciones más frecuentes y distinguir los patrones predominantes de aquellos con menor presencia. El procedimiento no presupone el cumplimiento de una distribución 80/20.

Los resultados se expresaron mediante frecuencias absolutas, porcentajes simples, porcentajes condicionados y porcentajes acumulados. Los cálculos referidos al conjunto de pacientes utilizaron como denominador general los 39.518.334 pacientes únicos del universo analítico. En los análisis de coexistencia y composición interna, los denominadores correspondieron al total de pacientes de la función examinada.

4. Resultados

Los resultados se presentan mediante seis aproximaciones complementarias. La primera examina la presencia de cada función en el universo analítico. La segunda distribuye a los pacientes entre configuraciones exactas y mutuamente excluyentes. La tercera clasifica las configuraciones según el número de funciones que contienen. La cuarta analiza la composición de las configuraciones dentro de cada función. La quinta estudia la coexistencia entre pares de funciones. Finalmente, la sexta establece el grado de concentración de los pacientes en las configuraciones predominantes.

4.1. Alcance de las funciones en el universo analítico

El alcance funcional corresponde a la proporción del universo analítico que registró al menos una atención clasificada en una función determinada durante 2025, independientemente de la presencia de otras funciones. Esta medida permite establecer la extensión de HC1, HC2, HC3 y HC6 entre los pacientes incluidos en el estudio. Dado que una misma persona puede registrar varias funciones, las categorías no son mutuamente excluyentes y sus porcentajes no deben sumarse para reconstruir el total de pacientes.

La atención curativa (HC1) presentó el mayor alcance. Se identificaron 36.553.120 pacientes, equivalentes al 92,50 % del universo analítico. Esto significa que más de nueve de cada diez personas registraron durante 2025 al menos una atención clasificada como curativa.

La atención preventiva (HC6) fue la segunda función con mayor extensión. Comprendió 22.384.389 pacientes, correspondientes al 56,64 % del universo analítico. Por tanto, más de la mitad de las personas registró durante el año al menos una atención clasificada en esta función.

La atención de rehabilitación (HC2) comprendió 1.978.958 pacientes, equivalentes al 5,01 % del universo analítico. En términos relativos, aproximadamente uno de cada veinte pacientes registró alguna atención de rehabilitación.

La atención de larga duración (HC3) presentó el menor alcance. Se identificaron 104.682 pacientes, correspondientes al 0,26 % del universo analítico, es decir, cerca de tres pacientes por cada mil personas incluidas en el estudio.

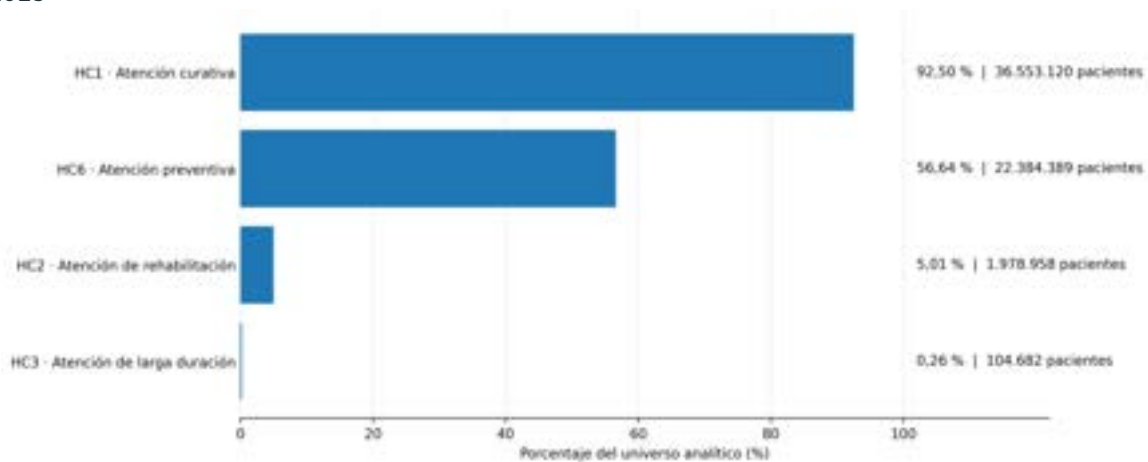
Los resultados muestran una distribución marcadamente diferenciada. Mientras HC1 se encuentra presente en casi todo el universo analítico y HC6 en más de la

mitad de los pacientes, HC2 y, especialmente, HC3 presentan una extensión considerablemente menor.

El alcance informa cuántas personas registraron cada finalidad sanitaria, pero no permite establecer si la función se presentó de manera exclusiva, cuántas atenciones recibió cada paciente ni su frecuencia, duración, intensidad o gasto asociado. Para establecer cómo se reúnen las funciones dentro de las personas es necesario examinar las configuraciones funcionales.

La figura 2 sintetiza las diferencias en el alcance de las cuatro funciones dentro del universo analítico.

Figura 2. Alcance de las funciones HC en el universo analítico, Colombia, 2025



Fuente: elaboración propia a partir de la base de Pacientes Únicos FEV-RIPS, 2025.

Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES

4.2. Distribución de los pacientes por configuraciones funcionales

La distribución por configuraciones funcionales clasifica a cada paciente según la combinación exacta de HC1, HC2, HC3 y HC6 registrada durante 2025. A diferencia de la lectura por funciones, las configuraciones son mutuamente excluyentes: cada paciente pertenece a una sola combinación y la suma de todas ellas corresponde al universo analítico de 39.518.334 pacientes únicos.

Las cuatro funciones dieron lugar a 15 configuraciones no vacías. Su distribución fue marcadamente desigual. La configuración más frecuente fue HC1 + HC6, con 18.062.147 pacientes, equivalentes al 45,71 % del universo analítico. Casi la mitad de las personas registró, por tanto, exactamente atención curativa y preventiva dentro del ámbito funcional estudiado.

La segunda configuración correspondió a HC1 exclusiva, con 16.486.533 pacientes, que representan el 41,72 % del total. La tercera fue HC6 exclusiva, con 2.910.223 pacientes, equivalentes al 7,36 %.

Estas tres configuraciones reunieron 37.458.903 pacientes, correspondientes al 94,79 % del universo analítico. La distribución se organiza, por tanto, principalmente alrededor de la atención curativa, la atención preventiva y la combinación exacta de ambas.

Las siguientes configuraciones en orden de frecuencia incorporaron la atención de rehabilitación. HC1 + HC2 + HC6 comprendió 1.307.792 pacientes, equivalentes al 3,31 %, mientras que HC1 + HC2 reunió 596.718 pacientes, correspondientes al 1,51 %.

En conjunto, las cinco configuraciones más frecuentes concentraron 39.363.413 pacientes, equivalentes al 99,61 % del universo. Las diez configuraciones restantes agruparon únicamente 154.921 pacientes, correspondientes al 0,39 %.

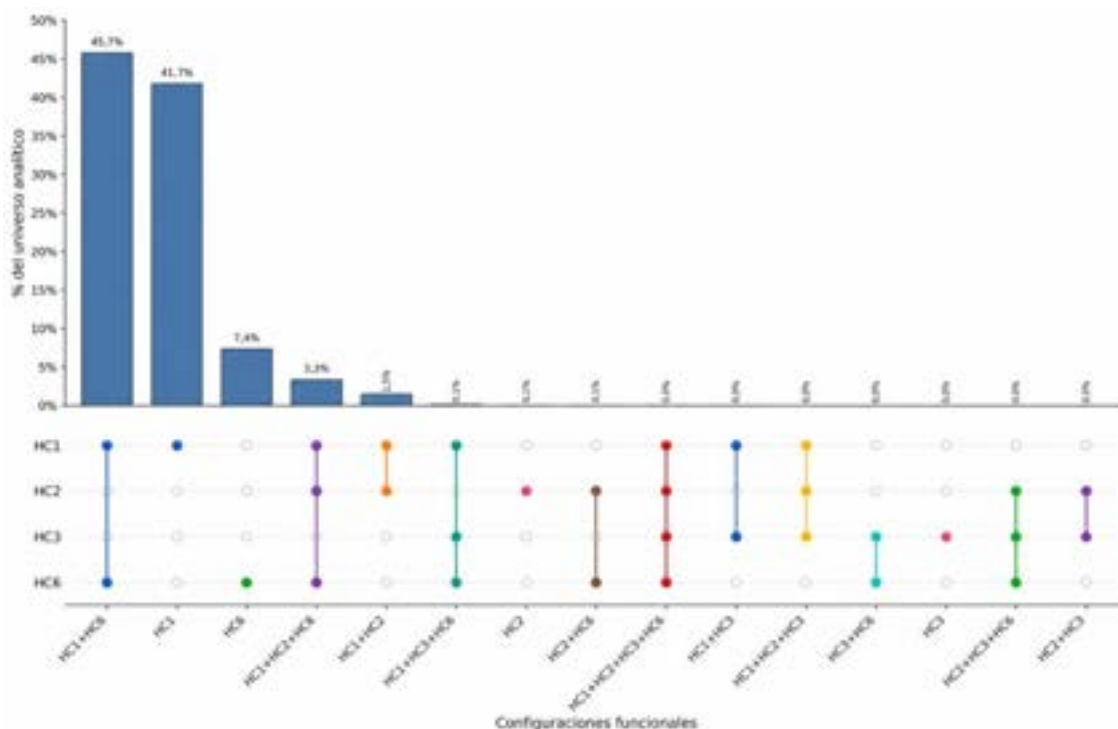
Entre estas configuraciones menos frecuentes, la de mayor tamaño fue HC1 + HC3 + HC6, con 59.120 pacientes y una participación del 0,15 %. Las demás presentaron participaciones inferiores al 0,1 % del universo analítico.

La existencia de 15 configuraciones posibles no implica, por tanto, que todas tengan un peso semejante. La distribución está dominada por un número reducido de combinaciones, mientras que aquellas que incorporan HC2 y, especialmente, HC3 reúnen proporciones comparativamente menores de pacientes.

Esta medida permite establecer el peso de cada combinación exacta dentro del universo analítico. No informa, sin embargo, cuántas veces fue registrada cada función ni cuál tuvo mayor intensidad dentro de la configuración.

La figura 3 presenta la distribución completa de los pacientes entre las 15 configuraciones funcionales observadas.

Figura 3. Distribución de los pacientes por configuraciones funcionales



Fuente: elaboración propia a partir de la base de Pacientes Únicos FEV-RIPS, 2025.
Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES

4.3. Número de funciones registradas: exclusividad y combinación funcional

El número de funciones registradas expresa cuántas finalidades sanitarias diferentes contiene la configuración de cada paciente. A partir de esta medida se distingue entre exclusividad funcional, cuando la configuración contiene una sola función, y combinación funcional, cuando contiene dos o más.

Las configuraciones con una sola función reunieron 19.425.121 pacientes, equivalentes al 49,15 % del universo analítico. Por su parte, las configuraciones combinadas comprendieron 20.093.213 pacientes, correspondientes al 50,85 %. La diferencia entre ambos grupos fue de 668.092 pacientes, equivalente a 1,69 puntos porcentuales.

Dentro de las configuraciones exclusivas predominó HC1. La atención curativa exclusiva reunió 16.486.533 pacientes, que representan el 84,87 % de quienes registraron una sola función. Le siguió HC6 exclusiva, con 2.910.223 pacientes, equivalentes al 14,98 %. HC2 y HC3 exclusivas comprendieron 26.920 y 1.445 pacientes, respectivamente.

Al desagregar las configuraciones combinadas según el número de funciones, se observa que aquellas conformadas por dos funciones reunieron 18.702.147 pacientes, equivalentes al 47,33 % del universo analítico y al 93,08 % de quienes registraron más de una función.

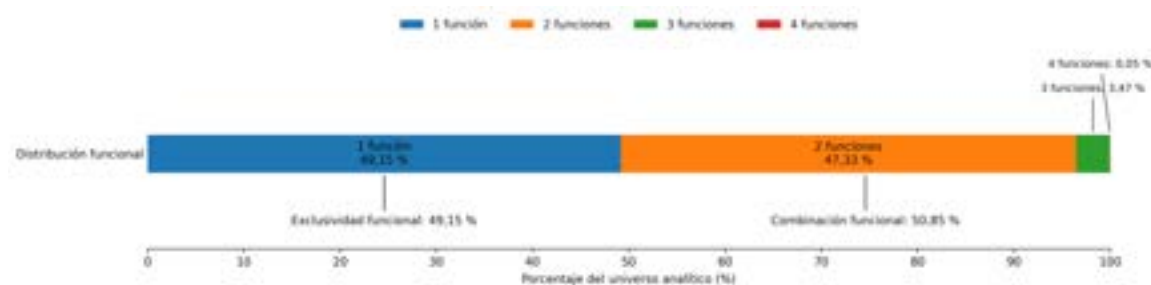
Las configuraciones de tres funciones comprendieron 1.372.530 pacientes, correspondientes al 3,47 % del universo y al 6,83 % de los pacientes con configuración combinada. La configuración que contiene las cuatro funciones reunió 18.536 pacientes, equivalentes al 0,05 % del universo analítico.

Los resultados muestran que la combinación funcional es ligeramente más frecuente que la exclusividad, pero también que la mayor parte de esa combinación corresponde a configuraciones de dos funciones. Las configuraciones que contienen tres o cuatro finalidades sanitarias representan una fracción reducida del universo.

El número de funciones registradas permite establecer el grado de diversidad funcional observado en cada paciente. No debe interpretarse como una medida de complejidad clínica, gravedad, continuidad asistencial o intensidad del consumo.

La figura 4 compara la participación de las configuraciones exclusivas y combinadas según el número de funciones registradas.

Figura 4. Número de funciones registradas: exclusividad y combinación funcional



Fuente: elaboración propia a partir de la base de Pacientes Únicos FEV-RIPS, 2025.

Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES

4.4. Composición de las configuraciones dentro de cada función

La composición de las configuraciones dentro de cada función muestra cómo se distribuyen los pacientes que registraron HC1, HC2, HC3 o HC6 entre las combinaciones exactas en las que aparece cada una. En este análisis, el denominador corresponde al total de pacientes de la función examinada y cambia para cada función.

Por tanto, una misma configuración puede tener porcentajes diferentes según el universo de referencia. HC1 + HC6 representa el 45,71 % del universo general, pero equivale al 49,41 % de los pacientes de HC1 y al 80,69 % de los pacientes de HC6.

Atención curativa (HC1)

La atención curativa comprendió 36.553.120 pacientes. Su composición se concentró en dos configuraciones principales: HC1 + HC6, con 49,41 %, y HC1 exclusiva, con 45,10 %.

En conjunto, estas dos configuraciones representaron el 94,52 % de los pacientes de HC1. La configuración HC1 + HC2 + HC6 reunió el 3,58 %, mientras que HC1 + HC2 representó el 1,63 %. Las demás configuraciones participaron con proporciones inferiores al 0,2 % cada una.

En total, el 54,90 % de los pacientes de HC1 registró además al menos otra función, mientras que el 45,10 % presentó atención curativa exclusiva.

Atención preventiva (HC6)

La atención preventiva comprendió 22.384.389 pacientes. La configuración predominante fue HC1 + HC6, que reunió el 80,69 % del total de HC6. La prevención exclusiva representó el 13,00 %, mientras que HC1 + HC2 + HC6 comprendió el 5,84 %.

Las demás configuraciones reunieron conjuntamente menos del 0,5 % de los pacientes de HC6. En total, el 87,00 % de quienes registraron prevención presentó también al menos otra función, principalmente atención curativa.

Atención de rehabilitación (HC2)

La atención de rehabilitación comprendió 1.978.958 pacientes. La configuración HC1 + HC2 + HC6 reunió el 66,08 % de este universo y HC1 + HC2 representó el 30,15 %.

En conjunto, estas dos configuraciones comprendieron el 96,24 % de los pacientes de HC2. La rehabilitación exclusiva representó el 1,36 %, mientras que HC2 + HC6 reunió el 1,18 %.

En total, el 98,64 % de los pacientes de HC2 registró rehabilitación junto con al menos otra función. Su composición estuvo dominada por configuraciones que también incorporaron atención curativa, acompañada o no por prevención.

Atención de larga duración (HC3)

La atención de larga duración comprendió 104.682 pacientes. Su configuración más frecuente fue HC1 + HC3 + HC6, con el 56,48 % del total de HC3.

La configuración que reúne las cuatro funciones representó el 17,71 %, mientras que HC1 + HC3 comprendió el 16,05 %. La combinación HC1 + HC2 + HC3 reunió el 5,22 % y HC3 + HC6, el 2,96 %. La presencia exclusiva de HC3 representó únicamente el 1,38 %.

En total, el 98,62 % de los pacientes de HC3 registró atención de larga duración junto con al menos otra función.

Comparación entre funciones

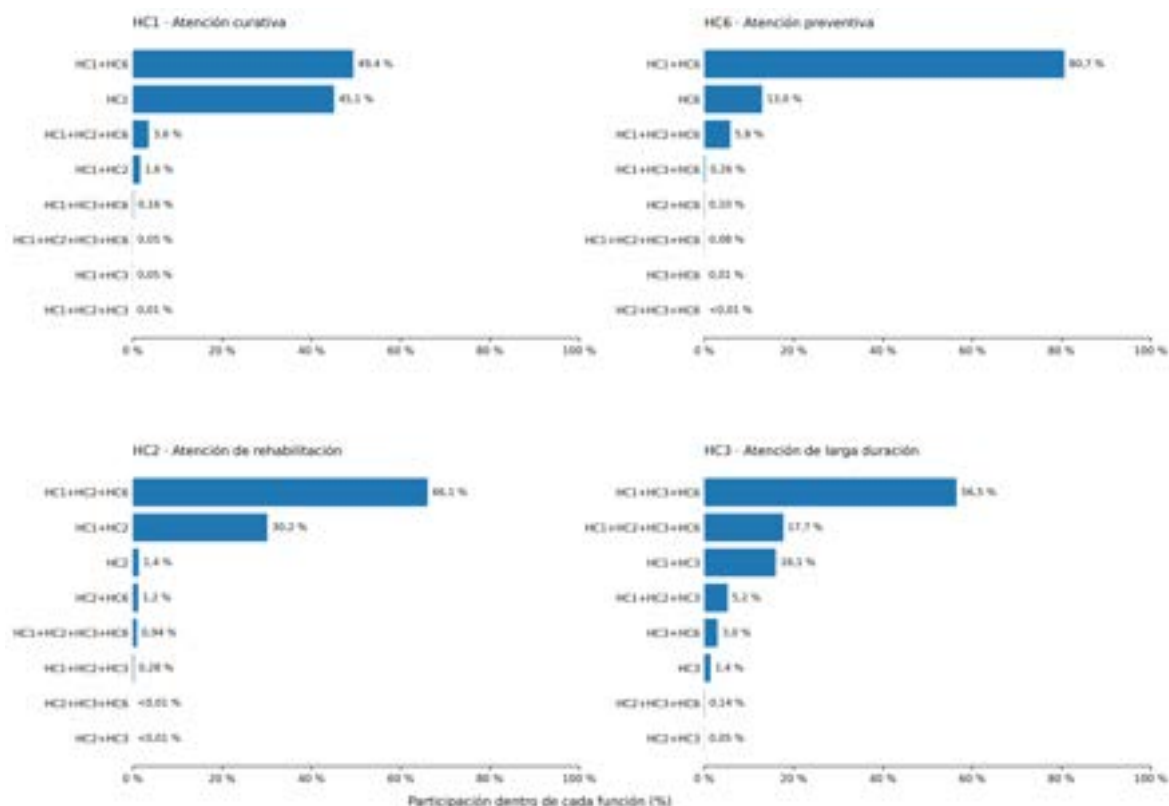
HC1 presentó la mayor proporción de exclusividad, con 45,10 %, seguida por HC6, con 13,00 %. En contraste, la exclusividad representó sólo el 1,36 % de HC2 y el 1,38 % de HC3.

La atención curativa puede presentarse tanto de manera exclusiva como combinada. La prevención aparece principalmente junto con HC1, mientras que la rehabilitación y la atención de larga duración se encuentran casi siempre dentro de configuraciones que contienen otras funciones.

Esta medida describe la composición del universo de cada función, pero no el peso de esas configuraciones en el total de pacientes ni la relación pareada entre funciones, que se analiza a continuación.

La figura 5 resume la composición de las configuraciones dentro de cada función y permite comparar sus niveles de exclusividad y combinación.

Figura 5. Composición de las configuraciones dentro de cada función



Fuente: elaboración propia a partir de la base de Pacientes Únicos FEV-RIPS, 2025.

Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES

4.5. Coexistencia pareada entre funciones

La coexistencia pareada corresponde a la presencia conjunta de dos funciones específicas en un mismo paciente, independientemente de que su configuración contenga también otras funciones. No equivale, por tanto, a una configuración exacta.

Por ejemplo, la coexistencia HC1–HC6 comprende a los pacientes de HC1 + HC6, pero también a quienes registraron HC1 + HC2 + HC6, HC1 + HC3 + HC6 o las cuatro funciones.

Para cada par se calculó el número de pacientes compartidos y dos proporciones condicionadas: la proporción de pacientes de la primera función que también registró la segunda y la proporción de pacientes de la segunda función que también registró la primera. Los conteos fueron obtenidos de la base analítica reconciliada.

La tabla 2 presenta los pacientes compartidos y las proporciones condicionadas correspondientes a cada par de funciones.

Tabla 2. Coexistencia pareada entre funciones

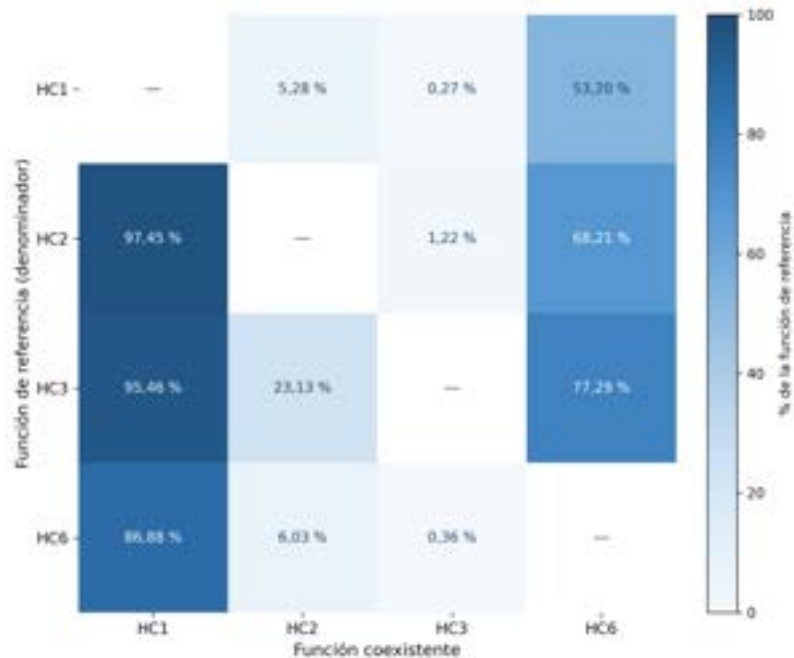
Par de funciones	Pacientes compartidos	Primera función que también registró la segunda	Segunda función que también registró la primera
HC1–HC2	1.928.515	5,28 % de HC1	97,45 % de HC2
HC1–HC3	99.930	0,27 % de HC1	95,46 % de HC3
HC1–HC6	19.447.595	53,20 % de HC1	86,88 % de HC6
HC2–HC3	24.209	1,22 % de HC2	23,13 % de HC3
HC2–HC6	1.349.796	68,21 % de HC2	6,03 % de HC6
HC3–HC6	80.908	77,29 % de HC3	0,36 % de HC6

Fuente: elaboración propia a partir de la base de Pacientes Únicos FEV–RIPS, 2025.

Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES

La figura 6 representa la coexistencia direccional entre las funciones y hace visibles las asimetrías derivadas de sus diferentes denominadores.

Figura 6. Coexistencia direccional entre funciones



Fuente: elaboración propia a partir de la base de Pacientes Únicos FEV–RIPS, 2025.

Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES

La mayor coexistencia en términos absolutos se presentó entre HC1 y HC6, con 19.447.595 pacientes compartidos. El 53,20 % de quienes registraron atención curativa también presentó atención preventiva, mientras que el 86,88 % de los pacientes de HC6 registró además HC1.

La coexistencia entre HC1 y HC2 comprendió 1.928.515 pacientes. Aunque estos representan sólo el 5,28 % de HC1, corresponden al 97,45 % de los pacientes de HC2. Una asimetría semejante se observa entre HC1 y HC3: el 95,46 % de los pacientes de HC3 registró también HC1, pero únicamente el 0,27 % de los pacientes de HC1 presentó HC3.

La relación entre HC2 y HC6 comprendió 1.349.796 pacientes. Estos representan el 68,21 % de los pacientes de HC2, pero sólo el 6,03 % del universo de HC6. Por su parte, el 77,29 % de los pacientes de HC3 registró también HC6, aunque este grupo corresponde únicamente al 0,36 % de los pacientes preventivos.

Las diferencias entre los porcentajes de cada par se explican por el tamaño desigual de los universos funcionales. La coexistencia de dos funciones puede ocupar un lugar predominante dentro de una función de menor alcance y, al mismo tiempo, representar una proporción reducida dentro de otra función mucho más extendida.

La coexistencia anual no permite afirmar que las funciones correspondan a una misma condición de salud, formen parte del mismo episodio o hayan sido prestadas de manera continua o coordinada.

4.6. Concentración de la distribución de configuraciones

La concentración de la distribución de configuraciones corresponde a la proporción acumulada de pacientes reunida en las combinaciones más frecuentes, una vez ordenadas de mayor a menor. Esta medida permite establecer si la estructura funcional se distribuye entre numerosas configuraciones con pesos semejantes o si está dominada por un conjunto reducido de patrones.

Las dos configuraciones más frecuentes —HC1 + HC6 y HC1 exclusiva— reunieron 34.548.680 pacientes, equivalentes al 87,42 % del universo analítico.

Al incorporar HC6 exclusiva, la participación acumulada aumentó al 94,79 %. La cuarta configuración, HC1 + HC2 + HC6, elevó la concentración al 98,10 %, y la incorporación de HC1 + HC2 llevó el porcentaje acumulado al 99,61 %.

En consecuencia:

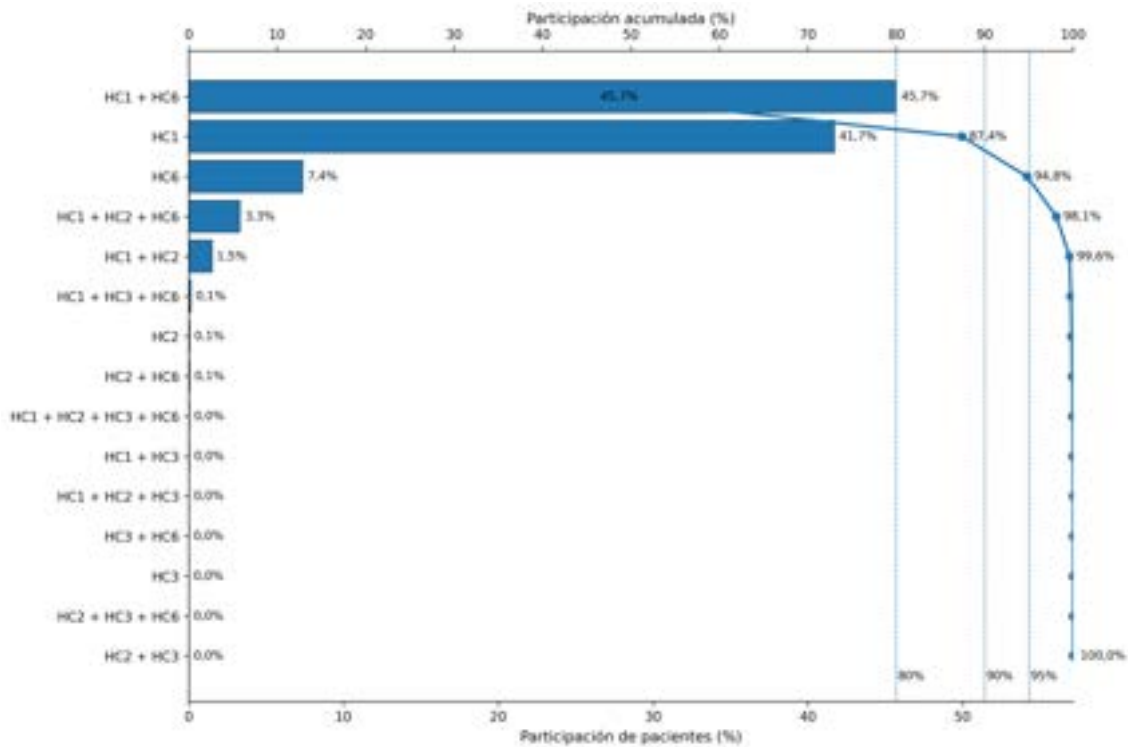
- Dos configuraciones permiten superar el 80 % del universo;
- Tres configuraciones superan el 90 %;
- Cuatro superan el 95 %;
- Cinco superan el 99 %.

Las diez configuraciones restantes reúnen únicamente el 0,39 % de los pacientes. La diversidad formal de combinaciones coexiste, por tanto, con una estructura empírica altamente concentrada.

Este resultado resume la distribución presentada en la sección 4.2 y no debe interpretarse como una medida de concentración del número de servicios, de la intensidad asistencial, del gasto o de los recursos del sistema.

La figura 7 muestra la participación individual y acumulada de las configuraciones ordenadas de mayor a menor frecuencia.

Figura 7. Concentración de la distribución de configuraciones funcionales



Fuente: elaboración propia a partir de la base de Pacientes Únicos FEV-RIPS, 2025.

Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES

5. Discusión

5.1. Una primera caracterización de la configuración funcional del consumo sanitario registrado en Colombia

Este estudio ofrece una primera caracterización de la manera en que las funciones de atención curativa, rehabilitación, atención de larga duración y prevención se distribuyeron y coexistieron entre los pacientes del sistema de salud colombiano durante 2025. Su principal contribución no radica únicamente en asignar los bienes y servicios registrados a las categorías funcionales del SHA 2011, sino en cambiar la unidad desde la cual se observa el consumo sanitario: de los registros individuales de atención hacia los pacientes únicos y las configuraciones funcionales que estos conformaron durante la ventana anual.

Este desplazamiento permite formular una pregunta que no podía responderse mediante la lectura aislada de las transacciones: ¿qué finalidades sanitarias estuvieron presentes en cada paciente y cómo se combinaron dentro de la población atendida? El resultado es una representación de la organización funcional del consumo individual registrado que complementa las perspectivas tradicionales centradas en el tipo de servicio, el proveedor, el diagnóstico o el mecanismo de financiación. La clasificación HC aporta precisamente una lectura transversal basada en el propósito principal de los bienes y servicios consumidos, con independencia del establecimiento que los produjo o del esquema que los financió. Este principio corresponde al marco conceptual del Sistema de Cuentas de Salud, que organiza los flujos asociados con el consumo de bienes y servicios de salud mediante categorías consistentes y comparables (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

Este resultado no cuenta con una línea de base nacional previa, porque la dimensión funcional (HC) del SHA 2011 no había sido operacionalizada en Colombia a partir de registros individualizados y pacientes únicos. La literatura disponible aborda el acceso, la utilización por tipos de servicio, los diagnósticos, la multimorbilidad, la discapacidad y diferentes grupos poblacionales, pero no la distribución de los pacientes entre funciones y configuraciones HC. Por ello, su papel en esta discusión no es proporcionar magnitudes directamente comparables, sino delimitar conceptualmente los hallazgos, situarlos dentro de la organización del sistema colombiano y sustentar hipótesis que deberán examinarse posteriormente.

Los resultados muestran que la configuración funcional observada se estructuró principalmente alrededor de la atención curativa. HC1 estuvo presente en el 92,50 % del universo analítico y formó parte de las dos configuraciones más frecuentes: HC1 + HC6, que reunió el 45,71 % de los pacientes, y HC1 exclusiva, que concentró el 41,72 %. En conjunto, estas dos configuraciones representaron el 87,42 % del total. La rehabilitación y la atención de larga duración registraron un alcance considerablemente menor y aparecieron casi siempre acompañadas por otras funciones. Aunque las cuatro funciones dieron lugar a las 15 configuraciones posibles, la distribución estuvo altamente concentrada: las cinco primeras reunieron el 99,61 % de los pacientes.

Estos resultados no constituyen todavía una representación completa del funcionamiento del sistema de salud. Describen la configuración del **consumo sanitario individual registrado** dentro del ámbito funcional analizado. No incorporan las necesidades de las personas que no accedieron a los servicios, las actividades colectivas que no generaron registros individualizados, los cuidados informales, el número de atenciones, su intensidad, duración o costo. Tampoco permiten reconstruir secuencias clínicas ni determinar si las funciones fueron prestadas de forma integrada. Su aporte consiste en hacer visible, por primera vez dentro de esta fuente, una estructura funcional que hasta ahora permanecía implícita en millones de registros administrativos.

5.2. La atención curativa como centro estructurante del consumo funcional registrado

La atención curativa presentó una posición claramente dominante dentro de la estructura observada. Su relevancia no se limita a que haya sido la función de mayor alcance. HC1 fue también el componente común de las principales configuraciones y la función con la cual coexistieron mayoritariamente HC2, HC3 y HC6. El 97,45 % de los pacientes que registraron rehabilitación, el 95,46 % de quienes presentaron atención de larga duración y el 86,88 % de los pacientes con atención preventiva registraron también atención curativa.

Este patrón permite caracterizar a HC1 como el centro estructurante del consumo funcional registrado. La expresión no implica que las demás funciones dependan conceptualmente de la atención curativa, sino que, en la distribución empírica de los pacientes, la presencia de las demás funciones ocurrió mayoritariamente dentro de configuraciones que también incorporaron diagnóstico, tratamiento o manejo de una enfermedad o lesión.

Parte de esta centralidad puede relacionarse con la amplitud de la propia función. HC1 comprende una diversidad considerable de intervenciones vinculadas con la identificación, el tratamiento, el seguimiento y el control de condiciones agudas y crónicas. En una ventana de observación anual, la probabilidad de que un paciente registre al menos una atención con alguno de estos propósitos puede ser elevada, especialmente en un sistema que atiende simultáneamente episodios agudos, enfermedades transmisibles, condiciones crónicas y eventos asociados con el curso de vida.

La centralidad de HC1 también puede estar relacionada con la manera en que los contactos individuales son organizados y documentados. En la fuente analizada, las atenciones vinculadas con consultas, procedimientos, tratamientos y controles individuales cuentan con una trazabilidad directa a nivel de paciente. Esta característica puede favorecer la observación de HC1 frente a actividades colectivas o cuidados que no generan transacciones sanitarias individualizadas. Un antecedente metodológico colombiano, basado en 16,4 millones de registros de consulta de Bogotá, mostró que la vinculación de registros a nivel de paciente permite identificar patrones poblacionales de coexistencia que no son visibles en el análisis de atenciones aisladas. El estudio advirtió, al mismo tiempo, que las diferencias observadas pueden estar afectadas por el acceso y por las características de fuentes construidas originalmente para fines administrativos y de reembolso (Saavedra-Moreno et al., 2024).

No obstante, los resultados no permiten concluir que el sistema colombiano sea predominantemente curativo en todas sus dimensiones. Una afirmación de esa naturaleza requeriría considerar, al menos, el gasto por función, el volumen y la intensidad de las atenciones, la oferta disponible, las actividades colectivas y la población que no utilizó servicios. La presencia de HC1 en el 92,50 % de los pacientes significa que casi todos registraron al menos una atención con finalidad curativa durante el año; no significa que la mayor parte de los recursos, del tiempo asistencial o de las intervenciones haya correspondido necesariamente a esa función.

La distinción es especialmente importante porque una misma persona puede recibir pocas intervenciones curativas y múltiples intervenciones preventivas, o viceversa, sin que la medición de presencia permita diferenciarlas. La centralidad identificada es, por tanto, una centralidad de alcance y coexistencia funcional, no una medición de intensidad o gasto.

5.3. La coexistencia entre atención preventiva y atención curativa

La configuración HC1 + HC6 constituye el principal patrón encontrado. Reunió 18.062.147 pacientes, equivalentes al 45,71 % del universo analítico. Dentro de HC6, esta combinación representó el 80,69 %, mientras que la atención preventiva exclusiva correspondió al 13,00 %. Además, el 86,88 % de los pacientes con HC6 registró también HC1.

La atención preventiva no aparece, por tanto, como una función marginal. Alcanzó al 56,64 % del universo y estuvo presente en más de la mitad de los pacientes. Sin embargo, su forma predominante de aparición fue la coexistencia con atención curativa. Este resultado constituye uno de los hallazgos más relevantes del estudio porque permite observar la prevención no sólo como una categoría agregada, sino como una finalidad que se encuentra inserta mayoritariamente en configuraciones individuales que incorporan también diagnóstico, tratamiento o control.

La estructura observada es compatible, en términos conceptuales, con el modelo de integralidad formulado por la política sanitaria colombiana. Las Rutas Integrales de Atención en Salud organizan intervenciones individuales y colectivas que comprenden promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, y establecen un continuo esperado de atención para personas, familias y comunidades. De manera semejante, la Atención Primaria en Salud se define como una estrategia integral y participativa que articula promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y busca garantizar la integralidad, la continuidad y la resolutivez del cuidado (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-a, s. f.-b).

La correspondencia entre ese marco y la configuración HC1 + HC6 debe interpretarse con cautela. Los resultados muestran que ambas funciones fueron registradas para la misma persona durante el año, pero no permiten establecer que hayan formado parte de un mismo contacto, episodio, ruta o proceso coordinado. La prevención pudo realizarse durante una consulta curativa o de seguimiento, pero también pudo corresponder a un evento independiente o a una condición distinta. Por ello, la coexistencia funcional es consistente con la posibilidad de una atención integral, pero no constituye evidencia de que dicha integralidad se haya producido.

La literatura colombiana ofrece elementos para comprender por qué prevención y curación pueden coexistir dentro de una misma población. Un estudio nacional basado en las Encuestas de Calidad de Vida de 2018 a 2021 encontró que las personas con discapacidad presentaban una mayor utilización tanto de servicios

preventivos como curativos que las personas sin discapacidad. Los resultados sugieren que los grupos con mayores necesidades de salud pueden concentrar simultáneamente diferentes tipos de utilización, aunque esa utilización también se encuentre condicionada por factores como el régimen de afiliación y el contexto socioeconómico (Espitia Segura & Pinilla-Roncancio, 2024).

Desde esta perspectiva, la configuración HC1 + HC6 podría expresar diferentes mecanismos: actividades preventivas incorporadas en consultas de tratamiento o control; seguimiento preventivo de personas con condiciones diagnosticadas; concurrencia de necesidades distintas dentro del mismo año; o una mayor probabilidad de recibir prevención entre quienes ya mantienen contacto con el sistema. Los datos disponibles no permiten discriminar entre estas explicaciones.

También debe tenerse en cuenta que HC6 comprende actividades individuales y colectivas. La base analizada observa principalmente aquellas intervenciones que pueden vincularse con una persona identificada. La vigilancia epidemiológica, la comunicación poblacional, ciertas acciones comunitarias y otras intervenciones colectivas pueden no generar registros individuales equivalentes. En consecuencia, el alcance de HC6 caracteriza la prevención registrada entre pacientes, pero no representa la totalidad de la función preventiva desarrollada por el sistema.

El hallazgo abre una línea de análisis particularmente relevante: establecer si la coexistencia entre HC1 y HC6 varía por edad, sexo, condición epidemiológica, territorio, proveedor o régimen de afiliación. Esto permitiría distinguir si la configuración responde a patrones generales de contacto con el sistema o si se concentra en determinados grupos y contextos.

5.4. Rehabilitación y atención de larga duración: menor alcance y elevada inserción funcional

HC2 y HC3 presentan una estructura diferente de la observada para HC1 y HC6. La rehabilitación alcanzó al 5,01 % del universo y la atención de larga duración al 0,26 %. Sin embargo, su rasgo más característico no es únicamente el menor alcance, sino su elevada presencia dentro de configuraciones combinadas. El 98,64 % de los pacientes con HC2 y el 98,62 % de quienes registraron HC3 presentaron además alguna de las otras funciones estudiadas.

En HC2, la configuración HC1 + HC2 + HC6 concentró el 66,08 % de los pacientes y HC1 + HC2 otro 30,15 %. En conjunto, ambas representaron el 96,24 % de la rehabilitación registrada. La presencia exclusiva de HC2 fue apenas del 1,36 %. La

rehabilitación aparece así estrechamente asociada con la atención curativa y, en buena parte de los casos, también con la prevención.

Esta inserción resulta conceptualmente coherente con una función orientada a recuperar, mejorar o compensar el funcionamiento afectado como consecuencia de una enfermedad, lesión o condición de salud. La rehabilitación puede acompañar el tratamiento clínico y requerir seguimiento, control y acciones destinadas a prevenir complicaciones o deterioros adicionales. La Organización Mundial de la Salud señala que las necesidades de rehabilitación, las características de los sistemas de salud y los desafíos para su provisión varían entre países. Por ello, propone una ruta de fortalecimiento basada en la evaluación de la situación, la planificación estratégica, el desarrollo de mecanismos de seguimiento y evaluación y la implementación del plan (World Health Organization, 2019).

El alcance de HC2 no debe interpretarse como una estimación de la necesidad de rehabilitación existente en el país. La necesidad potencial depende de la prevalencia de lesiones, enfermedades crónicas, discapacidad, envejecimiento y deterioro funcional, mientras que la presencia registrada depende también de la oferta, el acceso, la derivación, la continuidad, la capacidad diagnóstica y la clasificación administrativa. En Colombia, la atención integral a las personas con discapacidad incorpora normativamente la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, pero ese reconocimiento no informa por sí mismo sobre la cobertura efectiva de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-c).

La estructura de HC3 requiere una interpretación todavía más cuidadosa. Aunque presentó el menor alcance, su composición interna fue comparativamente más diversificada: HC1 + HC3 + HC6 reunió el 56,48 %; la configuración con las cuatro funciones, el 17,71 %; y HC1 + HC3, el 16,05 %. La atención de larga duración se registró principalmente dentro de configuraciones que incorporaron tratamiento, prevención y, en algunos casos, rehabilitación, lo que es consistente con la multiplicidad de respuestas que pueden requerir las personas con dependencia o deterioro funcional prolongado.

Sin embargo, la atención de larga duración en salud representa sólo una parte del universo más amplio de cuidados. Las estimaciones disponibles muestran que la dependencia funcional afecta a una proporción relevante de las personas mayores en Colombia y que una parte importante de las necesidades de apoyo es atendida por las familias o permanece fuera de la oferta formal. Esta evidencia permite

contextualizar el reducido alcance registrado de HC3, pero no establecer una comparación directa entre ambas magnitudes, dado que corresponden a poblaciones, denominadores y conceptos diferentes. Otra investigación comparativa de seis países latinoamericanos ubicó a Colombia, después de Brasil, entre los países con mayor proporción de personas mayores que requerían ayuda para actividades de la vida diaria (Flórez et al., 2019; Matus-Lopez & Chaverri-Carvajal, 2021).

Estas estimaciones no son directamente comparables con el 0,26 % observado en HC3. La dependencia funcional no equivale automáticamente a consumo de atención de larga duración en salud. Muchas necesidades pueden ser atendidas mediante servicios sociales, apoyos comunitarios o cuidados familiares, o permanecer sin respuesta formal. Además, HC3 se restringe a intervenciones cuyo propósito principal se encuentra dentro de la frontera sanitaria definida por el SHA.

La evidencia sobre cuidado informal refuerza esta distinción. Una metasíntesis de 20 estudios colombianos encontró que los cuidadores familiares asumen labores para las cuales con frecuencia no reciben preparación, reconocimiento ni acompañamiento institucional suficiente. La revisión muestra que una parte sustantiva de la respuesta a las condiciones crónicas, la discapacidad y la dependencia ocurre en el ámbito familiar y no necesariamente genera una transacción sanitaria individualizada (Torres-Sanmiguel et al., 2024).

Por tanto, el reducido alcance de HC3 no debe interpretarse como evidencia de una baja necesidad de cuidados prolongados. El hallazgo describe únicamente la fracción que aparece como atención sanitaria individual registrada y clasificada bajo esa finalidad. La diferencia entre necesidad potencial, provisión formal e informal y consumo registrado constituye una de las principales preguntas abiertas por el estudio.

5.5. Una estructura formalmente diversa, pero empíricamente concentrada

Las cuatro funciones analizadas generan 15 configuraciones no vacías y todas estuvieron presentes en los registros. Sin embargo, la existencia de esa diversidad formal no implicó una distribución equilibrada. HC1 + HC6 y HC1 exclusiva concentraron el 87,42 % de los pacientes; al incorporar HC6 exclusiva, el acumulado alcanzó el 94,79 %; y las cinco primeras configuraciones reunieron el 99,61 %. Las diez restantes representaron apenas el 0,39 % del universo analítico.

Esta concentración permite reinterpretar el aparente equilibrio entre exclusividad y combinación funcional. El 49,15 % de los pacientes registró una sola función y el 50,85 % dos o más. Consideradas de manera agregada, estas participaciones podrían sugerir una estructura dividida de forma relativamente homogénea. Sin embargo, la exclusividad está explicada principalmente por HC1 exclusiva y, en menor medida, por HC6 exclusiva, mientras que la combinación se concentra casi por completo en HC1 + HC6. El equilibrio agregado encubre, por tanto, una organización fuertemente dominada por pocos patrones.

La concentración no resta importancia a las configuraciones minoritarias. Su baja frecuencia puede identificar grupos específicos con patrones de consumo funcional distintos y potencialmente asociados con requerimientos asistenciales particulares. Las configuraciones que incorporan simultáneamente rehabilitación y atención de larga duración, por ejemplo, comprenden pocos pacientes respecto del total nacional, pero pueden representar poblaciones con requerimientos asistenciales, familiares y sociales particulares. Su interpretación exige análisis específicos por edad, diagnóstico, territorio y tipo de proveedor.

El estudio colombiano sobre patrones de multimorbilidad basado en RIPS constituye un antecedente metodológico análogo. Aunque analizó coexistencia diagnóstica y no configuraciones funcionales, demostró que la integración de registros a nivel de paciente permite reconocer asociaciones poblacionales, concentraciones y desigualdades que no son visibles en los registros aislados. Sus autores también advirtieron que una menor prevalencia registrada en determinados grupos puede reflejar tanto diferencias reales como desigualdades de acceso o sesgos de información (Saavedra-Moreno et al., 2024).

En nuestro caso, la concentración muestra que el consumo funcional registrado puede representarse mediante un conjunto pequeño de configuraciones predominantes, pero también obliga a evitar una simplificación excesiva. Las configuraciones minoritarias deben preservarse porque constituyen evidencia de la heterogeneidad del consumo funcional registrado y pueden adquirir una importancia distinta cuando se examinen subpoblaciones, territorios o gasto.

La concentración observada se refiere exclusivamente a la distribución de pacientes. No representa concentración del gasto, de procedimientos, de proveedores, de recursos ni de intensidad asistencial. Tampoco puede interpretarse el número de funciones como una medida directa de complejidad clínica: un paciente con una sola función puede presentar una condición de alta complejidad,

mientras que otro con varias funciones puede haber recibido intervenciones de baja intensidad y sin relación entre sí.

5.6. Contribución analítica: primera línea de base funcional y poblacional del consumo sanitario en Colombia

La principal contribución de este estudio debe situarse en el proceso más amplio de adaptación integral del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011), que se desarrolla por primera vez en Colombia. Hasta ahora, la comprensión del gasto en salud se había concentrado principalmente en identificar el origen de los recursos y los mecanismos mediante los cuales se financiaban. En menor medida, se había avanzado en caracterizar la estructura de provisión. Sin embargo, permanecía mucho menos desarrollada la dimensión correspondiente a la población que consume los bienes y servicios de salud y a las finalidades sanitarias para las cuales estos son utilizados.

Esta aproximación tendía a reducir el análisis del gasto a su dimensión financiera. El SHA propone una perspectiva más amplia e integradora: el gasto adquiere significado cuando se interpreta mediante la articulación de tres dimensiones. La clasificación funcional (HC) permite establecer qué se consume y con qué finalidad sanitaria; la clasificación de proveedores (HP) identifica quién produce los bienes y servicios; y la clasificación de los esquemas de financiación (HF) muestra mediante qué arreglos institucionales se movilizan los recursos. Su aporte no consiste, por tanto, únicamente en cuantificar cuánto se gasta, sino en comprender cómo se relacionan el consumo, la provisión y la financiación dentro del sistema de salud (OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

La articulación del modelo FEV–RIPS con SIIFA y con las demás fuentes de información financiera crea las condiciones técnicas para hacer operativa esta arquitectura triaxial a partir de información integrada. FEV–RIPS permite vincular las transacciones sanitarias con los pacientes, las finalidades funcionales de la atención y los proveedores que suministran los bienes y servicios. SIIFA permite avanzar en la identificación de los flujos y mecanismos de financiación. La integración de estas fuentes contribuye a superar una lectura fragmentada y hace posible relacionar consumo, provisión y financiación dentro de una misma arquitectura analítica.

En este proceso, los resultados presentados en el documento constituyen el primer desarrollo empírico de la dimensión funcional (HC). Su aporte central es construir la primera línea de base disponible en Colombia sobre el patrón funcional y

poblacional del consumo sanitario registrado. Esto implica identificar no sólo cuántos pacientes estuvieron vinculados con cada función, sino también cómo coexistieron la atención curativa, la rehabilitación, la atención de larga duración y la prevención entre las personas atendidas durante 2025.

La línea de base introduce una unidad de análisis que hasta ahora no se encontraba disponible en el sistema: el paciente caracterizado según las funciones sanitarias registradas durante el periodo. A partir de esta unidad es posible establecer el alcance de cada función, distinguir consumos exclusivos y combinados, reconocer las configuraciones predominantes, identificar relaciones de coexistencia y medir el grado de concentración de la estructura funcional. El resultado no es una simple reclasificación de registros, sino una nueva representación del consumo sanitario desde la perspectiva de la población atendida.

El carácter fundacional del ejercicio radica en que permite avanzar desde una visión centrada principalmente en transacciones, fuentes de financiación y tipos de prestadores hacia una lectura que incorpora explícitamente a la población. La pregunta deja de ser únicamente cuánto se financia o quién presta los servicios e incluye también qué finalidades sanitarias están presentes entre los pacientes, cuál es el alcance de cada función y de qué manera estas coexisten dentro del consumo individual.

Perspectiva funcional

La adaptación de HC permite identificar la finalidad principal de los bienes y servicios consumidos. Esto hace posible distinguir entre atención curativa, rehabilitación, atención de larga duración y prevención, aun cuando estas funciones sean producidas por un mismo proveedor o financiadas mediante un mismo esquema. La perspectiva funcional permite comprender para qué responde el sistema y cómo se organiza el consumo alrededor de diferentes propósitos sanitarios.

Los resultados muestran, además, que esta dimensión no puede reducirse a una distribución aislada entre funciones. La coexistencia constituye un componente central de la organización observada. La construcción de configuraciones funcionales permite reconocer que una misma persona puede registrar distintas finalidades durante el año y que estas combinaciones presentan una distribución altamente desigual. Se abre así una capacidad analítica para estudiar la estructura del consumo más allá del conteo de atenciones o de la consideración separada de cada función.

Perspectiva poblacional

La construcción de pacientes únicos permite relacionar las funciones con las características de la población atendida. Esta perspectiva hace posible examinar cómo varían el alcance y las configuraciones según edad, sexo, curso de vida, condiciones epidemiológicas, régimen de afiliación y otras características disponibles.

La relevancia de este enfoque reside en que los recursos dejan de observarse como un agregado abstracto y pueden interpretarse en relación con las poblaciones entre las cuales se distribuyen determinados patrones de consumo. En los siguientes documentos de la serie será posible establecer qué grupos presentan una mayor presencia de atención preventiva, en cuáles se concentra la rehabilitación, cómo se distribuye la atención de larga duración y qué configuraciones funcionales caracterizan diferentes momentos del curso de vida.

Esta perspectiva también permitirá contrastar el consumo registrado con la estructura demográfica y epidemiológica de la población. Ello contribuirá a examinar en qué medida las respuestas funcionales observadas guardan correspondencia con las necesidades de salud, sin asumir que el consumo registrado constituye por sí mismo una medición de esas necesidades.

Perspectiva territorial

La dimensión territorial permitirá establecer si el patrón nacional encubre diferencias en el acceso, la disponibilidad de servicios, la organización de la oferta o la capacidad de registro. La clasificación funcional puede desagregarse por departamento, municipio y otras unidades territoriales para identificar variaciones en el alcance de las funciones y en las configuraciones predominantes.

Esta posibilidad es especialmente relevante en un sistema caracterizado por diferencias demográficas, epidemiológicas, institucionales y de disponibilidad de servicios. El análisis territorial permitirá determinar si la centralidad de la atención curativa, la coexistencia entre curación y prevención o la reducida presencia registrada de rehabilitación y atención de larga duración se reproducen homogéneamente o adoptan formas diferentes según los territorios.

La incorporación de la dimensión territorial no sólo permitirá describir variaciones geográficas. También hará posible relacionar los patrones funcionales del consumo con la estructura de la oferta, la localización de los proveedores, las condiciones de acceso y las características de las poblaciones atendidas. De esta manera, el

territorio se incorpora como una dimensión constitutiva del funcionamiento del sistema y no únicamente como una variable de desagregación.

Articulación con el análisis del gasto

La línea de base construida en este documento constituye el fundamento analítico para el estudio del gasto que se desarrollará posteriormente. El siguiente paso no consistirá en agregar cifras financieras de manera independiente, sino en relacionar los recursos movilizados con la estructura funcional y poblacional identificada. Esto permitirá establecer cuánto se gasta en cada función, qué patrones de consumo concentran recursos, qué proveedores producen las respuestas sanitarias y mediante qué esquemas se financian. El análisis demográfico y territorial de la serie permitirá después examinar cómo estas relaciones varían entre grupos poblacionales y territorios.

En la secuencia analítica adoptada por el proyecto, la construcción del patrón funcional y poblacional del consumo constituye el punto de partida para el documento posterior sobre gasto. Esta decisión no establece una jerarquía entre las dimensiones del SHA, sino una estrategia de investigación: primero se caracteriza qué finalidades sanitarias están presentes entre los pacientes y cómo se organizan; posteriormente, esa estructura se relaciona con la provisión, la financiación y los recursos movilizados.

La articulación de HC, HP y HF permitirá responder de manera integrada preguntas que hasta ahora tendían a abordarse separadamente: qué consume la población, quién produce los bienes y servicios, mediante qué esquemas se financian y cómo se distribuyen los recursos entre funciones, proveedores, poblaciones y territorios. Esta arquitectura podrá contrastarse, a su vez, con información epidemiológica, necesidades de salud e indicadores de resultados para examinar la correspondencia entre el patrón de consumo, los recursos movilizados y las condiciones de salud de la población.

La contribución del estudio no se limita, por tanto, a presentar una fotografía descriptiva de 2025. El ejercicio establece una capacidad analítica reproducible que puede actualizarse en el tiempo, utilizarse para construir series comparables y ampliarse mediante la incorporación progresiva de las demás dimensiones del SHA. La línea de base permitirá monitorear cambios en el alcance de las funciones, transformaciones en las configuraciones predominantes y variaciones demográficas y territoriales del consumo.

En síntesis, este primer resultado hace visible una dimensión del sistema de salud colombiano que hasta ahora no había sido observada de manera integrada: el patrón funcional y poblacional del consumo sanitario registrado. Su importancia radica en que incorpora a la población y a las finalidades de la atención dentro de la comprensión del gasto y establece la base para relacionar posteriormente el consumo con la estructura de provisión, los esquemas de financiación, los recursos movilizados, las necesidades sanitarias y los resultados en salud.

5.7. Limitaciones del estudio

Primera, cobertura del universo observado.

El análisis comprende a las personas que registraron consumo sanitario individual en las funciones HC1, HC2, HC3 y HC6 durante 2025. Por tanto, no representa las necesidades de salud de la población que no utilizó servicios, que enfrentó barreras de acceso o cuyas atenciones no quedaron registradas en las fuentes analizadas. Tampoco constituye una caracterización de la totalidad de las funciones del SHA.

Segunda, naturaleza administrativa de la información.

Los resultados dependen de la completitud, consistencia y calidad de los registros FEV-RIPS, así como de las reglas empleadas para asignar las transacciones a las funciones HC. Las diferencias observadas pueden reflejar patrones reales de consumo, pero también variaciones en la capacidad de registro, facturación, codificación y clasificación de los bienes y servicios.

Tercera, medición de presencia funcional.

La unidad utilizada identifica si cada paciente registró o no una función durante el año. Esta medida permite establecer alcance, exclusividad, combinación, coexistencia y concentración, pero no informa sobre el número de atenciones, la frecuencia de uso, su duración, intensidad, complejidad o costo. Por ello, la mayor presencia de una función no implica necesariamente una mayor movilización de recursos.

Cuarta, temporalidad y configuraciones.

Las configuraciones se construyeron dentro de una ventana anual. La coexistencia de funciones indica que estas estuvieron presentes para una misma persona durante 2025, pero no permite establecer su secuencia temporal, si correspondieron al mismo episodio o condición de salud, ni si existió coordinación, continuidad o integración entre las atenciones.

Quinta, observabilidad diferencial de las funciones.

Las fuentes individualizadas capturan principalmente bienes y servicios vinculados con pacientes identificables. En consecuencia, pueden representar de manera incompleta las intervenciones preventivas colectivas, las acciones comunitarias y poblacionales, así como los cuidados familiares, informales o sociales que no generan una transacción sanitaria individual. Esta restricción es especialmente relevante para interpretar HC6 y HC3.

Sexta, alcance explicativo.

El estudio establece una línea de base descriptiva y no permite atribuir causalidad a la estructura encontrada. Los resultados no determinan si las diferencias entre funciones y configuraciones se explican por las necesidades epidemiológicas, la oferta disponible, el acceso, la organización del modelo asistencial, la financiación o la capacidad de registro. El análisis de estas relaciones requerirá integrar dimensiones demográficas, epidemiológicas, territoriales, institucionales y financieras.

Estas limitaciones no reducen el valor de la línea de base construida, pero delimitan con precisión su significado. Los resultados describen cómo se organizó funcionalmente el consumo sanitario individual registrado durante 2025; no representan la totalidad de las necesidades de salud, de las respuestas colectivas o informales ni de los recursos movilizados por el sistema. Su principal aporte consiste en establecer el patrón empírico que podrá ser ampliado y contrastado mediante la integración posterior de información poblacional, territorial, epidemiológica, de provisión, financiación y gasto.

5.8. Síntesis interpretativa

En conjunto, los resultados muestran que la configuración funcional del consumo sanitario individual registrado en Colombia durante 2025 se organizó alrededor de dos patrones dominantes: la coexistencia entre atención curativa y preventiva y la presencia exclusiva de atención curativa. HC1 estuvo presente en la gran mayoría de los pacientes y formó parte de las configuraciones más frecuentes, lo que permite identificarla como el principal eje de la estructura funcional observada. Esta centralidad se refiere, sin embargo, al alcance de la función entre los pacientes y no permite concluir que la atención curativa concentre necesariamente la mayor parte de los servicios, de los recursos o del gasto del sistema.

La atención preventiva tampoco ocupó una posición marginal. Su elevada presencia, principalmente dentro de la configuración HC1 + HC6, muestra que una proporción importante de los pacientes que registró actividades preventivas también recibió atención curativa durante el año. Este patrón es compatible con una organización de la atención en la que la detección temprana, el control de riesgos y el seguimiento preventivo acompañan los contactos habituales con el sistema. No obstante, la coexistencia anual de ambas funciones no demuestra que hayan formado parte de un mismo episodio ni que hayan sido prestadas de manera coordinada o integrada.

Por su parte, la rehabilitación y la atención de larga duración tuvieron un alcance considerablemente menor, pero aparecieron casi siempre dentro de configuraciones que incorporaban otras funciones, especialmente atención curativa y, con frecuencia, prevención. Su rasgo más relevante es, por tanto, su elevada inserción funcional. Este patrón es consistente con respuestas asociadas con secuelas, pérdida de funcionamiento, dependencia o condiciones prolongadas, aunque los resultados no permiten determinar si su menor alcance obedece a una menor necesidad poblacional, a barreras de acceso, a restricciones de oferta, a dificultades de registro o a la provisión de cuidados por fuera de las transacciones sanitarias observadas.

Algo más de la mitad de los pacientes registró dos o más funciones durante 2025. Sin embargo, esta combinación no se distribuyó de manera equilibrada: la configuración HC1 + HC6 concentró la mayor parte de los pacientes con consumo combinado y, junto con HC1 exclusiva, explicó casi toda la estructura observada. El consumo sanitario registrado presenta así una organización formalmente diversa, porque se observaron todas las configuraciones posibles, pero empíricamente concentrada en unos pocos patrones. La presencia de varias funciones tampoco demuestra por sí misma mayor complejidad clínica, integralidad de la atención o satisfacción multidimensional de las necesidades.

Los resultados no permiten establecer en qué medida esta estructura refleja las necesidades de salud de la población, la organización del modelo asistencial, las condiciones de acceso, la distribución de la oferta o la capacidad diferencial de registro de cada función. Probablemente expresa la interacción de estos factores. Su relevancia consiste en establecer por primera vez el patrón empírico que deberá ser profundizado mediante análisis demográficos, epidemiológicos, territoriales, institucionales y financieros.

Este estudio construye la primera línea de base funcional y poblacional del consumo sanitario registrado en Colombia, como resultado de la adaptación de la dimensión HC del SHA 2011 a los registros FEV–RIPS. Su carácter fundacional deriva de la posibilidad, inédita hasta ahora, de identificar a nivel de pacientes cómo se distribuyen y coexisten las distintas finalidades de atención. Esta línea de base hace visible una dimensión del funcionamiento del sistema que no había sido observada de manera integrada y establece el punto de partida para articular posteriormente el patrón poblacional del consumo (HC) con la estructura de provisión (HP), los esquemas y mecanismos de financiación (HF), los recursos movilizados y los resultados en salud.

6. Conclusiones

Este estudio muestra que el consumo sanitario individual registrado en Colombia durante 2025 se organizó alrededor de una estructura funcional claramente definida. La atención curativa constituyó el principal eje del patrón observado, tanto de manera exclusiva como en coexistencia con la atención preventiva. Estas dos configuraciones concentraron la mayor parte de los pacientes, mientras que la rehabilitación y la atención de larga duración presentaron un alcance menor y aparecieron predominantemente dentro de configuraciones combinadas con otras funciones. En consecuencia, la estructura funcional identificada es diversa en el número de configuraciones posibles, pero altamente concentrada en unos pocos patrones de consumo.

Este resultado permite avanzar en la comprensión del funcionamiento del sistema de salud colombiano desde una perspectiva que hasta ahora no había sido desarrollada: la de la población que consume los bienes y servicios y las finalidades sanitarias que estos cumplen. La construcción de pacientes únicos y configuraciones funcionales permite superar la lectura aislada de las transacciones y observar cómo las distintas respuestas del sistema se distribuyen y coexisten dentro de las personas atendidas. La coexistencia entre funciones no demuestra por sí misma continuidad, coordinación o integralidad asistencial, pero establece el patrón empírico a partir del cual estas dimensiones podrán ser examinadas posteriormente.

El estudio construye la primera línea de base funcional y poblacional del consumo sanitario registrado en Colombia, como resultado de la adaptación de la dimensión HC del SHA 2011 a los registros FEV–RIPS. Esta contribución es fundacional porque incorpora una dimensión que había permanecido débilmente desarrollada

en la comprensión nacional del gasto en salud. Hasta ahora, el análisis se había concentrado principalmente en el origen y la movilización de los recursos y, en menor medida, en los proveedores. La incorporación de la perspectiva funcional y poblacional permite establecer qué consume la población y con qué finalidad, creando las condiciones para relacionar posteriormente este patrón con la estructura de provisión (HP), los esquemas de financiación (HF) y los recursos movilizados.

La línea de base construida amplía de manera sustantiva las posibilidades de análisis del sistema. Su actualización permitirá identificar cambios en los patrones funcionales del consumo y construir series comparables. Su articulación con el gasto permitirá interpretar los recursos no como agregados financieros aislados, sino en relación con las finalidades sanitarias, las poblaciones atendidas y los proveedores. A su vez, la desagregación por edad, sexo, curso de vida y condiciones epidemiológicas, junto con la incorporación del territorio, permitirá examinar cómo se distribuyen las funciones entre distintos grupos poblacionales y reconocer diferencias en el acceso, la oferta, la organización de los servicios y la capacidad de registro.

Estos resultados también abren preguntas relevantes para la política sanitaria. La centralidad de la atención curativa, la elevada coexistencia entre curación y prevención y la reducida presencia registrada de rehabilitación y atención de larga duración deberán ser examinadas a la luz de las necesidades epidemiológicas, la organización del modelo asistencial y las condiciones de acceso y oferta. En particular, será necesario establecer si el menor alcance de HC2 y HC3 refleja diferencias en la necesidad poblacional, restricciones de disponibilidad y acceso, dificultades de clasificación o la existencia de cuidados que se producen fuera de las transacciones sanitarias registradas.

Los siguientes desarrollos deberán profundizar esta línea de investigación mediante la incorporación progresiva de las dimensiones financieras, demográficas, territoriales y epidemiológicas, así como mediante la articulación de HC, HP y HF. También será necesario examinar la evolución temporal de las configuraciones funcionales y su correspondencia con las necesidades y los resultados en salud. De esta manera, la capacidad construida podrá convertirse no sólo en una herramienta de descripción, sino en un instrumento permanente para comprender, monitorear y orientar la organización del consumo y del gasto en el sistema de salud colombiano.

7. Referencias bibliográficas

- Espitia Segura, O. M., & Pinilla-Roncancio, M. (2024). Disability, poverty and health-service accessibility in the context of the COVID-19 pandemic: A population-based repeated cross-sectional study in Colombia. *BMJ Open*, 14(10), e088605. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088605>
- Flórez, C. E., Martínez Rodríguez, L. J., & Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001884>
- Matus-Lopez, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2021). Population with long-term care needs in six Latin American countries: Estimation of older adults who need help performing ADLs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7935. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157935>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.-a). *Atención Primaria en Salud*. Recuperado el 1 de agosto de 2026, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/prestacion-servicios/Paginas/atencion-primaria-en-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.-b). *Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)*. Recuperado el 1 de agosto de 2026, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud-rias.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.-c). *Salud integral y rehabilitación*. Recuperado el 1 de agosto de 2026, de <https://www2.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/salud-integral-y-rehabilitacion.aspx>
- OECD, Eurostat, & World Health Organization. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- Saavedra-Moreno, C., Hurtado, R., Velasco, N., & Ramírez, A. (2024). Identification of population multimorbidity patterns in 3.9 million patients from Bogota in 2018. *Global Epidemiology*, 8, 100171. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2024.100171>



- Torres-Sanmiguel, A. F., Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. (2024). Experiencia de los cuidadores informales en Colombia: Revisión sistemática y metasíntesis. *Universidad y Salud*, 26(1), 29–40. <https://doi.org/10.22267/rus.242601.318>
- World Health Organization. (2019). *Rehabilitation in health systems: Guide for action*. <https://www.who.int/publications/i/item/rehabilitation-in-health-systems-guide-for-action>