



Universidad

Icesi | PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Suficiencia y siniestralidad en el sistema de salud colombiano:

¿Problema de prima, de gestión o de
estructura del aseguramiento?

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

CUESTIÓN SALUD

42





Universidad

icesi

| PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Suficiencia y siniestralidad en el sistema de salud colombiano:

**¿Problema de prima, de gestión o de
estructura del aseguramiento?**

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

CUESTIÓN SALUD

42



Universidad

icesi

| **PROESA**

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Cuestión Salud – edición # 42

Suficiencia y siniestralidad en el sistema de salud colombiano: ¿Problema de prima, de gestión o de estructura del aseguramiento?

Carlos E. Pinzón Flórez

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2026

ISSN: 2256–5787 (En línea)

Palabras clave: 1. Unidad de Pago por Capitación (UPC) | 2. Siniestralidad | 3. Sostenibilidad financiera | 4. Aseguramiento en salud

Primera publicación: julio de 2012

Edición # 42: junio 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, Andrés Felipe Martínez, Gina Marcela Calderón Lesmes

Edición: Carlos Eduardo Pinzón Flórez, Irieleth Gallo Caro, Carlos Iván Cardenas Erazo, Luisa Fernanda Patiño Quemaba, Andrés Felipe Martínez Barrera y Laura Romero García

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño editorial: Sandra Marcela M. Bolaños

Cómo citar:

Pinzón, C. (2026). Suficiencia y siniestralidad en el sistema de salud colombiano: ¿Problema de prima, de gestión o de estructura del aseguramiento?, PROESA – Cuestión Salud No. 42. 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

Suficiencia y siniestralidad en el sistema de salud colombiano:
¿Problema de prima, de gestión o de estructura del aseguramiento?

Pág 5

02 Indicadores sectoriales

Valor agregado
Inflación
Empleo
Construcción

Pág 14

03 Actualidad normativa

Salud pública
Igualdad
Novedades del sistema de salud

Pág 22

04 Novedades PROESA

Proyectos
Publicaciones
Artículos de opinión
Eventos y equipo

Pág 26

Suficiencia y siniestralidad en el sistema de salud colombiano:

¿Problema de prima, de gestión o de estructura del aseguramiento?

Carlos E. Pinzón Flórez

*Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud,
Secretaría de Salud Pública Distrital, Alcaldía de Santiago de Cali, Colombia.*

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud representa uno de los principales desafíos de política pública en contextos de envejecimiento poblacional, transición epidemiológica y aceleración del gasto sanitario.¹⁻⁴ En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) opera bajo un modelo de aseguramiento financiado mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC), definida como una prima prospectiva ajustada por riesgo destinada a cubrir el costo esperado de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).⁵⁻⁷

Durante la última década, el sistema colombiano ha experimentado deterioro progresivo de indicadores financieros y operacionales, reflejado en aumento de la siniestralidad, disminución de márgenes operacionales, crecimiento de cartera hospitalaria y múltiples intervenciones administrativas sobre las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Este escenario ha intensificado el debate técnico sobre si la crisis financiera responde principalmente a la insuficiencia de la UPC o a problemas de gestión y sostenibilidad operativa.

Aunque frecuentemente se utilizan como conceptos equivalentes, suficiencia y siniestralidad representan fenómenos analíticamente distintos. La suficiencia corresponde a una condición actuarial ex ante relacionada con la capacidad de la prima para cubrir el riesgo esperado, mientras que la siniestralidad es un indicador financiero ex post que refleja la relación observada entre gasto efectivo e ingresos reconocidos.

En este contexto, es fundamental precisar el significado de ambos conceptos, dado que su interpretación tiene implicaciones directas sobre el diagnóstico de la crisis financiera del sistema.

¿Qué es la suficiencia de la UPC?

La suficiencia de la UPC corresponde a la capacidad de la prima reconocida por afiliado para cubrir el costo esperado del riesgo en salud de una población durante un periodo determinado. Desde una perspectiva actuarial, una UPC suficiente debe reconocer:

Frecuencia esperada de uso de servicios

Severidad clínica

Carga de enfermedad

Inflación sectorial

Tecnologías de alto costo

Siniestros incurridos pero no reportados (IBNR)

Conceptualmente, la UPC requerida puede representarse como:

$$UPC_{req,t} = f(F_t, S_t, CE_t, Inf_t, IBNR_t, R_t)$$

(F_t) : Frecuencia de uso
 (S_t) : Severidad del evento
 (CE_t) : Carga de enfermedad
 (Inf_t) : Inflación médica
 $(IBNR_t)$: Obligaciones incurridas no reportadas
 (R_t) : Perfil de riesgo poblacional

De manera más explícita:

$$\sum_{i=1}^n (F_{i,t} \times S_{i,t}) + IBNR_t + \pi_t + \rho_t$$

π_t : Representa inflación médica
 ρ_t : Incorpora ajustes por envejecimiento, multimorbilidad y presión tecnológica.

Este enfoque implica que la suficiencia no depende únicamente del crecimiento nominal de la UPC, sino de la capacidad del modelo para reconocer dinámicamente las transformaciones epidemiológicas y tecnológicas del sistema.^{6,7}

Sin embargo, la sostenibilidad financiera no depende exclusivamente de la suficiencia de la prima. También intervienen:

Eficiencia operativa

Gestión del riesgo

Reservas técnicas

Suficiencia patrimonial

Liquidez

Capacidad regulatoria

En términos sistémicos:

$$SF_t = f(UPC_{suf,t}, GR_t, EF_t, RT_t, SP_t, RC_t)$$

(SF_t) : Sostenibilidad financiera

(GR_t) : Gestión del riesgo

(EF_t) : Eficiencia operativa

(RT_t) : Reservas técnicas

(SP_t) : Suficiencia patrimonial

(RC_t) : Capacidad regulatoria

¿Qué es la siniestralidad?

La siniestralidad corresponde a la relación entre el gasto efectivo en salud y los ingresos reconocidos para financiar dicho riesgo. Representa uno de los principales indicadores de sostenibilidad financiera del aseguramiento.

Una siniestralidad cercana a 1 indica que la totalidad de los ingresos se destina al pago de servicios de salud; valores superiores a 1 reflejan déficit operativo.

$$RS_t = \frac{\text{Gasto en salud}_t}{\text{Ingresos UPC}_t}$$

(RS_t) : Siniestralidad

La siniestralidad puede verse influenciada simultáneamente por:

Insuficiencia estructural de la UPC

Envejecimiento poblacional

Enfermedades crónicas

Inflación en salud

Expansión del alto costo

Eficiencia operativa

Por ello, una alta siniestralidad no necesariamente implica mala gestión, así como una baja siniestralidad tampoco garantiza eficiencia clínica, dado que podría asociarse con barreras de acceso o subutilización de servicios.

Evidencia reciente de insuficiencia de la UPC

La evidencia reciente sugiere una divergencia progresiva entre la UPC reconocida y el costo esperado del riesgo en salud, particularmente en escenarios de multimorbilidad, alto costo e inflación sectorial (Tabla 1).

Tabla 1
Evolución estimada de suficiencia actuarial de la UPC en Colombia, 2015–2025

Año	UPC oficial (COP)	UPC requerida estimada (COP)	Brecha (COP)	Índice de suficiencia
2015	718.000	718.000	0	1,00
2018	859.000	950.000	-91.000	0,90
2020	1.004.000	1.180.000	-176.000	0,85
2022	1.211.000	1.500.000	-289.000	0,81
2024	1.444.086	1.950.000	-505.914	0,74
2025	1.521.489	2.180.000	-658.511	0,70

Fuente: Estimaciones realizadas por el autor

La evidencia disponible muestra un deterioro progresivo del índice de suficiencia actuarial, entendido como la relación entre la UPC oficial y la UPC requerida estimada (Tabla 1), particularmente en el régimen subsidiado y en poblaciones con alta carga de enfermedad.^{7,10,11}

Evidencia reciente de siniestralidad

La evolución de la siniestralidad del sistema de salud colombiano entre 2015 y 2025 muestra un deterioro progresivo de los indicadores financieros del aseguramiento, particularmente posterior a la pandemia de COVID-19 y al incremento acelerado del gasto asociado a enfermedades crónicas, tecnologías de alto costo e inflación sectorial en salud.¹⁻⁴

La estimación de la siniestralidad presentada en este análisis se realizó utilizando la metodología financiera y contable propuesta por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), basada en la relación entre costos y gastos asociados a la prestación de servicios de salud frente a los ingresos operacionales reconocidos a las EPS, principalmente derivados de la UPC.¹²

Los análisis longitudinales muestran tres periodos relativamente diferenciados (Tabla 2):

- 1. Estabilidad relativa entre 2015 y 2019
- 2. Incremento acelerado de la siniestralidad durante 2020-2022
- 3. Deterioro estructural persistente entre 2023 y 2025

Tabla 2
Evolución estimada de la siniestralidad agregada del sistema de salud colombiano según metodología de la Superintendencia Nacional de Salud, 2015-2025

Año	Siniestralidad agregada estimada
2015	89,4%
2016	90,1%
2017	91,3%
2018	92,8%
2019	94,2%
2020	97,6%
2021	99,1%
2022	101,8%
2023	103,5%
2024	104,7%
2025	102,7%

Fuente: Estimaciones realizadas por el autor

Los resultados muestran que el sistema transitó desde niveles relativamente sostenibles de siniestralidad hacia escenarios persistentes de presión financiera posteriores a 2020, con múltiples EPS operando de manera sostenida por encima del umbral de equilibrio financiero.

Las EPS con mayor nivel de criticidad financiera durante 2024-2025 corresponden principalmente a entidades con siniestralidades persistentemente superiores al 100%, deterioro patrimonial y mayores niveles de intervención administrativa (Tabla 3).

Tabla 3
EPS con mayores niveles estimados de siniestralidad y criticidad financiera según metodología de la Superintendencia Nacional de Salud, Colombia 2025

EPS	Siniestralidad estimada 2025	Nivel de criticidad
EPSI AIC	120,7%	Crítica
Savia Salud EPS	106,5%	Alta
EPSI Dusakawi	106,0%	Alta
Emssanar EPS	109,0%	Alta
Famisanar EPS	108,0%	Alta
Sanitas EPS	107,0%	Alta
Nueva EPS	106,0%	Alta
Salud Total EPS	96,5%	Baja - Moderada
EPS SURA	94,8%	Baja
Capresoca EPS	102,8%	Moderada - Alta
Capital Salud EPS	100,6%	Moderada
EPSI Mallamas	97,8%	Moderada

Fuente: Estimaciones realizadas por el autor

Los hallazgos sugieren que el deterioro financiero observado no depende exclusivamente de insuficiencia estructural de la UPC, sino también de factores relacionados con reservas técnicas, liquidez, eficiencia operativa, gestión del riesgo y sostenibilidad prudencial del aseguramiento.^{2,8-13}

Discusión

La evidencia disponible sugiere que la crisis financiera del sistema colombiano no puede atribuirse exclusivamente ni a insuficiencia de la UPC ni al deterioro de la siniestralidad. Ambos fenómenos interactúan dentro de un contexto caracterizado por envejecimiento poblacional, transición epidemiológica, expansión del alto costo e inflación médica.¹⁻⁴ Los análisis actuariales muestran una divergencia progresiva entre la UPC reconocida y el costo esperado del riesgo en salud, mientras que la siniestralidad agregada aumentó progresivamente durante la última década.^{7,12,13}

No obstante, la heterogeneidad observada entre EPS indica que la sostenibilidad financiera no depende únicamente de la suficiencia de la prima, sino también de la gestión del riesgo, reservas técnicas, liquidez, modelos de contratación y capacidad operativa.⁸⁻¹³ En consecuencia, el problema estructural del sistema colombiano parece corresponder a la interacción simultánea entre insuficiencia parcial de la UPC, incremento progresivo de la siniestralidad, deterioro prudencial y limitaciones regulatorias.

Frente a este escenario, una alternativa estructural podría corresponder a la creación de una agencia técnica independiente de ajuste actuarial y gestión prospectiva del riesgo, encargada de evaluar periódicamente suficiencia, severidad, multimorbilidad e inflación sectorial para realizar ajustes ex post de la prima en escenarios de desviación significativa del riesgo esperado. Complementariamente, el fortalecimiento de mecanismos de contratación y pago basados en valor —incluyendo pagos prospectivos ajustados por desempeño, resultados clínicos y gestión poblacional— podría reducir incentivos asociados a fragmentación, sobreutilización y deterioro financiero del aseguramiento.

Conclusión

La sostenibilidad financiera del sistema colombiano depende de la capacidad institucional para reconocer adecuadamente el riesgo poblacional, financiarlo de manera actuarialmente consistente y gestionarlo de forma preventiva y eficiente. La evidencia disponible sugiere que el sistema enfrenta simultáneamente presiones de insuficiencia relativa de la UPC y problemas estructurales de sostenibilidad operativa y prudencial.

Por tanto, la estabilidad futura del aseguramiento no dependerá únicamente de incrementos nominales de la UPC, sino de una transformación estructural orientada a fortalecer la gestión del riesgo, las reservas técnicas, la supervisión financiera y los mecanismos de financiamiento basados en valor.

Referencias

1. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2024.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.
3. Dieleman JL, Squires E, Bui AL, Campbell M, Chapin A, Hamavid H, et al. Factors associated with increases in US health care spending, 1996–2013. JAMA. 2017;318(17):1668–78.
4. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Maele NV, Toure H, et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization; 2018.
5. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 41.148; 1993.
6. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ. 2013;91(8):602–11.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación 2024. Bogotá: MSPS; 2024.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2702 de 2014: condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud. Bogotá: MSPS; 2014.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: MSPS; 2016.
10. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Informe de aseguramiento y flujo de recursos 2024. Bogotá: ADRES; 2024.
11. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedades huérfanas y otras enfermedades de alto costo en Colombia 2024. Bogotá: CAC; 2024.
12. Superintendencia Nacional de Salud. Indicadores financieros y de solvencia de las EPS 2024. Bogotá: SNS; 2024.
13. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Estudio de cartera hospitalaria No. 48. Bogotá: ACHC; 2024.

14. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet*. 2017;390(10097):882-97.
15. Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015;385(9980):1910-2.
16. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(8):431-5.
17. Barasa E, Cloete K, Gilson L. From bouncing back to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy Plan*. 2017;32(suppl_3):iii91-4

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.

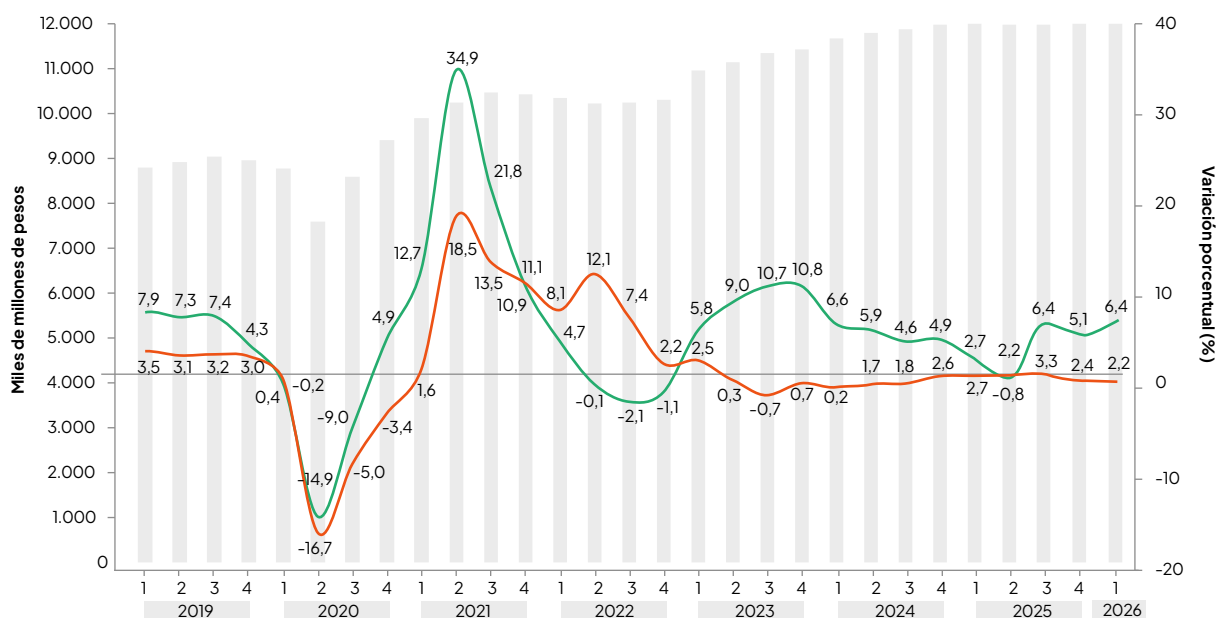
Valor agregado

El Gráfico 1 muestra la evolución del PIB del sector salud en Colombia, su variación anual y la del PIB total entre 2019 y el primer trimestre de 2026. 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 el dato más reciente, correspondiente al primer trimestre de 2026, el PIB del sector salud alcanzó 12.767 miles de millones de pesos, lo que representa un crecimiento anual de 6,4% frente al mismo trimestre de 2025. Durante este período, el PIB total mostró un desempeño más moderado, con variaciones anuales que oscilaron entre -0,7% y 2,7%, lo que evidencia que el sector salud ha crecido de manera sistemáticamente más dinámica que el conjunto de la economía colombiana.

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.

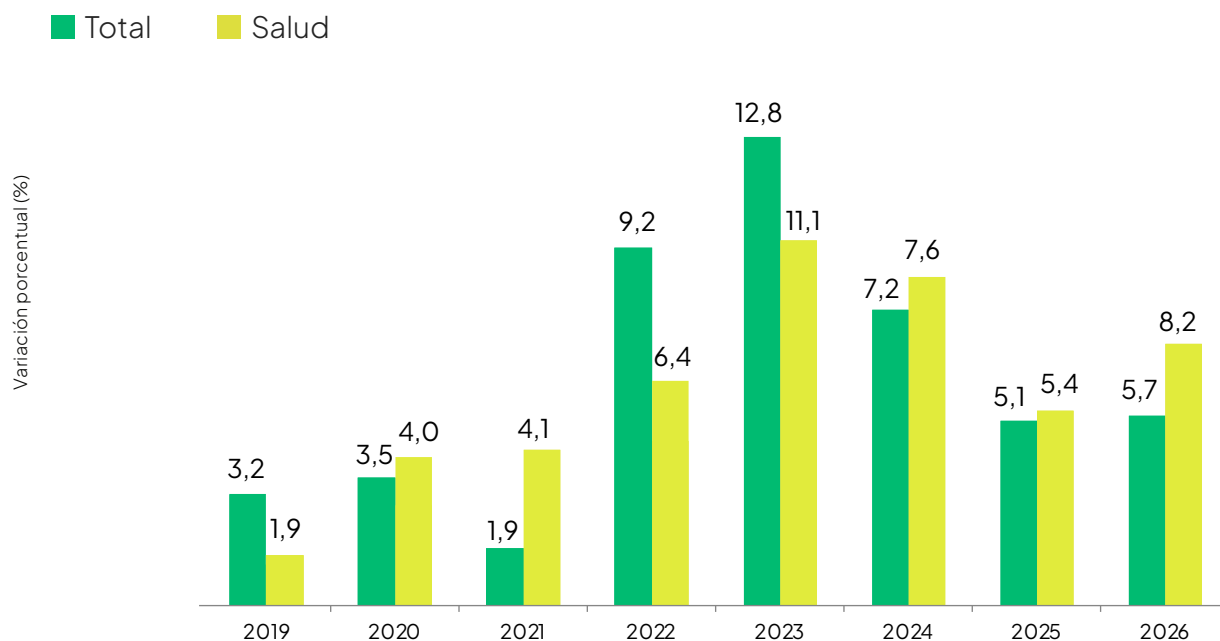
Inflación

El Gráfico 2 presenta la variación acumulada a abril del Índice de Precios al Consumidor (IPC) total y de la división de salud entre 2010 y 2026. Tras los máximos inflacionarios observados en 2023, cuando la inflación acumulada a abril alcanzó 12,8% para el IPC total y 11,1% para la división de salud, ambos indicadores mostraron una tendencia de desaceleración durante 2024 y 2025. A abril de 2025, la variación acumulada se ubicó en 5,1% para el IPC total y en 5,4% para la división de salud. Sin embargo, a abril de 2026 se observa un comportamiento divergente: mientras la inflación acumulada del IPC total alcanzó 5,7%, la correspondiente a la división de salud llegó a 8,2%, ampliando la brecha frente al nacional a 2,5 puntos porcentuales. 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 enero, 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.

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%. En el dato más reciente, correspondiente a febrero de 2026, la variación anual del empleo en servicios de salud con internación fue de -2,1%. 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.

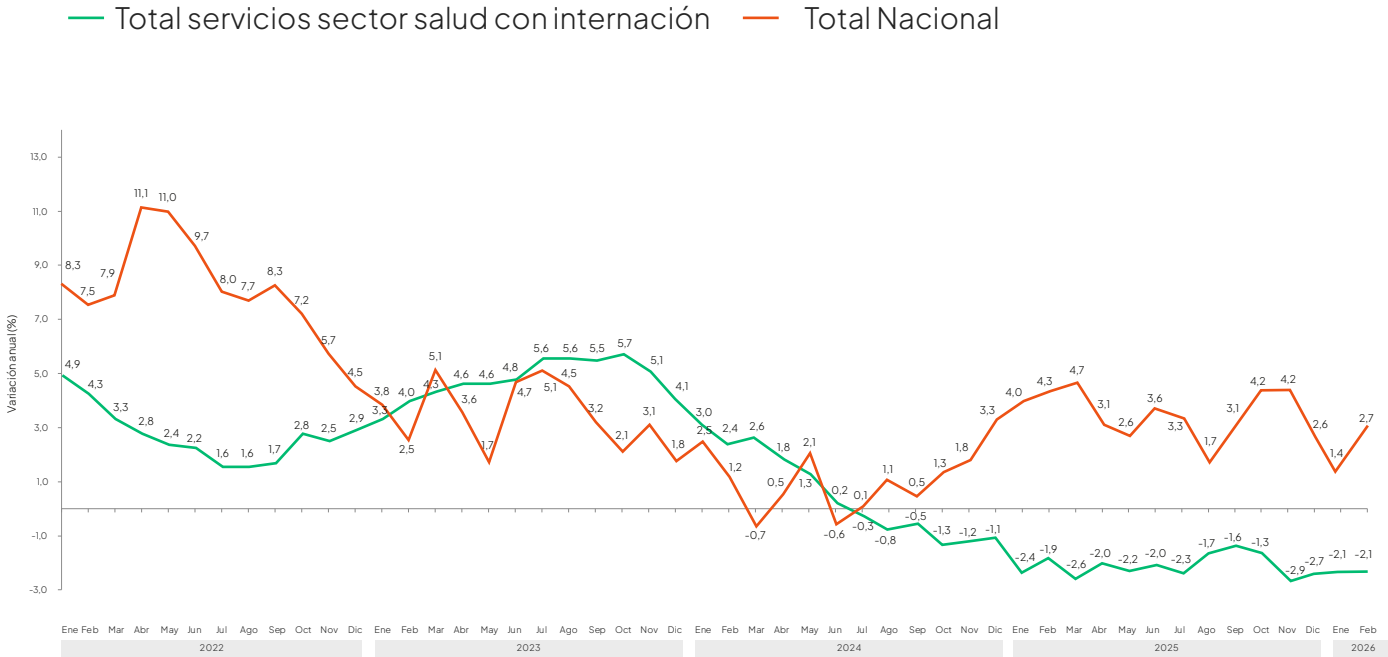


Gráfico 3

Variación anual del personal ocupado

Total Nacional y Servicios Sector Salud con internación

Enero 2022 – Febrero 2026

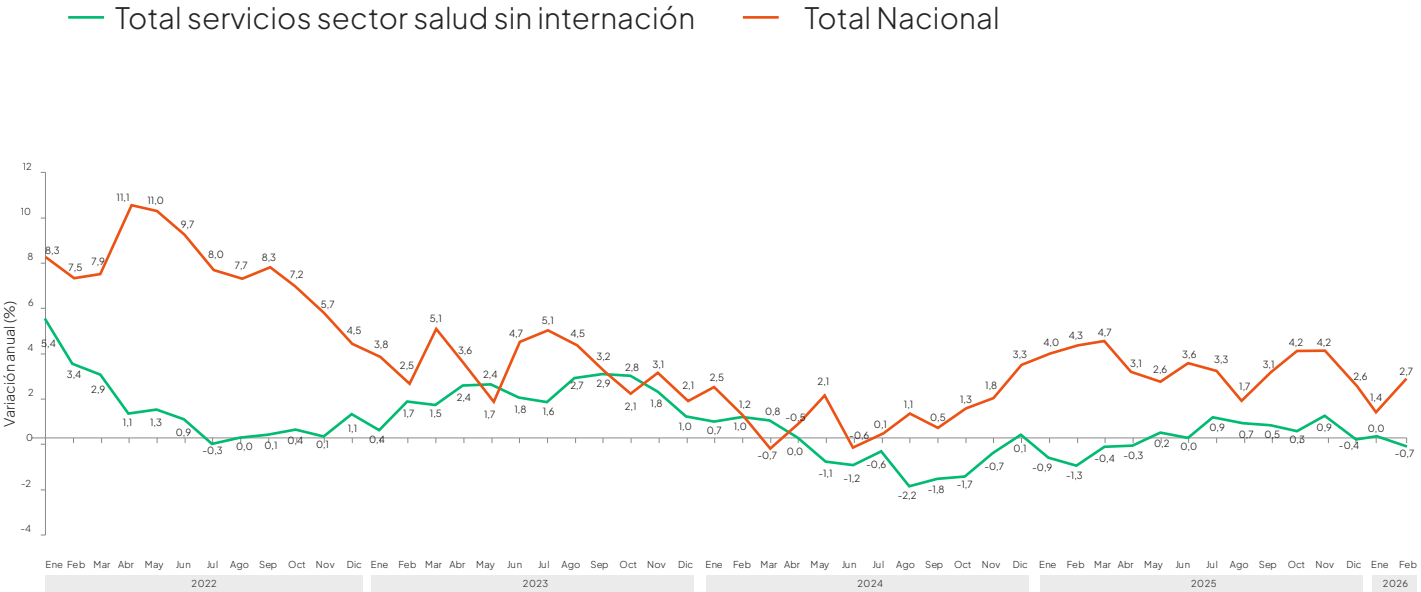


Fuente: Elaboración propia

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.

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 comienzos de 2026. En febrero de 2026, la variación anual del empleo en servicios de salud sin internación fue de -0,7%, mientras que el empleo total nacional creció 2,7%. 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 – Febrero 2026



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

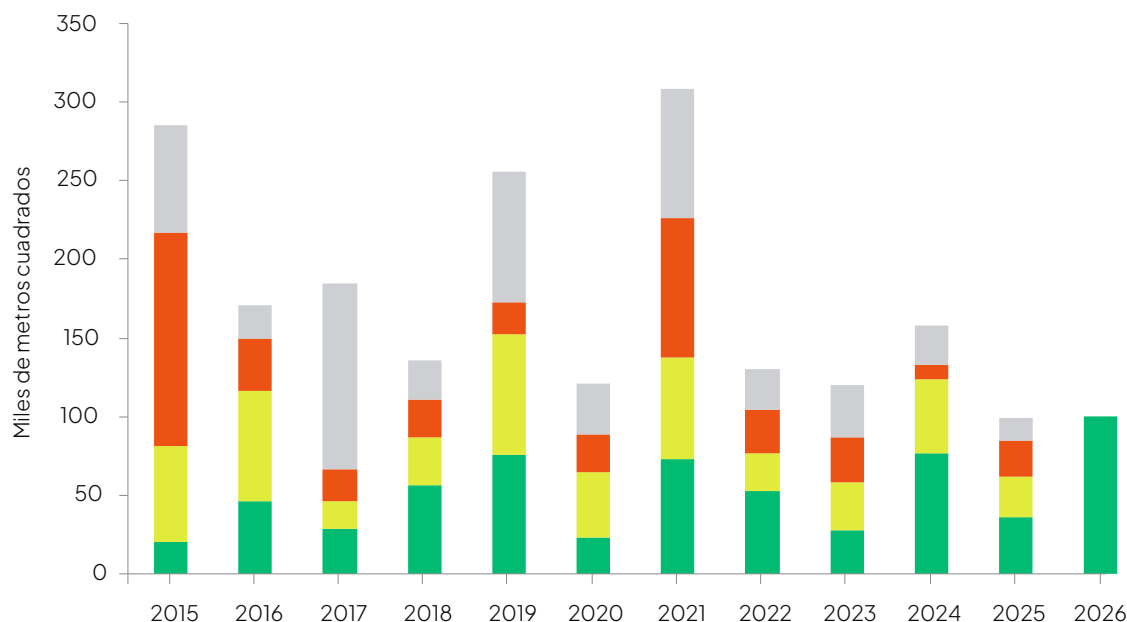
El Gráfico 5 muestra la evolución del área iniciada de construcción con destino hospitalario en 15 ciudades principales, medida en miles de metros cuadrados, entre 2015 y el primer trimestre de 2026. La serie muestra una alta volatilidad a lo largo del período, con dos momentos de mayor actividad en 2015 (284,8 mil m²) y 2021 (308,3 mil m²), este último correspondiente al valor más alto de la serie. A partir de 2021 se observa una reducción sostenida del área iniciada, alcanzando 130,8 mil m² en 2022 y 120 mil m² en 2023. Aunque en 2024 se registró una recuperación parcial hasta 158 mil m², esta no se consolidó, ya que en 2025 el área iniciada descendió a 99,3 mil m², el valor anual más bajo de toda la serie. Sin embargo, el primer trimestre de 2026 registró 106,8 mil m² de área iniciada, una cifra que ya supera el total acumulado de 2025, lo que podría indicar una reactivación de la construcción de infraestructura hospitalaria.

Gráfico 5

Área iniciada: destino hospitalario – 15 ciudades

Trimestres 2015–2026

Trimestre ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4



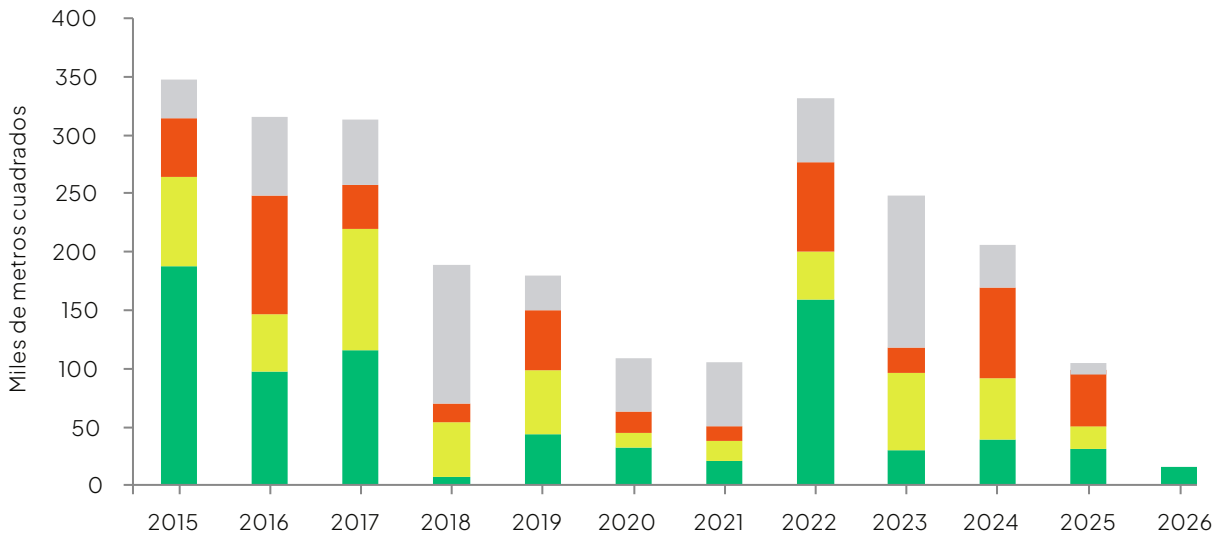
Fuente: Elaboración propia

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, 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 mil m²) y otros de menor ejecución, como 2020, 2021 y 2025. En particular, durante 2025 se finalizaron 103,8 mil m², uno de los niveles más bajos observados en los últimos años. Esta tendencia se mantiene en 2026, ya que en el primer trimestre se registraron únicamente 14,1 mil m² de área culminada, el valor más bajo para un primer trimestre desde 2020 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.

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

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.

Infraestructura
Sostenibilidad
Salud pública
Regulación



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 normatividad del sector salud en el transcurso del año 2026 ha girado en torno a cinco temáticas principales: modernizar la operación de los flujos de información y la infraestructura hospitalaria, blindar la sostenibilidad financiera y las condiciones de aseguramiento, consolidar la salud pública con un enfoque diferencial e intercultural, profundizar la regulación del mercado de medicamentos y actualizar los marcos bioéticos y del talento humano en la prestación de servicios.

Información e infraestructura hospitalaria

Resolución 948 de 2026

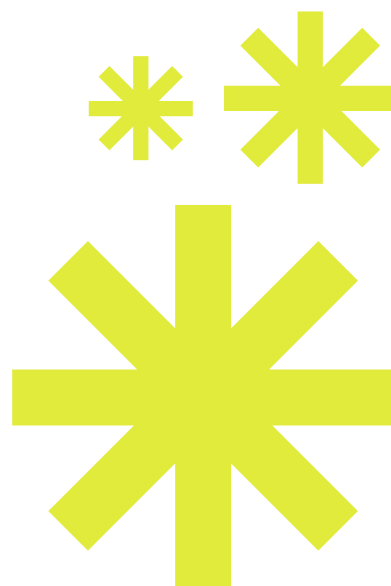
Reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como **soporte obligatorio de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud**. Este acto administrativo deroga de forma definitiva las resoluciones 2275 de 2023, 558 y 1884 de 2024, unificando el ecosistema de radicación de cuentas para mitigar las glosas recurrentes y agilizar el flujo de caja sectorial.

Resolución 592 de 2026

La implementación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) recibe un ajuste operativo mediante la Resolución 592 de 2026, que modifica la Resolución 2373 de 2025 para que los usuarios creadores de iniciativas remitan la información requerida a las secretarías de salud departamentales y distritales, **dentro de los primeros seis meses siguientes**, a partir de la expedición de la resolución para la formulación del primer PMIDS.

Resolución 373 de 2026

Introduce una herramienta de **reporte obligatorio en tiempo real para el servicio de urgencias**, otorgando al Gobierno visibilidad sobre la ocupación hospitalaria para mitigar el colapso de las redes.



Resolución 1020 de 2026

Efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) para la vigencia actual, obligando a los hospitales en **riesgo medio o alto a estructurar Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero**.

Resolución 611 de 2026

Define las condiciones de permanencia en el régimen subsidiado para aquellas personas pertenecientes a los **grupos de pobreza y vulnerabilidad que logran vincularse laboralmente**, eliminando las barreras de la desafiliación automática.

Salud pública, diferencial e intercultural

Resolución 108 de 2026

Define los criterios técnicos para el despliegue de los Equipos Básicos de Salud (EBS) **Interculturales con enfoque indígena**, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

Resolución 347 de 2026

Establece la Estrategia Nacional para el **Cuidado Integral de la Salud en personas con conducta suicida**, imponiendo directrices de obligatorio cumplimiento para el diseño de rutas de atención inmediata.

Resolución 695 de 2026

Actualiza el listado de los servicios y tecnologías explícitamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. Esta actualización técnica redefine la frontera de la prescripción médica y exige a las IPS y entidades gestoras **ajustar sus procesos de auditoría**.

Resolución 921 de 2026

Reglamenta los requisitos para la certificación en salud operativa del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) por parte del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), marcando **un hito hacia la autonomía médica de los pueblos indígenas**.

Resolución 119 de 2026

Adopta el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la **Eliminación de Enfermedades Transmisibles** para la gestión de riesgos a mediano plazo.

Resolución 115 de 2026

Modifica la Resolución 2350 de 2020 para actualizar los lineamientos técnicos del manejo integral de la **desnutrición aguda, moderada y severa en niños menores de cinco años**.

Regulación del mercado farmacéutico

Resolución 453 de 2026

Declara la existencia de razones de interés público para someter las patentes de determinados Antivirales de Acción Directa (AAD) para el tratamiento de la Hepatitis C al régimen de licencia obligatoria, abriendo el **mercado a competidores genéricos para abaratar costos.**

Resolución 820 de 2026

Establece los requisitos para la **apertura o traslado de establecimientos farmacéuticos minoristas** en estricto cumplimiento de la Sentencia C-479 de 2024 de la Corte Constitucional.

Resolución 116 de 2026

Modifica la Resolución 315 de 2020 para actualizar los listados de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y medicamentos de control especial **sometidos a fiscalización.**

Bioética y talento humano en salud

Resolución 813 de 2026

Da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con el derecho a morir dignamente, **regulando las dimensiones de la Eutanasia y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos** para dotar de seguridad jurídica a los comités éticos e IPS del país.

Resolución 812 de 2026

Reglamenta la **creación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana** en cumplimiento de la Ley 2361 de 2024, con el fin de proteger la nutrición neonatal.

Resolución 010 de 2026

Fija el procedimiento y las especificaciones operativas para el reporte, verificación, reconocimiento y ordenación del giro de la **remuneración mensual y la afiliación a la seguridad social de los internos de medicina**, formalizando las obligaciones de las universidades y los hospitales universitarios del país.

Proyectos Publicaciones



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 Valle del Lili (FVL), 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 enero y mayo de 2026:



PROESA y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ASC) vienen trabajando en la generación de documentos técnicos que sirvan de insumo para las labores de las sociedades científicas pertenecientes a la asociación, a través de un convenio de investigación y consultoría. Entre los temas abordados se encuentra la metodología para la estimación de la complejidad relativa de los procedimientos médicos y odontológicos, el diagnóstico del recurso humano especialista en Colombia y los procedimientos y complicaciones asociadas a los partos naturales y por cesárea.



PROESA se encuentra ejecutando un proyecto de consultoría financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre el turismo médico en Colombia. Este proyecto busca caracterizar el turismo médico internacional en Colombia mediante el análisis de sus dinámicas, actores, capacidades del sistema de salud y principales cuellos de botella, con énfasis en el caso de Cali. Lo anterior, con el fin de fortalecer la comprensión de su funcionamiento y de los desafíos para su desarrollo desde una perspectiva de sistema de salud.



El equipo de PROESA continúa desarrollando una investigación que analiza las políticas y normativas relacionadas con salud mental en Colombia y su implementación a nivel territorial. 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 Mutuo 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.

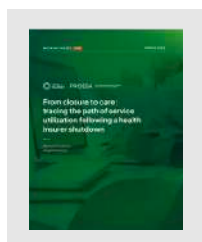
Por último, investigadores del Centro continúan participando en el proyecto RESET Colombia Alcohol Taxation Advocacy, que busca impulsar el debate público y político sobre el fortalecimiento de los impuestos a las bebidas alcohólicas, orientado a reducir los daños asociados al consumo de alcohol. En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

Publicaciones



Investigadores de PROESA elaboraron para AFIDRO un documento con propuestas para candidatos a la Presidencia. Este documento consolida una serie de propuestas de política pública dirigidas a los candidatos a la Presidencia de Colombia para el período 2026-2030. El análisis se centra en la sostenibilidad y la mejora del sistema de salud, con un énfasis estratégico en el rol del sector farmacéutico.

<https://www.icesi.edu.co/proesa/images/publicaciones/documentos-de-trabajo/pdf/propuesta-afidro-2026.pdf>



La investigadora de PROESA Anghella Rosero, junto con Manuel Fernández, publicó en marzo el Documento de Trabajo titulado "From closure to care: tracing the path of service utilization following a health insurer shutdown". Este estudio analiza el impacto de la liquidación de Caprecom en Colombia sobre la utilización de servicios de salud por parte de sus afiliados. Disponible en:

<https://www.icesi.edu.co/proesa/dt32>



En mayo, los investigadores de PROESA Andrés Felipe Martínez y Victoria Soto publicaron el Documento de Trabajo titulado "De la expansión de la cobertura a los desafíos de la protección financiera". Este documento analiza la evolución del gasto de bolsillo en Colombia entre 1997 y 2025. Específicamente, examina los cambios en su incidencia, nivel y composición, así como su comportamiento según grupos de ingreso, incorporando elementos de contexto relacionados con la necesidad percibida de atención y la utilización de servicios de salud. Disponible en:

<https://www.icesi.edu.co/proesa/dt33>



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