



Universidad

Icesi

PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Un mayor gasto en salud no significa necesariamente un mejor estado de salud en la población

Cali, octubre de 2026 | ISSN: 2256-5787 (En línea)

CUESTIÓN SALUD

13





Universidad

icesi

PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Un mayor gasto en salud no significa necesariamente un mejor estado de salud en la población

Cali, octubre de 2026 | ISSN: 2256-5787 (En línea)

CUESTIÓN SALUD

43



Universidad

icesi

| PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Cuestión Salud – edición # 43

Un mayor gasto en salud no significa necesariamente un mejor estado de salud en la población

Anna Pavlova Vanegas Giron

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2026

ISSN: 2256–5787 (En línea)

Palabras clave: 1. Gasto en salud | 2. Eficiencia |
3. Atención primaria en salud | 4. Resultados en salud

Primera publicación: julio de 2012

Edición # 43: octubre 2026

© Universidad Icesi © PROESA
Facultad de Ciencias de la Salud

Rector: Esteban Piedrahita Uribe

Secretaría General: Olga Patricia Ramírez Restrepo

Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud: María Elena Velásquez Acosta

-

Comité Editorial: Victoria E. Soto, Andrés Felipe Martínez, Laura Romero García

Edición: Anna Pavlova Vanegas Giron, Irieleth Gallo Caro, Carlos Iván Cardenas Erazo, Andrés Felipe Martínez Barrera.

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño editorial: Sandra Marcela M. Bolaños

Cómo citar: Vanegas Giron, A.P.(2026). Un mayor gasto en salud no significa necesariamente un mejor estado de salud en la población, PROESA – Cuestión Salud No. 43. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/proesa/cs43>

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA

Cali – Colombia

Calle 18 No. 122–135 (Pance), edificio B – piso 2.

Teléfono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

E-mail: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

Contenido

01 Artículo principal

Un mayor gasto en salud no significa necesariamente un mejor estado de salud en la población

Pág 5

02 Indicadores sectoriales

Valor agregado
Inflación
Empleo
Construcción

Pág 12

03 Actualidad normativa

Financiamiento del sistema de salud
Políticas públicas en salud
Salud pública
Prestación de servicios

Pág 20

Un mayor gasto en salud no significa necesariamente un mejor estado de salud en la población

Anna Pavlova Vanegas Giron

Investigadora de PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud, Universidad Icesi.

El debate sobre la crisis del sistema de salud en Colombia ha girado casi de manera exclusiva alrededor de los actores e instituciones: las Entidades Promotoras de Salud (EPS), el gobierno nacional, los hospitales públicos y los prestadores privados. Sin embargo, existe una dimensión que rara vez ocupa el centro del análisis político y mediático, aunque constituye el corazón de cualquier sistema de salud sostenible: ¿cuánto gasta, en qué se gasta y qué resultados se obtienen? La evidencia revela una paradoja. Colombia ha incrementado sostenidamente su gasto en salud en términos reales y como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) pasando de un 5,64% en el 2000 a un 8,14% en 2024¹. Si bien este esfuerzo fiscal ha permitido mejoras significativas en cobertura, protección financiera e indicadores de salud², esos mismos recursos no han sido suficientes para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema ni para cerrar las brechas de eficiencia relativa frente a países con niveles de gasto similares³.

Este patrón no es exclusivo de Colombia: la literatura internacional sobre gasto en salud, brinda un contexto más amplio que ayuda a explicarlo. Un mayor gasto no garantiza, por sí solo, mejores resultados en salud ni mayor protección financiera para los hogares⁴. Diferentes estudios del Banco Mundial han analizado esta relación en decenas de países y encuentran un patrón consistente: a partir de cierto nivel de gasto per cápita, cada peso adicional invertido en salud produce ganancias cada vez menores en esperanza de vida, lo que en la economía se conoce como rendimientos decrecientes. Qué tan cerca se encuentra un país con respecto a la frontera de

1. Banco Mundial, "Gasto corriente en salud (% del PIB)", 2026, <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=CO>.

2. Ligia Alba Melo-Becerra et al., "Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia", *Ensayos sobre Política Económica*, no 106 (octubre de 2023): 1–92, <https://doi.org/10.32468/espe106>.

3. Catalina Gutiérrez et al., *How Countries Allocate their Health Resources?: The Case of Colombia* (Inter-American Development Bank, 2023), <https://doi.org/10.18235/0005157>.

4. World Bank, *Health Public Expenditure Reviews: A How-To Guide* (Washington, DC: World Bank, 2025), <https://doi.org/10.1596/43188>.

eficiencia, el máximo resultado en salud alcanzable dado el gasto en salud destinado, depende sobre todo de factores estructurales y de gestión, y no sólo de cuánto gasta. Dos ideas ayudan a precisar esto. La eficiencia asignativa, que se define como la capacidad de dirigir los recursos hacia intervenciones que generan mayor impacto en salud; la eficiencia técnica como la manera de obtener los mejores resultados posibles con los recursos ya disponibles. En conjunto, y no solo el tamaño del gasto, permite determinar el rendimiento real de cada peso invertido en el sistema.

Si bien, a lo largo de los últimos veinte años, Colombia expandió de forma sostenida el gasto corriente en salud en al menos tres puntos porcentuales del PIB⁵, esta expansión del gasto estuvo acompañada de una cobertura aseguradora que alcanzó niveles cercanos a la universalidad, 98,45% de la población afiliada a corte de junio de 2025⁶, lo que constituye un logro indiscutible en el contexto latinoamericano. Sin embargo, el ritmo de crecimiento de la cobertura se ha desacelerado de forma sostenida desde 2022, un patrón esperable a medida que el sistema se acerca a su techo natural de afiliación, pero que también podría ser un indicio temprano de que la restricción ya no es de recursos sino de gestión⁷. No obstante, actualmente la radiografía financiera del sistema de salud colombiano revela tensiones estructurales que cuestionan la calidad de ese gasto. Las deudas acumuladas del sistema a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) superan los \$25,7 billones de pesos a cierre de 2025, según las cifras de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)⁸. A esto se suma que el mecanismo de Presupuestos Máximos, que desde 2020 reemplazó a los recobros individuales por una asignación prospectiva con techo, ha resultado insuficiente frente a la demanda real⁹, al igual que la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que se ha mostrado recurrentemente insuficiente frente a la carga de enfermedad real de la población¹⁰.

-

5. "World Bank Open Data", World Bank Open Data, 2026, <https://data.worldbank.org>.

6. Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, *Boletín de Aseguramiento*, n.º 5, 2025, cifra reportada en "Reclamos, tutelas y cobertura en riesgo: así está el acceso a la salud en Colombia en 2025," CONSULTORSALUD, 2025, <https://consultorsalud.com/acceso-a-la-salud-en-colombia-en-2025/>.

7. Tatiana Asprilla, "Reclamos, tutelas y cobertura en riesgo: así está el acceso a la salud en Colombia en 2025", *Consultor Salud*, 19 de agosto de 2025, <https://consultorsalud.com/acceso-a-la-salud-en-colombia-en-2025/>.

8. *Deuda con prestadores de servicios de salud de la ACHC llegó a 25,7 billones de pesos en 2025* – ACHC Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2026, <https://achc.org.co/actualidad/deuda-con-prestadores-de-servicios-de-salud-de-la-achc-llego-a-25-7-billones-de-pesos-en-2025/>.

9. Carlos Felipe Muñoz, "Presupuestos Máximos en Salud Colombia 2024-2025: Desafíos y Perspectivas Financieras que deja la Resolución 205474", *Consultorsalud*, 11 de enero de 2025, <https://consultorsalud.com/presupuestos-maximos-en-salud-colombia-2024-2025-desafios-y-perspectivas-financieras-que-deja-la-resolucion-205474/>.

10. Nathalia Moreno, *Corte Constitucional declaró incumplimiento e insuficiencia de la UPC fijada para 2024*, 28 de enero de 2025, <https://consultorsalud.com/corte-declara-insuficiencia-upc-2024/>.

En Colombia opera un modelo de competencia regulada, en el que el gasto en salud es gestionado por aseguradoras bajo reglas establecidas por el Estado. Sin embargo, los retos que enfrenta el sistema no radican en el modelo, sino en las condiciones que lo hacen funcionar. Siguiendo la línea de Wynand van de Ven y colaboradores¹¹, la competencia regulada solo produce eficiencia sostenida cuando se cumplen simultáneamente varias precondiciones como:

- Ajuste por riesgo robusto que elimine por completo el incentivo de las aseguradoras de realizar selección de riesgos.
- Información y calidad, de manera que la competencia no debe basarse exclusivamente en el precio, sino que los usuarios tengan acceso a información transparente y comparable sobre la calidad clínica, permitiendo que la elección de los consumidores impulse a los proveedores a ser más eficientes.
- Regulación con autoridad, en donde se regule de manera efectiva y con supervisión de calidad que garantice que las aseguradoras actúen como compradores activos que asumen una responsabilidad financiera por los resultados de salud de sus afiliados.

Para Colombia, estas condiciones se han cumplido de manera parcial e intermitente, permitiendo que el gasto crezca sin que los incentivos para producir resultados en salud se alineen de manera consistente.

El problema no es cuánto se gasta, sino cómo



El sistema de salud colombiano enfrenta dificultades que afectan el uso efectivo de los recursos y su capacidad para traducirlos en mejores resultados en salud. Estas dificultades se reflejan, entre otros aspectos, en problemas de coordinación y flujo de recursos, debilidades en la prevención y la gestión temprana del riesgo, y una limitada conexión entre el gasto y los resultados alcanzados.

La primera dificultad se refiere a la coordinación y el flujo de los recursos entre los diferentes actores del sistema. La financiación y prestación de los servicios involucra múltiples relaciones institucionales, financieras y contractuales entre entidades responsables del recaudo, adminis-

11. "Preconditions for Efficiency and Affordability in Competitive Healthcare Markets: Are They Fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? Ten Years Later", *Health Policy* 146 (agosto de 2024): 105099, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105099>.

tración de recursos, aseguramiento y prestación. Esta estructura institucional no constituye, por sí misma, una fuente de ineficiencia; sin embargo, puede generar costos de transacción, problemas de coordinación, retrasos en los pagos y acumulación de obligaciones entre actores. El dinero transita por diferentes eslabones institucionales antes de llegar al punto de atención. El recaudo se realiza desde la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y los fondos territoriales que se transfiere a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Esta última es la entidad que realiza el pago a las EPS, la contratación con los prestadores y, finalmente, prestación de servicios al paciente. Cada nodo de este proceso introduce retrasos administrativos, demoras en los pagos y oportunidades para que los recursos queden inmovilizados. Cuando estas dificultades afectan el flujo oportuno de recursos hacia los prestadores, pueden traducirse en restricciones de liquidez y limitar la capacidad de las instituciones para responder de manera oportuna a la demanda de servicios. En este sentido, la eficiencia del gasto depende no solo de la disponibilidad de recursos, sino también de la capacidad institucional para movilizarlos hacia donde generan mayor valor.

La segunda dificultad está relacionada con las limitaciones para prevenir, detectar tempranamente y controlar condiciones que posteriormente demandan una atención de mayor complejidad. La evidencia internacional muestra que numerosas intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles son costo-efectivas y pueden generar importantes beneficios económicos y sanitarios (hasta 7 dólares por cada dólar invertido en intervenciones costo-efectivas contra enfermedades no transmisibles)¹², pero Colombia sigue destinando una fracción marginal del gasto en este rubro: en el régimen subsidiado, apenas el 5,1% del gasto en salud se dirigió a prevención frente a un 94,9% del gasto curativo en 2024, y en los planes de medicina prepagada la atención curativa concentró el 99,8%¹³. La debilidad de la Atención Primaria en Salud (APS) se refleja en los propios indicadores de uso del sistema: en 2025, las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención primaria representaron el 19,5 % de los ingresos hospitalarios y el 20,2 % del gasto hospitalario total del país (\$8,36 billones), con una tasa nacional de 141 casos por cada 10,000 habitantes¹⁴. A esto se suma una tramitología extenuante que eleva aún más las barreras de acceso para el cuidado primario para el ciudadano¹⁵. No es cuestión solo de dinero, sino de justicia territorial. El análisis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁶ señala como una barrera para el acceso a la atención en salud en Colombia, la alta desigualdad en la distribución de centros de salud y profesionales capacitados en el territorio, por lo que se ha generado una mayor dispersión de la calidad.

-

12. "Tackling NCDs: 'best Buys' and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases", accedido 10 de septiembre de 2026, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-17.9>.

13. *El gasto en salud en Colombia superó los 121 billones de pesos en 2024, según el DANE: así se distribuyeron los recursos del sistema*, Actualidad, 28 de octubre de 2025, <https://consultorsalud.com/gasto-en-salud-colombia-supero-121-bill-2024/>.

14. *Hospitalizaciones evitables revelan profundas diferencias territoriales en la atención primaria colombiana - ADRES*, Actualidad, 16 de julio de 2026, <https://consultorsalud.com/hospitalizaciones-evitables-dif-terri-aps-adres/>.

15. OPS/OMS OPS/OMS, *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud* (Organización Panamericana de la Salud, 2023), <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.

16. *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*.

Colombia invierte en salud, pero no evalúa lo que se gasta. Sin una evaluación, el gasto es una apuesta y no una política. ¿Qué ocurriría si simplemente se gasta más?



Algunos sectores plantean que la crisis del sistema de salud puede resolverse principalmente mediante una mayor disponibilidad de recursos públicos, ya sea a través de mayores transferencias del Presupuesto General de la Nación, cambios en la intermediación financiera o una mayor concentración de los recursos en mecanismos públicos de financiación. Sin embargo, más recursos no garantizan, por sí solos, mejores resultados en salud. El efecto de un incremento del gasto depende de cómo se asignan esos recursos, qué necesidades de salud atienden, qué incentivos enfrentan los actores y, fundamentalmente, qué resultados producen.

Esto no implica desconocer que el sistema pueda requerir recursos adicionales. El envejecimiento poblacional, la creciente multimorbilidad, la innovación tecnológica y una mayor utilización de servicios generan presiones reales sobre el gasto. El punto es que la suficiencia financiera y la eficiencia del gasto deben discutirse conjuntamente. Incrementar los recursos sin fortalecer los mecanismos de asignación, seguimiento y evaluación puede aumentar el gasto sin resolver las brechas de acceso, calidad y resultados que justificaron ese incremento.

Por ello, la discusión no debería reducirse a cuánto más debe gastar Colombia en salud o quién debe administrar esos recursos. La pregunta debería llevarnos a determinar qué nivel de financiación necesita el sistema y en qué condiciones ese gasto adicional puede traducirse efectivamente en mejores resultados de salud para la población.

Experiencias como Brasil con el Sistema único de Saúde (SUS) nos ilustra esta problemática. El SUS es un sistema de pagador único, con financiamiento mayoritariamente público y redes de provisión estatal. Aunque ha logrado avances significativos en cobertura de vacunación, así como en la atención materno-infantil, enfrenta problemas crónicos como largas listas de espera, heterogeneidad de la calidad entre regiones y presión fiscal insostenible en los estados cuya presencia de capacidad institucional es menor¹⁷. El SUS no es un modelo fallido, pero plantea como evidencia que un pagador único no resuelve automáticamente los problemas de eficiencia¹⁸. Lo que se puede tomar como aprendizaje, es que la organización institucional del gasto importa tanto como su nivel.

17. James Macinko y Matthew J. Harris, "Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System", *New England Journal of Medicine* 372, no 23 (2015): 2177–81, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>.

18. Alex Roman, "A Closer Look Into Brazil's Healthcare System: What Can We Learn?", *Cureus*, advance online publication, 1 de mayo de 2023, <https://doi.org/10.7759/cureus.38390>.

En el contexto colombiano, un aumento del gasto sin reforma de los mecanismos de pago, de los incentivos a la eficiencia y de la capacidad regulatoria simplemente reproducirá los problemas actuales a mayor escala. Las deudas continuaran acumulándose, los recobros continuaran siendo impredecibles y la APS permanecería sub-financiada, solo que el fisco comprometido sería mayor. Esto no equivale a decir que el gasto deba congelarse: la evidencia del caso brasileño y las precondiciones de competencia regulada, no descartan gastar más, descarta gastar más sin antes corregir los mecanismos de pago, los incentivos a la eficiencia y la capacidad regulatoria.

¿Qué debería de hacerse diferente?

Más que una expansión cuantitativa del gasto, es necesaria una reforma cualitativa de cómo se deberá gastar. Cuatro líneas de acción son prioritarias.

- 1** La prima de riesgo actuarial deberá reflejar la carga de la enfermedad de la población afiliada. Una prima de riesgo mal calibrada, genera incentivos perversos de selección de riesgo aumentando las barreras de acceso a la población más enferma. Su actualización requiere datos confiables y que se tenga en cuenta el perfil epidemiológico del territorio, por tanto, es necesario restablecer la transparencia en la información financiera y clínica de las aseguradoras.
- 2** Fortalecer las instituciones que evalúan las prácticas sanitarias, como el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), garantizando una financiación estable y una capacidad técnica suficiente para evaluar tecnologías emergentes. No significa negar el acceso a innovaciones terapéuticas, sino priorizar aquellas con mayor costo-efectividad y establecer mecanismos de acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica para las tecnologías de alto costo.
- 3** Reorientar el gasto a la APS. La literatura ha proporcionado evidencia robusta de que aquellos sistemas con una APS fuerte tienen mejores resultados en salud de la población, una mayor equidad en el acceso y unos menores costos per cápita en el largo plazo¹⁹. En aquellas zonas de baja densidad poblacional como las zonas rurales, modelos de prestación territoriales y novedosos pueden mejorar la operación del sistema en estos territorios.

-
19. Barbara Starfield et al., "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", *The Milbank Quarterly* 83, no 3 (2005): 457-502, <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>; World Bank, Health Public Expenditure Reviews.

- 4 Establecer un sistema de seguimiento de resultados en salud vinculadas al gasto. Es cierto que tanto aseguradores como prestadores ya incorporan indicadores de gestión en la contratación y que la Super Intendencia de Salud pública indicadores de calidad; el inconveniente es que se trata mayoritariamente de indicadores de proceso y acceso, usados para inspección y sanción, no de resultados en salud poblacional usados para decidir cuánto y cómo se asigna el gasto. El país no puede continuar midiendo el éxito de su política de salud únicamente por el número de afiliados o por el monto transferido a las EPS. Los indicadores de resultados, como la mortalidad evitable, esperanza de vida ajustada por calidad, oportunidad de la atención en enfermedades crónicas, deberán convertirse en los criterios centrales de asignación presupuestaria y de evaluación de la gestión institucional.

La relevancia de la pregunta

El debate sobre el sistema de salud seguirá siendo incompleto mientras se concentre únicamente en quién administra los recursos o cuánto más debe gastarse, sin preguntarse simultáneamente qué resultados en salud producen esos recursos. Colombia ha movilizado recursos significativos para financiar la atención de su población y, dadas las crecientes necesidades asociadas al envejecimiento, la multimorbilidad, la innovación tecnológica y la mayor utilización de servicios, es razonable prever que el sistema requerirá mayores recursos en el tiempo. Sin embargo, gastar más no garantiza, por sí solo, mejores resultados.

El desafío, por tanto, es doble: garantizar una financiación suficiente y, al mismo tiempo, mejorar el valor generado por cada peso invertido. Esto requiere un ajuste actuarial riguroso que incorpore el perfil epidemiológico y las diferencias territoriales, una evaluación sistemática de tecnologías, medicamentos y procedimientos, una APS fortalecida y mecanismos de seguimiento que permitan vincular el gasto con resultados concretos en acceso, calidad, prevención, supervivencia y bienestar.

La sostenibilidad del sistema no debería plantearse únicamente como un ejercicio de contención del gasto. Un sistema puede necesitar gastar más si enfrenta mayores necesidades de salud; la pregunta relevante es si ese gasto adicional se traduce en mejores resultados para la población. En este sentido, la eficiencia consiste en procurar que los recursos disponibles, y los recursos adicionales que sean necesarios, se asignen allí donde produzcan el mayor beneficio sanitario posible.

El camino hacia un sistema eficiente, equitativo y sostenible exige, entonces, superar la discusión entre gastar más o gastar menos y avanzar hacia una pregunta más relevante: *¿cuánto necesita invertir Colombia en salud y qué resultados está obteniendo a cambio de esa inversión?* Esa debería ser una de las preguntas centrales del debate sobre el futuro del sistema de salud colombiano.

Valor agregado
Inflación
Empleo
Construcción



Indicadores sectoriales

Valor agregado: Evolución del PIB total y del correspondiente al sector salud a lo largo del tiempo.

Inflación: Evolución de la inflación general y la específica del sector salud a lo largo del tiempo.

Empleo: Evolución del empleo total y del sector salud, diferenciando este último entre servicios con y sin internación.

Construcción: Evolución del área de construcción hospitalaria, considerando tanto la superficie iniciada como la finalizada a lo largo del tiempo.

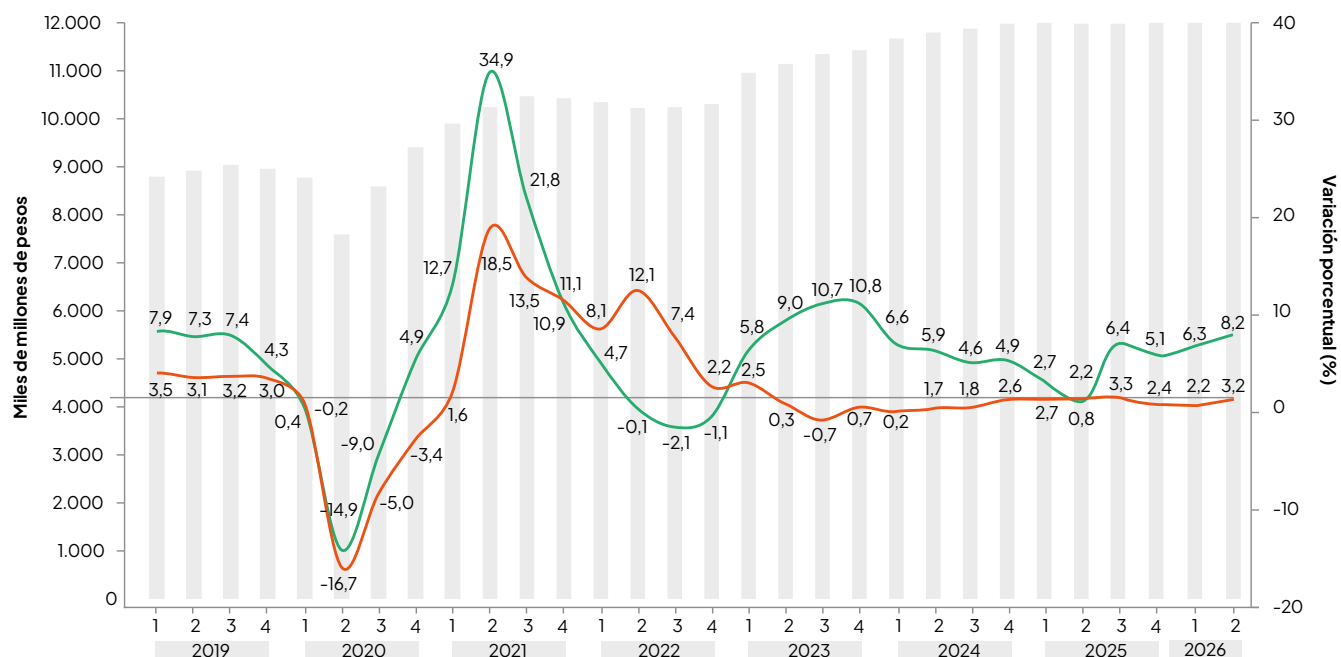
Valor agregado

El Gráfico 1 muestra la evolución trimestral del PIB del sector salud y su variación anual, en comparación con el comportamiento del PIB total de la economía colombiana. Durante el período más reciente, desde 2023, el sector salud presentó un crecimiento sostenido, con variaciones anuales positivas en todos los trimestres. En 2023, el crecimiento osciló entre 5,8% y 10,8%; en 2024 se moderó, ubicándose entre 4,6% y 6,6%; y en 2025 registró tasas entre 0,8% y 6,4%. En los dos primeros trimestres de 2026, el PIB del sector salud continuó aumentando y, para el segundo trimestre, alcanzó un crecimiento anual de 8,2%. Este resultado corresponde a un PIB de 12.875 miles de millones de pesos. En conjunto, estos resultados sugieren que el sector salud ha presentado un dinamismo superior al del conjunto de la economía colombiana durante este período.

Gráfico 1
Valor y variación anual del PIB total y sector salud

Trimestres 2019 - 2026

- PIB sector salud
- Variación PIB Salud
- Variación PIB total
- Lineal (Variación PIB total)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos ajustados por efecto estacional y calendario reportados en el Boletín Técnico - Producto Interno Bruto del DANE.

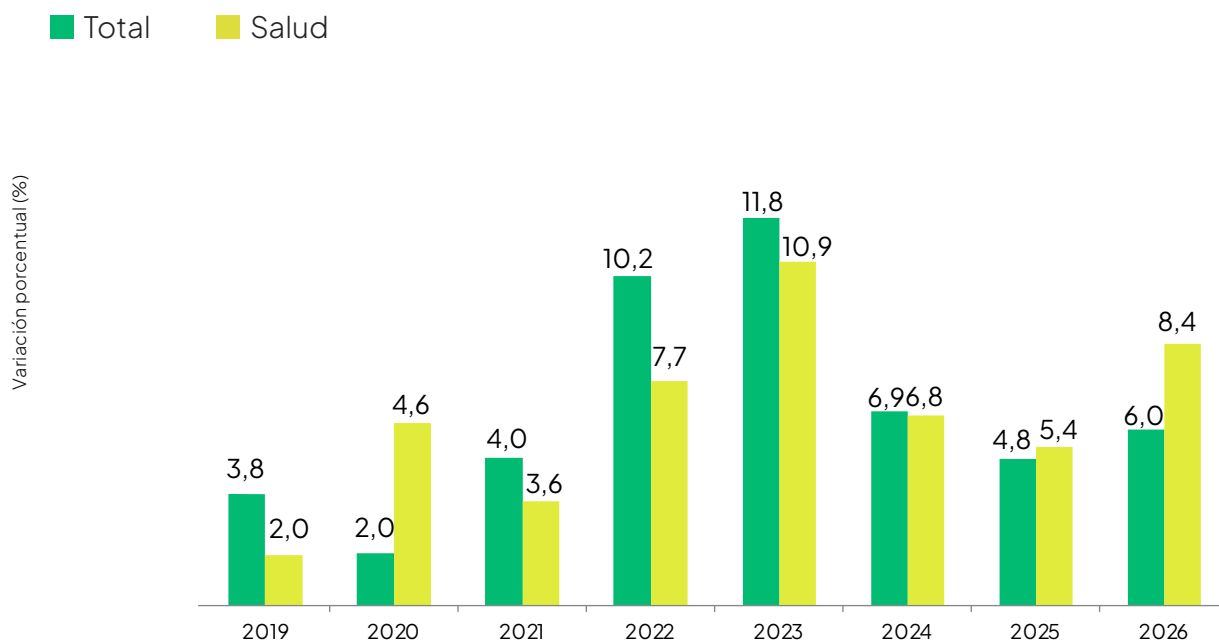
Inflación

El Gráfico 2 presenta la variación acumulada a julio del Índice de Precios al Consumidor (IPC) total y de la división de salud entre 2019 y 2026. Tras los máximos inflacionarios observados en 2023, cuando la inflación acumulada a julio alcanzó 11,8% para el IPC total y 10,9% para la división de salud, ambos indicadores mostraron una tendencia de desaceleración durante 2024 y 2025, acelerándose nuevamente para 2026. A julio de 2025, la variación acumulada se ubicó en 4,8% para el IPC total y en 5,4% para la división de salud. Sin embargo, a julio de 2026 se observa un comportamiento divergente, donde la variación del sector salud creció tanto que aumentó sustancialmente la brecha existente entre la variación del IPC del sector salud y del IPC total, que para 2024 era apenas diferente. Este resultado sugiere la persistencia de presiones inflacionarias específicas en los bienes y servicios relacionados con la salud. En conjunto, aunque los niveles de inflación se mantienen por debajo de los registrados durante el episodio inflacionario posterior a la pandemia, el comportamiento reciente de la división de salud evidencia una mayor dinámica de crecimiento de precios respecto al promedio de la economía.

Gráfico 2

Inflación sector salud y total

Variación año corrido a julio, 2019 – 2026



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados en boletín técnico del Índice de Precios al Consumidor (IPC) del DANE.

Empleo

El Gráfico 3 presenta la variación porcentual anual del empleo nacional y del empleo en el subsector de servicios de salud con internación, según información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). A nivel nacional, se observa una recuperación sostenida del empleo durante el período analizado, con tasas de crecimiento positivas en la mayoría de los meses. Sin embargo, esta dinámica ha mostrado una desaceleración gradual desde 2022, alcanzando una variación negativa de -0,7% en marzo de 2024. Posteriormente, el empleo nacional retomó una senda de crecimiento y, aunque durante los últimos meses se ha moderado su ritmo de expansión, continuó registrando variaciones positivas, ubicándose en 2,7% en febrero de 2026 y alcanzando el 3% en junio del 2026.

En contraste, el empleo en los servicios de salud con internación presentó una trayectoria menos favorable. Tras registrar un crecimiento sostenido entre 2022 y 2023, alcanzando variaciones superiores al 5% durante varios meses de 2023, su dinamismo comenzó a desacelerarse a lo largo de 2024 hasta entrar en terreno negativo en julio de ese año. Desde entonces, el subsector ha mantenido tasas de variación negativas de forma persistente, fluctuando entre -0,3% y -2,9%. Si bien se ha recuperado levemente al compararse con los datos de noviembre del 2025, donde alcanzó niveles de -2,9%, a junio de 2026 sigue en terrenos negativos, con un -1,8%. Así, mientras el empleo nacional continúa mostrando crecimiento, este subsector mantiene una tendencia contractiva que podría estar asociada a las dificultades financieras que han venido enfrentando los prestadores de servicios de salud en los últimos años.



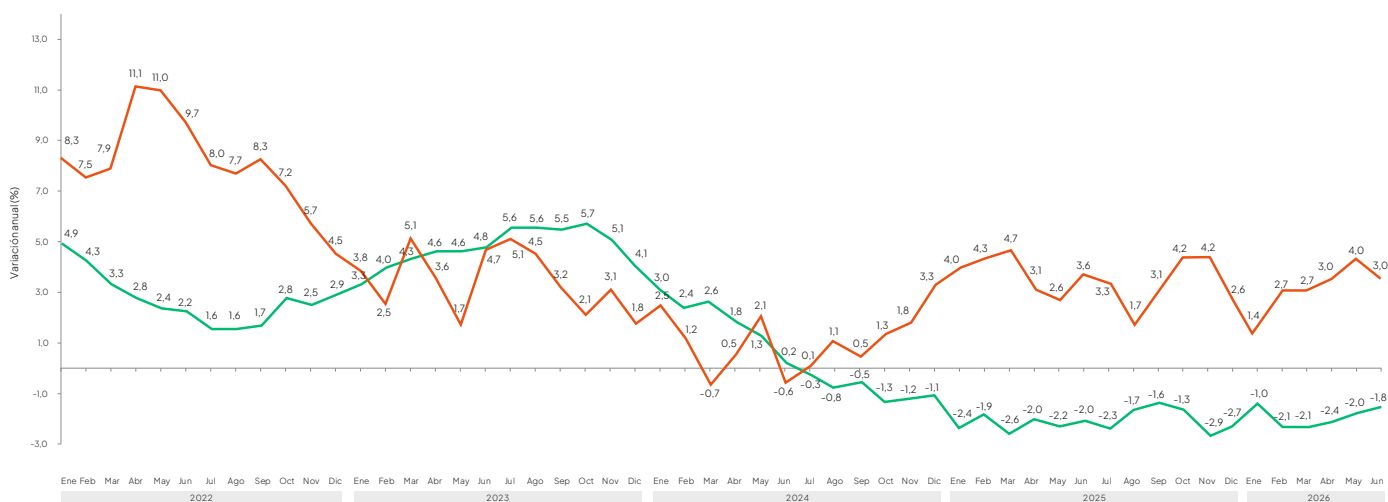
Gráfico 3

Variación mensual del personal ocupado

Total Nacional y Servicios Sector Salud con internación

Enero 2022 – Junio 2026

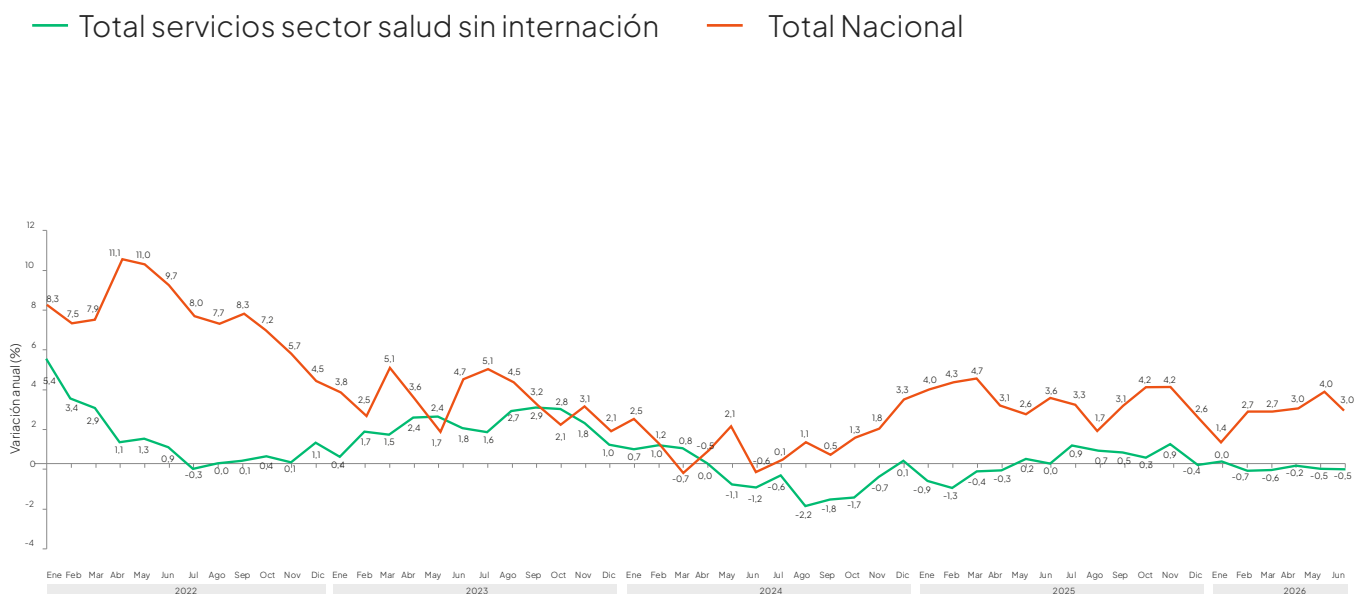
— Total servicios sector salud con internación — Total Nacional



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta Mensual de Servicios (EMS) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).
 Nota: A partir de los resultados publicados en enero de 2020, la Encuesta Mensual de Servicios adoptó una nueva desagregación de subsectores de servicios. Además, incorporó la variable de variación de los salarios según tipo de contratación y subsector de servicios. Con este cambio metodológico, el número de subsectores pasó de 15 a 18, aplicándose la desagregación al subsector de Salud Humana Privada, que ahora se divide en dos categorías: Salud Humana Privada con Internación y Salud Humana sin Internación. Este análisis se centra en el período posterior al cambio metodológico, es decir, a partir de enero de 2020.

En contraste con el comportamiento observado en los servicios de salud con internación, el empleo en los servicios de salud sin internación ha mostrado una trayectoria menos desfavorable. El Gráfico 4 presenta la variación porcentual anual del empleo en este subsector y del empleo total nacional. Aunque durante 2024 registró tasas negativas, alcanzando una caída máxima de -2,2% en agosto, el subsector evidenció una recuperación parcial durante 2025, con variaciones positivas entre mayo y noviembre y un máximo de 0,9% en julio y noviembre. Sin embargo, esta mejoría no logró consolidarse y el empleo volvió a registrar variaciones negativas al cierre de 2025 y se ha mantenido en estos niveles hasta junio del 2026, donde la variación anual del empleo en servicios de salud sin internación fue de -0,5%, mientras que el empleo total nacional creció 3%. Estos resultados sugieren que, si bien el subsector ha mostrado un mejor desempeño relativo que los servicios con internación, aún enfrenta dificultades para recuperar una senda sostenida de crecimiento del empleo.

Gráfico 4
Variación mensual del personal ocupado
Total Nacional y Servicios Sector Salud sin internación
 Enero 2022 – Junio 2026



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta Mensual de Servicios (EMS) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).
 Nota: A partir de los resultados publicados en enero de 2020, la Encuesta Mensual de Servicios adoptó una nueva desagregación de subsectores de servicios. Además, incorporó la variable de variación de los salarios según tipo de contratación y subsector de servicios. Con este cambio metodológico, el número de subsectores pasó de 15 a 18, aplicándose la desagregación al subsector de Salud Humana Privada, que ahora se divide en dos categorías: Salud Humana Privada con Internación y Salud Humana sin Internación. Este análisis se centra en el período posterior al cambio metodológico, es decir, a partir de enero de 2020.

Construcción

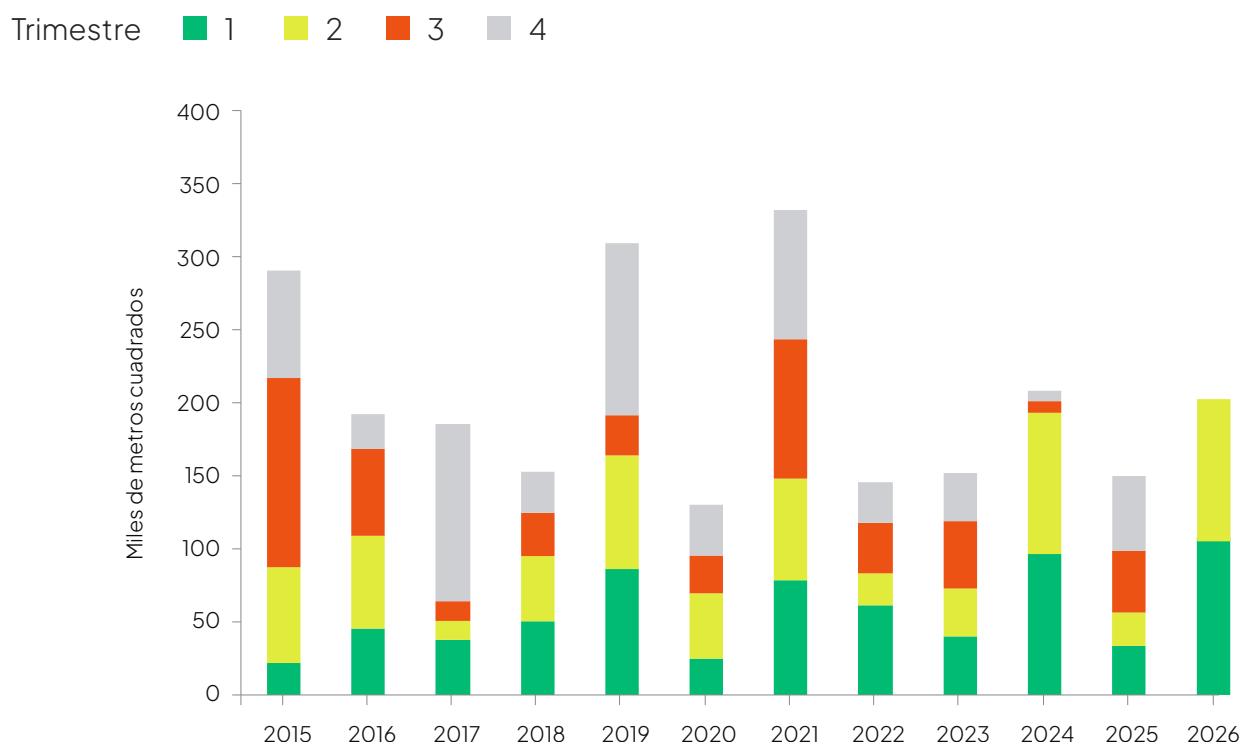


El Gráfico 5 muestra la evolución del área iniciada de construcción con destino hospitalario en 15 ciudades principales, medida en miles de metros cuadrados, entre 2015 y el segundo trimestre de 2026. La serie presenta una alta volatilidad a lo largo del período, con los mayores niveles de actividad en 2021 (343,3 mil m²), el valor más alto de toda la serie, seguido de cerca por 2019 (320,0 mil m²) y 2015 (288,9 mil m²). Tras el pico de 2021, el área iniciada se redujo de forma importante y se mantuvo en niveles similares en 2022 (151,6 mil m²) y 2023 (155,2 mil m²). En 2024 se registró una recuperación notable, con 214,0 mil m², que no se sostuvo: en 2025 el área iniciada volvió a descender, hasta 151,2 mil m², aunque este no es el valor más bajo de la serie, superado a la baja por 2020 (137,8 mil m²). Para el primer semestre de 2026 ya se han registrado 208,2 mil m², cifra que supera el acumulado del primer semestre de cualquier otro año de la serie, lo que sugiere una posible recuperación sostenida de la actividad de construcción hospitalaria.

Gráfico 5

Área iniciada: destino hospitalario – 15 ciudades

Trimestres 2015-2026



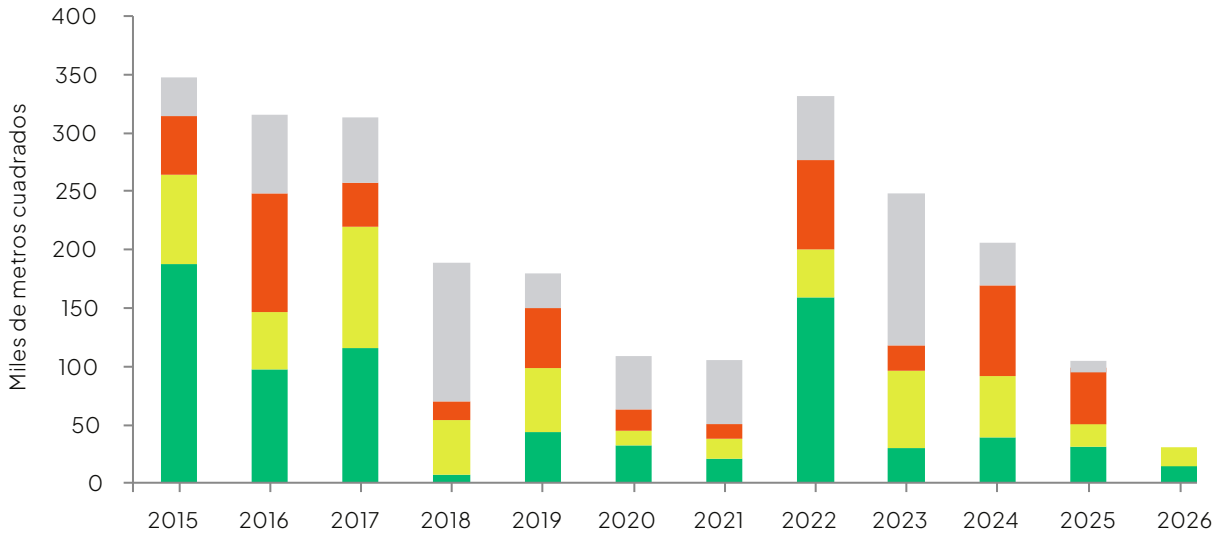
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Censo de Edificaciones (CEED) del DANE.

Las 15 principales ciudades incluidas en la medición son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Manizales, Villavicencio, Neiva, Pasto y Popayán.

Por su parte, el Gráfico 6 muestra la evolución del área de construcción terminada destinada a hospitales, medida en miles de metros cuadrados. Los resultados muestran una marcada volatilidad a lo largo del período analizado, con años de alta actividad como 2022 (331,1 mil m²) y otros de menor ejecución, como 2020 (108,7 mil m²), 2021 (105,6 mil m²) y 2025 (103,8 mil m²). En particular, durante 2025 se finalizaron 103,8 mil m², el nivel anual más bajo de toda la serie. Esta tendencia se mantiene en 2026, ya que en los dos primeros trimestres se registraron únicamente 43,1 mil m² de área culminada, el valor más bajo para los dos primeros semestres desde 2021 (cuando se registraron 38,3 mil m²) y uno de los menores de toda la serie histórica. Estos resultados sugieren una desaceleración reciente en la finalización de proyectos de infraestructura hospitalaria, en contraste con los niveles observados durante el período de recuperación posterior a la pandemia. Cabe señalar que las cifras de los trimestres más recientes son preliminares y están sujetas a actualización por parte del DANE.

Gráfico 6
Área culminada: destino hospitalario – 15 ciudades
 Trimestres 2015-2026

Trimestre ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Censo de Edificaciones (CEED) del DANE.
 Las 15 principales ciudades incluidas en la medición son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Manizales, Villavicencio, Neiva, Pasto y Popayán.

Financiamiento del sistema de salud
Políticas públicas en salud
Salud pública
Prestación de servicios



**Actualidad
normativa**

Actualidad normativa presenta una síntesis de los principales cambios regulatorios del sector salud en Colombia, con el propósito de facilitar su comprensión y aportar contexto sobre sus implicaciones para el sistema, los prestadores, los aseguradores y la ciudadanía.

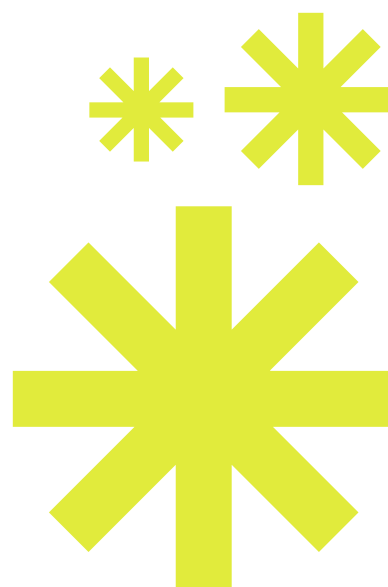
Actualidad normativa

La normativa del sector salud en el transcurso del segundo semestre de 2026 ha girado en torno a cuatro temáticas: financiamiento del sistema de salud, políticas públicas en salud, salud pública y prestación de servicios.

Financiamiento del sistema de salud

Decreto 930 de 2026

Modifica aspectos estructurales del giro directo de los recursos del régimen subsidiado a los prestadores de servicios de salud (IPS) y proveedores de tecnologías en salud. El porcentaje mínimo de los recursos que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) gira a las IPS y proveedores de tecnologías en salud se fijó en un 90%.



Políticas públicas en salud

Decreto 1016 de 2026

Adopta la Política Integral de Salud Ambiental (PISA) y crea el Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA). Busca integrar información sobre factores ambientales y sus riesgos para la salud, fortalecer la prevención y facilitar la toma de decisiones intersectoriales frente a contaminación, cambio climático y otros determinantes ambientales.

Resolución 1058 de 2026

Adopta e implementa la Política Nacional de Calidad en Salud 2026–2035, denominada “Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable”. La política busca orientar a los actores del sistema hacia una atención segura, humanizada, equitativa, pertinente y centrada en las personas. Establece lineamientos para fortalecer la calidad del cuidado integral, la gestión de riesgos, la humanización, la mejora continua y los mecanismos de evaluación y acreditación de los servicios de salud.

Resolución 1099 de 2026

Adopta un nuevo modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, incluyendo a menores de tres años que conviven con sus madres en establecimientos de reclusión. El modelo busca garantizar atención integral, continua y de calidad mediante un enfoque de atención primaria, articulación de servicios intramurales y extramurales, telesalud y una red integral de prestadores. También reorganiza las responsabilidades de los actores encargados del aseguramiento y la prestación de servicios de salud penitenciarios.

Salud Pública

Decreto 1041 de 2026

Regula y simplifica el procedimiento para autorizar donaciones internacionales de productos de uso humano con fines sociales, humanitarios y de salud pública. Establece requisitos diferenciados según el tipo de producto y define responsabilidades y procedimientos para facilitar su ingreso seguro al país.

Resolución 1233 de 2026

Adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, como instrumento para orientar las acciones nacionales y territoriales de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. El plan establece líneas estratégicas, metas y mecanismos de implementación, seguimiento y evaluación, con énfasis en reducir la incidencia, mortalidad y desigualdades asociadas al cáncer. Su implementación contempla etapas de alistamiento, ejecución y evaluación durante el periodo 2026-2035.

Prestación de servicios

Resolución 1075 de 2026

Establece un procedimiento especial para la inscripción y habilitación de los servicios de salud del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, con el propósito de permitir el inicio de su prestación de servicios. Define las condiciones y procedimientos particulares para su habilitación, en el marco de las competencias del Ministerio de Salud y de las normas sobre calidad y habilitación de prestadores.





Universidad

icesi

| **PROESA**

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Calle 18 No. 122-135

Universidad Icesi - Edificio B, piso 2

Teléfono: +60 (2) 555 2334 Ext 8074

Cali - Colombia

icesi.edu.co/proesa

Encuétranos en:



@centro_proesa



ProesaCali