



INFORME DESCRIPTIVO COMPORTAMIENTO DE LA UPC PROMEDIO SEGÚN PONDERADORES DE RIESGO 2024-2025

Noviembre 2025

RESUMEN

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en ejercicio de sus funciones de seguimiento al flujo de los recursos, enmarcadas en el Decreto 1429 de 2016 y específicamente el artículo 9, relacionado con el deber de “Disponer y suministrar información” adelantó el análisis de las fuentes de información relacionada con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) promedio por afiliado y su comportamiento de acuerdo con los ponderadores¹ de riesgo por grupo etario, género, zonas geográficas alejadas, grandes ciudades y EPS con concentración de riesgos mayores de edades.

Para este análisis se aplicó un ejercicio de minería de datos sobre la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y se consultaron las resoluciones 2364 de 2023 y 2717 de 2024, emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante las cuales se definió el incremento anual de la UPC para las vigencias 2024 y 2025. Adicionalmente, se examinó el comportamiento de la UPC promedio per cápita según variables demográficas como la edad y el lugar de residencia de los afiliados.

En una primera etapa, se analizaron los datos de la UPC promedio correspondientes al mes de junio de 2025, con el propósito de identificar los aspectos clave en la variación del gasto que pudieran ser abordados en los periodos propuestos para el estudio. Los resultados se presentan de forma agregada, consolidando los valores de los regímenes contributivo y subsidiado. El análisis se organiza en bloques trimestrales y anuales, además de un promedio consolidado para los 18 meses evaluados.

¹ Se define como la razón entre el gasto observado y el gasto esperado, calculado como el producto del número de afiliados por la UPC. Este indicador muestra qué porcentaje del gasto se explica por los ajustes de riesgo y no por la UPC base (sin ajustes de riesgo).



De acuerdo con los ponderadores de riesgo, en promedio, el 92% del valor reconocido de la UPC corresponde a la prima por riesgo etario. Adicionalmente, el 7,23% se asigna a la prima adicional por zonas geográficas especiales, alejadas y grandes ciudades, mientras que el 0,77% se reconoce por concepto de prima adicional por EPS. Estos porcentajes reflejan la relevancia de la estructura de la UPC asociada al grupo etario y la necesidad de profundizar en su análisis, dado que constituye el principal factor de impacto en el gasto en salud.

Con base en lo anterior, la ADRES pone a disposición un informe descriptivo sobre el comportamiento de la UPC promedio, el cual servirá como insumo para estudios enfocados en el uso y la distribución de los recursos del sistema de salud en el territorio nacional. El análisis cobra especial importancia frente a factores determinantes como la asignación de ponderadores de riesgo y su aplicación dentro de los principios rectores de la normatividad vigente, en particular la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria, que garantiza el derecho fundamental a la salud.

Para el análisis del número de afiliados en cada proceso de liquidación, se realizó el cálculo de *afiliados equivalentes*², con el objetivo de evitar que el valor per cápita reconocido de UPC sea inferior al establecido en las resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social para el año completo.

Las novedades en la afiliación —como cambios de régimen, fallecimientos, traslados entre EPS, retiros, entre otros— pueden generar registros de días de liquidación en ambos regímenes para un mismo afiliado, lo que se refleja en la BDUA como un afiliado único con días reconocidos en más de un régimen. Asimismo, algunas novedades limitan el reconocimiento completo del afiliado durante todo el periodo, afectando el número total de días liquidados, razón por la cual se toman como bases afiliados equivalentes .

Por esta razón, el cálculo ajustado de afiliados equivalentes, basado en los días efectivamente reconocidos sobre los 30 días calendario del mes, permite determinar con mayor precisión cuántos afiliados fueron realmente reconocidos en cada periodo de liquidación. En este informe, cada vez que se utilice el término afiliados, se hará referencia a los afiliados equivalentes

En el proceso de reconocimiento de la UPC se identificaron situaciones en las que un mismo afiliado, durante un periodo de liquidación, aparece

² Ver glosario.

registrado en dos entidades territoriales con diferente factor de prima adicional por zona. En la base de consulta queda consignada la primera zona reportada, pero la liquidación de los días se realiza según cada territorio, conforme a lo establecido en las resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta situación generó un efecto en el cálculo de la prima adicional por zona y por EPS, con un margen de error del 0,045% entre el valor calculado y el valor efectivamente reconocido durante los 18 meses analizados.

Para evitar sesgos en la información, en este informe se tomaron como base los días efectivamente reconocidos en cada proceso de liquidación y se aplicaron los ponderadores de riesgo conforme a lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en las resoluciones 2364 de 2023 y 2717 de 2024. Adicionalmente, se utilizó el cálculo de afiliados equivalentes como criterio metodológico para el análisis de la información y la definición de los ponderadores de riesgo en el proceso de liquidación.

En conjunto, este informe se constituye en una herramienta clave para comprender cómo los ponderadores de riesgo de la UPC impactan en el gasto en salud y, a partir de ello, promover un uso más eficiente de los recursos destinados a la atención de los colombianos, una vez determinada la UPC pagada que es distinta y bastante superior de la nominal que se hace pública en los actos administrativos emitidos anualmente por el Ministerio de Salud y Protección social.

El informe también permite medir el efecto sobre la equidad regional de la utilización de los distintos ponderadores que históricamente se han modificado y que hoy constituyen un hecho que ya no demuestra necesariamente la racionalidad suficiente para mantener las diferencias que en un periodo determinado fueron justificadas.

FICHA TÉCNICA

UNIVERSO Y SUJETOS DEL INFORME

El universo de estudio incluye a todos los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado. La información proviene de la BDUA para el periodo de enero de 2024 a junio de 2025, e incluye datos por EPS, grupos etarios y zonas de reconocimiento de UPC.

Las entidades territoriales según la división política del país.

Las 34 EPS activas para el periodo de información, garantizando así la integridad de los resultados presentados.

PERIODO

Vigencia de enero de 2024 a junio de 2025.

FUENTES DE INFORMACIÓN

En la siguiente tabla se encuentran detalladas las fuentes de información consultadas para el análisis propuesto:

Tabla No. 1
Fuentes de información

FUENTES REQUERIDAS	CORTE DE INFORMACIÓN	REPORTE	OBSERVACIONES
ADRES	30 de junio de 2025	RC_202401-202507_agrupado_20250801	Reporte de los procesos de liquidación de enero de 2024 a junio de 2025 del régimen contributivo
ADRES	30 de junio de 2025	RS_202401-202507_agrupado_20250801	Reporte de los procesos de liquidación de enero de 2024 a junio de 2025 del régimen subsidiado

METODOLOGÍA

La construcción del presente informe partió de la información contenida en las fuentes descritas en el acápite “Universo y sujetos del informe”. Con corte al mes de junio de 2025, se revisó el proceso de liquidación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en los regímenes contributivo y subsidiado, tomando como unidad de análisis cada EPS activa en el sistema.

El ejercicio incluyó la caracterización del comportamiento de la UPC según los distintos grupos etarios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la identificación de diferencias porcentuales en el valor del reconocimiento por entidad territorial. De manera particular, se prestó atención a la aplicación de los ponderadores de riesgo etario en la población mayor de 50 años, en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 2717 de 2024.

La metodología contempló las siguientes fases:

1. Recolección y depuración de la información: se extrajeron los registros de liquidación de la UPC de cada EPS y se validó la consistencia de los datos frente a posibles duplicidades o sesgos generados por novedades de afiliación.
2. Cálculo de afiliados equivalentes: se ajustó el número de afiliados a partir de los días efectivamente reconocidos en cada periodo, con el fin de obtener una medida más precisa para los análisis comparativos.
1. Análisis por grupo etario y territorial: se determinaron las variaciones porcentuales en el valor reconocido de la UPC, considerando tanto los ajustes por riesgo etario como las primas adicionales por zona geográfica.
4. Aplicación normativa: se contrastaron los resultados con los parámetros definidos en las resoluciones vigentes (2364 de 2023 y 2717 de 2024), garantizando la alineación metodológica con los marcos regulatorios del sector.

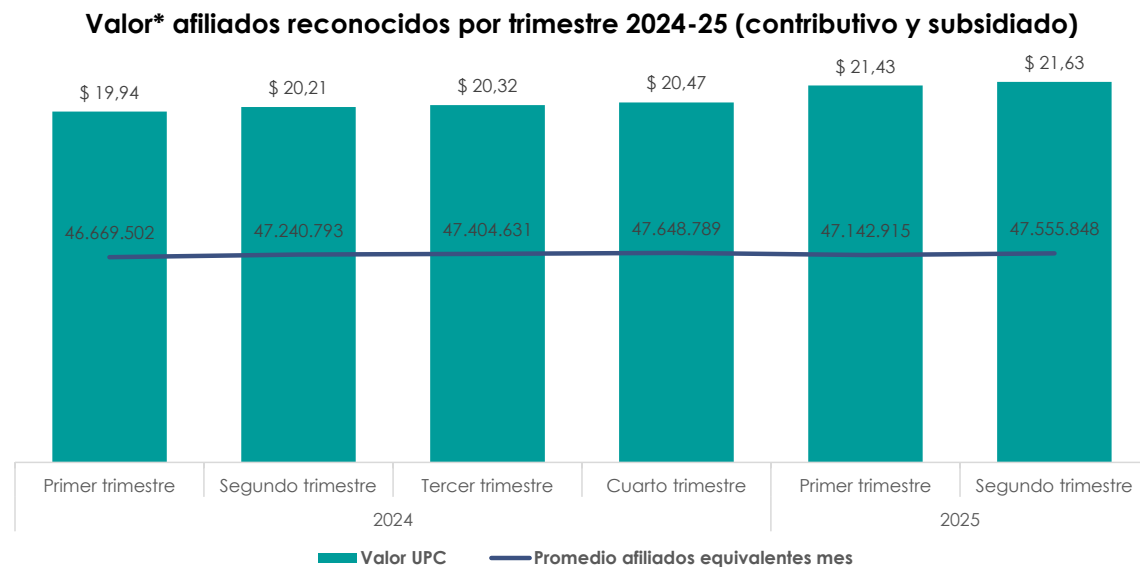
De esta manera, la metodología aplicada no solo permite analizar el comportamiento de la UPC en cada régimen y entidad, sino que también ofrece a las instancias competentes herramientas útiles para la planeación y definición de políticas orientadas a la distribución eficiente y equitativa de los recursos públicos, en concordancia con los principios rectores de la Ley 1751 de 2015.

RESULTADOS

1. Comportamiento histórico del reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación - UPC

Cumpliendo con el objetivo de realizar seguimiento a los recursos del sistema de seguridad social en salud, garantizar la mejora continua en la transparencia y accesibilidad a la información pública, la ADRES realiza un análisis sobre el comportamiento histórico del reconocimiento de la UPC entre las vigencias 2024 y primer semestre de 2025, con el fin de identificar en que proporción los ponderadores de riesgo impactan los valores reconocidos a las EPS.

Entre enero de 2024 y junio de 2025, la ADRES reconoció a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado un total de \$124.02 billones por concepto de UPC, destinados a garantizar la prestación de servicios de salud a un promedio mensual de 47,27 millones de afiliados. En este periodo el valor reconocido presentó en el segundo semestre de 2025 un incremento del 8,47% y el número de afiliados un incremento de 1,90% respecto a las cifras registradas en el primer trimestre 2024.



Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en billones de pesos

En el segundo trimestre de 2025 (corte 30 de junio de 2025), la ADRES reconoció por concepto de UPC un total de \$21.63 billones, distribuidos de la siguiente forma: para el régimen subsidiado \$10,58 billones con un valor de UPC promedio mensual de \$135.403 por afiliado y para el régimen

contributivo \$11.06 billones con un valor de UPC promedio mensual de \$171.290,94 por afiliado.

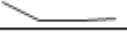
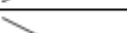
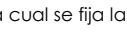
2. Ponderadores de riesgo

El proceso de liquidación mensual se realiza de acuerdo con los ponderadores definidos para el reconocimiento a las EPS, estos ponderadores se determinan mediante primas diferenciales calculadas con base en dos características sociodemográficas: los grupos etarios (en 2 casos por género) y las zonas geográficas con características especiales.

2.1. Ponderador por estructura etaria

Para cada grupo etario, el Ministerio de Salud y Protección Social establece una estructura de la UPC que constituye la base para determinar el valor anual por afiliado. Esta estructura ha experimentado ajustes a lo largo de los años, principalmente en el régimen contributivo, con el fin de cubrir la inflación, incorporar nuevas tecnologías en salud y atender cambios regulatorios orientados a mejorar la gestión del riesgo.

En la siguiente tabla se presentan los ajustes aplicados al régimen contributivo, discriminados por grupo etario, desde 2009 hasta 2025.

Grupo etario	Años				Grafica
	2009	2010-2012	2013-2021	2022-2025	
Menores de un año	2,4936	3,0000	2,9679	2,9966	
1-4 años	1,0595	0,9633	0,9530	0,8618	
5-14 años	0,4748	0,3365	0,3329	0,3475	
15-18 años hombres	0,4815	0,3207	0,3173	0,3354	
15-18 años mujeres	0,8876	0,5068	0,5014	0,5262	
19-44 años hombres	0,6086	0,5707	0,5646	0,5785	
19-44 años mujeres	1,2022	1,0588	1,0475	1,0683	
45-49 años	1,0326	1,0473	1,0361	1,0902	
50-54 años	1,0825	1,3358	1,3215	1,3796	
55-59 años	1,1469	1,6329	1,6154	1,6332	
60-64 años	2,4589	2,1015	2,0790	2,0971	
65-69 años	2,5567	2,6141	2,5861	2,5977	
70-74 años	2,6699	3,1369	3,1033	3,1411	
75 años y mayores	2,8655	3,9419	3,8997	3,9188	

Fuente: Acuerdos y resoluciones consejo nacional de seguridad social en salud y MinSalud mediante la cual se fija la UPC desde vigencia 2009 a 2025. Elaboración propia.

Los ponderadores establecidos por grupo etario para el reconocimiento de la UPC del año 2025 comparando el régimen contributivo³ y subsidiado⁴ son los siguientes:

Grupo etario	Ponderador Régimen Contributivo		Ponderador Régimen Subsidiado	
Menores de un año	2,9966		2,7654	
1-4 años	0,8618		0,8179	
5-14 años	0,3475		0,3267	
15-18 años hombres	0,3354		0,3847	
15-18 años mujeres	0,5262		0,6381	
19-44 años hombres	0,5785		0,6415	
19-44 años mujeres	1,0683		1,0154	
45-49 años	1,0902		1,0376	
50-54 años	1,3796		1,2973	
55-59 años	1,6332		1,5738	
60-64 años	2,0971		1,9465	
65-69 años	2,5977		2,4125	
70-74 años	3,1411		2,9424	
75 años y mayores	3,9188		3,6575	

Fuente: Resolución 2717 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

La distribución de los ponderadores por grupo etario evidencia una progresión creciente a partir de los 50 años, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Este patrón refleja una mayor intensidad relativa en el uso esperado de los servicios de salud por parte de las cohortes de edad avanzada, lo cual se traduce en una mayor asignación per cápita dentro de los modelos de reconocimiento técnico.

En contraposición, los grupos etarios comprendidos entre 1 y 49 años presentan ponderadores significativamente inferiores, lo que representa una menor demanda relativa de servicios y, en consecuencia, una presión reducida sobre el sistema desde el punto de vista financiero.

La última actualización del ponderador por riesgo etario se realizó en el año 2022.

Los estudios de suficiencia realizados por el Ministerio de salud y protección social evidencian inconsistencias significativas en la información reportada

³ La estructura de costo por grupo etario para el régimen contributivo se ha mantenido igual desde el año 2022.

⁴ La estructura de costo por grupo etario para el régimen subsidiado se ha mantenido igual desde el año 2013.

por las EPS, particularmente en los costos promedio por evento y en las frecuencias de utilización, lo cual limita la validez técnica de los insumos empleados en los cálculos de reconocimiento. Si bien la coherencia observada entre regímenes refleja la intención de mantener una lógica actuarial homogénea, esta no necesariamente conserva vigencia frente a los cambios demográficos, epidemiológicos y operativos del país.

En consecuencia, se hace necesaria una revisión periódica, metodológicamente rigurosa y soportada en evidencia depurada sobre siniestralidad, costos diferenciados por ámbito de atención y patrones reales de utilización de servicios. Ello permitirá garantizar que el modelo responda efectivamente a las necesidades actuales del sistema y fortalezca su aplicación en escenarios de planeación territorial, y ajuste del riesgo.

2.2. Ponderador prima adicional por zona

Los factores de liquidación por zona constituyen un componente esencial en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), orientado a compensar las variaciones en los costos de prestación de servicios de salud derivados de las condiciones territoriales, geográficas y demográficas. Dichos factores se reconocen principalmente por:

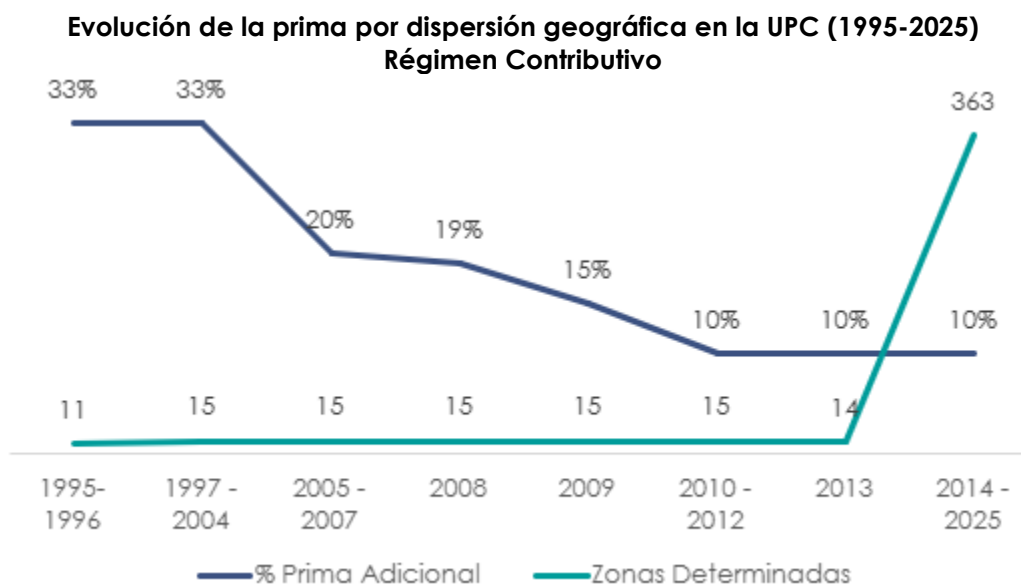
- **Dispersión Geográfica**, que conlleva mayores costos logísticos y operativos en zonas rurales, apartadas o de difícil acceso.
- **Concentración de Riesgo**, asociada a contextos urbanos caracterizados por alta densidad poblacional, mayor demanda de servicios y elevados niveles de siniestralidad.

Desde los inicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el reconocimiento de primas por dispersión se articuló con los manuales tarifarios, los cuales desde décadas anteriores a la ley 100 establecían valores de referencia superiores para la prestación de servicios en territorios alejados y de dispersión poblacional. En este contexto, dichas tarifas adicionales funcionaron como un mecanismo compensatorio destinado a compensar los costos no reflejados en las tarifas estándar, especialmente en territorios con baja densidad poblacional y limitaciones de acceso a la oferta de servicios de salud, que ya bajo la ley 100 se tradujeron en un ponderador de la UPC por dispersión geográfica.

Prima por Dispersión Geográfica

En el régimen contributivo, la prima por dispersión geográfica fue concebida como un mecanismo compensatorio destinado a cubrir los costos derivados

de la prestación de servicios de salud en territorios con baja densidad poblacional o con dificultades de acceso. Su implementación inició con una tasa del 33% entre los años 1995 y 2004⁵, aplicable a un grupo reducido de 11 a 15 departamentos, reflejando las condiciones logísticas y operativas de atención en zonas apartadas.



Fuente: Acuerdos y Resoluciones 1995-2025 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

A partir del año 2005, se inició un proceso progresivo de reducción del porcentaje, en coherencia con la expansión de la red de prestación, la mejora en la infraestructura vial y la consolidación del sistema de aseguramiento. Entre los años 2005 y 2007, la prima se ajustó al 20%⁶, posteriormente al 19% en 2008⁷ y al 15% en 2009⁸, hasta alcanzar el 10% desde el año 2010, nivel que se mantiene vigente hasta lo corrido del año 2025⁹. Este valor ha permanecido constante, lo que sugiere una estabilización del reconocimiento de dichos costos.

⁵ Régimen Contributivo, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 12 de 1994 (vigencia 1995), Acuerdo 26 de 1995 (vigencia 1996), Acuerdo 50 de 1997 (vigencia 1997), Acuerdo 84 de 1997 (vigencia 1998), Acuerdo 119 de 1998 (vigencia 1999), Acuerdo 161 de 2000 (vigencia 2000), Acuerdo 186 de 2000 (vigencia 2001), Acuerdos 218 de 2001 y 234 de 2002 (vigencia 2002), Acuerdo 241 de 2002 (vigencia 2003), y Acuerdo 259 de 2004 (vigencia 2004), todos con un porcentaje del 30%.

⁶ Régimen Contributivo, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 282 de 2004 (vigencia 2005), Acuerdo 322 de 2005 (vigencia 2006), y Acuerdo 374 de 2007 (vigencia 2007), todos con un porcentaje del 20%.

⁷ Régimen Contributivo, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 381 de 2008 (vigencia 2008), con un porcentaje del 19%.

⁸ Régimen Contributivo, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 404 de 2008 (vigencia 2008), con un porcentaje del 15%.

⁹ Régimen Contributivo, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 9 de 2010 (vigencia 2010), Acuerdo 23 de 2011 (vigencia 2011), Acuerdo 30 de 2011 (vigencia 2012), Resolución 4480 de 2012 (vigencia 2013), Resolución 5522 de 2013 (vigencia 2014), Resolución 5925 de 2014 (vigencia 2015), Resolución 5593 de 2015

Paralelamente, el número de zonas con reconocimiento de dispersión geográfica experimentó una expansión significativa. Mientras entre los años 1995 y 2013 la medida se aplicaba únicamente a un grupo limitado de departamentos, a partir del año 2014 el universo de cobertura se cambió a 363 municipios, incorporando un enfoque más granular y territorialmente diferenciado.

La evolución histórica de la prima evidencia una transición desde un modelo de compensación departamental hacia uno de ajuste territorial municipalizado, que pretendía mayor precisión en la identificación de zonas de difícil acceso. Sin embargo, el mantenimiento del porcentaje del 10% durante más de una década plantea la necesidad de realizar revisiones técnicas periódicas. Estas deberían incorporar nuevas variables de dispersión, como la conectividad vial, la disponibilidad de talento humano en salud, la oferta de servicios básicos y la presencia de redes integradas de atención, con el fin de garantizar una asignación más equitativa y eficiente de los recursos.

La estabilidad de la prima sugiere una utilización de los servicios estructuralmente mucho más limitada. Sin embargo, hoy en día está desequilibrados regionales que no son compensados de forma alguna por el modelo vigente. Por esta razón, es pertinente avanzar hacia una metodología de estimación más dinámica, sustentada en evidencia territorial actualizada, con el objetivo de asegurar una asignación de recursos que sea eficiente, equitativa y coherente con las realidades geográficas y operativas del sistema de salud.

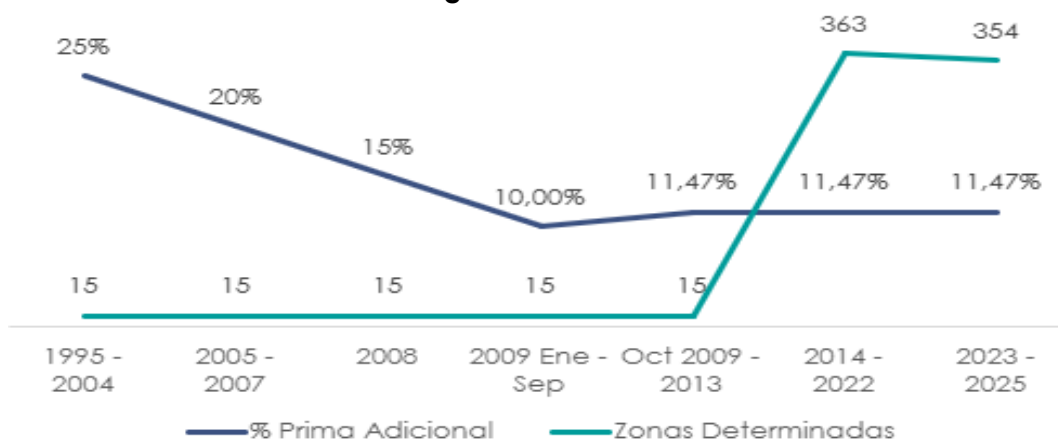
Por otra parte, en el régimen subsidiado, la prima por dispersión geográfica tiene mayor relevancia porque la mayoría de la población de los territorios alejados y poblaciones dispersas corresponde a este régimen.

Inicialmente, entre los años 1995 y 2004¹⁰, la prima se fijó en un 25%, aplicable a un conjunto restringido de 15 zonas geográficas. Este porcentaje respondía a la necesidad de fortalecer la cobertura del aseguramiento en territorios históricamente excluidos o con dificultades estructurales para garantizar la disponibilidad de servicios.

(vigencia 2016), Resolución 6411 de 2016 (vigencia 2017), Resolución 5268 de 2017 (vigencia 2018), Resolución 5858 de 2018 (vigencia 2019), Resolución 3513 de 2019 (vigencia 2020), Resolución 2503 de 2020 (vigencia 2021), Resolución 2381 de 2021 (vigencia 2022), Resolución 152 de 2023 (vigencia 2023), Resolución 2364 de 2023 (vigencia 2024), y Resolución 2717 de 2024 (vigencia 2025), todos con un porcentaje del 10%.

¹⁰ Régimen Subsidiado, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 23 de 1995 (vigencia 1995), Acuerdo 30 de 1995 (vigencia 1996), Acuerdo 50 de 1997 (vigencia 1997), Acuerdo 84 de 1997 (vigencia 1998), Acuerdo 119 de 1998 (vigencia 1999), Acuerdo 161 de 2000 (vigencia 2000), Acuerdo 186 de 2000 (vigencia 2001), Acuerdo 218 de 2001 (vigencia 2002), Acuerdo 241 de 2002 (vigencia 2003), y Acuerdo 259 de 2004 (vigencia 2004), todos con un porcentaje del 25%.

Evolución de la prima por dispersión geográfica en la UPC (1995-2025) Régimen Subsidiado



Fuente: Acuerdos y Resoluciones 1995-2025 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

Con el proceso de expansión del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la consolidación progresiva de la red de atención, se implementaron ajustes graduales en el valor de la prima. Entre 2005 y 2007¹¹, se estableció un porcentaje del 20%, que fue reducido al 15% en 2008¹² y posteriormente al 10% durante los primeros nueve meses de 2009¹³. A partir de octubre de ese mismo año, mediante disposición normativa, se fijó un nuevo valor del 11,47%¹⁴, el cual se ha mantenido hasta lo corrido del año 2025.

El número de zonas reconocidas bajo este componente también experimentó una expansión sustantiva. En 2014, la cobertura se amplió a 363 municipios, lo que permitió un reconocimiento más detallado de las condiciones territoriales. Posteriormente, en 2023, tras la reclasificación de varios municipios del departamento del Guainía, la cifra se ajustó a 354 municipios.

Esta evolución refleja una transición desde un esquema general departamental hacia un enfoque territorial diferenciado, basado en criterios de dispersión y accesibilidad. Si bien la prima ha mantenido estabilidad nominal desde 2009, los cambios demográficos, la expansión de la

¹¹ Régimen Subsidiado, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 282 de 2004 (vigencia 2005), Acuerdo 322 de 2005 (vigencia 2006), y Acuerdo 351 de 2006 (vigencia 2007), todos con un porcentaje del 20%.

¹² Régimen Subsidiado, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 381 de 2006 (vigencia 2008), con un porcentaje del 15%.

¹³ Régimen Subsidiado, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 404 de 2008 (vigencia 2009), con un porcentaje del 10%.

¹⁴ Régimen Subsidiado, la prima por dispersión geográfica fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 5 de 2009 (vigencia 2009), Acuerdo 9 de 2010 (vigencia 2010), Acuerdo 23 de 2011 (vigencia 2011), Acuerdo 32 de 2012 (vigencia 2012), Resolución 4480 de 2012 (vigencia 2013), Resolución 5522 de 2013 (vigencia 2014), Resolución 5925 de 2014 (vigencia 2015), Resolución 5593 de 2015 (vigencia 2016), Resolución 6411 de 2016 (vigencia 2017), Resolución 5268 de 2017 (vigencia 2018), Resolución 5858 de 2018 (vigencia 2019), Resolución 3513 de 2019 (vigencia 2020), Resolución 2503 de 2020 (vigencia 2021), Resolución 2809 de 2022 (vigencia 2023), Resolución 2364 de 2023 (vigencia 2024), y Resolución 2717 de 2024 (vigencia 2025), todos con un porcentaje del 11,47%.

infraestructura sanitaria y las transformaciones en el perfil epidemiológico de las regiones rurales hacen necesario revisar periódicamente la metodología de cálculo.

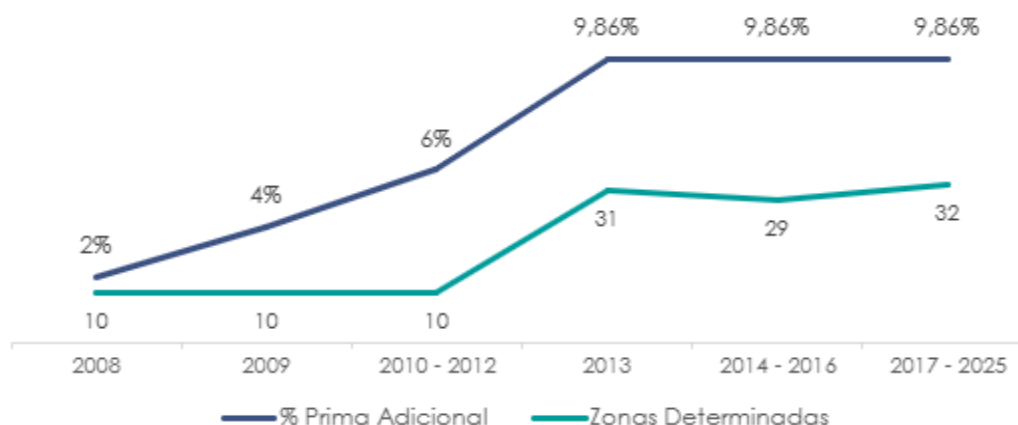
Esta significativa reducción de la prima por dispersión geográfica en ambos regímenes se justificó en la menor utilización y gastos de servicios de salud en esas regiones, hecho que hoy se cuestiona por acabar normalizando las difíciles condiciones de acceso de estas poblaciones, al tiempo que se subía la prima de las grandes ciudades porque su población consumía más servicios.

Un modelo de estimación actualizado y metodológicamente robusto permitiría fortalecer la equidad territorial, mejorar la asignación de recursos y garantizar que la UPC de ambos regímenes refleje adecuadamente las condiciones operativas y los riesgos inherentes a la prestación de servicios en las zonas más apartadas del país.

Prima por Grandes Ciudades y Áreas Conurbanas

La prima por grandes ciudades y conurbaciones fue introducida en el año 2008 como un mecanismo compensatorio dentro del régimen contributivo, con el fin de reconocer la mayor demanda y utilización de servicios de salud en contextos urbanos densamente poblados caracterizados por alta congestión en la red asistencial.

Evolución de la prima por grandes ciudades y conurbanas en la UPC (2008-2025)
Régimen Contributivo



Fuente: Acuerdos y Resoluciones 1995-2025 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

En su fase inicial, la prima urbana se fijó en un 2%¹⁵, aplicable a diez zonas definidas por su relevancia poblacional y grado de urbanización. Con el avance del proceso de expansión del aseguramiento y el crecimiento demográfico de las áreas metropolitanas, el porcentaje se incrementó gradualmente: alcanzó el 4% en 2009¹⁶ y el 6% entre 2010 y 2012¹⁷, y finalmente se ajustó al 9,86% en 2013¹⁸. Este valor se ha mantenido vigente hasta el año 2025, reflejando una estabilización en el reconocimiento del diferencial de costos asociados a la prestación de servicios en contextos urbanos, donde la demanda y la complejidad operativa tienden a ser mayores.

Paralelamente, el número de zonas reconocidas como grandes ciudades y conurbaciones aumentó de 10 a 31 en 2013, con un ajuste posterior a 29 municipios (con el ingreso de otras ciudades y de los municipios conurbados o integrados a las grandes ciudades) entre 2014 y 2016, y una expansión final a 32 municipios a partir de 2017, configuración que se mantiene en la actualidad. No es del todo claro desde el punto de vista técnico el por qué ciudades intermedias como por ejemplo Tunja no aparecen en esta consideración mientras otras ciudades de menor tamaño son clasificadas en este grupo.

Desde una perspectiva técnica, la prima buscaría compensar las externalidades negativas asociadas a la concentración urbana, entre ellas la mayor demanda de servicios incluidos los de urgencias que se explica por el mayor nivel social y educativo de gran parte de su población además de las patologías crónicas asociadas a estilos de vida urbanos.

El mantenimiento del porcentaje del 9,86% durante más de una década sugiere una estabilización en los parámetros de reconocimiento. No obstante, esta permanencia también plantea la necesidad de revisar los factores en relación con los cambios estructurales del entorno urbano. Factores como el crecimiento acelerado de las periferias metropolitanas, la aparición de nuevos polos urbanos intermedios y las transformaciones en los patrones de morbilidad que podrían justificar una actualización

¹⁵ Régimen Contributivo, prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 381 de 2008 (vigencia 2008), con un porcentaje del 2%.

¹⁶ Régimen Contributivo, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 404 de 2008 (vigencia 2009), con un porcentaje del 4%.

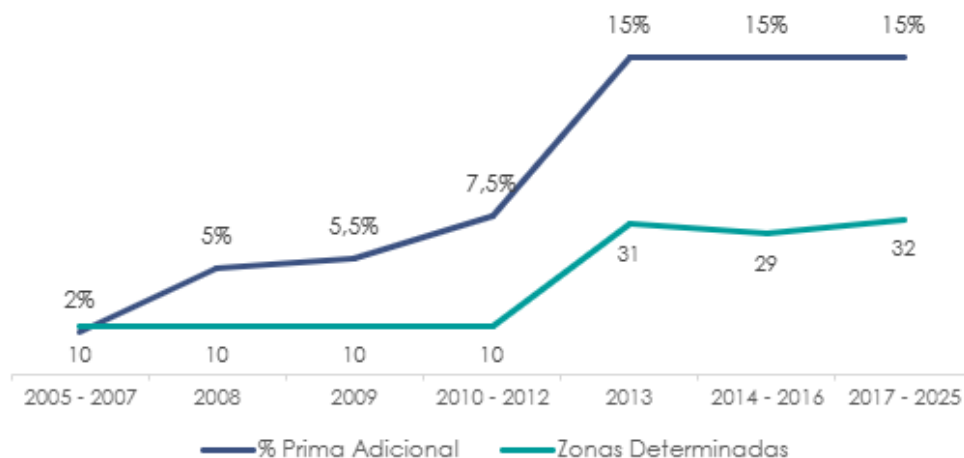
¹⁷ Régimen Contributivo, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 9 de 2010 (vigencia 2010), Acuerdo 23 de 2011 (vigencia 2011), y Acuerdo 30 de 2011 (vigencia 2012), todos con un porcentaje del 6%.

¹⁸ Régimen Contributivo, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Resolución 4480 de 2012 (vigencia 2013), Resolución 1952 de 2014 (vigencia 2014), Resolución 5925 de 2014 (vigencia 2015), Resolución 5593 de 2015 (vigencia 2016), Resolución 6411 de 2016 (vigencia 2017), Resolución 5268 de 2017 (vigencia 2018), Resolución 5858 de 2018 (vigencia 2019), Resolución 3513 de 2019 (vigencia 2020), Resolución 2503 de 2020 (vigencia 2021), Resolución 2381 de 2021 (vigencia 2022), Resolución 2809 de 2022 (vigencia 2023), Resolución 2364 de 2023 (vigencia 2024), y Resolución 2717 de 2024 (vigencia 2025), todos con un porcentaje del 9,86%.

metodológica. En este sentido, resulta necesario incorporar variables dinámicas como la densidad poblacional, la movilidad urbana y la carga de atención, con el fin de garantizar una asignación más ajustada a las realidades actuales de los territorios.

En el régimen subsidiado, la prima por grandes ciudades y conurbaciones fue implementada a partir del año 2005 como un instrumento de compensación territorial orientado a reconocer los mayores costos operativos y asistenciales asociados a la prestación de servicios de salud en contextos urbanos de alta densidad poblacional. Estas zonas se caracterizan por una demanda elevada y sostenida, congestión en los servicios de urgencias, sobreutilización de la red hospitalaria y mayores costos en la gestión de riesgos en salud pública.

Evolución de la prima por grandes ciudades y conurbanas en la UPC (2005-2025) Régimen Subsidiado



Fuente: Acuerdos y Resoluciones 1995-2025 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

Durante su primera etapa (2005–2007), la prima se fijó en un 2%¹⁹, aplicable a 10 zonas identificadas como centros urbanos principales. Con el fortalecimiento progresivo del aseguramiento y el crecimiento demográfico en las áreas metropolitanas, se implementaron ajustes sucesivos: 5% en 2008²⁰, 5,5% en 2009²¹ y 7,5% entre 2010 y 2012²², en respuesta al incremento

¹⁹ Régimen Subsidiado, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 291 de 2005 (vigencia 2005), Acuerdo 322 de 2005 (vigencia 2006), y Acuerdo 351 de 2006 (vigencia 2007), todos con un porcentaje del 2%.

²⁰ Régimen Subsidiado, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 381 de 2008 (vigencia 2008), con un porcentaje del 5%.

²¹ Régimen Subsidiado, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Acuerdo 404 de 2008 (vigencia 2009), con un porcentaje del 5,5%.

²² Régimen Subsidiado, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Acuerdo 9 de 2010 (vigencia 2010), Acuerdo 23 de 2011 (vigencia 2011), y Acuerdo 32 de 2012 (vigencia 2012), todos con un porcentaje del 7,50%.

sostenido de la presión sobre la red prestadora de servicios. En 2013, la prima alcanzó un 15%, porcentaje que se mantiene vigente hasta 2025²³, reflejando la consolidación del reconocimiento de la alta demanda y utilización de servicios propios de la concentración urbana.

En paralelo, el número de zonas determinadas bajo esta categoría se amplió gradualmente, pasando de 10 a 31 en 2013, con un ajuste a 29 entre 2014 y 2016, y una expansión posterior a 32 zonas desde 2017, cifra que se mantiene hasta la fecha. Desde una perspectiva técnica, la prima respondía a reconocer que los entornos urbanos densos presentan costos diferenciales por factores como:

- Alta concentración de población afiliada y rotación en la afiliación.
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas y no transmisibles.
- Elevada utilización de servicios de urgencias y hospitalización.

El mantenimiento del porcentaje de 15% durante más de una década refleja una estabilidad en el modelo de compensación. Sin embargo, esta permanencia también pone en evidencia la necesidad de revisar los factores frente a los cambios estructurales del entorno urbano, tales como el crecimiento de ciudades intermedias, la expansión de periferias metropolitanas y las transformaciones en el perfil epidemiológico de la población.

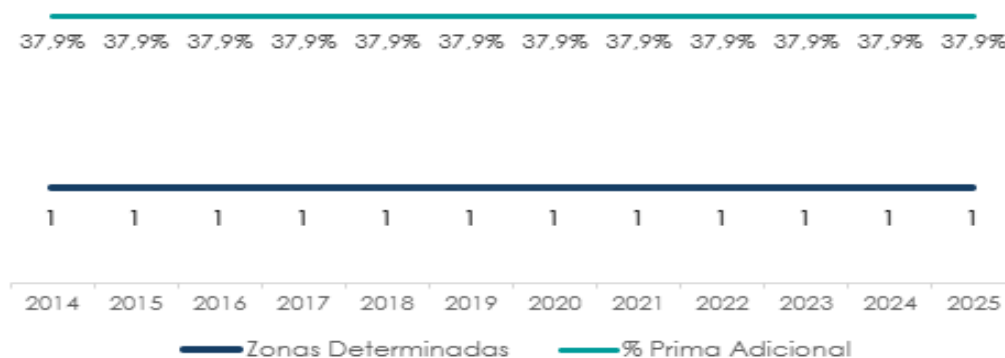
Sin embargo, es bueno señalar que el crecimiento de la prima de las grandes ciudades viene siendo sistemáticamente solicitado por las EPS del régimen contributivo y subsidiado que concentran estas poblaciones, y es necesario tener en consideración también que los ponderadores por riesgo etario incluyen en buena medida la presencia de población con enfermedades crónicas.

²³ Régimen Subsidiado, la prima por grandes ciudades y áreas conurbanas fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Resolución 1952 de 2014 (vigencia 2014), Resolución 5593 de 2015 (vigencia 2016), Resolución 6411 de 2016 (vigencia 2017), Resolución 5268 de 2017 (vigencia 2018), Resolución 5858 de 2018 (vigencia 2019), Resolución 3513 de 2019 (vigencia 2020), Resolución 2503 de 2020 (vigencia 2021), Resolución 2809 de 2022 (vigencia 2023), Resolución 2364 de 2023 (vigencia 2024), y Resolución 2717 de 2024 (vigencia 2025), todos con un porcentaje del 15%.

Prima por Zona Alejada – San Andrés y providencia

Desde el año 2014 y hasta 2025, se reconoce una prima adicional del 37,90%²⁴ dentro del régimen contributivo, asignada exclusivamente al departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, bajo la clasificación de zona alejada. Este reconocimiento se fundamenta en las particularidades geográficas, logísticas y estructurales del territorio insular, que generan costos significativamente superiores en la prestación de servicios de salud respecto al territorio continental.

Evolución de la prima por zona alejada San Andrés en la UPC (2014-2025) Régimen Contributivo



Fuente: Acuerdos y Resoluciones 1995-2025 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

El Archipiélago de San Andrés presenta una condición de aislamiento geográfico extremo, dependiente de transporte marítimo y aéreo, lo cual repercute directamente en el valor de los insumos médicos, el traslado de pacientes, la disponibilidad de talento humano en salud y el acceso oportuno a servicios especializados.

La prima del 37,90% se ha mantenido constante durante más de una década, evidenciando el reconocimiento sostenido de la excepcionalidad territorial de San Andrés. Este valor busca mejorar el aseguramiento en un entorno caracterizado por condiciones particulares de insularidad, alta dependencia logística y vulnerabilidad ambiental. Estos factores configuran un perfil de riesgo diferenciado que exige un modelo de compensación

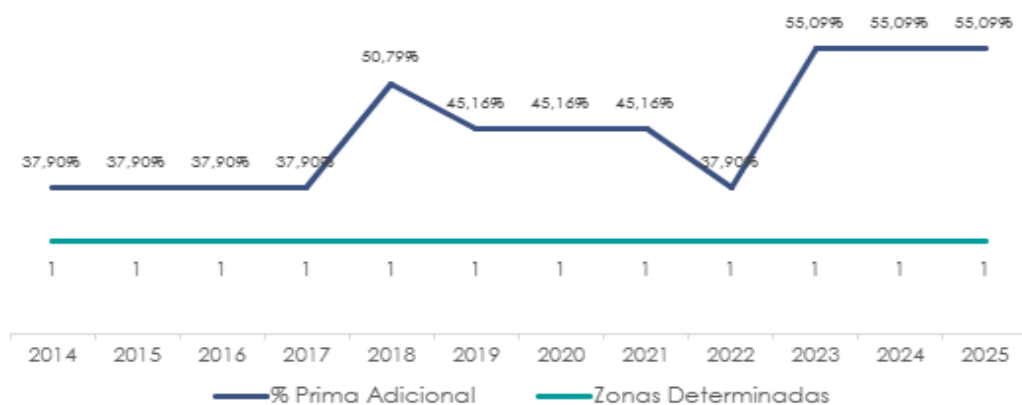
²⁴ Régimen Contributivo, la prima para zona alejada - San Andrés fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Resolución 1952 de 2014 (vigencia 2014), Resolución 5925 de 2014 (vigencia 2015), Resolución 5593 de 2015 (vigencia 2016), Resolución 6411 de 2016 (vigencia 2017), Resolución 5268 de 2017 (vigencia 2018), Resolución 5858 de 2018 (vigencia 2019), Resolución 3513 de 2019 (vigencia 2020), Resolución 2503 de 2020 (vigencia 2021), Resolución 2381 de 2021 (vigencia 2022), Resolución 2809 de 2022 (vigencia 2023), Resolución 2364 de 2023 (vigencia 2024), y Resolución 2717 de 2024 (vigencia 2025), todos con un porcentaje del 37,90%.

ajustado a las realidades locales, con el fin de asegurar la continuidad y calidad en la prestación de servicios de salud.

Esta prima se enmarca en el principio de equidad territorial y gestión del riesgo, compensando las ineficiencias estructurales derivadas de la dispersión geográfica extrema. Sin embargo, la estabilidad prolongada del porcentaje sin revisión periódica plantea la necesidad de evaluar su vigencia frente a nuevas variables de contexto, tales como la evolución demográfica del archipiélago, el impacto de eventos climáticos sobre la infraestructura sanitaria, las variaciones en los costos de transporte médico y la disponibilidad creciente de tecnología en salud a distancia.

Desde el año 2014, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina cuenta con una prima diferenciada dentro del régimen subsidiado, establecida bajo el concepto de zona alejada, con el fin de reconocer los costos asociados a la prestación de servicios de salud en este territorio insular. La prima ha presentado variaciones a lo largo del tiempo, oscilando entre 37,90% y 55,09%, siendo este último el valor vigente entre 2023 y 2025.

Evolución de la prima por zona alejada San Andrés en la UPC (2014-2025) Régimen Subsidiado



Fuente: Acuerdos y Resoluciones 1995-2025 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

Durante los primeros años de aplicación (2014–2017), la prima se fijó en 37,90%²⁵, incrementándose a 50,79%²⁶ en 2018. Posteriormente, entre 2019 y 2021, el valor se estabilizó a 45,16%²⁷, en el siguiente año (2022) presento un

²⁵ Régimen subsidiado, la prima para zona alejada - San Andrés fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Resolución 1952 de 2014 (vigencia 2014), Resolución 5925 de 2014 (vigencia 2015), Resolución 5593 de 2015 (vigencia 2016), y Resolución 6411 de 2016 (vigencia 2017), todos con un porcentaje del 37,90%.

²⁶ Régimen subsidiado, la prima para zona alejada - San Andrés fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Resolución 4281 de 2018 (vigencia 2018), con un porcentaje del 50,79%.

²⁷ Régimen subsidiado, la prima para zona alejada - San Andrés fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Resolución 5858 de 2018 (vigencia 2019), Resolución 3513 de 2019 (vigencia 2020), y Resolución 2503 de 2020 (vigencia 2021), todos con un porcentaje del 45,16%.

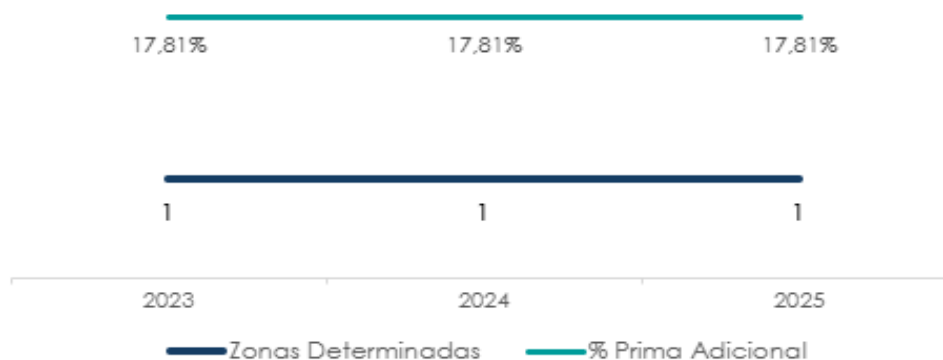
descenso a 37,90%²⁸, antes de registrar un nuevo incremento en 2023, alcanzando 55,09%²⁹, porcentaje que se mantiene vigente hasta la fecha.

Asimismo, se recomienda fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación de la prima, incorporando herramientas de análisis prospectivo que permitan ajustar el reconocimiento de manera proactiva y técnica, en función de la evolución de los factores estructurales, en territorios alejados y de difícil acceso.

Prima por Zona Alejada – Guainía

El reconocimiento de una prima adicional por zona alejada para el departamento de Guainía, vigente desde 2023, se fundamenta en las condiciones territoriales, logísticas y normativas excepcionales que caracterizan a esta región amazónica. En virtud del Decreto 2561 de 2014³⁰, se estableció un modelo especial de aseguramiento con un único asegurador y prestador con capacidad para ofrecer servicios en todos los niveles de complejidad, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 4827 de 2015³¹.

Evolución de la prima por zona alejada Guainía en la UPC (2005-2025)
Régimen Subsidiado



Fuente: Acuerdos y Resoluciones 1995-2025 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

El departamento del Guainía presenta altos niveles de aislamiento geográfico, ausencia de vías carreteables y una dependencia casi total del

²⁸ Régimen subsidiado, la prima para zona alejada - San Andrés fue establecida mediante el siguiente acto administrativo: Resolución 2381 de 2021 (vigencia 2022), con un porcentaje del 37,90%.

²⁹ Régimen subsidiado, la prima para zona alejada - San Andrés fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Resolución 2809 de 2022 (vigencia 2023), Resolución 2364 de 2023 (vigencia 2024), y Resolución 2717 de 2024 (vigencia 2025), todos con un porcentaje del 55,09%.

³⁰ Decreto 2561 de 2014. Por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el departamento de Guainía.

³¹ Resolución 4827 de 2015. Por medio de la cual se establecen requisitos y condiciones para la convocatoria y autorización de la EPS que operará el aseguramiento en el marco del modelo de atención en salud en el departamento del Guainía.

transporte fluvial y aéreo, lo que se traduce en costos logísticos y operativos para la prestación de servicios de salud. Estas condiciones dificultan la movilización de personal médico, medicamentos, equipos biomédicos y pacientes, incrementando significativamente el costo promedio por evento y la complejidad en la continuidad de la atención.

Ante esta realidad, la Secretaría de Salud del Guainía adelantó un análisis técnico de costos que segmentó el territorio en cuatro zonas geográficas, delimitadas con base en los principales afluentes del río Guainía y su conectividad fluvial. Dicho estudio permitió cuantificar los costos asociados a la operación sanitaria y soportó la definición de una prima diferenciada del 17,81%, vigente desde el año 2023 y proyectada hasta 2025³².

Esta prima busca mejorar el aseguramiento en contextos de dispersión extrema, donde las condiciones territoriales impiden aplicar los mismos parámetros de eficiencia presentes en zonas continentales. El reconocimiento adicional corrige parcialmente la asimetría en los costos de prestación y permite avanzar hacia un modelo de asignación más equitativo y territorialmente sensible, alineado con el principio de equidad horizontal del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El reconocimiento financiero por zona, a través de primas adicionales, constituye un mecanismo de compensación territorial orientado a equilibrar las diferencias estructurales en los costos de prestación de servicios de salud. Este instrumento busca mitigar los efectos derivados de condiciones geográficas, logísticas y demográficas particulares, permitiendo un ajuste en la asignación de recursos conforme a la complejidad operativa de cada territorio.

No obstante, este tipo de ajuste no garantiza por sí mismo una mejora en los resultados en salud, ni asegura el cumplimiento de metas de cobertura, calidad o acceso oportuno en las zonas beneficiadas. La responsabilidad sobre la gestión integral del riesgo en salud continúa recayendo en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por lo que el impacto de las primas debe evaluarse de manera integral.

El Estudio de Suficiencia 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social respalda esta perspectiva. En su análisis del comportamiento de los registros de servicios, el valor de las prestaciones y la población equivalente por zona, se identificaron inconsistencias relevantes en la información reportada. Por

³² Régimen subsidiado, la prima para zona alejada - Guainía fue establecida mediante los siguientes actos administrativos: Resolución 2809 de 2022 (vigencia 2023), Resolución 2364 de 2023 (vigencia 2024), y Resolución 2717 de 2024 (vigencia 2025), todos con un porcentaje del 17,81%.

ejemplo, se evidenció la existencia de registros en zonas alejadas presentados por EPS sin afiliados en dichas áreas, lo que sugiere errores en los procesos de asignación, clasificación o reporte de servicios, afectando la confiabilidad de los insumos para el cálculo técnico y la evaluación de suficiencia.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento, validación y consistencia de la información territorial, así como de incorporar indicadores de desempeño asociados al uso eficiente de las primas. De esta manera, el reconocimiento financiero por zona podrá evolucionar hacia un instrumento integral de equidad territorial y eficiencia técnica, sustentado en evidencia verificable y resultados en salud medibles.

Si bien tanto para Guainía, San Andrés y providencia, estas primas adicionales puedan estar justificadas, no hay ninguna razón técnica ni de equidad que permita explicar porque otras regiones alejadas en condiciones similares no tengan estas mismas primas.

2.3. Ponderador prima adicional por EPS

Prima por concentración riesgo etario

La prima adicional por concentración de población mayor fue reconocida en el Acuerdo 026 de 2011 expedido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES)³³, con base en las desviaciones observadas entre aseguradoras que afectaban la gestión del riesgo. Para sustentar esta medida, el Ministerio de la Protección Social realizó el estudio “Análisis del Riesgo por Concentración de Población en grupos etarios mayores de 50 años en el Régimen Contributivo”³⁴, el cual evidenció que algunas EPS presentaban una alta proporción de población en edades avanzadas, incrementando su riesgo etario y epidemiológico, generando desventajas competitivas.

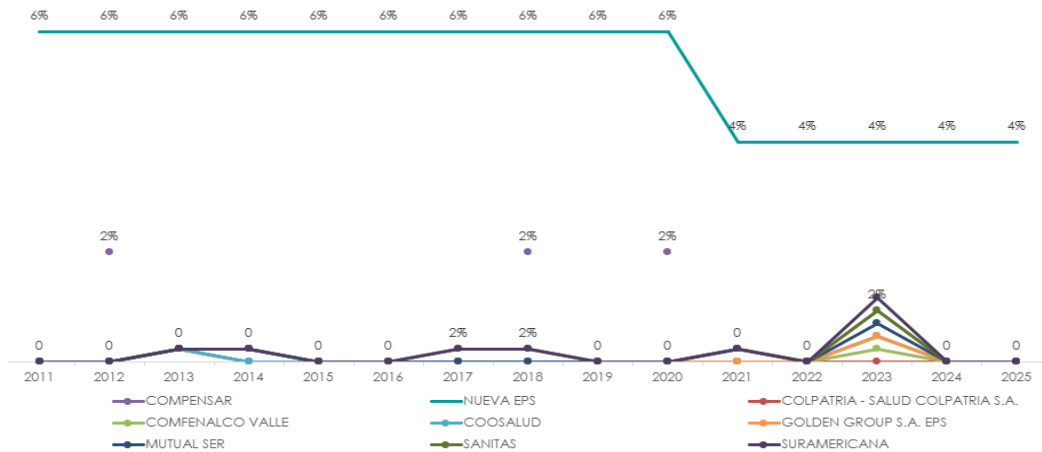
Entre 2011 y 2025, el reconocimiento de la prima adicional por riesgo etario se concentró principalmente en la Nueva EPS, que recibió el 6% entre 2011 y 2020 y el 4% a partir de 2021. En algunas vigencias se otorgaron porcentajes del 2% a otras entidades: en 2012 a Compensar; en 2013 a Colpatria; en 2014 a Golden Grupo; en 2017 y 2018 a Sanitas, y en 2018 también a Compensar; en 2020 nuevamente a Compensar; en 2021 a Mutual Ser. En 2023 se observó

³³ Comisión de Regulación en Salud. (2011). *Acuerdo 026 de 2011 (8 de septiembre)*. Diario Oficial No. 48.197. https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/acuerdo_cres_0026_2011.htm

³⁴ Ministerio de la Protección Social. (2011). *Análisis del riesgo por concentración de población en grupos etarios mayores de 50 años en el Régimen Contributivo*. En Comisión de Regulación en Salud (CRES), *Acuerdo 026 de 2011*. Superintendencia Nacional de Salud. https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/acuerdo_cres_0026_2011.htm

la mayor dispersión, con reconocimientos del 2% para Sanitas, Suramericana, Comfenalco Valle, Coosalud y Mutual Ser, además del 4% para la Nueva EPS. En 2024 y 2025, el reconocimiento volvió a concentrarse exclusivamente en la Nueva EPS con el 4%.

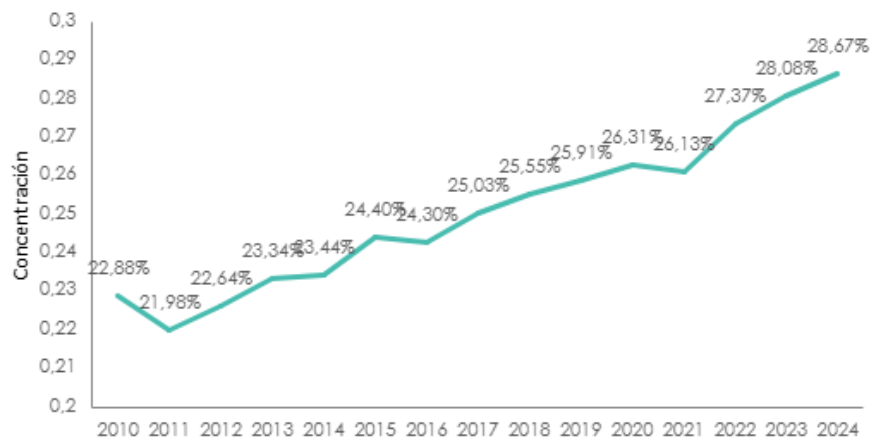
Comportamiento prima adicional por EPS-concentración de riesgo etario (2011-2024)



Fuente: Población Base de Datos Única de Afiliados BDUA, DLyG ADRES – Elaboración Propia

Entre 2010 y 2024 se observa un incremento sostenido en la participación de personas mayores dentro del régimen contributivo. En 2010, los afiliados de grupos etarios avanzados representaban el 22,9 % del total, mientras que para 2024 alcanzaron el 28,7 %.

Evolución de la concentración etaria (2010-2024)



Fuente: Población Base de Datos Única de Afiliados BDUA – Elaboración Propia

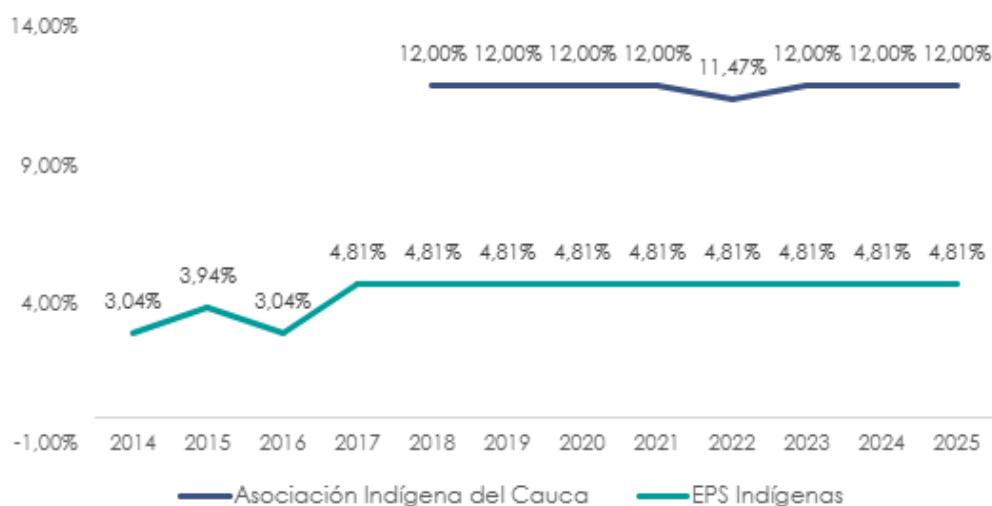
Este crecimiento refleja un proceso continuo de envejecimiento poblacional, caracterizado por la expansión de cohortes mayores y la reducción relativa de grupos jóvenes, lo que transforma la estructura demográfica del sistema y aumenta la exposición al riesgo asociado a condiciones crónicas y alta demanda de servicios de salud.

La implementación de esta prima plantea un desafío técnico significativo en términos de interpretación y diseño actuarial. Si el fundamento de su creación radica en la concentración del riesgo por edad, ello sugiere que los ajustadores etarios actualmente incorporados en la fórmula de la UPC no están reflejando adecuadamente dicho riesgo. En consecuencia, desde una perspectiva técnica, sería más pertinente revisar y fortalecer los coeficientes de ajuste por edad dentro del modelo de la UPC, en lugar de establecer una prima adicional que responde al mismo factor de riesgo.

Prima EPS Indígenas

El comportamiento de la prima adicional reconocida a las EPS Indígenas durante el período 2014–2025 refleja una transición estructural en el modelo de aseguramiento con enfoque diferencial. Entre 2014 y 2016, el reconocimiento se mantuvo por debajo del 4%, con valores de 3,04% y 3,94%, asociados a una etapa inicial de incorporación normativa del enfoque intercultural y a limitaciones en la capacidad operativa de las entidades indígenas.

Comportamiento prima adicional por EPS Indígenas (2014-2024)



Fuente: Población Base de Datos Única de Afiliados BDUA – Elaboración Propia



Este escenario fue influenciado directamente por los hallazgos del Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas (2014)³⁵, que evidenció brechas significativas en morbilidad, infraestructura, talento humano y acceso territorial, justificando un reconocimiento específico.

A partir de 2017, se consolida un valor técnico del 4,81%, evidenciando una estabilización en los criterios de ajuste. Sin embargo, este porcentaje se ha mantenido sin modificaciones, a pesar de la evolución del sistema y de los requerimientos crecientes del Plan de Beneficios en Salud (PBS)³⁶.

Desde 2018, se incorpora un esquema de diferenciación explícita con la Asociación Indígena del Cauca (AIC-EPSI), que recibe una prima adicional del 12%, más del doble que otras EPS Indígenas.

En este caso se puede constatar como en los anteriormente mencionados que existen realidades políticas en el país que superan la racionalidad técnica de la UPC en el contexto de la definición de los actos administrativos anuales.

Análisis de la Estructura de Reconocimiento de la UPC

Desde una perspectiva técnica, la estructura de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se fundamenta en el reconocimiento explícito de las diferencias en el perfil demográfico de la población afiliada, las condiciones territoriales de prestación y la heterogeneidad operativa de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). En teoría, esta configuración busca que el valor final reconocido no solo refleje el costo promedio de los servicios cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), sino que también internalice los factores diferenciales que determinan el riesgo y la eficiencia en la provisión del aseguramiento.

No obstante, la efectividad de este esquema depende de la capacidad de los ajustes aplicados —riesgo etario, dispersión geográfica y estructura operativa— para representar con suficiencia las brechas reales de costos y accesibilidad entre regiones y poblaciones. En la práctica, persisten asimetrías entre el reconocimiento normativo del riesgo y los costos observados, especialmente en zonas con baja densidad poblacional o limitada oferta de servicios, donde los mecanismos compensatorios resultan insuficientes para garantizar equilibrio financiero y equidad territorial.

³⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Estudio técnico de servicios diferenciales para los pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://minsud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-indigenas.pdf>

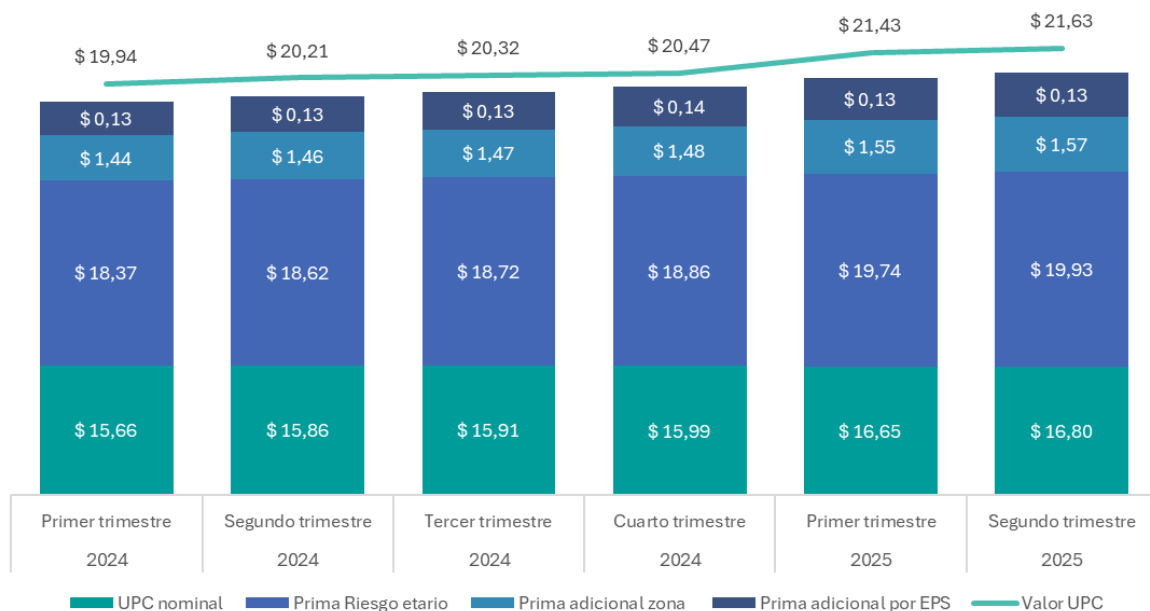
³⁶ Decreto 1811 de 2017. Por el cual se reglamenta el reconocimiento de valores adicionales a las EPS Indígenas en el marco del aseguramiento con enfoque diferencial. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; 2024)

Aunque el diseño teórico de la UPC incorpora principios de equidad ajustada al riesgo, su implementación evidencia la necesidad de revisar los ponderadores y parámetros de ajuste para fortalecer la correspondencia entre las condiciones reales de prestación y los valores reconocidos por el sistema.

Entre enero de 2024 y junio de 2025, el valor total reconocido de la UPC evidencia un comportamiento de crecimiento sostenido, al pasar de \$19,94 billones en el primer trimestre de 2024 a \$21,63 billones en el segundo trimestre de 2025, lo que representa una variación acumulada del 8,47 %.

Este aumento responde principalmente al mayor peso del valor nominal ajustado por riesgo etario, que combina el monto base con la estructura demográfica de la población afiliada. Este componente concentra una participación promedio del 92,12 % dentro del valor total reconocido, al ascender de \$18,37 billones en el primer trimestre de 2024 a \$19,93 billones en el segundo trimestre de 2025, confirmando su papel como eje estructural del financiamiento del aseguramiento.

Comportamiento de factores de liquidación UPC (2024-2025)



Fuente: DLyG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en billones de pesos

La prima adicional por zona registró un crecimiento moderado, al pasar de \$1,44 billones a \$1,57 billones, equivalente a un aumento del 9,0 % y una participación promedio del 7,23 % en el total reconocido. Este comportamiento refleja el reconocimiento de mayores costos asociados a

la dispersión geográfica, el aislamiento territorial y la baja disponibilidad de servicios en regiones apartadas. En contraste, la prima adicional por EPS se mantuvo prácticamente invariable, con valores cercanos a \$0,13 billones y una participación cercana al 0,65 %, lo que evidencia estabilidad en los criterios de ajuste vinculados a la estructura operativa y al perfil de riesgo institucional.

En conjunto, la composición del valor reconocido conserva una alta concentración en el componente nominal ajustado por riesgo etario, lo que garantiza estabilidad y previsibilidad financiera, pero limita la capacidad redistributiva del modelo frente a las diferencias territoriales. La participación del 92 % en el reconocimiento, frente a un peso inferior al 8 % de los ajustes por zona y EPS, revela una brecha estructural entre el reconocimiento teórico de la heterogeneidad territorial y su representación efectiva en la liquidación.

Esta configuración evidencia la necesidad de recalibrar los parámetros de las primas adicionales, en especial aquellas asociadas a las condiciones territoriales, con el fin de que reflejen con mayor precisión las diferencias reales en costos y accesibilidad entre regiones. Aunque el esquema vigente busca preservar la estabilidad financiera del sistema, la baja incidencia de los componentes compensatorios demuestra que el modelo de ajuste no logra capturar plenamente las disparidades en la prestación de servicios, lo que limita la materialización de los principios de equidad que sustentan la política de aseguramiento en salud.

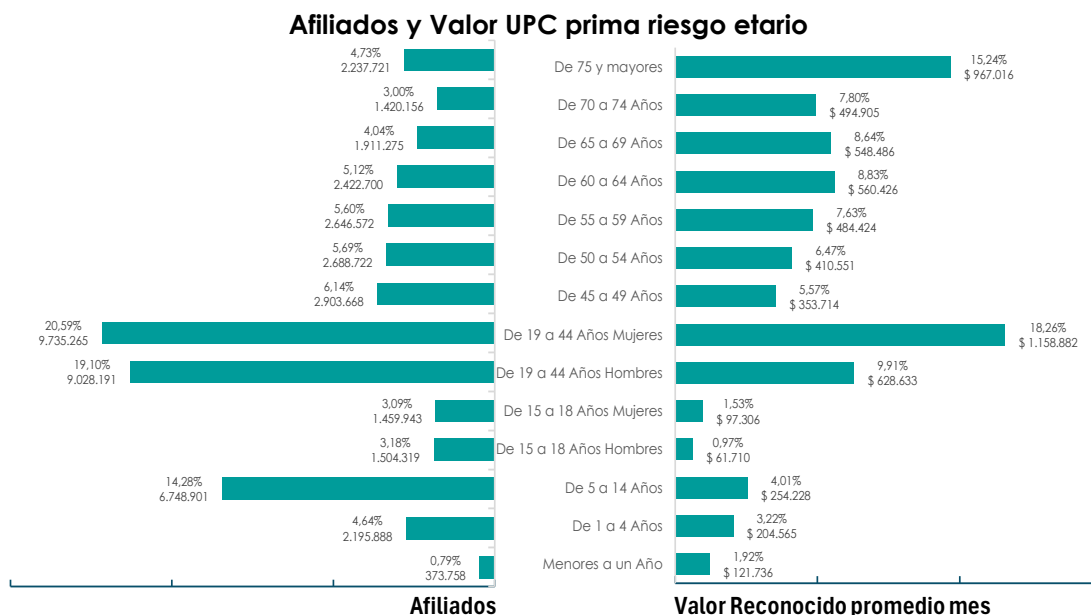
3. Reconocimiento de prima por riesgo etario

El valor reconocido por concepto de prima de riesgo etario varía según la edad y el régimen de afiliación, concentrándose en los grupos poblacionales con mayor demanda de atención médica, como los menores de un año y los adultos mayores de 50 años. En consecuencia, el monto liquidado por Unidad de Pago por Capitación (UPC) guarda una relación directa con la estructura demográfica del país y de cada territorio: a mayor proporción de población adulta o infantil temprana, mayor será el valor reconocido por este concepto.

Durante el período analizado, la distribución del gasto evidencia una correspondencia con los patrones demográficos y epidemiológicos de la población afiliada. Los ajustes aplicados por riesgo etario reflejan la concentración del gasto estimado en los grupos de mayor edad, asociada a la prevalencia de enfermedades crónicas, la frecuencia de

hospitalizaciones y el uso intensivo de tecnologías médicas. En detalle, se observa lo siguiente:

- Las mujeres entre 19 y 44 años representan el 18,26 % del valor promedio mensual reconocido, aunque constituyen el 20,59 % de los afiliados equivalentes, lo que refleja mayores consumos de servicios médicos asociados a su perfil epidemiológico y reproductivo.
- La población mayor de 75 años recibe un reconocimiento promedio mensual de \$967.016 millones, equivalente al 15,24 % del valor promedio mensual reconocido por UPC.
- Los mayores de 60 años concentran el 40,51 % del valor reconocido, pese a representar solo el 16,9 % de la población afiliada, evidenciando la alta carga financiera asociada al envejecimiento.
- Al ampliar el grupo a mayores de 50 años, la participación en el gasto asciende al 54,61 %, mientras que su proporción poblacional es del 28,19 %, confirmando la concentración del gasto en los grupos de mayor edad.
- En contraste, el grupo de 0 a 49 años representa el 45,39 % del valor promedio reconocido, aunque agrupa el 71,81 % de los afiliados, lo que sugiere una menor participación relativa en el gasto en comparación con su peso poblacional.

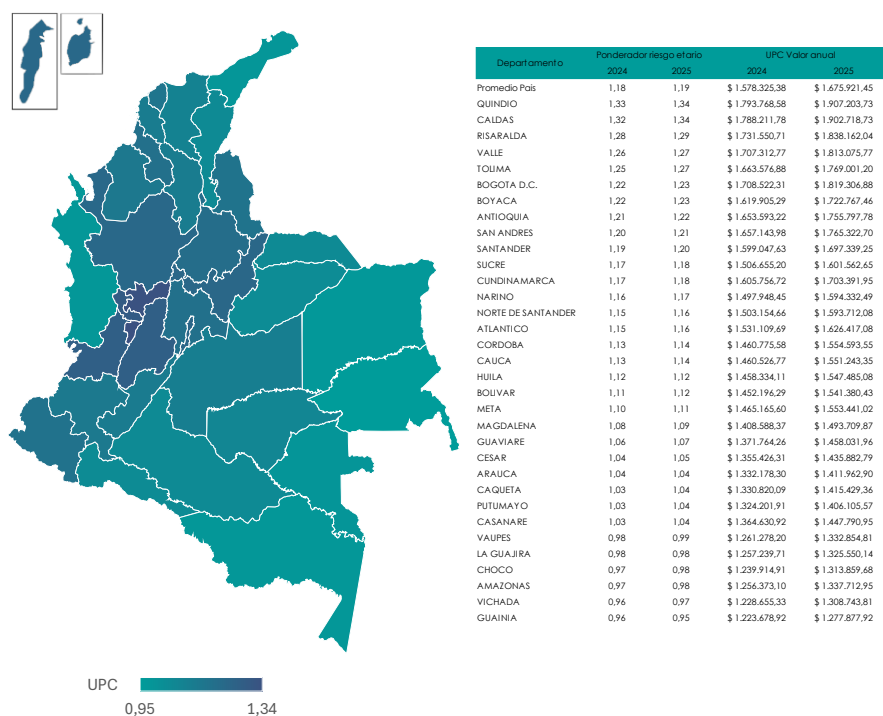


Grupo Agrupado	Afiliados	UPC promedio Mensual	% Afiliados	% UPC
Grupo mayores de 50 años	13.327.147	\$ 3.465.808	28,19%	54,61%
Grupo de 0 a 49 años	33.949.933	\$ 2.880.775	71,81%	45,39%
Total	47.277.080	\$ 6.346.582	100,00%	100,00%
Ponderador Prima de Riesgo etario	1,23			

Fuente: DLyG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

El ponderador promedio mensual de la prima de riesgo etario, calculado como el cociente entre el valor total reconocido por los ponderadores de estructura de grupos etarios y el valor nominal definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se ubica en 1,18 UPC durante el período analizado. Este indicador confirma que, en promedio, el gasto reconocido por riesgo etario supera en un 18 % el valor nominal, reflejando el impacto directo de la estructura demográfica y epidemiológica sobre los costos del aseguramiento en salud.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima de riesgo etario (Enero 2024- Junio 2025) Régimen Contributivo y Subsidiado



Fuente: DLyG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

Al analizar el comportamiento del reconocimiento de la prima por riesgo etario por departamentos, se identifica que Guainía presenta el menor valor reconocido a nivel nacional, con un ponderador de 0,96 UPC en la vigencia 2024 y 0,95 UPC en la vigencia 2025, lo que indica que recibe únicamente el 95% del valor de la UPC base. Igualmente se observa que el valor anual de la UPC reconocido para la vigencia 2025 es de \$1.277.877,92, presentando un aumento del 4,43% con respecto a la vigencia 2024.

En contraste, el departamento con mayor reconocimiento es Quindío, con un ponderador de 1,33 UPC en 2024 y 1,34 UPC en la vigencia 2025,

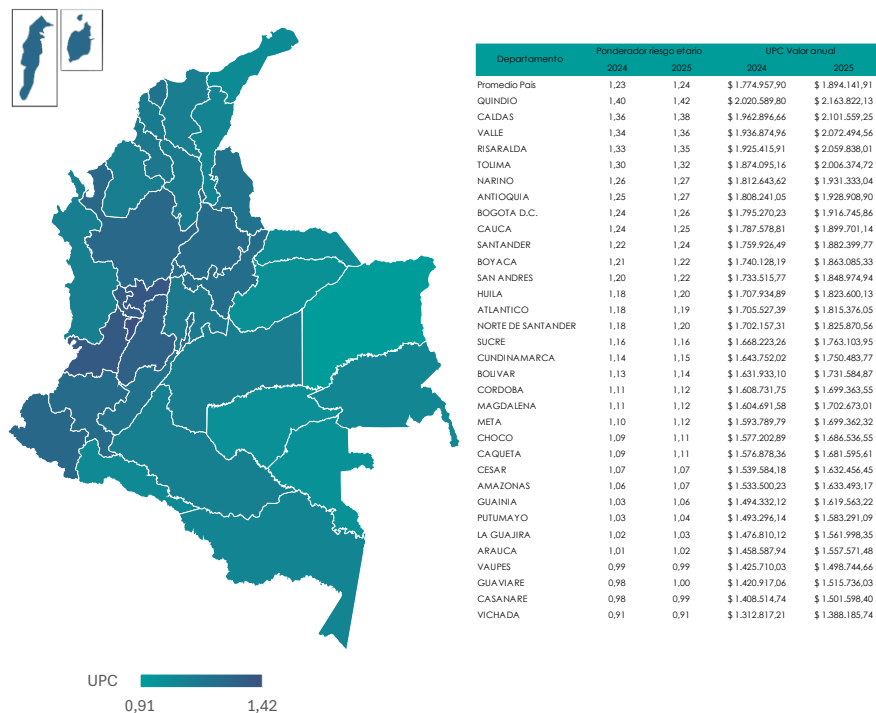
reflejando una estructura demográfica con alta concentración de población en grupos etarios de mayor riesgo (mayores de 50 años). El valor anual reconocido en Quindío alcanza \$1.907.203,73 en 2025, lo que representa un incremento del 6,34% frente a 2024.

Los departamentos de Quindío, Caldas, Risaralda, Valle del Cauca, Tolima, Bogotá, Boyacá y San Andrés presentan un reconocimiento superior a \$1.700.000 anuales, atribuible a su perfil demográfico caracterizado por una mayor proporción de adultos mayores.

Por otro lado, los departamentos de Vaupés, La Guajira, Amazonas, Chocó, Vichada y Guainía registran un reconocimiento inferior a \$1.350.000 anuales, lo cual está directamente relacionado con una estructura poblacional más joven.

El promedio nacional por departamento se ubica en 1,18 UPC en 2024 y 1,19 UPC en 2025, con un valor anual reconocido de \$1.578.325,38 en la vigencia 2024 y \$1.675.921,45 en la vigencia 2025, lo que representa un incremento del 6,20%.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima de riesgo etario (Enero 2024-Junio 2025) Régimen Contributivo

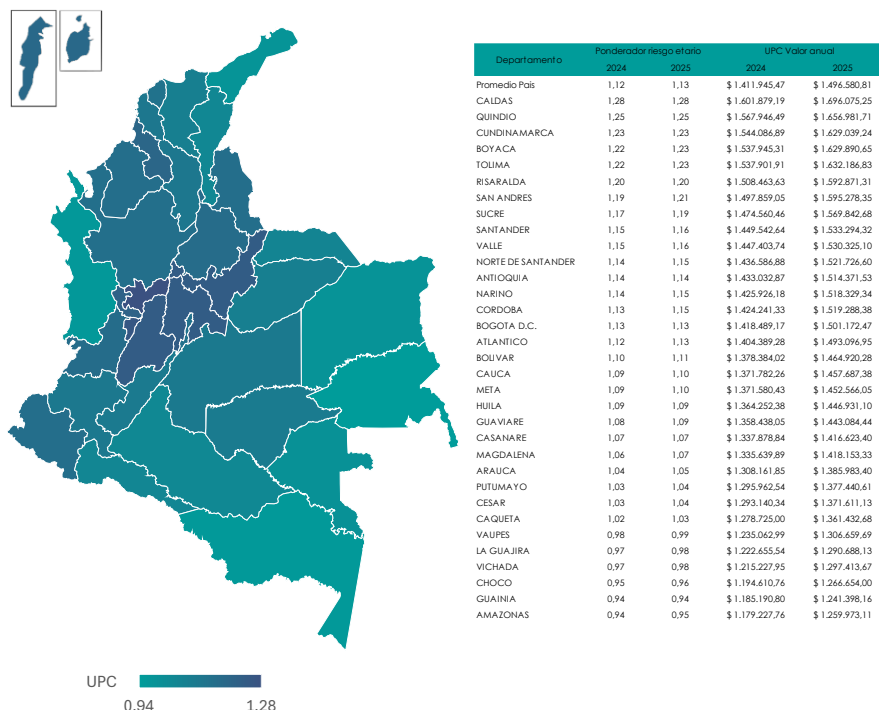


Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

En el régimen contributivo, el ponderador por riesgo etario registra un promedio nacional de 1,23 en la vigencia 2024 y 1,24 en la vigencia 2025. Este factor se traduce en un valor anual reconocido por afiliado de \$1.774.957,90 en 2024 y de \$1.894.141,91 en 2025, lo que representa un incremento del 6,71% entre ambos periodos. Dicho valor para 2025 es 24,49% superior al valor nominal de la UPC, establecido en \$1.521.489,60 según la Resolución 2717 de 2024.

En cuanto a la distribución territorial, los departamentos de Quindío, Caldas, Valle del Cauca, Risaralda, Tolima, Nariño, Antioquia, Cauca, así como Bogotá D.C., presentan un ponderador de riesgo etario superior al promedio nacional, lo que refleja una mayor presión financiera asociada a la composición etaria de su población afiliada. El departamento con mayor reconocimiento es Quindío, con un valor anual por afiliado de \$2.163.822,13 en 2025, mientras que el menor valor se registra en Vichada, con \$1.388.185,74 en la misma vigencia.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima de riesgo etario (Enero 2024-Junio 2025) Régimen Subsidiado



Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

En el régimen subsidiado, el ponderador por riesgo etario registra un promedio nacional de 1,12 en la vigencia 2024 y 1,13 en la vigencia 2025.

Este factor se traduce en un valor anual reconocido por afiliado de \$1.411.945,47 en 2024 y de \$1.496.580,81 en 2025, lo que representa un incremento del 5,99% entre ambos periodos. Dicho valor para 2025 es 13,08% superior al valor nominal de la UPC, establecido en \$1.323.403,20 según la Resolución 2717 de 2024.

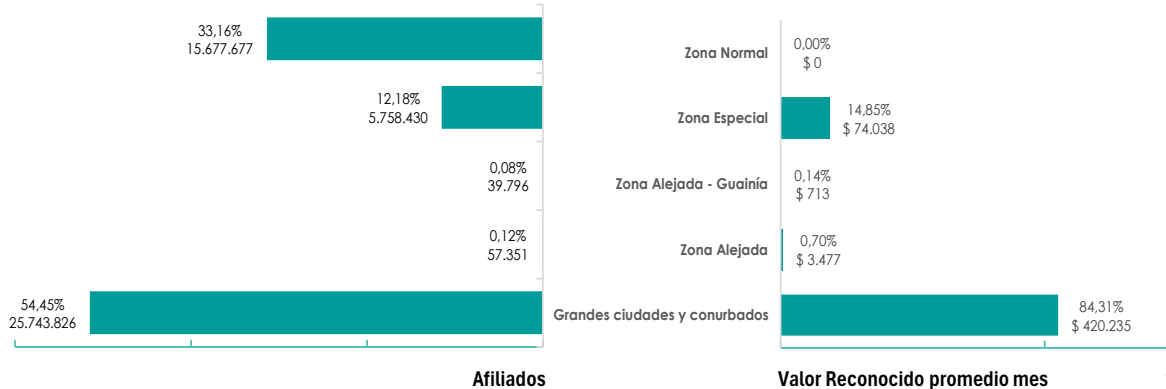
En cuanto a la distribución territorial, los departamentos de Caldas, Quindío, Cundinamarca, Boyacá y Tolima presentan un ponderador de riesgo etario superior al promedio nacional. El departamento con mayor reconocimiento es Caldas, con un valor anual por afiliado de \$1.696.075,25 en 2025, mientras que el menor valor se registra en Amazonas, con \$1.259.973,11 en la misma vigencia.

4. Reconocimiento de prima adicional por zona

Durante el periodo analizado, el reconocimiento promedio mensual por concepto de prima adicional en las zonas especial, alejada, alejada-Guainía, grandes ciudades y conurbados ascendió a \$498.463 millones, correspondiente a una población afiliada de 31.599.403 personas.

- La zona con mayor reconocimiento de prima adicional es la de Grandes Ciudades y Conurbados, con un promedio mensual de \$420.235 millones para un promedio de 25.743.826 afiliados equivalentes, lo que equivale a un reconocimiento anual promedio de \$195.884,80 por afiliado.
- En la zona alejada correspondiente al departamento de San Andrés y Providencia, se reconoce un valor promedio mensual de \$3.477 millones para 57.351 afiliados, lo que representa un reconocimiento anual promedio de \$727.448,33 por afiliado.
- En la zona alejada del Guainía, el reconocimiento promedio mensual es de \$713 millones para 39.796 afiliados, equivalente a \$214.956,39 anual por afiliado.
- En la zona especial, se reconoce un promedio mensual de \$74.038 millones para 5.758.430 afiliados, con un reconocimiento anual promedio de \$154.288,83 por afiliado.

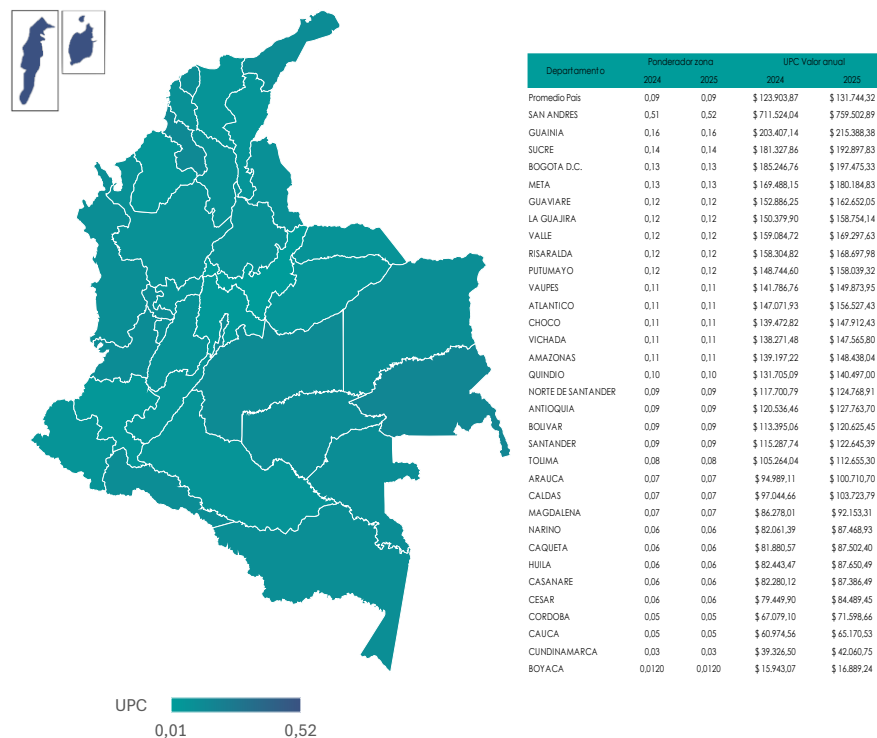
Promedio mensual afiliados y valor UPC prima adicional por zona (Enero 2024-Junio 2025)



Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

Por otro lado, los municipios que no reciben reconocimiento por zona especial registran una población afiliada promedio mensual de 15.677.677 personas.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima adicional por zona (Enero 2024-Junio 2025) Régimen Contributivo y Subsidiado



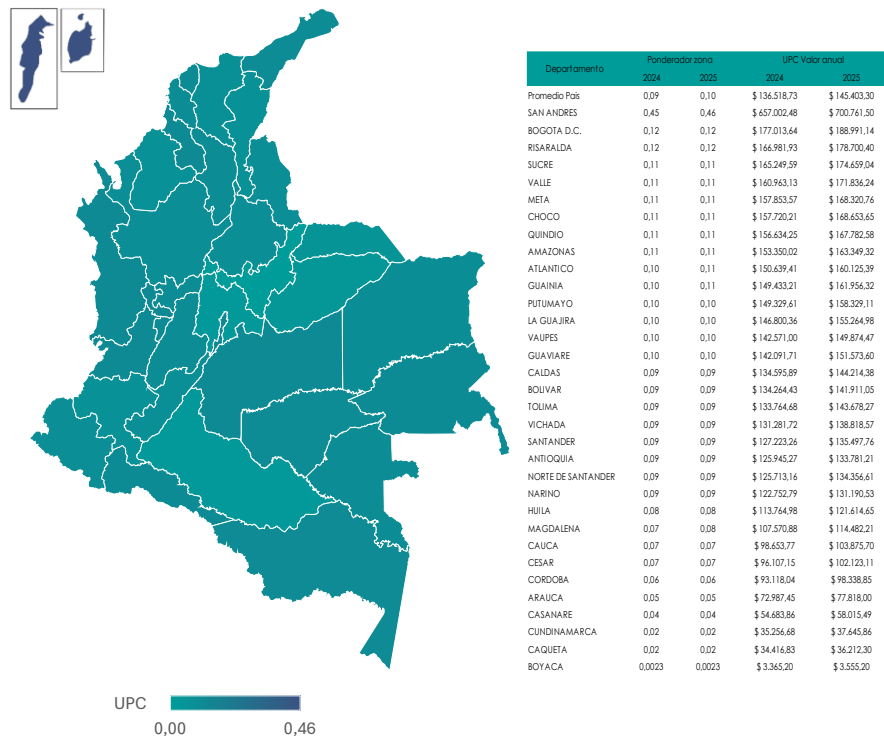
Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

Durante los periodos analizados, el departamento de San Andrés fue el que más percibió prima adicional por zona, con un ponderador promedio de 0,52 UPC base, lo que se traduce en un valor anual reconocido por afiliado de \$711.524,04 en 2024 y \$759.502,89 en 2025. Le siguen Guainía, con un ponderador de 0,16 UPC y valores anuales de \$203.407,14 en 2024 y \$215.388,38 en 2025, y Sucre, con 0,14 UPC y valores de \$181.327,86 y \$192.897,83 respectivamente.

Por otro lado, los departamentos que presentan un reconocimiento por debajo del promedio nacional de 0,09 UPC son: Boyacá, Cundinamarca, Cauca, Córdoba, Cesar, Casanare, Huila, Nariño, Caquetá y Magdalena, con valores anuales que oscilan entre \$15.943,07 (Boyacá) y \$92.153,31 (Magdalena) en la vigencia 2025.

El promedio nacional por prima adicional se ubica en \$123.903,87 en 2024 y \$131.744,32 en 2025, lo que representa un incremento del 6,32% entre ambos periodos.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima adicional por zona (Enero 2024-Junio 2025) Régimen Contributivo



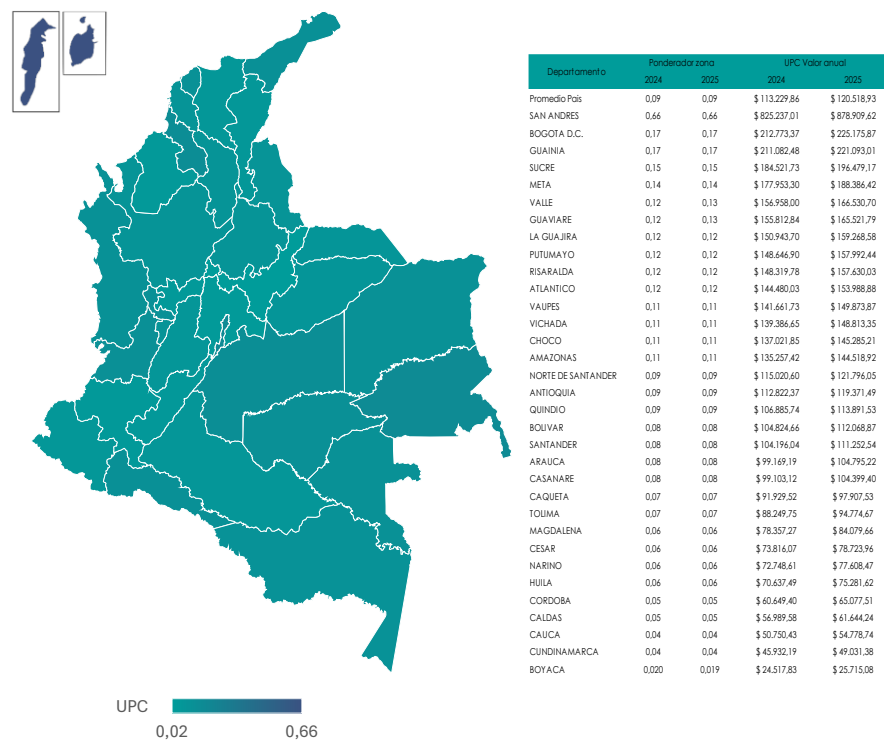
Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

En el régimen contributivo, la prima adicional por zona presenta a nivel nacional un promedio de 0,09 UPC en 2024 y 0,10 UPC en 2025, lo que equivale a un valor anual reconocido por afiliado de \$136.518,73 en 2024 y \$145.403,30 en 2025. Este componente busca compensar los sobrecostos asociados a factores territoriales y de concentración de riesgos, ajustando la financiación de las EPS en función de las particularidades regionales.

Al analizar el comportamiento por departamentos, se destaca San Andrés como el territorio con el mayor ponderador por zona. En 2024 registró 0,45 UPC, correspondiente a un valor anual reconocido por afiliado de \$657.002,48, cifra que en 2025 aumentó a 0,46 UPC, alcanzando \$700.761,50. Este comportamiento refleja las condiciones especiales de insularidad, aislamiento geográfico y altos costos logísticos en la provisión de servicios de salud, que justifican un mayor reconocimiento económico.

En contraste, Boyacá presenta el menor nivel de reconocimiento por zona, con un ponderador de apenas 0,0023 UPC, equivalente a \$3.365,20 anuales en 2024 y \$3.555,20 en 2025.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima adicional por zona (Enero 2024-Junio 2025) Régimen Subsidiado



Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos



En el régimen subsidiado, la prima adicional por zona registra un ponderador promedio de 0,09 UPC, lo que equivale a un valor anual reconocido por afiliado de \$113.229,86 en la vigencia 2024 y \$120.518,93 en la vigencia 2025. Este ajuste busca compensar los sobrecostos en la prestación de servicios de salud en territorios con condiciones particulares que afectan la disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención, garantizando que las EPS que operan bajo este régimen cuenten con recursos suficientes para cubrir las necesidades de sus afiliados en contextos diversos.

El departamento de San Andrés presenta el mayor ponderador de prima adicional por zona en este régimen. En 2024 alcanzó 0,66 UPC, con un valor anual reconocido por afiliado de \$825.237,01, cifra que en 2025 se incrementó a \$878.909,62. Este comportamiento refleja las condiciones de insularidad, aislamiento geográfico y altos costos logísticos propios de la región, que demandan un mayor nivel de financiación frente al promedio nacional. La comparación pone en evidencia la necesidad de mantener mecanismos diferenciales que aseguren equidad en la asignación de recursos y sostenibilidad en la prestación de los servicios de salud.

5. Reconocimiento de prima adicional por EPS

De acuerdo con la Resolución 2717 de 2024 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)³⁷, el reconocimiento de la prima adicional aplica actualmente para seis EPS: cinco EPS indígenas y la Nueva EPS. El valor promedio mensual reconocido asciende a \$44.682 millones de pesos, correspondiente a una población afiliada de 5.669.244 personas.

A la Nueva EPS (código de habilitación EPS037) se le reconoce una prima adicional por riesgo etario, debido a la concentración de riesgo etario de población mayor de 50 años entre sus afiliados. Este ajuste, que se suma al valor de la UPC regular, tiene como finalidad financiar la atención de esta población con mayor riesgo de complicaciones en salud. Por este concepto, se reconocen en promedio mensual de \$32.724 millones de pesos para una población afiliada de 4.200.511 afiliados equivalentes.

La Asociación Indígena del Cauca -EPSI- recibe una prima adicional diferencial frente a otras EPS indígenas, conforme a lo establecido en el artículo 7 del Decreto 1811 de 2017³⁸. Dicho artículo determina que, para

³⁷ Resolución 2717 de 2024 (30 de diciembre). Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la vigencia 2025.

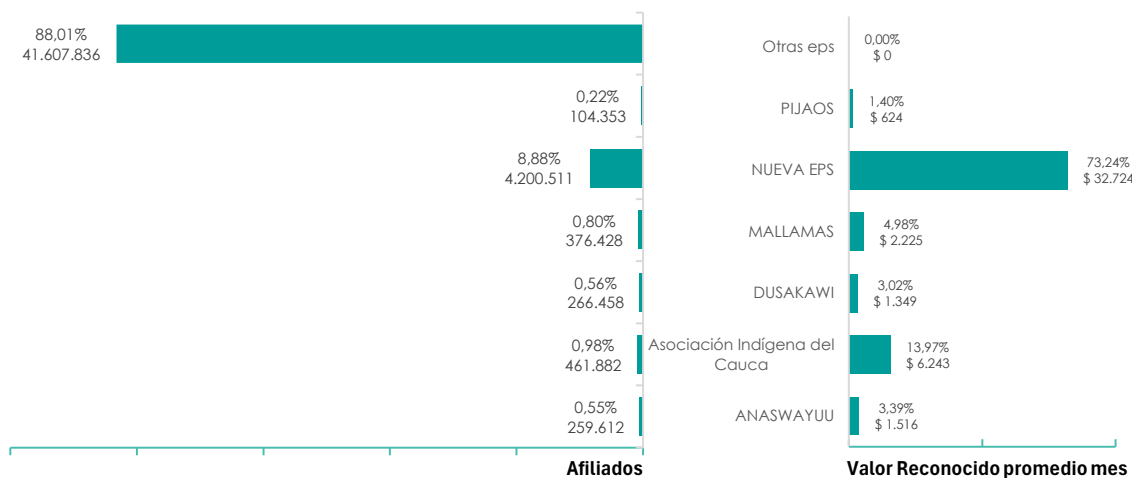
³⁸ Decreto 1811 de 2017 (7 de noviembre). Por medio del cual se crean mecanismos especiales para el cumplimiento, desarrollo y seguimiento de los compromisos adquiridos del Gobierno Nacional con el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC).

definir el valor adicional de la UPC reconocida, debe considerarse la información reportada por esta Asociación, en su calidad de piloto en la identificación de actividades diferenciales en salud dirigidas a la población indígena.

Esta asignación responde al cumplimiento de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC-, los cuales quedaron consignados en el Acta 01 de los días 3 y 4 de noviembre de 2017, así como en el Acta adicional firmada el 5 de julio de 2019³⁹.

Actualmente, la Asociación Indígena del Cauca percibe, por concepto de prima adicional EPS, un promedio mensual de \$6.243 millones, destinados a la atención de una población en promedio mensual afiliada de 461.882 afiliados equivalentes. Las EPS indígenas Anas Wayuu, Dusakawi, Mallamas y Pijaos perciben por concepto de prima adicional por EPS \$5.714 millones mensual en promedio, para una población de 1.006.851 afiliados equivalentes. La cobertura de la prima adicional por EPS cubre el 12% de los afiliados a nivel nacional.

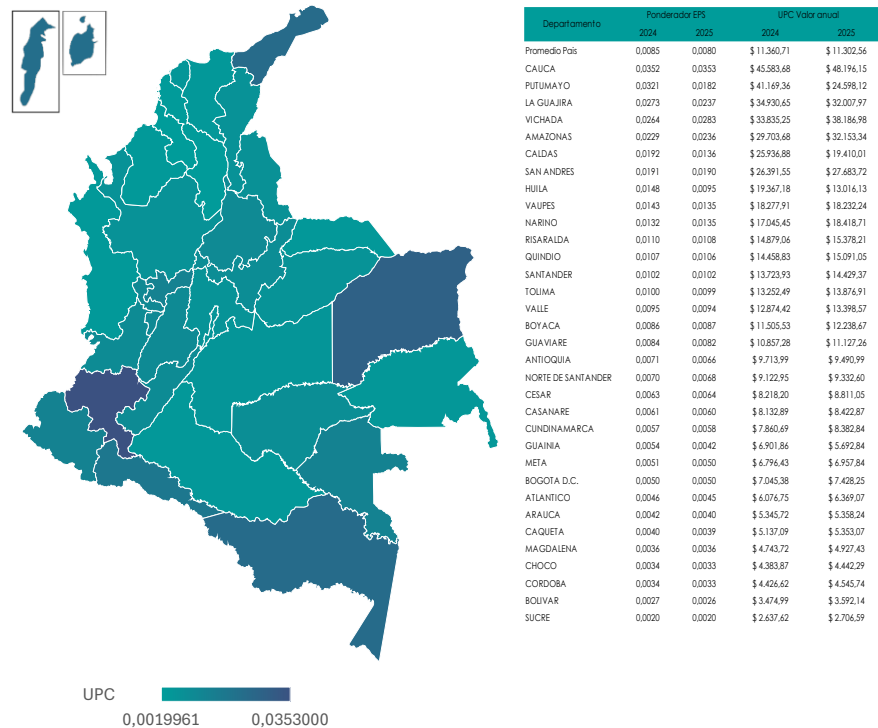
Afiliados y valor de la UPC prima adicional por EPS Promedio mensual (Enero 2024- Junio 2025)



Fuente: DLyG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

³⁹ Ministerio de Salud y Protección Social y Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), *Acta No. 01 de la Mesa de Diálogo*, Bogotá, 3 y 4 de noviembre de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social y Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), *Acta adicional*, Bogotá, 5 de julio de 2019.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima adicional por EPS (Enero 2024-Junio 2025) Régimen Contributivo y Subsidiado



Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en pesos

El valor promedio reconocido por concepto de prima adicional por EPS a nivel nacional corresponde a 0,0080 UPC en 2025, equivalente a \$11.302,56 por afiliado año, lo que representa un ajuste marginal frente al valor nominal de la UPC. Sin embargo, este reconocimiento no es homogéneo en todo el territorio nacional, ya que depende de la presencia de EPS habilitadas para recibir este ajuste en cada departamento.

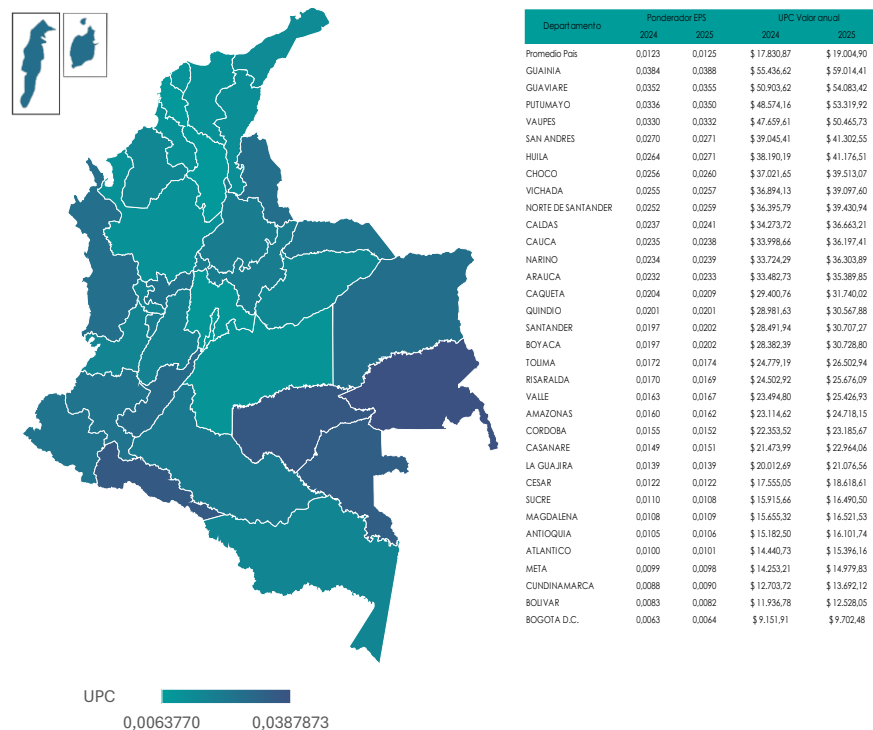
Entre los departamentos con mayores reconocimientos se destacan Cauca (0,0353 UPC, \$48.196,15), Vichada (0,0283 UPC, \$38.186,98), Amazonas (0,0236 UPC, \$32.153,34), La Guajira (0,0237 UPC, \$32.007,97) y Putumayo (0,0182 UPC, \$24.598,12), todos muy por encima del promedio nacional, lo que refleja una mayor concentración de EPS que aplican este ajuste en dichas zonas.

Por otro lado, la mayoría de los departamentos se ubican por debajo del promedio nacional, con ponderadores inferiores a 0,0080 UPC y valores anuales menores a \$11.302,56. Entre ellos se encuentran Bogotá D.C. (0,0050 UPC, \$7.428,25), Atlántico (0,0045 UPC, \$6.369,07), Arauca (0,0040 UPC,

\$5.358,24), Caquetá (0,0039 UPC, \$5.353,07), Magdalena (0,0036 UPC, \$4.927,43), Chocó (0,0033 UPC, \$4.442,29), Córdoba (0,0033 UPC, \$4.545,74), Bolívar (0,0026 UPC, \$3.592,14) y Sucre (0,0020 UPC, \$2.706,59), lo que indica una menor participación de EPS con reconocimiento por prima adicional en estas regiones.

Desde el punto de vista técnico, esta prima se concibe como un factor de corrección residual dentro del modelo de suficiencia, diseñado para capturar variaciones no explicadas por los factores etarios estándar ni por ajustes geográficos. Su función es mantener la consistencia del esquema de reconocimiento frente a heterogeneidades en la estructura de costos asociadas a poblaciones con mayor carga de riesgo por edad o población indígena.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima adicional por EPS (Enero 2024-Junio 2025) Régimen Contributivo



Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en millones de pesos

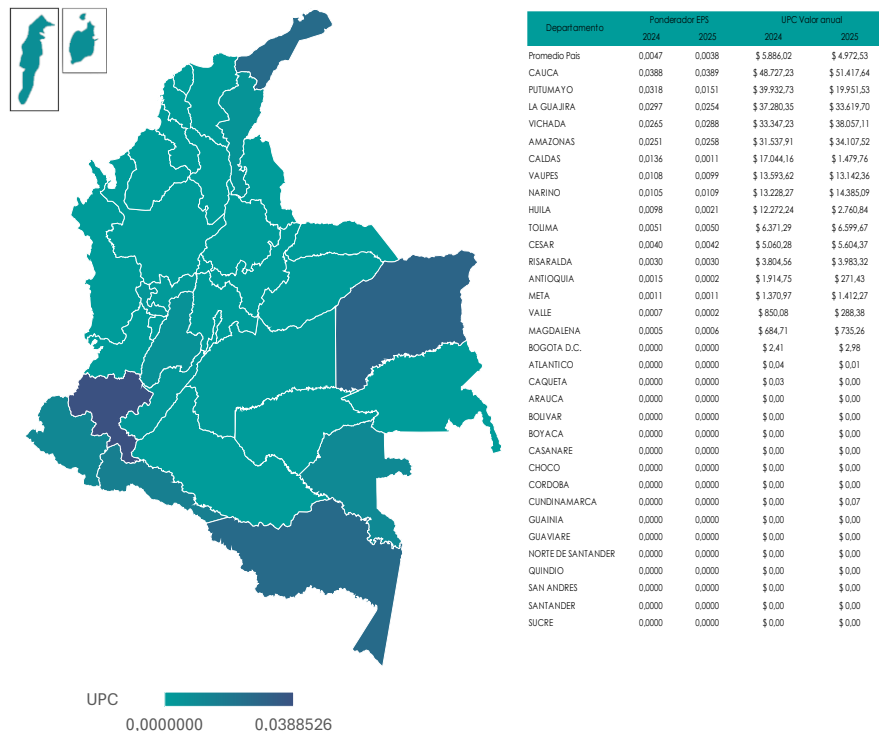
En el régimen contributivo, el promedio nacional de reconocimiento por concepto de prima adicional por EPS fue de 0,0123 UPC en 2024 y 0,0125 UPC en 2025, equivalentes a \$17.830,87 y \$19.004,90 por afiliado año, respectivamente. Este ajuste tiene como propósito compensar las

diferencias derivadas de la concentración de riesgo etario, es decir, una alta proporción de personas mayores de 50 años en la población afiliada, sin que ello implique una valoración institucional de eficiencia o mérito.

Al desagregar la información, se observa que Guainía registró el mayor valor reconocido en 2025, alcanzando \$59.014,41 por afiliado año, con un ponderador de 0,0388 UPC, muy por encima del promedio nacional. Le siguen Guaviare (\$54.083,42), Putumayo (\$53.319,92) y Vaupés (\$50.465,73), todos con ponderadores superiores a 0,033 UPC. Este comportamiento está directamente relacionado con la presencia de Nueva EPS (código EPS037), única aseguradora que percibe este ajuste en el régimen contributivo, y que opera en todos los departamentos mencionados.

Por el contrario, departamentos como Bogotá D.C. (\$9.702,48), Bolívar (\$12.528,05), Meta (\$14.979,83) y Atlántico (\$15.396,16) presentan valores muy por debajo del promedio nacional, lo que indica una menor participación de población de Nueva EPS en estos departamentos.

Valor reconocido UPC y ponderador de prima adicional por EPS (Enero 2024- Junio 2025) Régimen Subsidiado



Fuente: DLyG – ADRES. Elaboración propia.
*Cifras en \$ en pesos

En el régimen subsidiado, el promedio nacional de reconocimiento por concepto de prima adicional por EPS fue de 0,0047 UPC en 2024 y 0,0038 UPC en 2025, equivalentes a \$5.886,02 y \$4.972,53 por afiliado año, respectivamente. Este ajuste se otorga exclusivamente a EPS indígenas.

Los departamentos con valores muy por encima del promedio nacional en 2025 son Cauca (0,0389 UPC, \$51.417,64), Vichada (0,0288 UPC, \$38.057,11), Amazonas (0,0258 UPC, \$34.107,52) y La Guajira (0,0254 UPC, \$33.619,70), todos asociados a una alta presencia de población indígena y operación activa de EPSI como Mallamas, Anas Wayuu y Dusakawi. Putumayo, aunque reduce su ponderador frente a 2024, mantiene un valor significativo (\$19.951,53). Por debajo del promedio nacional se ubican departamentos como Tolima (\$6.599,67), Cesar (\$5.604,37) y Risaralda (\$3.983,32), mientras que la mayoría de los departamentos — incluyendo Guainía, Guaviare, Norte de Santander, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Atlántico, Bolívar, Sucre, entre otros— no registran reconocimiento alguno.

Este comportamiento evidencia una inequidad territorial: el ajuste no se activa automáticamente por la presencia de población indígena, sino por la operación efectiva de EPS indígenas en cada departamento. Casos como Guainía, donde el 74,9% de la población es indígena según el DANE, pero no se reconoce prima adicional por ausencia de EPSI, contrastan con territorios como Cauca o La Guajira, donde la presencia de aseguradoras indígenas permite un reconocimiento significativo. Esta dependencia del criterio operativo (afiliación a EPSI) sobre el criterio demográfico genera brechas entre territorios con alta concentración indígena y aquellos donde el ajuste se materializa, reproduciendo inequidades en la asignación de recursos.

6. Estructura de reconocimiento de UPC por departamento

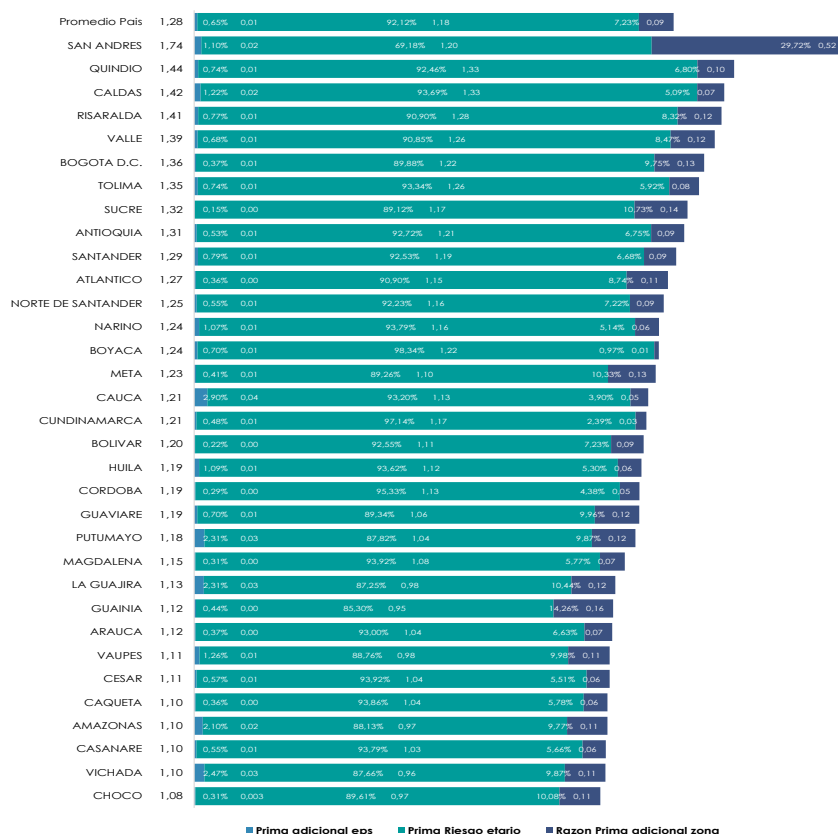
Durante los periodos analizados, se observa un reconocimiento promedio de 1,28 UPC adicionales sobre la UPC nominal. Este valor se descompone así: 1,18 UPC corresponden a la prima por grupo etario; 0,09 UPC se asignan como prima adicional por zona; y 0,01 UPC se reconocen como prima adicional por EPS.

En el proceso de liquidación de la UPC, San Andrés se posiciona como el departamento con el mayor valor reconocido, alcanzando un promedio de 1,74 UPC, lo que refleja un ajuste significativo frente al estándar nacional. Le siguen Quindío (1,44 UPC), Caldas (1,42 UPC), Risaralda (1,41 UPC), Valle del Cauca (1,39 UPC), Bogotá D.C. (1,36 UPC) y Tolima (1,35 UPC), todos con

valores superiores al promedio nacional. Estos territorios presentan estructuras poblacionales con mayor proporción de adultos mayores, lo que incrementa el riesgo etario y, por ende, el valor de la UPC.

En contraste, los departamentos con menor reconocimiento en la liquidación de la UPC incluyen Chocó (1,08 UPC), Casanare y Caquetá (1,10 UPC), Cesar (1,11 UPC), así como Arauca, Guainía, Vaupés y Vichada (1,12 UPC), y Amazonas (1,13 UPC). Estos valores por debajo del promedio nacional reflejan una estructura poblacional más joven y menores costos asociados al riesgo etario.

Estructura de reconocimiento UPC por Departamento (Enero 2024- Junio 2025)

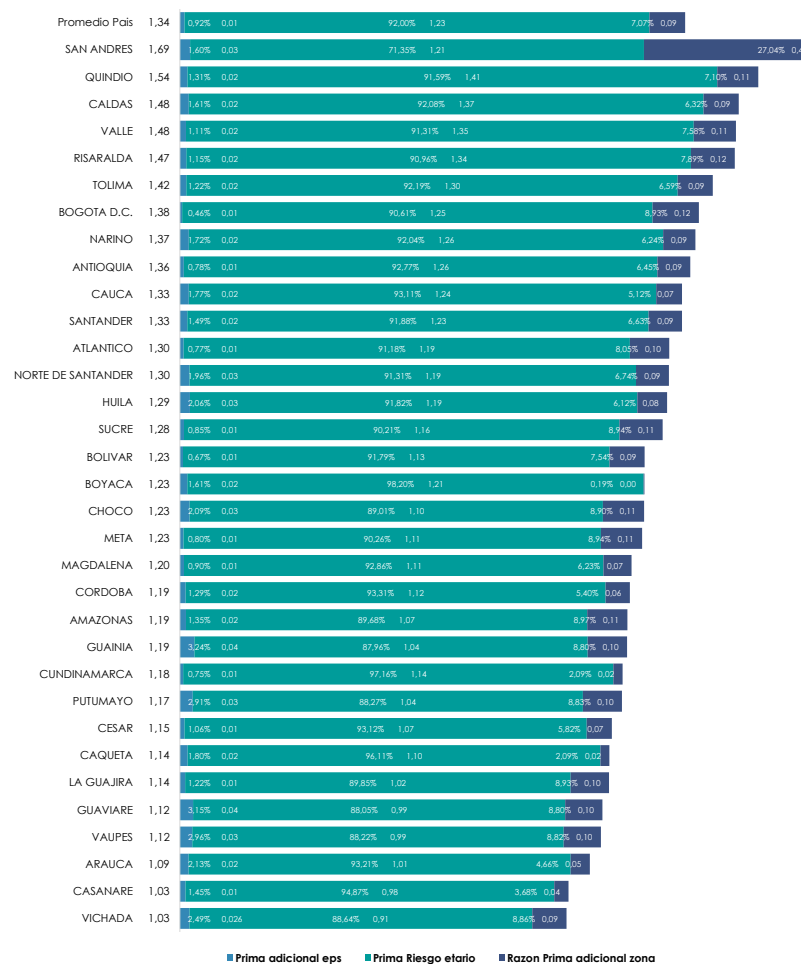


Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.

En el régimen contributivo, el ponderador promedio nacional se ubica en 1,34 UPC, lo que representa un reconocimiento adicional del 34% sobre la UPC base. Este valor se distribuye de la siguiente manera: 1,23 UPC corresponde a la prima por riesgo etario, equivalente al 92,00% del total; 0,09 UPC se asigna como prima adicional por zona, con una participación del 7,07%; y 0,01 UPC se reconoce como prima adicional por EPS, correspondiente al 0,92%.

Por entidad territorial, los valores son los siguientes: San Andrés (1,69 UPC), Quindío (1,54 UPC), Caldas y Valle (1,48 UPC), Risaralda (1,47 UPC), Tolima (1,42 UPC), Bogotá D.C. (1,38 UPC), Nariño (1,37 UPC), Antioquia (1,36 UPC), Cauca y Santander (1,33 UPC), Sucre (1,28 UPC), Atlántico y Norte de Santander (1,30 UPC), Huila (1,29 UPC), Bolívar y Boyacá (1,23 UPC), Chocó y Meta (1,23 UPC), Magdalena (1,20 UPC), Córdoba y Amazonas (1,19 UPC), Guainía (1,19 UPC), Cundinamarca (1,18 UPC), Putumayo (1,17 UPC), Cesar y Caquetá (1,15 UPC), La Guajira (1,14 UPC), Guaviare y Vaupés (1,12 UPC), Arauca (1,09 UPC), Casanare y Vichada (1,03 UPC).

Estructura de reconocimiento UPC por Departamento Régimen Contributivo (Enero 2024- Junio 2025)



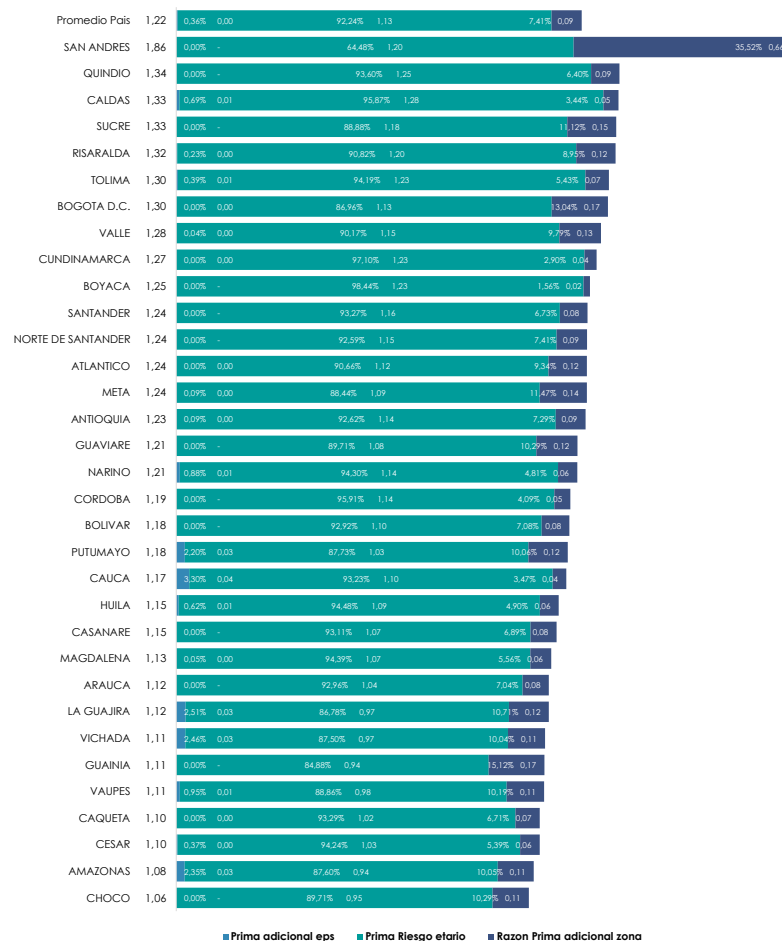
Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.

En el régimen subsidiado, el ponderador promedio nacional se ubica en 1,22 UPC, lo que representa un reconocimiento adicional del 22% sobre la UPC base. Este valor se distribuye de la siguiente manera: 1,13 UPC corresponde

a la prima por riesgo etario, equivalente al 92,24% del total; 0,09 UPC se asigna como prima adicional por zona, con una participación del 7,41%; y 0,004 UPC se reconoce como prima adicional por EPS, correspondiente al 0,36%.

Por entidad territorial, los valores son los siguientes: San Andrés (1,86 UPC), Quindío (1,34 UPC), Caldas (1,33 UPC), Sucre (1,33 UPC), Tolima (1,30 UPC), Bogotá D.C. (1,30 UPC), Valle (1,28 UPC), Cundinamarca (1,27 UPC), Boyacá (1,25 UPC), Atlántico, Norte de Santander y Santander (1,24 UPC), Meta y Antioquia (1,23 UPC), Guaviare y Nariño (1,21 UPC), Bolívar y Putumayo (1,18 UPC), Cauca (1,17 UPC), Huila y Casanare (1,15 UPC), Magdalena (1,13 UPC), Arauca y La Guajira (1,12 UPC), Vaupés y Guainía (1,11 UPC), Vichada (1,11 UPC), Caquetá y Cesar (1,10 UPC), Amazonas (1,08 UPC) y Chocó (1,06 UPC).

Estructura de reconocimiento UPC por Departamento Régimen Subsidiado (Enero 2024- Junio 2025)

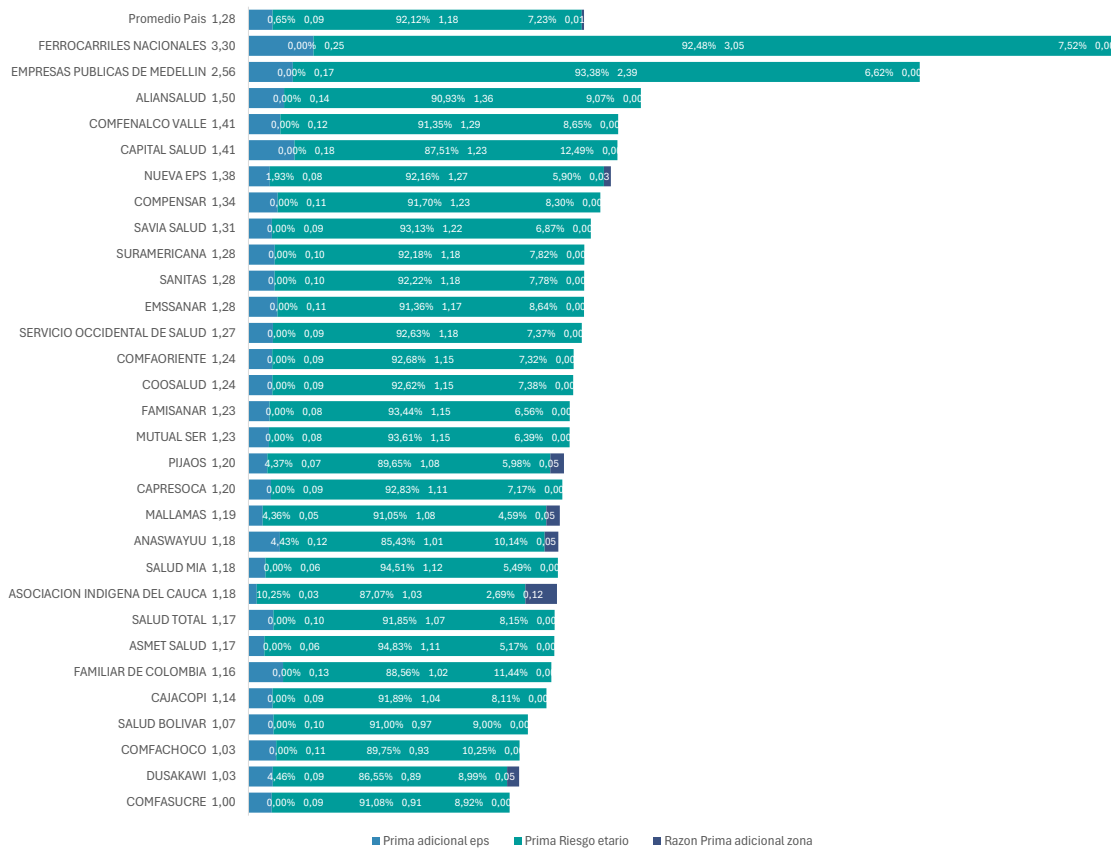


Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.

7. Estructura de reconocimiento de UPC por EPS

El análisis del reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por EPS muestra un promedio nacional de 1,28 UPC, compuesto por 1,18 UPC por riesgo etario, 0,09 UPC por prima adicional por zona y 0,01 UPC por prima adicional por EPS. El riesgo etario concentra el 92,12% del total, mientras que la prima por zona representa el 7,23% y la prima por EPS el 0,65%.

**Estructura de reconocimiento por ponderador de UPC por EPS
(Enero 2024- Junio 2025)**



Fuente: DLYG – ADRES. Elaboración propia.

Las EPS con menor ponderador total evidencian que, cuando el ajuste por riesgo etario es reducido, las primas adicionales no logran compensar la diferencia frente a otras entidades. Comfasucre registra 1,00 UPC, con 0,91 UPC por riesgo etario (91,08%) y 0,09 UPC por zona (8,92%), sin participación por EPS. Comfachocó alcanza 1,03 UPC, compuesto por 0,93 UPC por riesgo etario (89,75%) y 0,11 UPC por zona (10,25%), también sin ajuste por EPS. Dusakawi presenta 1,03 UPC, con 0,89 UPC por riesgo etario (86,55%), 0,09 UPC por zona (8,99%) y 0,05 UPC por EPS (4,46%). Salud Bolívar se ubica en 1,07 UPC, con 0,97 UPC por riesgo etario (91,00%) y 0,10 UPC por zona (9,00%),



sin participación por EPS. Finalmente, la Asociación Indígena del Cauca registra 1,18 UPC, con 1,03 UPC por riesgo etario (87,07%), 0,03 UPC por zona (2,69%) y 0,12 UPC por EPS (10,25%), reflejando el impacto del reconocimiento diferencial para poblaciones indígenas.

En contraste, las EPS con mayor ponderador, como Aliansalud (1,50 UPC), Comfenalco Valle y Capital Salud (1,41 UPC) y Nueva EPS (1,38 UPC), presentan una estructura donde el riesgo etario supera el 90% del ajuste, complementado por primas territoriales y, en el caso de Nueva EPS, por la prima adicional por EPS (0,03 UPC, equivalente al 1,93% del total), asociada a la concentración de afiliados mayores de 50 años.

CONCLUSIONES

1. La estructura por grupo etario es el principal determinante del gasto en salud financiado por la UPC.
2. Existen disparidades territoriales significativas dadas por la conformación demográfica de los departamentos que deben ser abordadas para garantizar equidad en el acceso.
3. El reconocimiento de la UPC refleja un crecimiento sostenido de los recursos del sistema, impulsado principalmente por el aumento en el valor reconocido de la UPC al cambio de vigencia y por el envejecimiento de la población.
4. Aunque la prima adicional por dispersión geográfica y la prima adicional por EPS representan una participación menor (7,9%), su impacto es significativo en territorios como San Andrés y en poblaciones indígenas.
5. La estructura de UPC está determinada en gran medida por la demografía, especialmente por la población mayor de 60 años, que actualmente representa el 16,9% de los afiliados y el 40,51% del valor reconocido mensualmente de UPC, situación que impacta el incremento a futuro del uso del sistema de aseguramiento en salud, dado que, de acuerdo con las proyecciones del DANE para el 2030 este grupo poblacional pasara a representar el 20% de la población.
6. La concentración del 54,45 % de los afiliados en zonas urbanas y conurbanas, junto con el reconocimiento de una prima adicional por zona del 9,86 % en el régimen contributivo y del 15 % en el subsidiado, evidencia un patrón territorial que influye directamente en la estructura de reconocimiento de la UPC.
7. Existen diferencias relevantes en las primas de riesgo entre departamentos lo cual refleja las desigualdades territoriales tanto en condiciones geográficas como en estructura poblacional.
8. La UPC ha perdido a lo largo de las últimas décadas buena parte de su estricta razonabilidad técnica, básicamente actuarial como instrumento de financiamiento, debido a la acumulación de decisiones basadas en realidad política del país o coyunturales que, a lo largo de los años, han distorsionado su función original. Esta situación ha generado inequidades tanto territoriales como entre EPS, al establecer reconocimientos que no responden a criterios homogéneos ni a fundamentos actuariales actualizados. En

consecuencia, se requiere una revisión profunda del modelo, orientada a recuperar su capacidad de reflejar con precisión las condiciones de riesgo y necesidad en los distintos contextos poblacionales y geográficos del país.

9. El análisis evidencia que los mecanismos actuales de ajuste, aunque esenciales para la sostenibilidad financiera, no han logrado corregir las desigualdades estructurales ni garantizar mejoras sustantivas en acceso y calidad para poblaciones con mayores barreras. El peso dominante del ajuste por riesgo etario frente a las primas complementarias confirma la necesidad de revisar los criterios técnicos y avanzar hacia esquemas que reflejen las condiciones reales de los territorios.
10. La asignación diferenciada de la prima adicional por zona alejada entre territorios con condiciones similares de aislamiento, como San Andrés (37,9%) frente a Guainía, Vaupés, Amazonas y Vichada (15% en régimen subsidiado y 9,81% en contributivo), evidencia una desigualdad estructural que no se corresponde con la realidad territorial. Estos departamentos presentan una baja oferta de servicios e infraestructura en salud, lo que obliga al traslado de pacientes hacia otras regiones para recibir atención complementaria. Esta situación exige una revisión técnica del modelo de reconocimiento, que garantice equidad en la financiación del aseguramiento en zonas de difícil acceso, basada en criterios objetivos y actualizados sobre las condiciones reales del territorio.
11. Este informe invita a la realización de investigaciones más profundas que permitan identificar el impacto de la distribución de la prima de UPC sobre el mantenimiento de la salud de la población asegurada y su relación con el uso de los recursos públicos ejercido por los actores del sector salud. Todo lo anterior como insumo para la orientación de las decisiones en política pública.

-FIN-

GLOSARIO

Afiliados equivalentes: Es una medida ajustada que representa el número de afiliados reconocidos en la liquidación de la UPC, calculada con base en los días efectivamente reconocidos en el mes. Dado que cada afiliado debería ser reconocido por 30 días calendario, las novedades en la afiliación (como traslados, fallecimientos o cambios de régimen) pueden reducir ese número. Por tanto, los afiliados equivalentes se obtienen dividiendo el total de días reconocidos entre 30, lo que permite estimar cuántos afiliados completos fueron efectivamente liquidados en el periodo.

Referencia: Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). Glosario SISPRO: Afiliados

*Compensados Equivalentes.** Recuperado de*

<https://www.sispro.gov.co/ayudas/Pages/Glosario.aspx>

Prima de riesgo por grupo etario: Es un componente del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que refleja el costo esperado de atención en salud según la edad y el sexo de los afiliados. Dado que el riesgo de enfermar y el uso de servicios de salud varía significativamente entre grupos etarios (por ejemplo, niños, adultos jóvenes, adultos mayores), esta prima ajusta el valor de la UPC para garantizar una financiación equitativa y suficiente del sistema de salud.

Referencia: Banco de la República. (2023). Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia (Reporte de Estabilidad Financiera No. 106). Recuperado de

<https://investiga.banrep.gov.co/es/espe/espe106>

Prima adicional por zona: Es un valor extra que se reconoce dentro de la UPC para compensar los mayores costos asociados a la prestación de servicios de salud en zonas geográficas con condiciones especiales. Estas zonas incluyen:

- Zona alejada
- Zona alejada Guainía
- Zona Grades Cuidades y conurbanas
- Zona especial de dispersión geográfica

Este ajuste busca garantizar la equidad en el financiamiento del sistema de salud, reconociendo que en estas regiones los costos de atención pueden ser más altos debido a factores como el transporte de pacientes, la escasez de infraestructura, y la dificultad para acceder a servicios médicos.



Referencia: Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). ¿Qué significa cada uno de los conceptos de UPC-S? (Pregunta frecuente, sección b y c). Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/upc_s.aspx

Prima adicional por EPS: Es un ajuste aplicado al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce a ciertas Entidades Promotoras de Salud (EPS) cuando presentan una concentración de riesgo etario superior al promedio del sistema o reconocer actividades diferenciales para pueblos indígenas.

Nueva EPS ha recibido históricamente una prima adicional del 4% por tener una alta proporción de afiliados mayores de 50 año.

En el caso de las EPS Indígenas (EPSI), se reconoce una prima diferencial que tiene en cuenta las características socioculturales, demográficas y epidemiológicas de las comunidades indígenas. Esta prima busca financiar actividades diferenciales en salud propias del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

La Asociación indígena del Cauca, como EPSI piloto en el desarrollo del SISPI, recibe una prima adicional del 12% sobre el valor base de la UPC. Este reconocimiento se fundamenta en acuerdos entre el Ministerio de Salud y el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), y en la necesidad de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud adaptados a las condiciones culturales y territoriales de la población indígena.

Referencia: Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Boletín de Prensa No. 4 de 2023 – “Un paso adelante en la igualdad: Aumenta en 16,23% la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado”.** Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-establece-montos-de-UPC-para-el-2023.aspx>

UPC nominal: Es el valor base que el Estado reconoce a las EPS por cada afiliado, calculado por régimen (contributivo o subsidiado), sin incluir ajustes por zona, edad o sexo y EPS. De acuerdo con lo establecido en las resoluciones 2364 de 2023 y 2717 de 2024, para el régimen contributivo, el valor nominal diario es de \$4.011,35 en 2024 y \$4.226,36 en 2025; y para el régimen subsidiado, es de \$3.489,10 en 2024 y \$3.676,12 en 2025.

Referencia: La UPC nominal se fija oficialmente cada año mediante acto administrativo (resolución) del Ministerio de Salud, estableciendo un valor anual (y su equivalente diario) para cada régimen. Elaboración propia basada en normativa y documentos técnicos del sistema de salud colombiano. La Resolución 2717 de 2024 establece el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2025 [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202717%20de%202024.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202717%20de%202024.pdf)



UPC reconocida: Es el valor de la Unidad de Pago por Capitación liquidada a las EPS, calculado con base en la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y los ponderadores definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que incluyen la UPC nominal y ajustes por zona geográfica, EPS, grupo etario y sexo.

Referencia: Elaboración propia basada en normativa y documentos técnicos del sistema de salud colombiano. La Resolución 2717 de 2024 establece el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2025
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202717%20de%202024.pdf