



Universidad

icesi

PROESA

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud

Reforma a la Salud: EPS o no EPS, ¿esa es la cuestión?

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

CUESTIÓN SALUD

47





Universidad

icesi | PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Reforma a la Salud: EPS o no EPS, ¿esa es la cuestión?

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

CUESTIÓN SALUD

41





Universidad

icesi

PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Cuestión Salud – edición # 41

Reforma a la Salud: EPS o no EPS, ¿esa es la cuestión?

Anghella Rosero y Camilo Arias

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2026

ISSN: 2256–5787 (En línea)

Palabras claves: 1. Reforma al sistema de salud | 2. EPS |
3. Competencia regulada | 4. Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Primera publicación: Julio de 2012

Edición # 41: Marzo 2026

© Universidad Icesi © PROESA
Facultad de Ciencias de la Salud

Rector: Esteban Piedrahita Uribe

Secretaria 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 Rojas, Anghella Rosero, Gina Marcela Calderón Lesmes y Andrés Felipe Martínez Barrera

Edición: Anghella Rosero, Camilo Arias, Irieleth Gallo Caro, Carlos Iván Cárdenas Erazo, Luisa Fernanda Patiño Quemba, Andrés Felipe Martínez Barrera y Laura Romero García

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño editorial: Sandra Marcela M. Bolaños

Cómo citar:

Rosero, A. & Arias, C. (2026). Reforma a la Salud: EPS o no EPS, ¿esa es la cuestión?, PROESA - Cuestión Salud No. 41. Disponible en: www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/cuestion-salud

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

Reforma a la Salud: EPS o no EPS,
¿esa es la cuestión?

Pág 5

02 Indicadores sectoriales

Valor agregado
Inflación
Empleo
Construcción

Pág 12

03 Actualidad normativa

Salud pública
Igualdad
Novedades del sistema de salud

Pág 20

04 Novedades PROESA

Proyectos
Publicaciones
Artículos de opinión
Eventos y equipo

Pág 23

Reforma a la Salud:

EPS o no EPS, ¿esa es la cuestión?

Anghella Rosero

Camilo Arias

El debate sobre la reforma del sistema de salud en Colombia parece haberse reducido a una consigna: eliminar o no las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Esta simplificación se apoya en una narrativa que cuestiona su valor agregado y las presenta como intermediarios orientados a la obtención de lucro —incluso indebido— a partir de recursos públicos¹.

La descalificación del modelo colombiano ignora que la eficiencia en un sistema de salud no emana espontáneamente de la administración estatal, sino de una estructura de incentivos alineados. Al reducir el rol de las EPS a una "intermediación innecesaria", se deja de lado el análisis sobre quién asumirá las funciones de auditoría, gestión de redes, compra de servicios y, fundamentalmente, la contención del gasto frente a una demanda inmensa y creciente de servicios con recursos finitos.

Para comprender la situación actual de Colombia, es necesario situar al país en la trayectoria global de los sistemas de salud. Siguiendo el análisis de David Cutler, los sistemas de salud han transitado por tres etapas de transformación estructural²: la primera, enfocada en la consolidación de la cobertura universal como un derecho social tras la Segunda Guerra Mundial; la segunda, caracterizada por la implementación de medidas de contención del gasto y control presupuestario durante las décadas de 1970 y 1980; y una tercera ola contemporánea que, ante la amenaza de insostenibilidad fiscal, se enfoca en la eficiencia mediante incentivos de mercado y competencia regulada entre aseguradoras y prestadores.

1. Presidencia de la República de Colombia. (2026, febrero). 'Gobierno no pagará las deudas de los dueños de las EPS que se robaron los recursos de la salud': presidente Petro. <https://www.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Gobierno-no-pagara-las-deudas-de-los-duenos-de-las-EPS-que-se-robaron-los-recursos-de-la-salud-260216.aspx>

2. Cutler, David. 2002. Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical care reform. *Journal of Economic Literature* 40(3): 881-906.

Colombia también siguió esta trayectoria, y la Ley 100 de 1993 inscribió al país en una lógica de competencia regulada: múltiples aseguradoras —EPS— compitiendo por afiliar a la población, ofreciendo un plan de beneficios homogéneo, mientras el Estado asigna los recursos mediante un esquema de ajuste por riesgo que considera características como la edad, el sexo y la ubicación geográfica de residencia. Si bien este diseño institucional propició una expansión de la cobertura hacia niveles cercanos a la universalidad, la arquitectura del sistema ha enfrentado crisis de financiamiento recurrentes, barreras de acceso persistentes y escándalos por malos manejos, además de fallas de gobernanza similares a las documentadas en otras experiencias internacionales. En consecuencia, la convergencia entre calidad, equidad y eficiencia se ha materializado de forma fragmentada, dejando una promesa de bienestar sistémico cumplida solo parcialmente ante crecientes tensiones operativas y financieras³.

De ahí que muchos sostengan que esa promesa incumplida es atribuible a las EPS y al modelo de competencia regulada. Sin embargo, para que un sistema como el colombiano sea eficiente y equitativo, autores como Wynand van de Ven han señalado que deben cumplirse condiciones que garanticen que la competencia se dé por calidad y no por selección de riesgos⁴. Entre ellas se encuentran: la libre elección efectiva de EPS por parte de los usuarios; la disponibilidad de información clara y comparable; la asunción parcial de riesgo por aseguradores y prestadores; la apertura del mercado a nuevos competidores; la libertad contractual; una supervisión sólida de la competencia; mecanismos que eviten incentivos a concentrarse en pacientes de bajo riesgo; controles contra la afiliación indebida; la vigilancia de la calidad de los servicios; y la garantía de un plan básico de beneficios para toda la población.

En el caso colombiano, es necesario avanzar en todos estos frentes. Por ejemplo, la Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁵ debe reflejar adecuadamente la carga de enfermedad de la población. Si la prima es igual para una persona sana y para otra con patologías de alto costo, se generan incentivos para imponer barreras de acceso a los pacientes más enfermos o para concentrar esfuerzos en atraer a los de menor riesgo. Asimismo, aunque la libre elección de EPS está formalmente reconocida, en la práctica se ve limitada por la concentración territorial de aseguradoras y por decisiones poco informadas de los usuarios: la elección rara vez se basa en indicadores objetivos de resultados en salud, sino en criterios de cercanía o tradición. La supervisión constituye otro frente crítico. La debilidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud y la politización de algunas de sus intervenciones han obstaculizado el cumplimiento pleno de estas condiciones.

3. Organización Panamericana de la Salud. (2023). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57803>

4. Van de Ven, W. P. M. M., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F. T., Shmueli, A., & Wasem, J. (2024). 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, 105099. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105099>

5. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada afiliado a las EPS para financiar las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

A estas falencias se han sumado en los últimos años problemas adicionales: restricciones de financiamiento, intervenciones controvertidas a aseguradoras y una creciente fragilidad institucional. Resulta particularmente llamativo que, como mecanismo de transición en las propuestas de reforma, el propio gobierno haya planteado trasladar afiliados a Nueva EPS. No obstante, esta entidad enfrenta dificultades financieras y operativas significativas, incluso superiores a las de varias EPS privadas, situación reconocida por el gobierno. El supuesto “puente” de transición ilustra no solo la facilidad con la que se puede conducir al sistema hacia nuevos laberintos operativos, sino también la tendencia recurrente a intentar resolver fallas estructurales mediante soluciones administrativas de corto plazo.

Esta no sería la primera vez que el país ensaya respuestas institucionales de emergencia frente a crisis acumuladas. La historia del sistema de salud colombiano muestra que los cambios de arquitectura han surgido, en buena medida, como reacción a problemas no resueltos del modelo previo.

Lecciones de la historia del ISS

Entre 1945 y 1990, Colombia operó bajo un esquema segmentado que alcanzaba a un porcentaje reducido de la población. El Instituto Colombiano de Seguros Sociales —posteriormente denominado Instituto de Seguros Sociales (ISS)— atendía principalmente a los trabajadores formales, mientras que la mayoría de la población dependía de una asistencia pública precaria y desfinanciada.

El intento de integración de 1974 mediante el Sistema Nacional de Salud (SNS), bajo la rectoría del Ministerio de Salud, puso en evidencia las limitaciones de un sistema que no incorporaba de manera explícita la alineación de incentivos en su diseño institucional. Aunque permitió una mayor articulación técnica y la expansión de la infraestructura pública, enfrentó restricciones críticas asociadas a la insuficiencia de recursos y a rigideces administrativas que limitaron el desarrollo de iniciativas locales en territorios con mayor capacidad institucional. Este esquema, orientado a estandarizar la prestación en zonas rezagadas, derivó en crisis de gestión recurrentes que finalmente motivaron la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en 1993, con el propósito de superar las ineficiencias de un sistema en el que el Estado actuaba simultáneamente como gestor y prestador⁶.

6. Gómez-Arias, R. D., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿Qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 733–739. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.127>

La Transición y el Surgimiento de Nueva EPS

La transformación del ISS en EPS bajo la Ley 100 fue un proceso complejo que culminó en su liquidación. En 2008 se creó Nueva EPS, con una composición mixta público-privada y el mandato de recibir a los afiliados del extinto instituto. La entidad nació enfrentando múltiples desafíos: gestionar la población más numerosa y dispersa del país, operar en más de mil municipios y asumir una herencia epidemiológica caracterizada por mayor envejecimiento, alta carga de enfermedades crónicas y presencia en territorios remotos. Además, su diseño institucional partió de un esquema sin integración vertical: la entidad no contaba con clínicas ni centros de atención propios, por lo que la provisión de servicios debía realizarse mediante contratación con terceros⁷.

Nueva EPS se convirtió así en un caso emblemático del aseguramiento en Colombia. Su crecimiento, hasta alcanzar aproximadamente 11.5 millones de afiliados hacia finales de 2025, refleja un fenómeno de escala masiva, pero también expone las vulnerabilidades de un modelo dependiente de la estabilidad regulatoria. La entidad ha operado con márgenes estrechos y bajo presión financiera constante. Un punto de inflexión ocurrió en abril de 2024 con su intervención por parte del Gobierno nacional. Aunque la medida se justificó en la necesidad de sanear las finanzas y mejorar el servicio, la evidencia posterior sugiere desafíos persistentes. Bajo la administración del interventor designado por el gobierno, la disponibilidad y oportunidad de la información financiera y operativa se han reducido, generando un vacío técnico relevante.

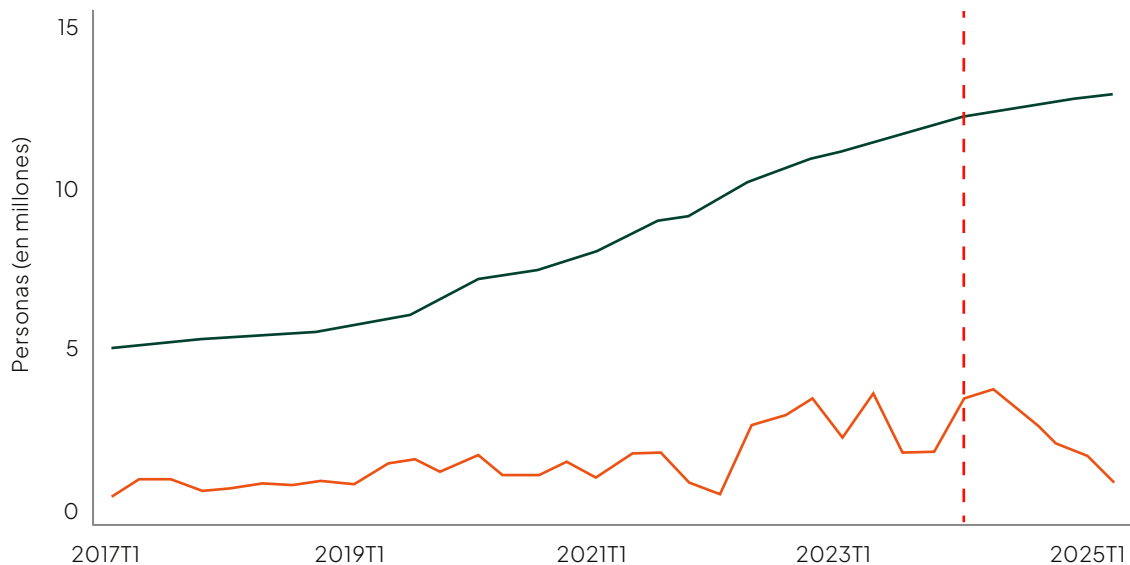
Dado que la UPC —eje financiero del sistema— se calcula con base en la información reportada por las EPS, la ausencia o limitada disponibilidad de datos financieros de la aseguradora más grande durante 2024 y 2025 introduce incertidumbre en el cálculo actuarial y en la suficiencia de recursos del sistema. Mientras el número de afiliados continúa en aumento, el número de personas atendidas —aunque creció en años previos— no lo hace en la misma proporción y muestra señales de desaceleración e incluso de disminución desde 2024 (ver Gráfico 1).

7. Presidencia de la República de Colombia. (2008). Nueva EPS. <http://historico.presidencia.gov.co/especial/nuevaeps/index.html>

Gráfico 1

Afiliados y personas con al menos una atención registrada en Nueva EPS (2017–2025)

— Personas afiliadas — Personas atendidas



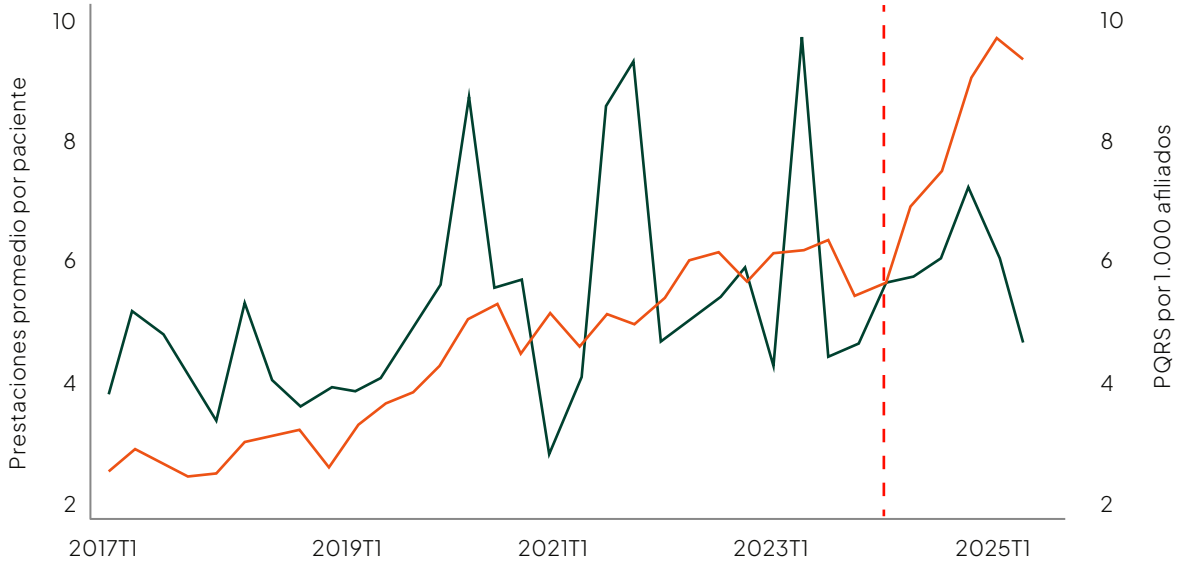
Nota: Elaboración propia con base en los datos los cubos de BDUA-SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. La línea roja punteada indica el inicio del periodo de intervención en abril de 2024. Se reportan las personas atendidas y las atenciones registradas para afiliados a Nueva EPS desde enero de 2017 a junio de 2025.

Paralelamente, y en línea con el incremento del número de afiliados, se observa un aumento en los reclamos ante la Superintendencia Nacional de Salud; aunque la tendencia al alza es de largo plazo, el crecimiento se intensifica tras la intervención de abril de 2024. Las reiteradas noticias sobre barreras de acceso a medicamentos y servicios no parecen corresponder a episodios aislados, y los datos del Ministerio de Salud sugieren que la utilización de servicios también muestra señales de afectación (ver Gráfico 2). En conjunto, este patrón plantea interrogantes sobre la efectividad de decisiones que no incorporen de manera explícita incentivos adecuados para la eficiencia y la calidad, tanto a la luz de la experiencia histórica previa a la Ley 100 como del desempeño reciente de Nueva EPS.

Gráfico 2

Prestaciones registradas y reclamos asociados a Nueva EPS (2017–2025)

— Prestaciones promedio — PQRS



Nota: Elaboración propia con base en los cubos de RIPS–SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social y en los datos de reclamos en salud reportados por la Superintendencia Nacional de Salud. La línea roja punteada indica el inicio del periodo de intervención en abril de 2024. Se presentan las atenciones registradas para afiliados a Nueva EPS y los reclamos asociados a esta entidad desde enero de 2017 a junio de 2025, disponibles en: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#/datos-abiertos/search?groupIds=ac63f71077914a01859dc66f7bc1c082>

¿Y si Colombia no tuviera EPS?

Algunos proponen que el país adopte un modelo de pagador único controlado por el gobierno, sin EPS. Sin embargo, los problemas estructurales no desaparecerían; podrían incluso intensificarse. La restricción de financiamiento podría ser más crítica, las decisiones quedarían más expuestas a la discrecionalidad política y los incentivos a la eficiencia tenderían a debilitarse. La experiencia internacional muestra que, en ausencia de competencia efectiva o de mecanismos robustos de rendición de cuentas, suelen ampliarse las listas de espera y se agudiza la tensión entre garantizar servicios de calidad y contener el gasto.

¿Qué debería hacer el próximo gobierno?

Más que insistir en el dilema de “EPS sí o no”, el próximo gobierno debería concentrarse en restablecer la confianza en la institucionalidad del sistema, saldar deudas acumuladas y asegurar un flujo financiero estable que garantice la sostenibilidad de EPS, hospitales y clínicas. Asimismo, deberá fortalecer el ajuste por riesgo —la UPC— para mitigar la selección de pacientes, al tiempo que robustece la regulación y la supervisión. Un desafío central será resolver el acceso en zonas rurales de baja densidad poblacional, donde la competencia regulada enfrenta limitaciones estructurales y se requieren mecanismos alternativos o complementarios. La experiencia histórica muestra que esquemas como el antiguo Sistema Nacional de Salud lograron resolver parcialmente la prestación en regiones remotas y vulnerables, mientras que el modelo de aseguramiento actual ha demostrado una mayor capacidad operativa en contextos urbanos con escalas de mercado suficientes.

Esta heterogeneidad territorial y epidemiológica sugiere que el debate no debería centrarse en la dicotomía entre eliminar o preservar las EPS, sino en diseñar arreglos institucionales que reconozcan la diversidad de contextos mediante instrumentos diferenciados de financiamiento, provisión y gestión del riesgo. Desde la academia han surgido propuestas plausibles en favor de esquemas híbridos que combinen competencia regulada con mecanismos públicos directos en territorios donde el mercado no funciona adecuadamente.

En suma, el próximo gobierno deberá corregir los errores acumulados, recuperar la credibilidad de las reglas de juego del sistema y asegurar el cumplimiento de los prerrequisitos técnicos e institucionales de un sistema bien diseñado —con o sin EPS—. Solo así será posible garantizar la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad en el 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.

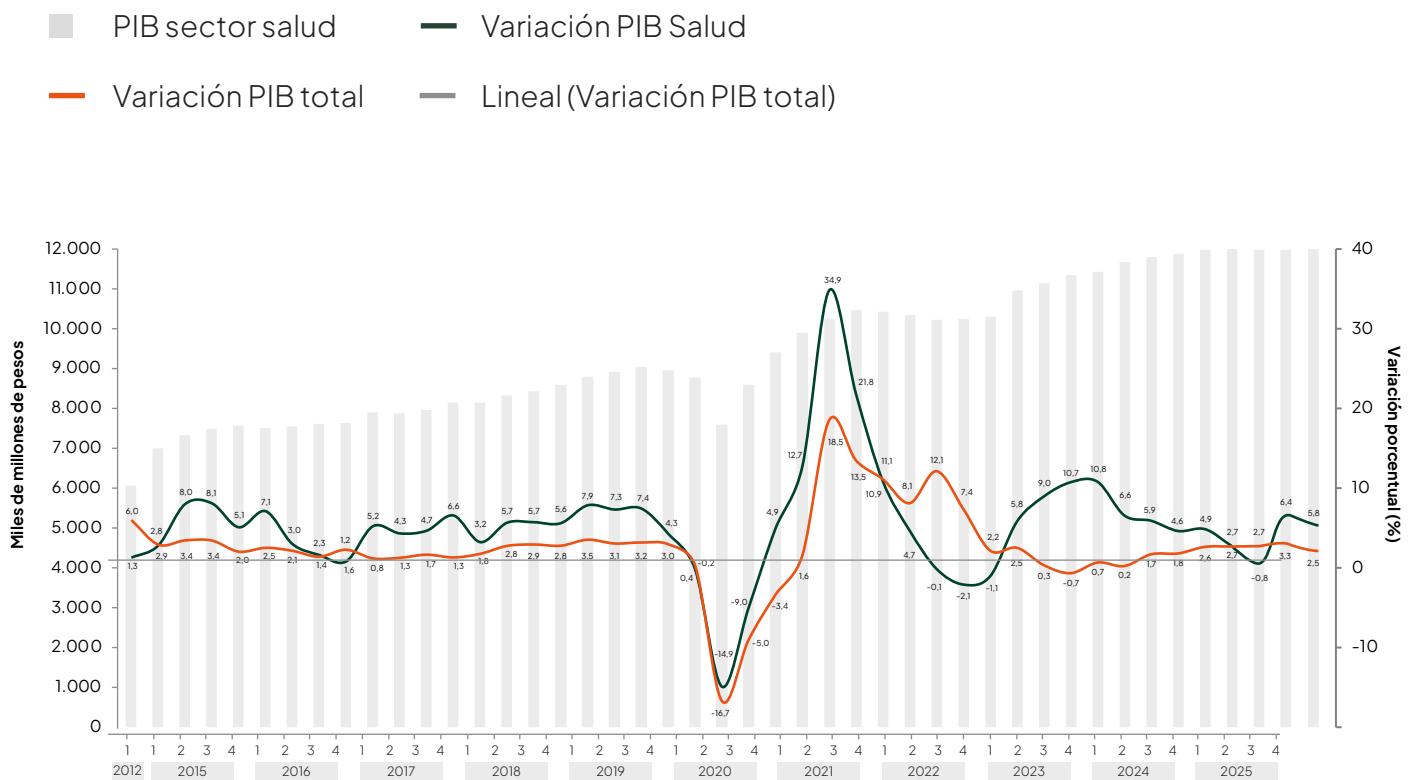
Empleo: Evolución del empleo total y del sector salud, diferenciando este último entre servicios con y sin internación.

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

Valor agregado

La Gráfica 3 muestra la evolución del PIB del sector salud en Colombia, su variación anual y la del PIB total entre 2012 y el cuarto trimestre de 2025. Según el Boletín Técnico del Producto Interno bruto del DANE, el dato preliminar del PIB del sector salud en el cuarto trimestre de 2025 fue de 12.680 miles de millones de pesos, lo que representa un crecimiento del 5.8% frente al mismo trimestre de 2024. Cabe destacar que el sector salud ha mostrado una tendencia de crecimiento sostenido desde el primer semestre de 2023, con variaciones anuales positivas en todos los trimestres. Durante este mismo periodo, el PIB total ha registrado variaciones más moderadas, en el rango del 0,8% al 5%, lo que indica que el sector salud ha crecido a un ritmo más dinámico que el promedio de la economía.

Gráfico 3
Valor y variación anual del PIB total y sector salud
 Trimestres 2015 - 2025



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

La Gráfica 4 presenta la variación año corrido del Índice de Precios al Consumidor (IPC) total y de su correspondiente división de salud entre 2010 y 2026. Para enero de 2026, la inflación acumulada del IPC total se situó en 5,4%, mientras que la de la división del sector salud alcanzó el 7,4%. Esto marca una leve desaceleración en comparación con el mismo periodo del año anterior, cuando las tasas fueron del 5,2% para el IPC total y de 5,5% para el sector salud.

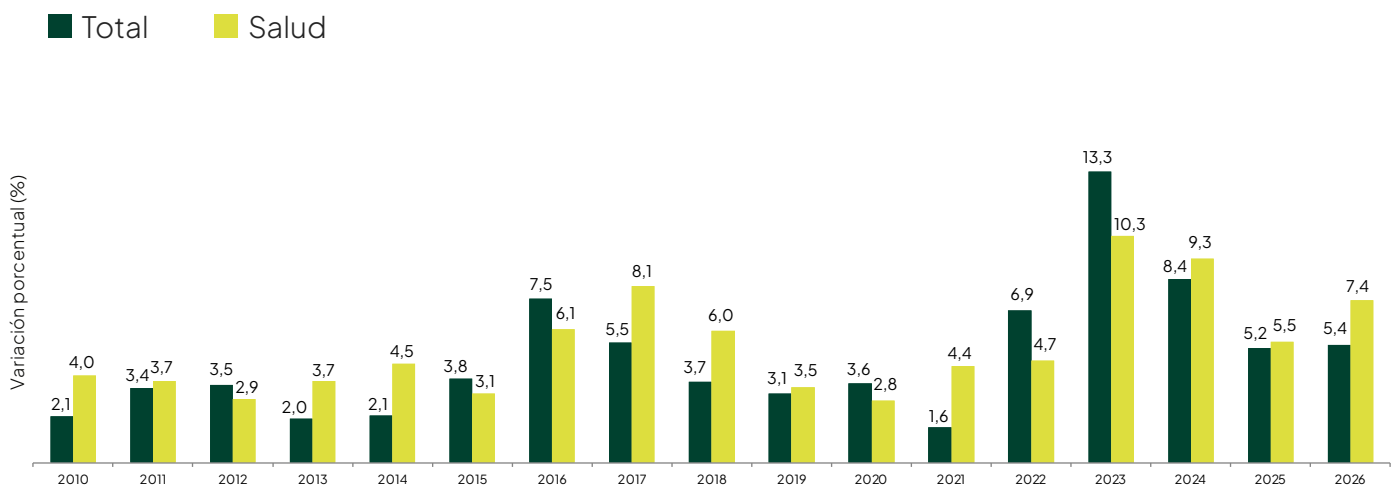
Aunque ambos indicadores han disminuido notablemente desde los picos inflacionarios registrados en 2023 (13,3% total y 10,3% salud) y 2024 (8,4% total y 9,3% salud), la inflación de la división de salud en 2025 sigue encontrándose por encima del promedio nacional (2 puntos porcentuales), tal y como sucedió para la misma fecha en el 2024. Esta diferencia sugiere que, si bien hay una tendencia general a la baja en los niveles inflacionarios, la división de salud enfrenta presiones específicas que ralentizan su ajuste.

En conjunto, los datos muestran señales de moderación inflacionaria tras el repunte observado en el contexto postpandemia, lo que apunta a una mayor estabilidad de precios. Sin embargo, la persistencia de una inflación de la división de salud por encima del promedio nacional requiere un seguimiento continuo, ya que podría implicar desafíos en el acceso económico a servicios esenciales para los hogares.

Gráfico 4

Inflación sector salud y total

Variación año corrido a enero, 2010 – 2026



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

Empleo

La Gráfica 5 presenta la variación porcentual anual del empleo nacional y del empleo en el subsector de salud en servicios con internación, según datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). A nivel nacional, se observa una recuperación sostenida del empleo desde inicios de 2021, con tasas positivas durante casi todo el período entre enero de 2022 y enero del 2026. El mayor crecimiento se registró en marzo de 2022 (11,1%), seguido de una tendencia descendente que tocó su punto más bajo en marzo de 2024 (-0,7%), antes de iniciar una nueva fase de recuperación que alcanzó una variación del 4,7% en marzo de 2025 y a diciembre del 2025 está en 2,6%

En contraste, el empleo en servicios de salud con internación ha mostrado un comportamiento marcadamente distinto. Desde su pico más alto en octubre de 2023 (5,7%), la tasa de crecimiento ha disminuido de forma sostenida, entrando en terreno negativo desde julio de 2024. Esta caída se ha profundizado con el tiempo, llegando a -2,6% en marzo de 2025, que es uno de los más bajos registrados en todo el período analizado. A diferencia del empleo total, este subsector ha enfrentado una tendencia de contracción persistente en los últimos meses, lo que podría estar reflejando ajustes estructurales o restricciones presupuestarias en el sistema de salud.

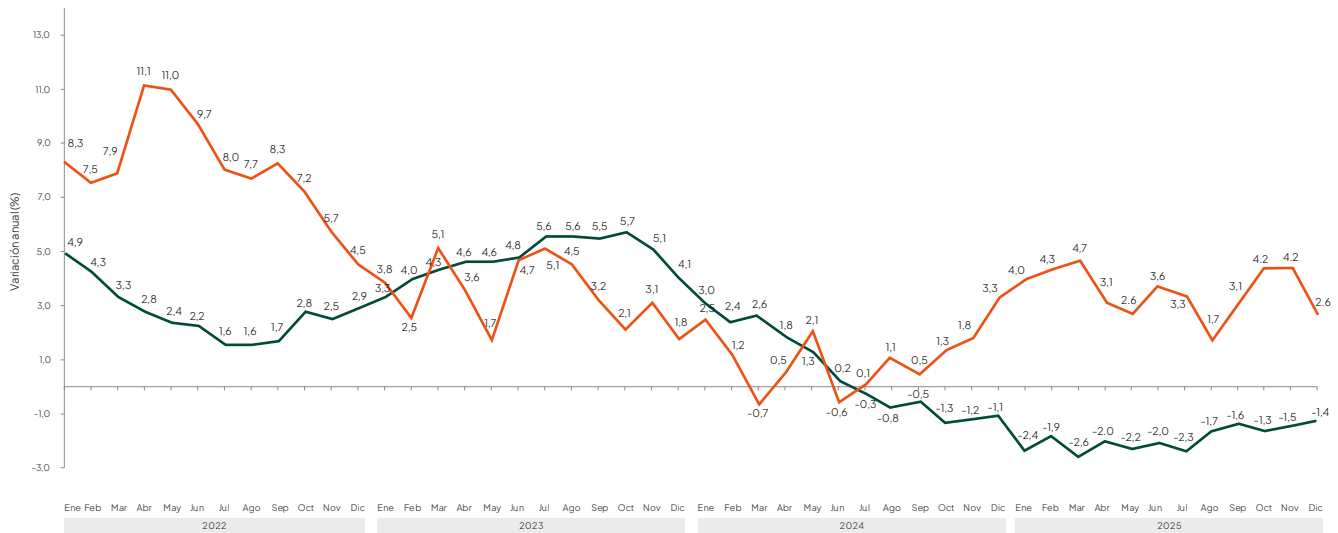
Gráfico 5

Variación anual del personal ocupado

Total Nacional y Servicios Sector Salud con internación

Enero 2022 – Diciembre 2025

— Total servicios sector salud con internación — Total Nacional



Fuente: Elaboración propia

Nota: Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta Mensual de Servicios (EMS) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). 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.

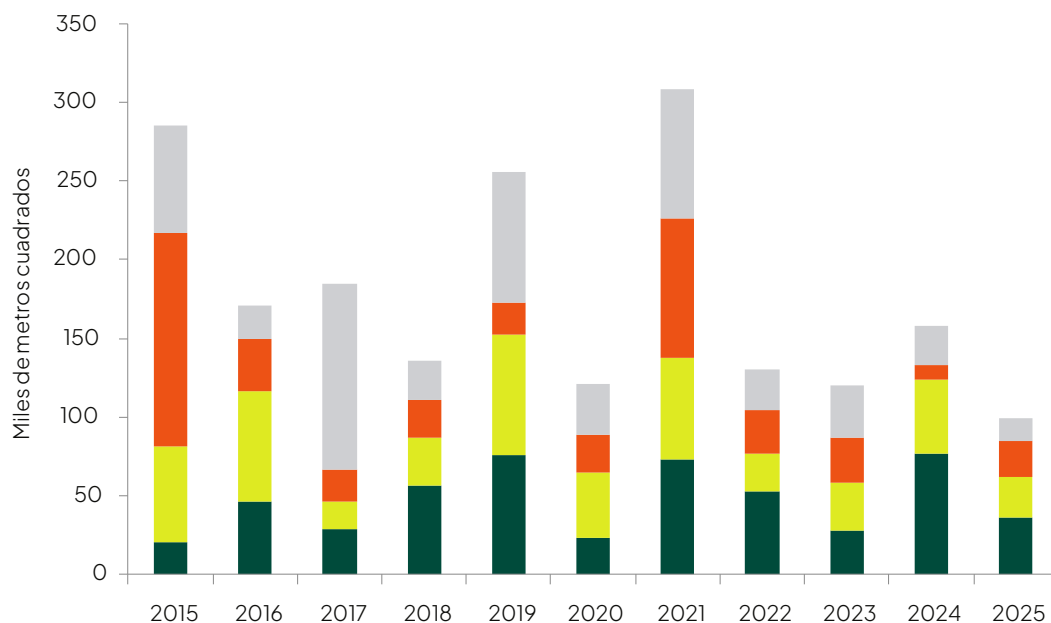
Construcción



La Gráfica 7 muestra la evolución del área iniciada de construcción con destino hospitalario en 15 ciudades principales, medida en miles de metros cuadrados, entre 2015 y 2025. La serie presenta dos momentos de mayor actividad: 2015 (~285 mil m²) y 2021 (~310 mil m²), este último como el valor máximo del período. A partir de 2021 se observa una tendencia descendente sostenida, con niveles que hacia 2022–2023 se ubican alrededor de 120–130 mil m². Para 2024 se registra una leve recuperación (~155 mil m²), sin embargo, 2025 confirma la profundización de la tendencia descendente al registrar aproximadamente 100 mil m², el valor más bajo de toda la serie histórica 2015–2025, con los cuatro trimestres ya contabilizados.

Gráfico 7
Área iniciada: destino hospitalario – 15 ciudades
Trimestres 2015–2025

Trimestre ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4



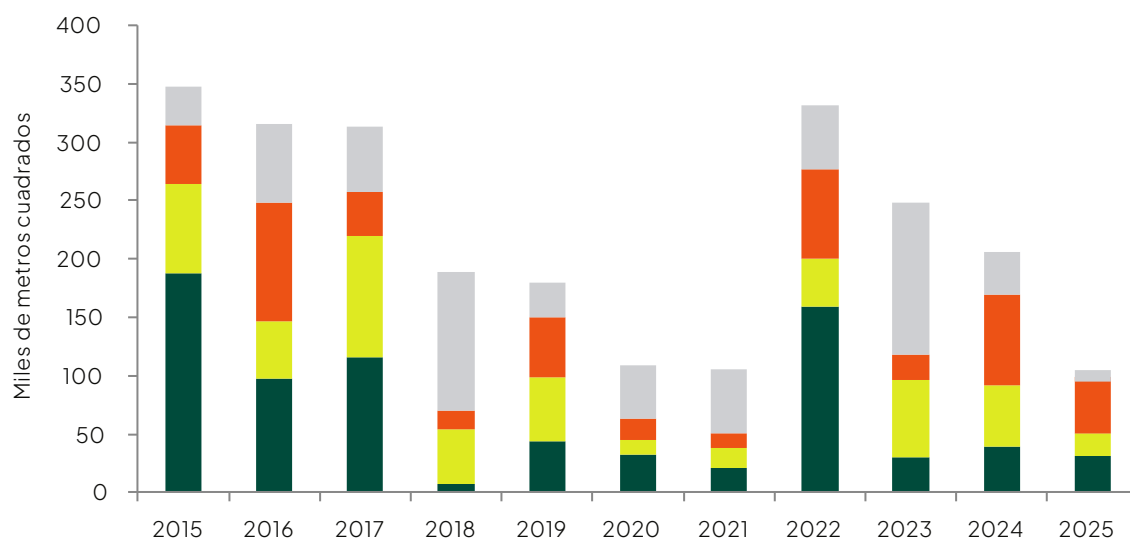
Fuente: Elaboración propia

Nota: 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, la Gráfica 8 muestra la evolución del área de construcción terminada destinada a hospitales, medida en miles de metros cuadrados. Se logra evidenciar que, para el 2025 ha sido uno de los años con menor área finalizada de los últimos 15 años. Esto se acompaña adicionalmente del hecho de que se ha revertido en lo corrido de este año la tendencia que había de crecer respecto a los últimos años pre pandemia.

Gráfico 8
Área culminada: destino hospitalario - 15 ciudades
 Trimestres 2015-2025

Trimestre ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4



Fuente: Elaboración propia

Nota: 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.

Actualidad normativa

La normatividad del sector salud en el cierre del año 2025 giró en torno a cuatro temáticas principales: establecer políticas públicas, definir lineamientos técnicos y operativos, determinar criterios en la prestación de servicios de salud y dictaminar el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2026.

La Resolución 2068 de 2025 adoptó la Política Pública para la Prevención, Diagnóstico Temprano y Tratamiento Integral de la Endometriosis 2025-2034, cuyo objetivo es “garantizar los derechos de las personas con endometriosis mediante el reconocimiento, la visibilización y las atenciones integrales con acciones intersectoriales y transectoriales que mejoren la calidad de vida y promuevan el bienestar físico, emocional y social de esta población”. Establece un plan de acción para monitorear la calidad y la satisfacción del usuario. Entró en rigor, a partir del 6 de octubre de 2025.

La Resolución 2100 de 2025 establece la Política Integral para la Prevención, Reducción de Riesgos y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2025-2033. El objetivo general de la Política es “garantizar la atención integral e integrada en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, dirigida a la población general, desde un enfoque de derechos humanos y salud pública”. Los ejes principales que aborda son la reducción de daños, la inclusión y la protección a menores. Los hospitales, EPS y redes de salud deben adaptar sus modelos de atención para cumplir con esta política, que entró en rigor desde el 14 de octubre de 2025.

La Resolución 2161 de 2025 redefine la operación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en esta se definen subregiones funcionales para que las EPS operen en donde cuentan con capacidad resolutoria, actualiza los estándares técnicos y los criterios de permanencia de las EPS. Además, exige que las EPS contraten al menos el 60% con las Empresas Sociales del Estado (ESE). El gobierno tendrá la facultad de trasladar afiliados entre EPS sin que estas puedan negarse. La Resolución 2373 establece la metodología de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud, en este marco se crea el Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación (SIPID) para el registro y seguimiento de las iniciativas de inversión. La Resolución 2606 de 2025 establece las medidas necesarias para el diagnóstico, diseño, formulación, implementación ejecución, seguimiento, evaluación y ajuste del Plan Inmediato de Acción en Salud (PIAS), de acuerdo con los mandatos judiciales de la Sentencia T-760 de 2008. Este acto normativo busca garantizar que la atención sea oportuna, equitativa y de calidad, eliminando barreras administrativas que impidan el goce efectivo del derecho a la salud. En esta línea, la Resolución 2720 establece el marco técnico, ético y jurídico general para la priorización de pacientes y asignación de recursos en salud durante situaciones excepcionales o emergencias sanitarias. Este marco se fundamenta en los principios de justicia distributiva y necesidad clínica.

Otros lineamientos técnicos y operativos definidos conciernen al reconocimiento de “Restaurantes Saludables”, de acuerdo con la Resolución 2309 de 2025. Esta normativa se enmarca en la estrategia de promoción de la alimentación saludable para los restaurantes y establecimientos gastronómicos que decidan obtener el reconocimiento de manera voluntaria. En esta línea temática, la Resolución 2517 crea el Comité de Seguimiento del Estado Nutricional de niñas y niños menores de cinco años, con diagnóstico de desnutrición aguda, moderada y severa o en riesgo de desnutrición aguda, en el departamento de La Guajira y en los departamentos o distrito definidos por el Ministerio de Salud. Por su parte, la Resolución 2706 establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) que regirá en el año 2026. La Resolución 2628 de 2025 establece los requisitos y condiciones para la autorización del funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) que concurren en el cuidado integral de la salud y la inclusión social. La Resolución 2716 implementa el programa Hospitales Resilientes frente a emergencias de salud y desastres, a este programa podrán aplicar ESE y Secretarías de Salud. Los lineamientos técnicos y operativos que se enfocan en la asignación de recursos se detallan a continuación. La Resolución 2587 establece los requisitos y criterios de priorización para asignación de recursos a ESE para salud mental. La Resolución 2589 determina los criterios habilitantes y de ponderación para la asignación de recursos a ESE y entidades territoriales municipales, destinados a la implementación de acciones sectoriales en salud, de acuerdo con el Plan para la Década de Envejecimiento Saludable y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031. Por medio de la Resolución 2682 se asignan recursos a departamentos y distritos certificados en salud, destinados a la cofinanciación de las atenciones de urgencia prestadas a la población migrante no asegurada. Por último, la Resolución 2769 establece un mecanismo de respaldo financiero para los prestadores de servicios de salud, a través del otorgamiento de garantías por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

En la temática de prestación de servicios, la Resolución 2065 de 2025 define la autorización de sedes transitorias o itinerantes para prestar servicios de salud en situaciones excepcionales o de emergencia. Por su parte, la Resolución 2307 establece el manual de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de enfermedades huérfanas. Al respecto, la Resolución 2625 presenta el listado actualizado de las enfermedades huérfanas.

Por último, en la temática de UPC, la Resolución 2605 ordena la equiparación de la prima pura de la UPC del régimen subsidiado, esta se establece al 95% del valor de la prima del régimen contributivo. Para 2026, el valor de la prima pura de la UPC quedó definida por la Resolución 2764, para el régimen contributivo se fijó en COP \$1.658.912 y para el régimen subsidiado en COP \$1.541.706. Asimismo, se conservan las primas adicionales por dispersión geográfica, para ciudades específicas, zonas alejadas y comunidades indígenas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con los recursos de la UPC quedaron actualizados mediante la Resolución 2765 de 2025. Por su parte, la Resolución 2804 define los términos y condiciones para que las entidades territoriales reporten la información sobre los cobros y recobros de servicios no financiados con la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

Proyectos
Publicaciones
Eventos
Equipo



Novedades PROESA

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – es un centro de investigación dedicado a generar evidencia de alta calidad para la orientación de políticas públicas, tanto a nivel nacional como internacional. Fundado en 2010 como una entidad independiente y sin ánimo de lucro, surge de la colaboración entre la Universidad Icesi y la Fundación Clínica Valle del Lili (FCVL), consolidándose como un referente en la **generación de conocimiento en las áreas de protección social y economía de la salud.**

Novedades PROESA

Proyectos

El equipo de PROESA ha participado en los siguientes proyectos, publicaciones y eventos durante los meses de octubre de 2025 y enero de 2026:



El equipo de PROESA estuvo trabajando, en conjunto con el Centro de Estudios del Bienestar de la Universidad Icesi, en el desarrollo de una propuesta de evaluación de la Política Distrital de Salud Mental de Santiago de Cali. Además, ambos centros de investigación participaron en la elaboración de una ruta metodológica y analítica orientada a comprender, ordenar y fundamentar el modelo de salud del Distrito de Santiago de Cali, en el marco de los compromisos establecidos en el Plan de Desarrollo Distrital 2024–2027 “Cali, Capital Pacífica de Colombia”.

Actualmente investigadores de PROESA participan en el proyecto RESET Colombia Alcohol Taxation Advocacy este busca impulsar el debate público y político sobre el fortalecimiento de los impuestos a bebidas alcohólicas, orientado a reducir los daños asociados al consumo de alcohol. En este, PROESA se encarga de proveer el sustento técnico para garantizar que la incidencia pública esté respaldada por evidencia rigurosa libre de conflicto de interés.



Además, PROESA se encuentra desarrollando una consultoría para la Fundación SIDOC cuyo objetivo es analizar las narrativas actuales en redes sociales sobre las prácticas alimentarias de jóvenes en Cali, con el fin de proponer recomendaciones para su transformación desde la iniciativa “Futuros Urbanos”. Lo anterior, a partir de una revisión de literatura, un análisis de datos poblacionales y el análisis de narrativas digitales en Instagram.



Por otro lado, desde el Centro se realiza una investigación que busca analizar el entorno político y normativo de la salud mental en Colombia, identificando indicadores y fuentes de información que permitan realizar seguimiento a los resultados en salud. Este estudio hace parte de un proyecto colaborativo e interdisciplinario financiado por Wellcome Trust, en el que participan investigadores de la University of Washington (Estados Unidos), University of Bergen (Noruega), University of Southern Denmark (Dinamarca), Makerere University (Uganda) y PROESA–Universidad Icesi (Colombia).



Además, se continúa ejecutando el proyecto AMVe PROMÉDICO, que tiene como objetivo realizar un cálculo actuarial del Amparo Mutual de Vejez (AMVe) de la entidad, con el fin de determinar el valor de las obligaciones contraídas con los asociados y compararlo con los aportes y reservas destinados a cubrirlas.



Adicionalmente, investigadores de PROESA participan en un proyecto de investigación orientado a evaluar la costo-efectividad de una política de intervención alternativa para el manejo de vectores de dengue en Malasia, en comparación con el plan rutinario implementado en ese país. Este proyecto se desarrolla en conjunto con investigadores de la Universidad de Lyon (Francia), CIDEIM y el Ministerio de Salud de Malasia.

Por último, durante estos meses PROESA estuvo desarrollando un proyecto de consultoría que tuvo como objetivo el desarrollo de una scoping review (revisión de alcance) sobre la evidencia acerca de los beneficios de la innovación terapéutica internacional en el tratamiento del mieloma múltiple, identificando potenciales beneficios y brechas de conocimiento en el contexto colombiano.

Publicaciones



Los investigadores de PROESA, Juan Camilo Herrera, Victoria Soto y Laura Romero, publicaron el artículo “Using discarded packs collection to estimate illicit trade in Colombia” en la revista prestigiosa revista International Journal of Drug Policy. Esta fue una publicación en conjunto con Norman Maldonado, Blanca Llorente de Fundación Anaás, Paul Rodríguez de la Universidad del Rosario, e Ignacio Finot y Guillermo Paraje de la Universidad Adolfo Ibáñez. En este estudio se estimó la proporción de comercio ilícito de cigarrillos en Colombia en 2023 a partir de la recolección de cajetillas desechadas en cinco ciudades del país: Bogotá, Medellín, Cali, Cartagena y Cúcuta. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395925003287>

Participación en eventos

Victoria Soto participó como experta invitada en el foro “Construyendo una longevidad saludable: retos y perspectivas”, el pasado 16 de octubre en Bogotá. Este evento fue organizado por ACEMI en alianza con el Banco Mundial y el Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana. Se reunieron especialistas nacionales e internacionales para analizar los desafíos sociales, económicos y sanitarios del envejecimiento poblacional y las políticas necesarias para promover una longevidad saludable.

El 27 de noviembre, la directora de PROESA, Victoria Soto, fue invitada a participar como panelista en el panel inaugural titulado “Diagnóstico de la Crisis: Más allá de los Titulares” donde se analizó la situación actual del sistema de salud en Colombia y se discutieron propuestas de soluciones a corto y largo plazo.

En diciembre, el investigador de PROESA, Juan Camilo Herrera fue entrevistado para informar a la Pulla sobre la problemática del alcohol en el país, en este espacio, se habló, entre otras, sobre los patrones de consumo, daños del alcohol en la sociedad y las medidas de política pública para hacer frente a esta situación. Además, tuvo una entrevista con el medio Nuevo Siglo para explicar por qué se deben fortalecer las medidas de regulación para el control de alcohol.

Además, el pasado 17 de diciembre, Juan Camilo participó en el evento virtual “Delivering the Global Alcohol Action Plan: Independent Monitoring of Progress and Industry Interference: Assessing where countries stand – and what stands in the way through the Civil Society Shadow Report and Alcohol Industry Interference Index”. Este fue un evento organizado por Movendi International donde el Investigador de PROESA fue invitado para contar la experiencia de Colombia en materia de control de alcohol.

Finalmente, el 19 de enero, Victoria Soto, directora de PROESA, fue invitada al foro “Política fiscal e impuestos al tabaco: precio, consumo y legalidad”, un espacio en el que se discutió sobre política fiscal en materia de impuestos saludables. Este evento fue organizado por Tabaconomía, hub de evidencia en control de tabaco de la Universidad Adolfo Ibáñez de Chile, la Fundación Anaás y la Universidad del Rosario.



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](https://twitter.com/centro_proesa)



[ProesaCali](https://www.facebook.com/ProesaCali)

