



Universidad

icesi

| PROESA

Centro de Estudios en Protección  
Social y Economía de la Salud

# La UPC en el sistema de salud: Reto estructural y oportunidad de reforma

Cali, Noviembre de 2025 | ISSN: 2256-5787 (En línea)

CUESTIÓN SALUD **40**





Universidad

**icesi** | PROESA

Centro de Estudios en Protección  
Social y Economía de la Salud

# La UPC en el sistema de salud: Reto estructural y oportunidad de reforma

Cali, Noviembre de 2025 | ISSN: 2256-5787 (En línea)

CUESTIÓN **40**  
**SALUD**





Universidad

**icesi**

| **PROESA**

Centro de Estudios en Protección  
Social y Economía de la Salud

## **Cuestión Salud – edición # 40**

### **La UPC en el sistema de salud: Reto estructural y oportunidad de reforma**

Camilo Arias y Anghella Rosero

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2025

ISSN: 2256–5787 (En línea)

**Palabras claves:** 1. Unidad de Pago por Capitación (UPC) | 2. Sostenibilidad financiera | 3. Ajuste de riesgo | 4. Inflación en salud.

Primera publicación: Julio de 2012

Edición # 40: noviembre 2025

© 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, Santiago Mosquera.

**Edición:** Camilo Arias, Anghella Rosero, Irieleth Gallo Caro, Carlos Iván Cárdenas Erazo, Luisa Fernanda Patiño Quemba, Gina Marcela Calderón Lesmes y Laura Romero García.

**Coordinador Editorial:** Adolfo A. Abadía

**Diseño editorial:** Sandra Marcela M. Bolaños

#### **Cómo citar:**

Arias, C. & Rosero, A. (2025). La UPC en el sistema de salud: Reto estructural y oportunidad de reforma, PROESA – Cuestión Salud No. 40. Disponible en: [www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/cuestion-salud](http://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](mailto:contacto@proesa.org.co)

[www.icesi.edu.co/proesa](http://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

La UPC en el sistema de salud:  
Reto estructural y oportunidad  
de reforma

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 22

# La UPC en el sistema de salud:

## Reto estructural y oportunidad de reforma

Camilo Arias  
Anghella Rosero

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es, quizás, el "precio" más relevante del sistema de salud colombiano. Esta define el monto que se transfiere a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por cada afiliado, destinado a cubrir todos los servicios y tecnologías incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. En esencia, es el valor que sustenta la financiación del sistema. Por ende, la suficiencia de la UPC es el pilar de la estabilidad financiera. Sin embargo, un convulsionado ambiente institucional y las dudas sobre la idoneidad de su cálculo la han convertido en el epicentro de una crisis estructural.

Indicadores como una siniestralidad del sistema superior al 100% en 2023 y 2024<sup>1</sup>, un patrimonio neto negativo acumulado de \$10,2 billones y una cartera vencida que supera los \$27 billones,<sup>2</sup> amenazan con no ser meramente coyunturales, sino el síntoma de una desfinanciación crónica que pone en riesgo la continuidad del servicio.

En este contexto, múltiples análisis de actores del sistema señalan que el aumento anual de la UPC no cubre los costos reales, creando una brecha insostenible. Para 2025, algunos estudios estimaban un aumento necesario de entre 15.6% y 17.3%,<sup>3,4</sup> mientras que el ajuste definido fue de solo 5.36%,<sup>5</sup> equivalente únicamente al incremento de los precios al consumidor. Como se ha señalado en otros espacios de análisis, esta disparidad ignora realidades documentadas como el envejecimiento poblacional, la adopción de nuevas tecnologías y una mayor frecuencia de uso, factores que elevan el gasto en salud por encima de la inflación general.

1. ANDI. Cierre financiero del Sistema de Salud 2024 y proyecciones UPC 2025. 2024 dic.

2. Así Vamos en Salud. Análisis financiero y de cartera de las EPS. Primer trimestre de 2025 y resultados de la circular conjunta No. 30 de 2013 (corte a diciembre de 2024). 2025 jun.

3. ANIF, AFIDRO. Sostenibilidad del sector salud: ¿qué esperar del sistema en 2025? 2024 nov.

4. ANDI. ANDI - Noticias. 2024 [citado el 17 de septiembre de 2025]. La ANDI se pronuncia acerca del crecimiento de la UPC 2025. Disponible en: <https://andi.com.co/Home/Noticia/17777-la-andi-se-pronuncia-acerca-del-crecimi>

5. Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social aumenta el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) [Internet]. 2024 [citado el 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/minsalud-aumenta-el-valor-de-la-UPC.aspx>

La Corte Constitucional ha abordado este problema y ha señalado que esta brecha se origina en la metodología de cálculo, como ha advertido reiteradamente<sup>6,7</sup>. En particular, la Corte hace énfasis en tres problemas.

1. Información deficiente y no representativa: Para el cálculo de 2024, se descartó el 63% de los registros por problemas de calidad, y la estimación final se basó en una muestra de solo cuatro EPS que cubrían apenas el 25,69% de la población.
2. Desactualización frente a la demanda real: El cálculo no refleja el aumento de la demanda post-Covid, no incorpora las metas de cobertura exigidas para promoción y prevención, e invisibiliza la demanda insatisfecha.
3. Falta de mecanismos de control y validación: Persiste la ausencia de sanciones para las EPS que incumplen con la entrega de información de calidad y no existen mecanismos para contrastar los datos reportados.

Este desfinanciamiento se traduce en un deterioro tangible del servicio: el flujo de recursos a hospitales se frena, las quejas de los usuarios aumentan (12%) y las tutelas se disparan (44%).<sup>8</sup> Además, una UPC insuficiente genera incentivos perversos para que las EPS restrinjan el acceso a tratamientos costosos en lugar de competir por calidad.<sup>9,10</sup>

Superar esta crisis no depende de rescates financieros temporales, sino de abordar su causa de raíz. En este contexto, la proyección rigurosa de la UPC y el reconocimiento diferencial según el perfil de los afiliados se convierten en herramientas indispensables para garantizar una estimación de recursos que refleje las necesidades reales de la población y asegure una distribución equitativa de los mismos.

---

6. Moreno González N. Corte Constitucional declara incumplimiento e insuficiencia de la UPC fijada para 2024. Consultorsalud [Internet]. el 28 de enero de 2025 [citado el 17 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://consultorsalud.com/corte-declara-insuficiencia-upc-2024/>

7. Corte Constitucional de Colombia - Sala Especial de Seguimiento. Auto 007 de 2025 - suficiencia de la UPC - Unidad de Pago por Capitación. 2025 ene.

8. ANDI. Cierre financiero del Sistema de Salud 2024 y proyecciones UPC 2025. 2024 dic.

9. Arias C, Bardey D, Andia T, Chávez M, Cardona J, Martínez L, et al. Como afectan los esquemas de pago el acceso y el gasto en salud Evidencia del sistema de salud colombiano. 2023.

10. Cashin C, Bloom D, Sparkes S, Barroy H, Kutzin J, O'dougherty S. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Vol. 4, World Health Organization, Working paper. 2017. 1-56 p.

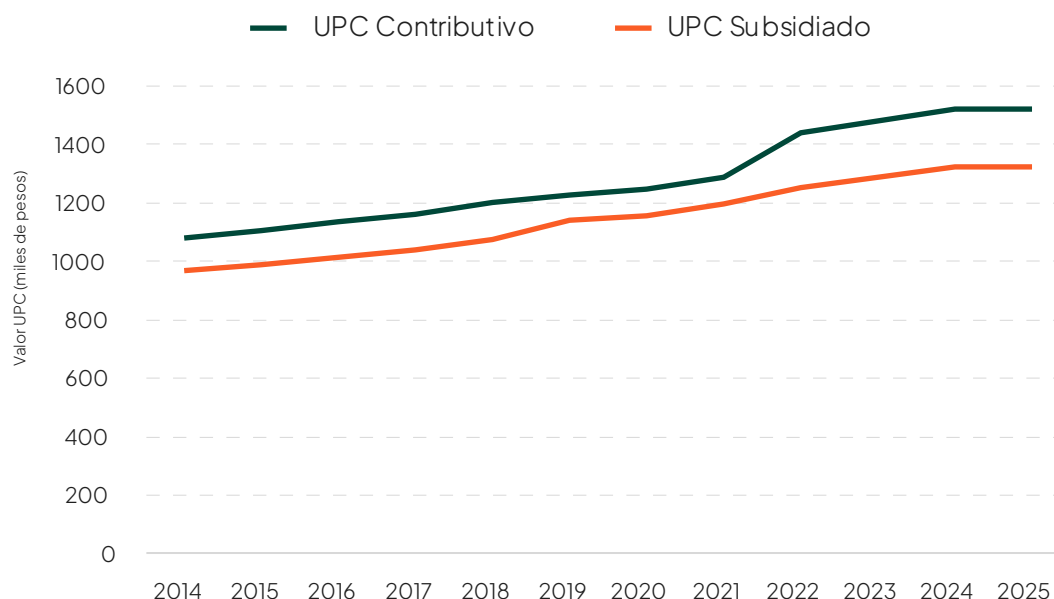
## **Análisis de la evolución de la UPC**

Como ejercicio ilustrativo para motivar la discusión sobre los incrementos recientes de la UPC, en este documento desagregamos el crecimiento de la UPC en el incremento de los precios y el crecimiento real. Una limitación importante es que el análisis se basa exclusivamente en el comportamiento histórico y no incorpora los microdatos utilizados en los cálculos actuariales para la definición oficial de la UPC. Aun así, el ejercicio resulta útil en la medida en que captura las tendencias de precios y de utilización de servicios y tecnologías en el sistema de salud colombiano. Para facilitar la lectura, empleamos los valores históricos de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado entre 2013 y 2025.

Un análisis de la evolución real de la UPC entre 2014 y 2025, a precios constantes de 2025, muestra una trayectoria de fortalecimiento. La UPC del régimen contributivo creció un 41% real en este período, mientras que la del subsidiado lo hizo en un 37%. Si bien esta tendencia evidencia aumentos en los servicios y tecnologías cubiertos con la UPC (por ejemplo, en 2022), y esfuerzos por mantener el poder adquisitivo del financiamiento per cápita, también revela una brecha persistente entre regímenes que perpetúa diferencias estructurales en el aseguramiento. Esta diferencia también ha sido objeto de análisis de la Corte Constitucional ya que, con excepción del 2022, no ha sido posible contar con la información necesaria para realizar el cálculo independiente de la UPC del régimen subsidiado. Bajo esta situación, el crecimiento de la UPC, de acuerdo con la Corte Constitucional, ha sido el mismo que el del régimen contributivo.

## Gráfico 1

### Evolución de la UPC real por régimen, 2014-2025



Fuente: Elaboración propia con base en los valores históricos de la UPC.  
Valores expresados en miles de pesos constantes de 2025.

El análisis de la variación anual muestra un patrón de incrementos porcentuales que no se explican únicamente por el comportamiento de los precios. Como se observa en la gráfica 2, en 2022 la UPC del régimen contributivo aumentó, en términos reales, 11.9% y la del régimen subsidiado 4,7%; este crecimiento se explicó principalmente por la inclusión de nuevos servicios y tecnologías en el plan de beneficios (conforme a la Resolución 2292 de 2021). En particular, ese año se incorporaron varias prestaciones que antes se financiaban bajo el esquema de presupuestos máximos.

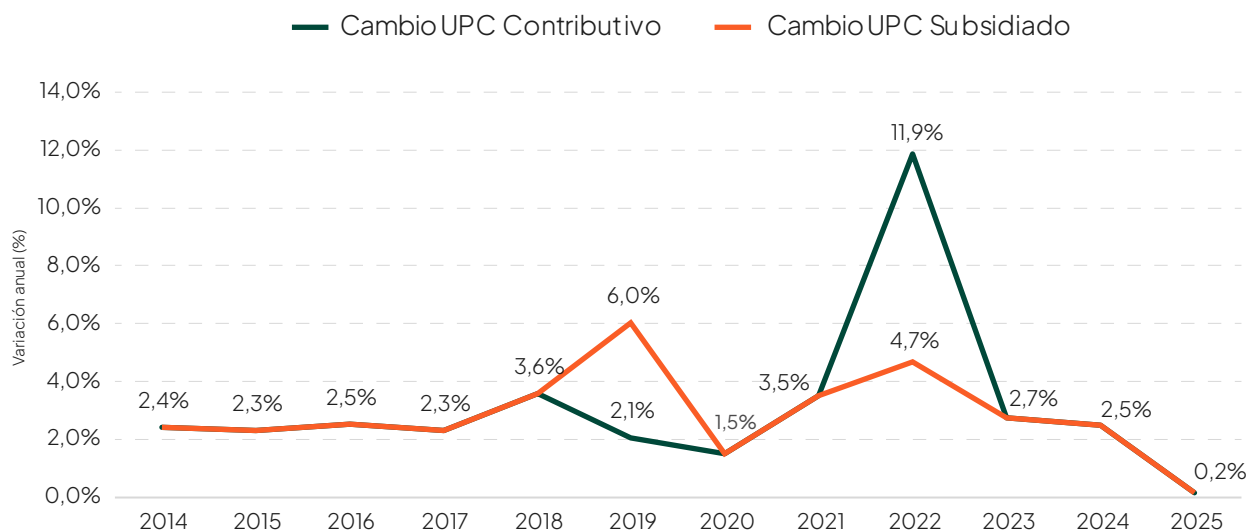
Históricamente, excluyendo el atípico año 2022, los incrementos reales de la UPC han promediado alrededor del 2.3% anual en el régimen contributivo y del 2.7% en el régimen subsidiado. Esta tendencia es consistente incluso al considerar solo el periodo previo a 2020 (2.4% en el contributivo y 3% en el subsidiado), lo que sugiere una regularidad empírica de crecimiento estable.

Este promedio histórico puede considerarse un escenario conservador, ya que diversos actores del sistema argumentan que el crecimiento debería ser mayor para responder a presiones como la incorporación de nuevas tecnologías, el envejecimiento poblacional y la evolución de las necesidades de atención y prevención. Sin embargo, incluso bajo este supuesto conservador, la UPC de 2025 resulta marcadamente insuficiente, pues registra un crecimiento real de apenas 0.2%: menos de una décima parte de la regularidad observada.



## Gráfico 2

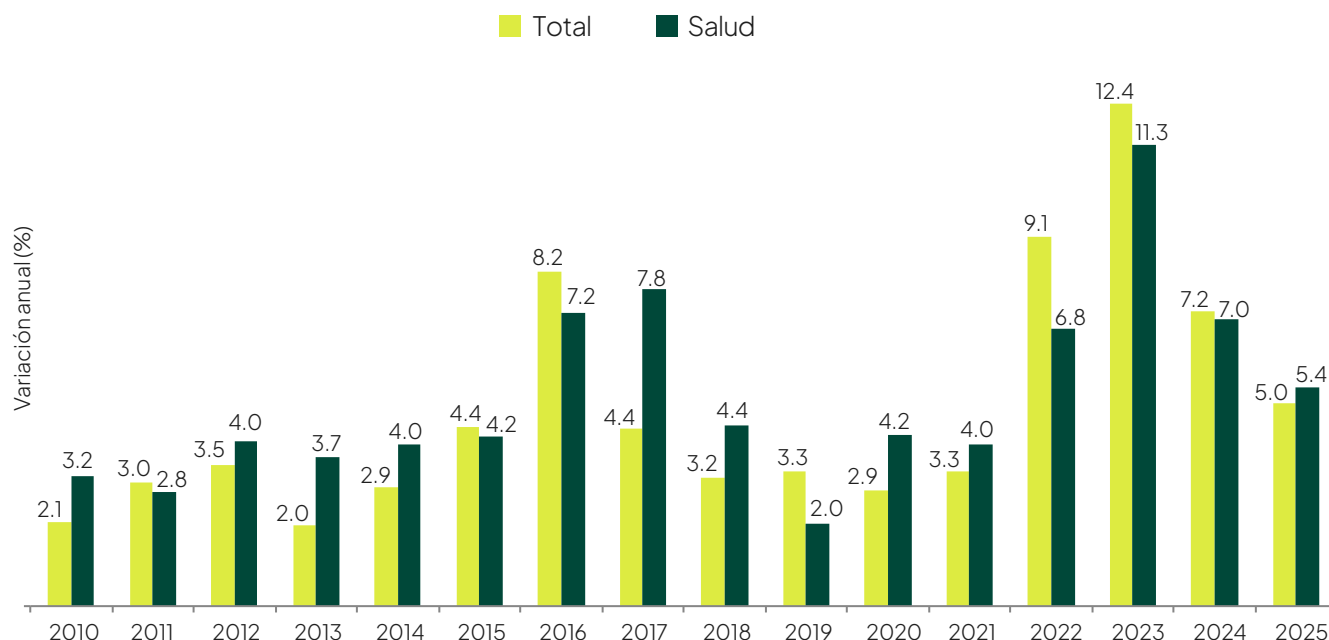
### Tasa de crecimiento anual real de la UPC por régimen, 2014–2025



Fuente: Elaboración propia con base en los valores históricos de la UPC. Las tasas de crecimiento fueron calculadas sobre los valores de la UPC deflactados a precios de 2025.

## Gráfico 3

### Inflación sector salud y total 2010–2025



Fuente: Indicadores sectoriales calculados para Cuestión Salud número 39.<sup>11</sup>

11. García J, Soto VE, Martínez A. Los Equipos Básicos de Salud en Colombia: Lecciones ignoradas de la experiencia internacional. Cuestión Salud [Internet]. 2025 [citado el 6 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/proesa/cuestion-salud-39>

El análisis de la Gráfica 2 muestra que, si bien el crecimiento real de la UPC se mantiene en torno a los promedios históricos mencionados, presenta cierta volatilidad, una vez descontada la inflación del periodo. Este comportamiento resalta la importancia de la inflación proyectada y utilizada en el cálculo de la UPC, dado que constituye un elemento central en su fijación anual.

Conviene resaltar, además, un punto de discusión frecuente: la inflación de los servicios y tecnologías financiados con la UPC no sigue la misma dinámica que la inflación de la canasta del consumidor general, como se evidencia en la Gráfica 3.

Teniendo esto en mente, proponemos que el incremento mínimo que pueda tener la UPC se fije en términos reales y utilizando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) específico del sector salud. Nuestra propuesta consiste, entonces, en que este incremento base no se fije como un porcentaje único sobre la UPC del año anterior, sino como la suma de la inflación sectorial más el crecimiento real de la UPC. De esta manera, quienes la reciben quedarían cubiertos, como mínimo, ante el riesgo de una inflación observada mayor o menor a la proyectada.

### **Más allá del monto: La necesidad de ajustadores de riesgo precisos**

La suficiencia de la UPC no depende solo de su monto agregado, sino de la precisión de su distribución según el riesgo en salud de cada afiliado. Por ello, es indispensable implementar ajustadores de riesgo<sup>12,13</sup> que vayan más allá de las variables demográficas básicas. Un modelo robusto debe incorporar ponderadores por patologías y cargas epidemiológicas regionales, reconociendo que los costos varían significativamente entre territorios.<sup>14-16</sup>

---

12. Un ajustador de riesgo es una característica observable del individuo o grupo asegurado que está sistemáticamente asociada con el gasto esperado en salud y que se utiliza para ajustar los pagos a los aseguradores o prestadores, con el fin de reflejar diferencias previsible en el riesgo de salud entre poblaciones.

13. Van de Ven WPM, Ellis RP. Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. Handbook of Health Economics [Internet]. el 1 de enero de 2000 [citado el 22 de octubre de 2025];1(PART A):755-845. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1574006400801730>

14. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI. Foro virtual: Ajuste UPC por condiciones de salud, perspectiva y retos de implementación. En 2022 [citado el 18 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/08/Memorias-evento-UPC.pdf>

15. Greenwald LM. Medicare Risk-Adjusted Capitation Payments: From Research to Implementation. Health Care Financ Rev [Internet]. 2000 [citado el 18 de septiembre de 2025];21(3):1. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4194676/>

16. Van de Ven W, Hamstra G, van Kleef R, Reuser M, Stam P. The goal of risk equalization in regulated competitive health insurance markets. European Journal of Health Economics [Internet]. el 1 de febrero de 2023 [citado el 18 de septiembre de 2025];24(1):11-23. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-022-01457-7>

El esquema colombiano actual, que ajusta la UPC por edad, sexo y localización del afiliado, presenta grandes limitaciones: tiende a subestimar el gasto de ciertos grupos poblacionales, generando una subcompensación para las EPS que los atienden. Esto impacta directamente la equidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud.

A nivel internacional, muchos países han avanzado en la inclusión de nuevas variables para ajustar las transferencias a las aseguradoras. Colombia está en mora de añadir más variables que limiten los incentivos a la selección de riesgos<sup>17</sup>. Por ejemplo, Arias (En prensa), con una muestra de más de 10 millones de afiliados al régimen contributivo, demuestra que la variación explicada por la UPC de los gastos individuales podría multiplicarse, como mínimo, por diez al incluir variables idóneas de predicción del gasto. Esto es fundamental porque, si la UPC explica poco, las EPS tienen incentivos a atraer las personas sanas y a evitar a las enfermas; en cambio, si explica mucho más, cada afiliado trae consigo los recursos proporcionales a su riesgo.<sup>18</sup> Una tragedia, inherente a este problema, es que una forma de evitar a los afiliados más costosos es prestar un servicio deficiente a este tipo de afiliados y la calidad de la atención puede deteriorarse solo como resultado de los incentivos a seleccionar riesgos. También, si la selección de riesgos se materializa, algunas EPS terminan con los afiliados más costosos y la sostenibilidad del sistema se ve amenazada.

En conclusión, el valor de la UPC, el corazón financiero del sistema de salud colombiano, no debe fijarse con ajustes inerciales ni basarse en componentes ideológicos. La evidencia es contundente: la metodología actual para calcular la UPC debe actualizarse para responder a las realidades demográficas, epidemiológicas y tecnológicas del país.

Es hora de transitar de un modelo de cálculo basado en decisiones políticas a uno transparente, fundamentado en la evidencia, la modelación predictiva y un enfoque multidisciplinario. La combinación de una UPC financieramente suficiente con un sistema de ajustadores de riesgo que incluya condiciones de salud es la única vía para asegurar que cada peso invertido contribuya efectivamente a la equidad y la calidad. Asumir esta reforma técnica no es una opción, sino la condición indispensable para la supervivencia y legitimidad del sistema.

---

17. Bardey D, Riascos Villegas ÁJ. Reforma a la salud: Los pros y los contra. 2022 [citado el 22 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/1992/62741>

18. Arias C (in press). Selecting Risk Adjusters with Penalized Regression and Expert Judgment: Evidence from Colombia. *Health Econ Rev.* 2025.

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.

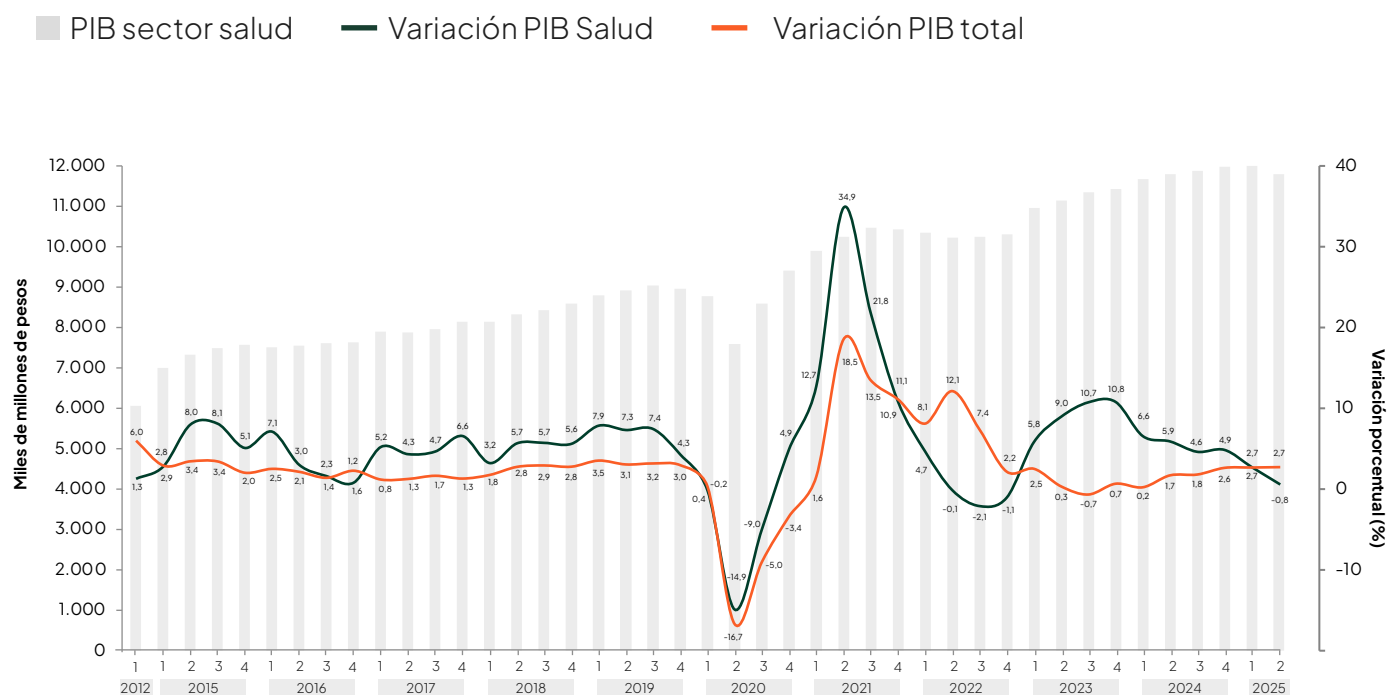
# Valor agregado

La Gráfica 4 muestra la evolución del PIB del sector salud en Colombia, su variación anual y la del PIB total entre 2012 y el segundo trimestre de 2025. Según el Boletín Técnico del Producto Interno Bruto (PIB) del DANE, el dato preliminar del PIB del sector salud en el segundo trimestre de 2025 fue de 12 billones de pesos, lo que representa un crecimiento del 0,8 % 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 un rango de 0,8 % a 5 %, lo que indica que el sector salud ha crecido a un ritmo más dinámico que el promedio de la economía.

## Gráfico 4

### 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 (PIB) del DANE.

# Inflación

La Gráfica 5 presenta la variación año corrido del Índice de Precios al Consumidor (IPC) total y de su división de salud entre 2010 y 2025. Para mayo de 2025, la inflación acumulada del IPC total se ubicó en 5,1%, mientras que la correspondiente al sector salud alcanzó 6%. Esto representa una leve desaceleración frente al mismo periodo del año anterior, cuando las tasas fueron de 5,9% para el IPC total y de 6,5% para la división de salud.

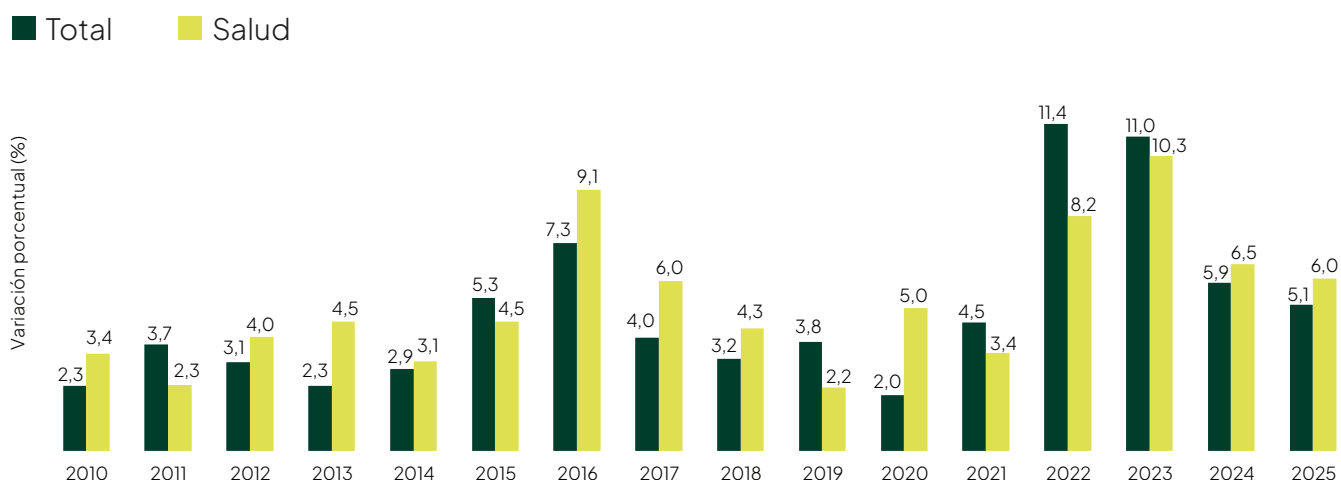
Aunque ambos indicadores han disminuido significativamente respecto a los picos inflacionarios registrados en 2022 (11,4% total y 8,2% salud) y 2023 (11,0% total y 10,3% salud), la inflación de la división de salud en 2025 permanece por encima del promedio nacional (0,9 puntos porcentuales), tal como ocurrió en la misma fecha de 2024. Esta diferencia sugiere que, si bien existe una tendencia general a la baja en los niveles inflacionarios, el componente de salud enfrenta presiones estructurales específicas que ralentizan su ajuste.

En conjunto, los datos evidencian 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 superior en salud respecto al promedio nacional amerita seguimiento continuo, dado que podría traducirse en mayores desafíos de acceso económico a servicios esenciales para los hogares.

## Gráfico 5

### Inflación sector salud y total

Variación año corrido a mayo, 2010 – 2025



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

# Empleo

---

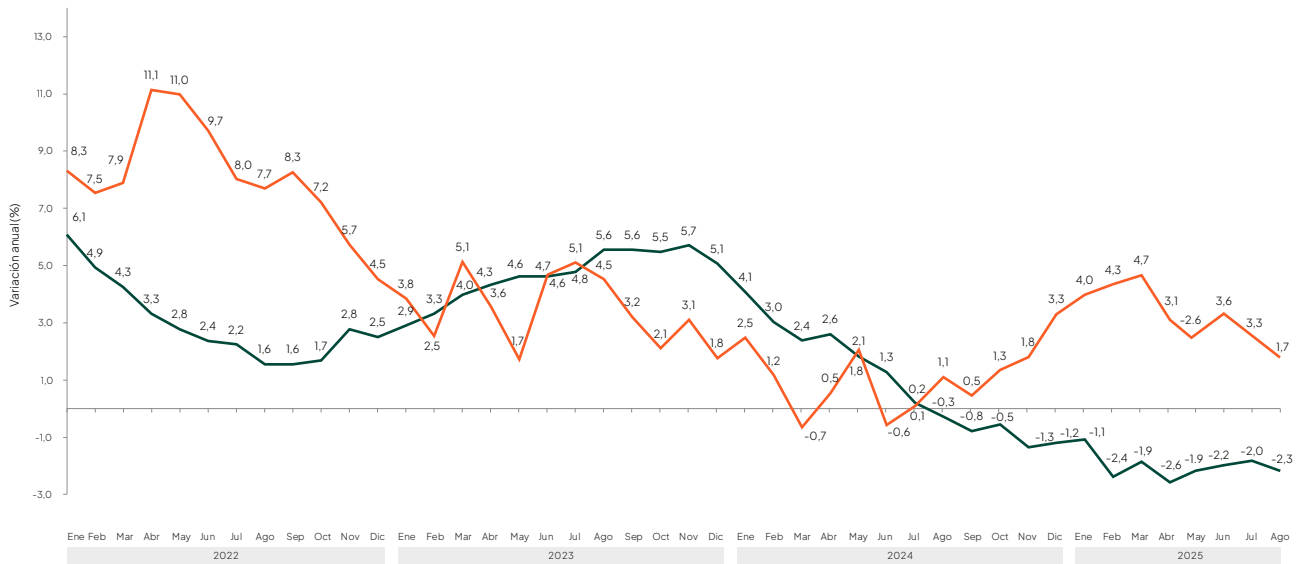
La Gráfica 6 presenta la variación porcentual anual del empleo nacional y del empleo en el subsector de servicios de salud con internación, según datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). A nivel nacional, se observa una recuperación sostenida del empleo desde inicios de 2021, con tasas positivas durante casi todo el período comprendido entre enero de 2022 y agosto de 2025. El mayor crecimiento se registró en abril de 2022 (11,1%), seguido de una tendencia descendente que alcanzó su punto más bajo en julio de 2023 (-1,0%), antes de iniciar una nueva fase de recuperación que llegó a 4,7% en marzo de 2025 y actualmente se sitúa en 1,7%.

En contraste, el empleo en servicios de salud con internación ha mostrado un comportamiento marcadamente distinto. Desde su punto máximo en marzo de 2023 (5,7%), la tasa de crecimiento ha disminuido de forma sostenida, ingresando en terreno negativo a partir de marzo de 2024. Esta caída se ha profundizado con el tiempo, alcanzando -2,3% en agosto de 2025, uno de los niveles 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 reflejar ajustes estructurales, restricciones presupuestarias o procesos de reorganización laboral dentro del sistema de salud.

# Gráfico 6

## Variación anual del personal ocupado Total Nacional y Servicios Sector Salud con internación Enero 2022 – Agosto 2025

— Total servicios sector salud sin internación — Total Nacional



Fuente: Elaboración propia

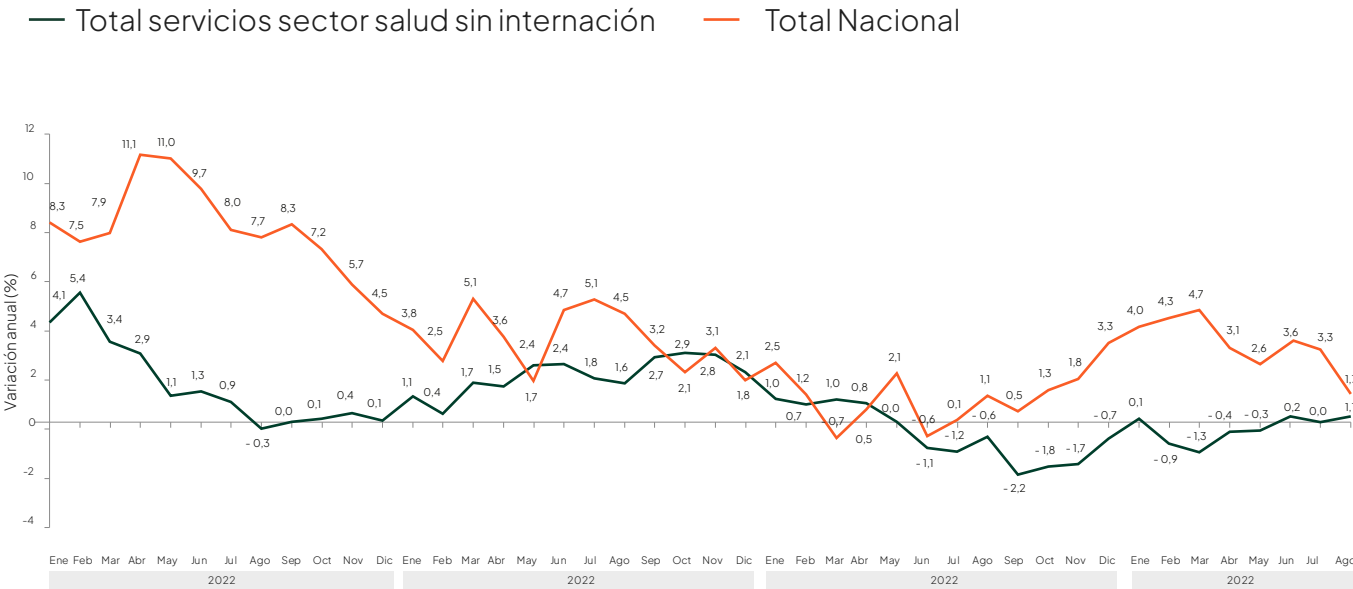
Nota: Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta Mensual de Servicios (EMS) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). A partir de los resultados publicados en enero de 2020, la Encuesta Mensual de Servicios adoptó una nueva desagregación de subsectores de servicios. Además, incorporó 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.



En contraste con el comportamiento del empleo en servicios con internación, el subsector de salud sin internación ha mostrado un desempeño en constante crecimiento desde marzo de 2025, ubicándose nuevamente en valores positivos después de cerca de un año de registros negativos. La Gráfica 7 presenta la variación mensual del personal ocupado total nacional y del empleo en este subsector.

Desde mayo de 2025, el empleo en servicios sin internación ha mantenido tasas positivas de manera continua, alcanzando su punto más alto en agosto de 2025 (1,1%). Esto contrasta con la trayectoria del empleo total nacional, que, si bien se ha mantenido en terreno positivo desde julio de 2024, ha mostrado una leve desaceleración a partir de junio de 2025, pasando de alrededor de 2,6% a 1,1%.

**Gráfico 7**  
**Variación mensual del personal ocupado**  
**Total Nacional y Servicios Sector Salud sin internación**  
Enero 2022 – agosto 2025



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

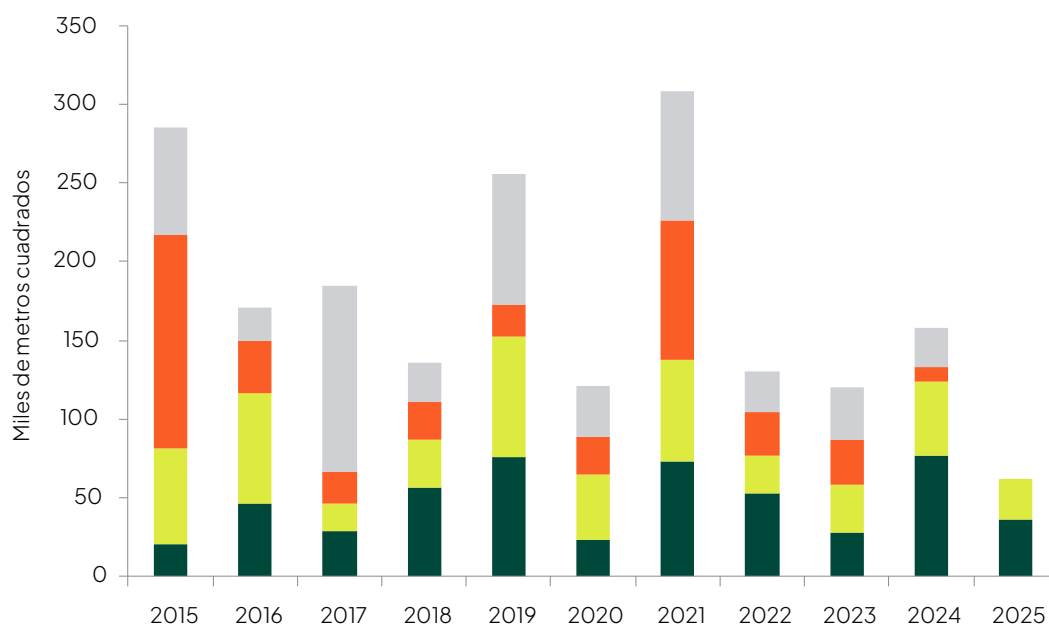
La Gráfica 8 muestra la evolución del área iniciada de construcción con destino hospitalario, medida en miles de metros cuadrados. Al comparar el área destinada a la construcción de hospitales en las 15 principales ciudades durante los últimos cinco años, se identifica una tendencia decreciente, que se hace aún más evidente al contrastar 2024 con 2025, dado que el área iniciada en ambos semestres de 2025 es inferior a la registrada en el primer semestre de 2024. En términos generales, la evolución del área iniciada presenta una tendencia descendente desde 2015, lo que sugiere una reducción sostenida en la inversión en infraestructura hospitalaria.

## Gráfico 8

### Área iniciada: destino hospitalario - 15 ciudades

Trimestres 2015-2025

Trimestre  1  2  3  4



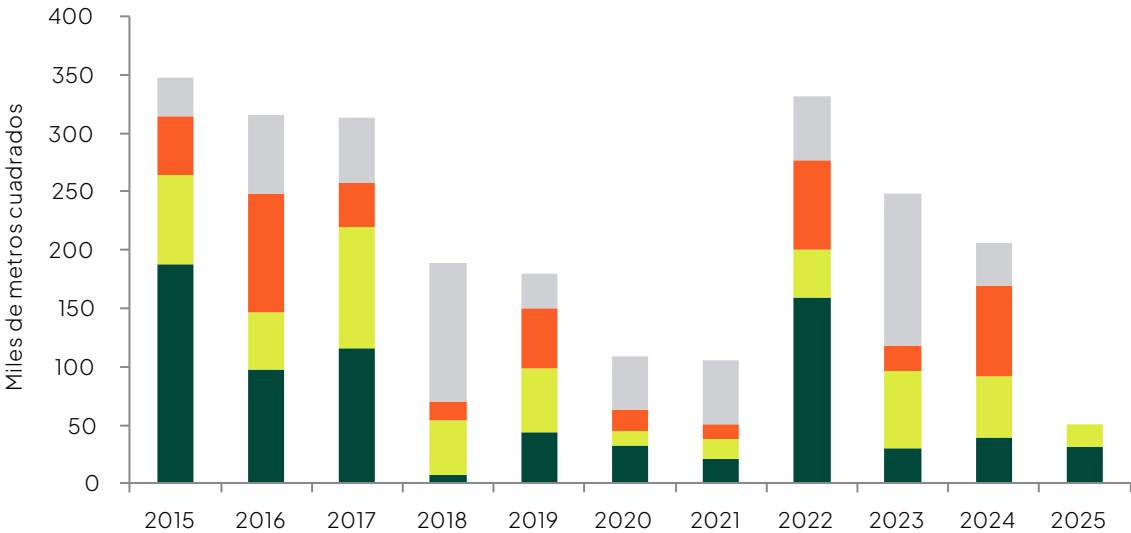
Fuente: Elaboración propia

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.

La Gráfica 9 muestra la evolución del área de construcción terminada destinada a hospitales, medida en miles de metros cuadrados. Se evidencia que, en 2025, el segundo trimestre ha sido uno de los más bajos de los últimos quince años, y que, en lo corrido del año, el nivel acumulado de área culminada se ubica entre los tres más bajos de la última década. Además, se observa que en lo transcurrido de este año se revirtió la tendencia de crecimiento que se venía registrando en los años previos a la pandemia.

**Gráfico 9**  
**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 actualidad normativa del sector salud durante el tercer trimestre de 2025 se sintetiza en tres temáticas clave: talento humano, salud pública, lineamientos técnicos sobre elementos específicos del sistema de salud e innovación.

La Resolución 1444 de 2025 adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud para el periodo 2025-2035, cuyo objetivo es fortalecer la gobernabilidad y la gobernanza del talento humano en salud mediante estrategias de planificación y gestión. Estas incluyen la disponibilidad, la distribución equitativa, la formación integral y el desempeño laboral en condiciones de trabajo digno y decente.

Por otra parte, la Resolución 1597 de 2025 establece las disposiciones para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, que comprende la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2022-2031) y la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). En esa misma línea, la Resolución 1789 de 2025 determina las regiones y subregiones funcionales para dicha gestión y define la metodología de tipificación, organización y actualización en términos operativos. La organización funcional contempla 10 regiones y 119 subregiones.

La Resolución 1968 de 2025 adopta las medidas para la dirección y operación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), con el propósito de articular técnica, operativa y territorialmente los servicios para la atención integral en salud con enfoque psicosocial. Este programa será dirigido por el Comité Institucional de Dirección del PAPSIVI, cuya creación también se establece en la misma resolución.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), además, adoptó varios lineamientos técnicos y operativos en distintas áreas:

- La Resolución 1788 de 2025 se centra en el fortalecimiento de la rehabilitación en salud, definida como “el conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento humano de personas que presentan condiciones de salud”.
- La Resolución 1786 de 2025 establece la Ruta Integral de Atención en Salud para personas, familias y comunidades con potencial exposición al asbesto o con enfermedades relacionadas con el asbesto.
- La Resolución 1633 de 2025 define el marco técnico de infraestructura y equipamiento destinados a la prestación de servicios de salud, incorporando criterios de resiliencia frente al cambio climático en las construcciones sanitarias.
- La Resolución 1598 de 2025 autoriza 254 laboratorios para el análisis físico, químico y microbiológico del agua para consumo humano; sin embargo, los departamentos de Amazonas, Guainía, Putumayo, Vaupés y Vichada aún no cuentan con laboratorios que cumplan los requisitos mínimos establecidos.

En materia de innovación, la Resolución 1888 de 2025 establece la adopción del Resumen Digital de Atención en Salud (RDA) en el marco de la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE). El RDA es un documento electrónico estandarizado que contiene información mínima esencial sobre una atención en salud, respetando la reserva de la historia clínica y la protección de datos sensibles. Se contemplan cuatro tipos de RDA: de paciente, hospitalización, consulta externa y urgencias. Las IPS generan el RDA, lo envían a la plataforma del MSPS, y este queda disponible para la consulta por parte de profesionales de salud, con el fin de garantizar la continuidad de la atención. Esta innovación busca facilitar el acceso y el intercambio de datos clínicos relevantes, mejorando la eficiencia y calidad de la atención. Su implementación entra en vigor el 15 de octubre de 2025.

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 participó en diversos proyectos, publicaciones y eventos durante los meses de julio a octubre de 2025.



Durante este periodo, investigadores de PROESA, en colaboración con FLACSO Argentina y UNFPA Colombia, avanzaron en un proyecto orientado al diseño de una herramienta para monitorear y evaluar la calidad de la Educación Integral en Sexualidad (EIS), así como su impacto en la reducción del embarazo adolescente y la violencia basada en género (VBG). En esta fase se realizó la validación de la herramienta con expertos y se llevaron a cabo capacitaciones con sus potenciales usuarios en Guatemala, Panamá y Honduras.



El equipo de PROESA también participa en una investigación cuyo objetivo general es analizar el entorno político y normativo de la salud mental en Colombia, identificando indicadores y fuentes de información que permitan el seguimiento de resultados en salud mental. Este estudio forma parte de un proyecto colaborativo e interdisciplinario financiado por Wellcome Trust, con la participación de 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).



Fundación  
Barco

Asimismo, investigadores del Centro desarrollan una consultoría con la Fundación Barco, orientada a actualizar el índice de priorización de instituciones educativas del programa ESCALA, con el fin de orientar de manera más precisa las intervenciones dirigidas a fortalecer la educación rural y reducir la deserción escolar en Colombia.



PROMEDICO  
FONDO DE AMPARO MUTUAL DE VEJEZ DE COLOMBIA

Por otro lado, se ejecuta el proyecto AMVe PROMÉDICO, cuyo objetivo es 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 disponibles para su cobertura.



Adicionalmente, investigadores de PROESA adelantan una consultoría para evaluar la costo-efectividad de una política alternativa para el manejo de vectores del dengue en Malasia, en comparación con el plan rutinario de control actualmente implementado. Este proyecto se desarrolla junto con investigadores de la Universidad de Lyon (Francia), CIDEIM y el Ministerio de Salud de Malasia.

De igual manera, el equipo de PROESA continúa colaborando con investigadores de la University of Washington en el proyecto “Methods and Tools for Tracking Cardiovascular Health Policy Implementation in Low and Middle-Income Countries”. Esta investigación aplica la ciencia de la implementación al estudio de políticas públicas en enfermedades cardiovasculares, con casos de estudio en Uganda y Colombia. En el marco de este trabajo, se ha colaborado con diferentes ESE de Cali en procesos de toma de decisiones basadas en datos, abordando temas como diabetes mellitus tipo 2, adherencia al tratamiento y dispensación de medicamentos.

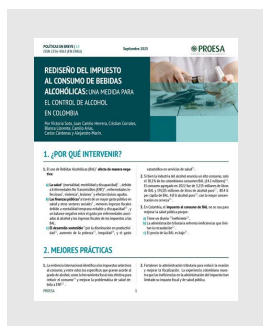
Finalmente, PROESA desarrolla una consultoría para realizar una *scoping review* (revisión de alcance) sobre la evidencia nacional e internacional relacionada con los beneficios de la innovación terapéutica y su posible introducción en el sistema de salud colombiano, con énfasis en el tratamiento del mieloma múltiple. El estudio busca identificar beneficios potenciales y brechas de conocimiento relevantes para los distintos actores de la cadena de valor del sistema.

## Publicaciones



Los investigadores de PROESA Cristian Corrales, Carlos Cárdenas, Victoria Soto, Juan Camilo Herrera y Camilo Arias publicaron el documento de trabajo “Evaluación ex ante de los efectos potenciales de cambios en los impuestos de bebidas alcohólicas sobre el empleo” en julio de 2025. Este documento analiza el impacto potencial de un aumento en los impuestos sobre la demanda final de bebidas alcohólicas y el empleo en la industria y en otros sectores relacionados de la economía colombiana. Disponible en: [https://www.icesi.edu.co/proesa/images/publicaciones/documentos-de-trabajo/pdf/proesa\\_dt31.pdf](https://www.icesi.edu.co/proesa/images/publicaciones/documentos-de-trabajo/pdf/proesa_dt31.pdf)





Asimismo, Victoria Soto, Juan Camilo Herrera, Cristian Corrales, Blanca Llorente, Camilo Arias, Carlos Cárdenas y Alejandro Marín publicaron la nota de política “Rediseño del impuesto al consumo de bebidas alcohólicas: una medida para el control de alcohol en Colombia”. Este documento presenta una propuesta de rediseño del impuesto selectivo al consumo de bebidas alcohólicas con un enfoque de salud pública, destacando su potencial para reducir el consumo nocivo de alcohol, prevenir enfermedades no transmisibles y aumentar los ingresos fiscales. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/proesa/politicas-en-breve-14>



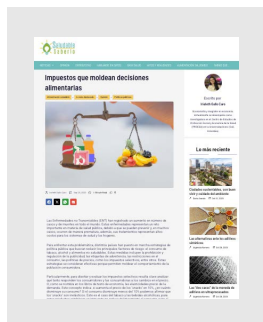
Las investigadoras Irieleth Gallo, Victoria Soto y Elisa Cadena publicaron el artículo “Reformulation of Ultra-Processed Products in Colombia after the Introduction of Public Health Regulations” en la revista BMC Medicine. El estudio analizó los cambios en el contenido nutricional de alimentos ultraprocesados comercializados en Colombia entre 2015 y 2024, periodo durante el cual se implementaron políticas regulatorias clave como el etiquetado frontal de advertencia, los límites máximos de sodio y los impuestos a productos con exceso de azúcar, sodio o grasas saturadas

El análisis de 200 productos mostró reducciones significativas en el contenido de azúcares (de 8,9 a 4,8 g/100 ml) y sodio (de 400 a 296 mg/100 g), así como una disminución del valor energético de bebidas y carnes procesadas, aunque los cambios en grasas saturadas fueron mínimos. En conjunto, los resultados sugieren que las medidas regulatorias han promovido la reformulación de productos hacia perfiles nutricionales más saludables. Disponible en: <https://bmcdicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-025-04215-7>



Las investigadoras de PROESA, Victoria Soto, Elisa Cadena e Irieleth Gallo, junto con María del Pilar Zea León y Nathalia Parra Esparza, publicaron una nueva edición de *Políticas en Breve* titulada “Calidad de la Dieta en Colombia: Evidencia para transformar políticas alimentarias”. El documento analiza los resultados del Diet Quality Questionnaire (DQQ) aplicado en Colombia. Los hallazgos muestran que solo el 60% de las mujeres alcanza la diversidad dietaria mínima (MDD-W) y que menos del 10% de la población consume los cinco grupos alimentarios protectores. Además, se evidencian persistentes desigualdades estructurales: las poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes presentan menor diversidad y un menor consumo de alimentos protectores, mientras que las zonas urbanas exhiben dietas más diversas pero una mayor exposición a alimentos ultraprocesados. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/proesa/politicas-en-breve-15>

## Artículos de opinión



La investigadora Irieleth Gallo publicó la columna “Impuestos que moldean decisiones alimentarias” en Saludable Saberlo, donde analiza el papel de los impuestos saludables como herramientas para modificar patrones de consumo y prevenir enfermedades no transmisibles (ENT). Basada en su investigación sobre reformulación de productos ultraprocesados, plantea que el aumento de precios de alimentos no saludables induce su sustitución por opciones más nutritivas, contribuyendo a dietas más sanas si se acompañan de políticas de acceso a alimentos saludables. Disponible en: <https://saludablesaberlo.org/2025/09/25/impuestos-que-moldean-decisiones-alimentarias/>



El investigador asociado Juan Camilo Herrera publicó la columna “La deuda pendiente: los impuestos saludables” en Saludable Saberlo, en la cual destaca que las ENT —como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares— constituyen el principal desafío de salud pública mundial, responsables de más de dos tercios de las muertes globales. Señala que los impuestos a productos nocivos (tabaco, alcohol y ultraprocesados) son estrategias costo-efectivas, aunque su adopción enfrenta resistencia de la industria y falta de voluntad política. Disponible en: <https://saludablesaberlo.org/2025/09/24/la-deuda-pendiente-los-impuestos-saludables/>  
[Quizá se dañe el enlace con el salto de línea](#)



Por su parte, la directora de PROESA Victoria Soto publicó la columna “Estas son las razones por las que los colombianos están consumiendo menos azúcar y sodio” en Las2Orillas, donde expone los principales hallazgos del estudio sobre reformulación de productos ultraprocesados. Explica que los colombianos han reducido su consumo de azúcar y sodio gracias a las medidas regulatorias implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social desde 2022, como los impuestos a bebidas azucaradas y a productos con exceso de sodio, azúcares o grasas saturadas. Disponible en: <https://www.las2orillas.co/estas-son-las-razones-por-las-que-los-colombianos-están-consumiendo-menos-azucar-y-sodio/>

## Participación en eventos

En el marco del proyecto MEMI-EIS, enfocado en el desarrollo de una herramienta para evaluar la calidad de la Educación Integral en Sexualidad, Victoria Soto, directora de PROESA, lideró talleres de capacitación realizados en Guatemala (5 de agosto), Honduras (7 y 8 de agosto) y Panamá (14 de agosto).

El 30 de septiembre, Juan Camilo Herrera Palacio, investigador asociado de PROESA, presentó la ponencia “Diseño de los impuestos al alcohol y al tabaco en Colombia” en la Mesa Técnica sobre Impuestos al Alcohol y al Tabaco, realizada en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Victoria Soto participó en el Encuentro de Expertos “Salud: Visión Colombia 2040”, desarrollado entre el 26 y el 28 de septiembre en Villa de Leyva. Este evento reunió a especialistas nacionales e internacionales para construir una hoja de ruta estratégica que oriente la transformación del sistema de salud colombiano en los próximos 15 años, abordando temas de acceso, calidad, sostenibilidad y equidad.

Asimismo, Soto participó en el V Congreso Bienal de la Asociación Colombiana de Salud Pública, celebrado del 8 al 10 de octubre en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, con la ponencia “Medición de inequidades en salud: herramientas para la vigilancia y el monitoreo”. En su intervención presentó avances metodológicos para fortalecer la evaluación de inequidades, contribuyendo al debate nacional sobre la vigilancia de brechas en el sistema de salud colombiano.

Entre el 9 y el 10 de octubre, la investigadora Anghella Rosero representó a PROESA en el Congreso Anual de la Red de Investigadores de Economía 2025 “Salud de la población: efectos microeconómicos y macroeconómicos”, organizado por la Universidad Libre de Pereira y la Red de Investigadores de Economía del Banco de la República. Allí presentó el artículo “From Closure to Care: Tracing the Path of Service Utilization and Mortality Following a Health Insurer Shutdown” y el 8 de octubre participó como comentarista en el VIII Coloquio Nacional de Estudiantes Doctorales en Economía, espacio de fortalecimiento del diálogo académico y la calidad investigativa.

## Participación en eventos

Finalmente, Irieleth Gallo y Juan Camilo Herrera participaron como representantes de la Alianza Juvenil de la Coalición América Saludable (CLAS) en el Taller Regional de Incidencia Juvenil en Políticas Alimentarias, liderado por UNICEF. El evento, realizado en Ciudad de Panamá (9-10 de octubre), fortaleció el liderazgo y las capacidades de jóvenes para promover entornos alimentarios saludables en América Latina, con especial énfasis en Colombia.

El investigador de PROESA, Carlos Cárdenas, participó como conferencista en la Semana Económica de la Universidad Icesi, organizada por EDECONI y FENADECO, el pasado 21 de octubre. En su ponencia, presentó un análisis sobre las dinámicas de los homicidios en Cali.

PROESA, en alianza con la Universidad Javeriana de Cali, organizó el webinar “Calidad de la dieta en Colombia: evidencia para transformar políticas alimentarias”, realizado el 22 de octubre en el marco del Día Mundial de la Alimentación 2025. Este espacio tuvo como propósito presentar los principales hallazgos sobre la calidad de la dieta en el país y discutir los retos para avanzar hacia una alimentación más saludable y equitativa. El evento contó con la participación de Sara Rankin, investigadora de Alianza Bioversity-CIAT; Michela Espinosa, de FAO Colombia; y Pedro Enrique Ducuara, del Ministerio de Salud y Protección Social.



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](http://icesi.edu.co/proesa)**

Encuétranos en:



@centro\_proesa



ProesaCali