

Bogotá D.C.

Honorable Congresista  
**ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS**  
Presidente  
Cámara de Representantes  
**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**  
Carrera 7 No. 8-62  
Ciudad



**Asunto: Escenario de factibilidad – Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara).**

Respetado presidente:

De manera atenta a continuación se presenta un escenario de factibilidad del Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara, acumulado con los proyectos de Ley 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara y 344 de 2023 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud de Colombia y se dictan otras disposiciones". Este escenario consiste, por un lado, en la estimación de costos de la iniciativa legislativa y, por otro, en recomendaciones de ajuste al articulado propuesto. La estimación de costos y las recomendaciones contenidas en este documento corresponden a la ponencia para segundo debate del proyecto de ley, según texto publicado en la Gaceta del Congreso No. 565 de 2023.

## 1. Introducción

El objetivo del proyecto de ley, conforme a lo indicado en el artículo 1 es "transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud". Para esto propone, entre otros, la articulación del sistema alrededor del aseguramiento social<sup>1</sup>, con enfoque basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS constituyen la puerta de entrada al sistema, realizan atención en el primer nivel y ejercen referencia y contrarreferencia; se articulan, para efectos de la prestación de los servicios hospitalarios y ambulatorios especializados, con Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

Una de las dificultades inherentes a la cuantificación del proyecto de ley se refiere a la inclusión de una serie de elementos que, a pesar de hacer parte del articulado propuesto, podrían constituir gastos ineludibles para el sistema de salud, esto es, que corresponden a erogaciones que tendrían que hacerse con o sin reforma. Para efectos de la cuantificación presentada, los gastos que bajo la normatividad vigente son discrecionales y que se hacen obligatorios en virtud del proyecto de ley se consideran costos de la reforma. Si bien esto puede afectar el costo fiscal imputable a la reforma, en cualquier caso, la totalidad de gastos del sistema debe atenderse con cargo a las fuentes disponibles, en consecuencia, se presenta un escenario de sostenibilidad fiscal que considera los ingresos y gastos estimados del sistema de salud en su totalidad.

Así mismo, para efectos de comparación, se presenta el balance estimado del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en ausencia de la reforma.

<sup>1</sup> **Art. 2. Aseguramiento social en salud.** El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunidad de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros, en cuya operación confluyen de manera permanente, una gestión pública a través de la institucionalidad del Estado y una privada y mixta a través de las Gestoras de Salud y Vida.

Este documento está dividido en 6 secciones, siendo esta introducción la primera; en la segunda, se presentan los supuestos generales utilizados en la proyección de costos de la iniciativa legislativa; en la tercera, se presentan los costos estimados discriminados por concepto, detallando la forma de cálculo de cada uno de estos; la cuarta presenta el balance de ingresos y gastos estimados del sector en el mediano plazo, incluyendo la comparación con un escenario sin reforma; la quinta presenta sugerencias de ajuste al articulado propuesto; en la sexta, finalmente, se presentan las conclusiones del documento.

## 2. Supuestos utilizados en la proyección de costos

Para efectos de simplicidad, se supone que el gasto en servicios y tecnologías en salud puede dividirse en dos grupos: *i)* Atención Primaria en Salud - APS; y *ii)* mediana y alta complejidad. Conviene señalar que, en la actualidad, las bases de datos del Ministerio de Salud y Protección Social no permiten clasificar los servicios prestados por nivel de complejidad, debido a la dificultad de realizar la ordenación según el contexto y/o finalidad de cada situación.

Si bien no existe una definición taxativa de atención primaria en salud, se sigue la definición propuesta en el "*Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia*" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022<sup>2</sup>). Las atenciones incluidas se fundamentan en la garantía de la prestación de servicios contenidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS para promoción y mantenimiento y salud materno perinatal, en función del curso de vida y de las patologías que presenta la población, contenidas en la resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. En total, se clasifican un conjunto de 361 actividades (consultas, procedimientos, estudios, cirugías, imágenes, atención de partos, sesiones de educación, controles enfermería, toma de muestras, etc.). En adición, incluye atenciones integrales de baja complejidad y de media complejidad especializada básica ambulatoria. Por su parte, el gasto en mediana y alta complejidad se calcula como la diferencia entre los gastos totales en salud del sistema y el gasto en atención primaria en salud.

Se supone una siniestralidad de la Unidad de Pago por Capitación -UPC del 95%. Este supuesto es relevante por dos razones: *i)* permite determinar el valor de los servicios y tecnologías en salud que constituyen la línea base a partir de la cual se proyectan los gastos en atención primaria y de mediana y alta complejidad; *ii)* permite comparar el gasto administrativo actual, del orden del 5% de la UPC. Este supuesto es diferente a los gastos administrativos contemplados en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, del orden del 10% para el régimen contributivo y del 8% para el régimen subsidiado.

Se supone suficiencia en el valor de la UPC y de Presupuestos Máximos de 2023, una vez realizados los ajustes correspondientes. Todos los valores monetarios están expresados en precios constantes de 2023. Implícitamente se supone una variación de precios de los servicios y tecnologías en salud equivalente al IPC. Esto quiere decir que los cambios de los costos estimados entre vigencias se refieren a cambios en cantidades.

El crecimiento del Producto Interno Bruto – PIB corresponde a las proyecciones macroeconómicas del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al empleado en la elaboración del Marco Fiscal de Mediano Plazo 2024-2033 y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. Se supone una convergencia de crecimiento con el PIB potencial a partir de 2026.

Se supone un crecimiento del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente -SMLMV del orden del 1% real al año.

Las proyecciones demográficas, especialmente en lo relacionado con número de nacimientos, defunciones y composición etaria de la población es consistente con las proyecciones del

<sup>2</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-oferta-servicios-primarios-hospitales-publicos.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y, en particular, con la actualización post COVID-19.

### 3. Costos estimados de la iniciativa legislativa

La Tabla 1 presenta los costos estimados de manera conjunta entre los Ministerios de Salud y Protección Social -MSPS, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, el Departamento Nacional de Planeación -DNP y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Es pertinente señalar que los costos estimados deben entenderse como adicionales a los vigentes en cada uno de estos componentes y no necesariamente equivalentes al costo total de estos. Así mismo, este escenario no considera los ahorros proyectados frente a los gastos de mediana y alta complejidad derivados del nuevo modelo.

**Tabla 1. Costos estimados reforma a la salud. Ponencia segundo debate (\$ mm de 2023)**

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	1.415	3.272	5.842	7.011	7.096	7.293	7.316	7.254	7.407	7.572
Fortalecimiento Red pública	-	1.519	2.059	2.615	3.184	3.245	3.306	3.369	3.434	3.499
Infraestructura - CAPS	500	500	500	750	900	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Sistema de Información	121	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Becas	-	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Fortalecimiento institucional	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	-	50	50	50	50	50	50	50	50	50
<b>Gastos directos</b>	<b>2.136</b>	<b>5.709</b>	<b>8.852</b>	<b>10.719</b>	<b>11.523</b>	<b>11.880</b>	<b>11.965</b>	<b>11.966</b>	<b>12.183</b>	<b>12.414</b>
Infraestructura y equipamiento	507	1.204	1.000	-	-	-	-	-	-	-
Capitalización Nueva EPS	-	655	655	-	-	-	-	-	-	-
Saneamiento de hospitales	-	1.200	1.200	1.200	-	-	-	-	-	-
<b>Gastos indirectos</b>	<b>507</b>	<b>3.059</b>	<b>2.855</b>	<b>1.200</b>	-	-	-	-	-	-
Licencias de maternidad	-	781	790	803	816	829	841	854	867	880
Incentivos a la calidad	-	896	1.422	1.971	2.029	2.092	2.152	2.213	2.279	2.348
Unidades Zonales de Planeación	-	582	758	986	1.015	1.046	1.076	1.106	1.140	1.174
<b>Gastos incluidos en el trámite legislativo</b>	<b>-</b>	<b>2.259</b>	<b>2.971</b>	<b>3.760</b>	<b>3.860</b>	<b>3.966</b>	<b>4.069</b>	<b>4.173</b>	<b>4.286</b>	<b>4.401</b>
<b>Total Gastos</b>	<b>2.643</b>	<b>11.027</b>	<b>14.678</b>	<b>15.679</b>	<b>15.383</b>	<b>15.846</b>	<b>16.035</b>	<b>16.139</b>	<b>16.469</b>	<b>16.815</b>
<b>% PIB</b>	<b>0,16%</b>	<b>0,66%</b>	<b>0,85%</b>	<b>0,88%</b>	<b>0,83%</b>	<b>0,83%</b>	<b>0,81%</b>	<b>0,79%</b>	<b>0,78%</b>	<b>0,78%</b>

**Fuente:** Cálculos propios MHCP - reuniones técnicas ADRES, MSPS y DNP.

A continuación, se explica la forma de cálculo y los elementos incluidos en la estimación de costos del proyecto de reforma al sistema de salud. Los costos pueden dividirse en 3 categorías: *i*) gastos directos, que corresponden a la implementación de acciones del núcleo esencial de la reforma; *ii*) gastos indirectos que, a pesar de estar en el articulado propuesto, no son elementos esenciales de la reforma al sistema de salud; y *iii*) gastos incluidos en el trámite legislativo, que corresponden a los costos adicionales por modificaciones frente al texto radicado.

#### 3.1 Gastos directos

**Atención Primaria en Salud:** La cuantificación del componente de Atención Primaria en Salud – APS se basa en el “*Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). La modelación estima el costo teórico eficiente de la APS con base en la reorganización propuesta de los servicios ofrecidos, redefiniendo las

tipologías de los hospitales públicos. De manera particular, el costo adicional, en comparación con el actual, se calcula como los recursos requeridos, en términos de Talento Humano en Salud -THS, para llevar a cabo las prestaciones necesarias, según el perfil de demanda, que permitan, por un lado, atender la demanda por servicios y tecnologías actual y, por otro, dar cumplimiento de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS para promoción y mantenimiento y salud materno perinatal. El costo de APS estimado para el país, para la población de 2021, se estimaba en \$24,2 billones por año. La senda de implementación corresponde a la propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El costo estimado corresponde a la diferencia entre la senda de implementación progresiva propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social y la senda de atención primaria en ausencia de reforma, que se supone constante como proporción del PIB. La proyección de costos incluye la formalización del talento humano en salud de los prestadores públicos que funcionarían como Centros de Atención Primaria -CAPS.

**Fortalecimiento de la red pública:** El artículo 62 del proyecto dispone la creación de una cuenta de destinación específica denominada Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria<sup>3</sup>, que permite financiar el funcionamiento de las Instituciones de Salud del Estado –ISE, el saneamiento de las Empresas de Salud del Estado –ESE que se transformen en ISE, el fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, entre otros.

La estimación del costo adicional generado por la estrategia de fortalecimiento de la red pública hospitalaria de media y alta complejidad sigue la senda de aportes propuestos en la exposición de motivos del proyecto de ley radicado por el Gobierno nacional. Dado que se trata de una cuenta de destinación específica, en lugar de realizar una estimación de costo de cada uno de los usos, se supone que el ingreso es equivalente al gasto.

Si bien la progresividad en la senda de implementación sigue la propuesta del Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario que el articulado se ajuste para permitir discrecionalidad por parte del ejecutivo en la asignación de recursos para los fines dispuestos. En el ejercicio de estimación de costos, se supone que el primer año de ejecución de estos recursos corresponde a 2025, lo cual deberá reflejarse en el articulado.

**Infraestructura – CAPS:** De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, considerando que el país tiene alrededor de 16 mil sedes de baja complejidad, varias de las cuales ya funcionan como Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS, los recursos requeridos para la construcción de CAPS se estiman en \$500 mm por año.

Es pertinente señalar que, a la fecha, el plan maestro de infraestructura se encuentra en definición por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que las cifras son estimadas y deberán ajustarse una vez se definan las necesidades específicas de infraestructura pública para los CAPS, de conformidad con los recursos disponibles para cada vigencia.

**Sistema de información:** El título IV de la iniciativa legislativa trata sobre el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud -SPUIS (arts. 76 a 81), un sistema que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, datos abiertos para la gestión integral y la rendición de cuentas, que tendrá garantía de asignación presupuestal específica y que deberá, según lo dispone el articulado, entrar a operar en un período no mayor a un año.

---

<sup>3</sup> La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.



Dentro de las características del SPUIS establecidas de manera explícita por el articulado propuesto se destacan la garantía de acceso en línea, y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones de salud y económicas por parte de cada actor del sistema de salud según sean sus responsabilidades. Este ministerio no cuenta con los elementos que le permitan cuantificar el costo del sistema de información propuesto. La proyección de este costo corresponde a los estimativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Becas:** El artículo 105 del proyecto establece como parte de la política de formación y educación superior en salud, la creación, por parte del Gobierno, de becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública. Dado que la medida requiere un desarrollo reglamentario, no es posible conocer *ex ante* el costo de esta pues se desconocen las características particulares que se definan. En cualquier caso, existe discrecionalidad de definición del gasto por parte del ejecutivo por lo que dependerá de las disponibilidades presupuestales; según el Ministerio de Salud y Protección Social, el gasto anual se estima en \$120 mm. Este gasto se proyecta a partir de 2025.

**Fortalecimiento Institucional:** El proyecto de ley implica, tácita o expresamente, el fortalecimiento institucional de una serie de entidades: el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -Invima, la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES.

En lo relacionado con la SNS, el artículo 85 establece que, con el objetivo de fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control en el territorio, se crearán nuevas regionales de la SNS y se fortalecerá la capacidad técnica, administrativa y financiera de las existentes.

Frente al fortalecimiento institucional del Invima, el párrafo 2 del artículo 96 y el artículo 138 del proyecto establecen la obligación de diseñar e implementar el plan integral de fortalecimiento del Invima que le permita aumentar sus capacidades de talento humano, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos y fortalecimiento de ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público no cuenta con elementos que le permitan conocer *ex ante* el costo del fortalecimiento institucional en los términos planteados por la iniciativa legislativa, toda vez que depende de las características específicas de la reestructuración, sin embargo, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se requerirían recursos adicionales del orden de \$100mm por vigencia.

**Saneamiento de hospitales públicos:** El artículo 75 del proyecto establece que las acreencias que las EPS liquidadas han dejado en los hospitales públicos serán pagadas gradualmente con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

De acuerdo con la exposición de motivos del proyecto de ley, el valor total de las acreencias que las EPS liquidadas o en liquidación han dejado con los hospitales públicos, con corte a septiembre de 2022, asciende a \$1.960 mm. Si se toma el total de acreencias que las EPS tienen con las Empresas Sociales del Estado, incluyendo aquellas correspondientes a las EPS activas, con la misma fecha de corte, las acreencias ascienden a \$4.486 mm. Previendo la posibilidad de liquidaciones futuras, se incluye una provisión de \$3,6 billones. Este gasto se proyecta a partir de 2025.

Sin embargo, se recomienda revisar el mecanismo de financiación, toda vez que las vigencias futuras no son un instrumento de pago de pasivos, en consecuencia, se sugiere la eliminación del mecanismo de financiación propuesto. En su lugar, se recomienda que estos pasivos se saneen con cargo a las apropiaciones presupuestales del sector salud.

**Fondo para la atención de catástrofes y epidemias:** El artículo 63 del proyecto establece el manejo y destinaciones de los demás recursos del Fondo Único en Salud. De manera particular, el numeral 5. determina que los recursos se destinarán, entre otros, para la constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias. El proyecto de ley no brinda elementos suficientes para que esta cartera realice una cuantificación de la iniciativa. Su materialización dependerá de la reglamentación que se adelante y de las disponibilidades presupuestales. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se requerirían alrededor de \$50 mm por año de manera que, al cabo de una década, se cuente con una reserva de al menos \$500 mm. Este gasto se proyecta a partir de 2025.

### 3.2 Gastos indirectos

**Infraestructura y equipamiento:** El artículo 47 de la ponencia para segundo debate trata del Plan Nacional de Equipamiento en Salud, que se financiará con recursos específicos de ADRES. Para la estimación del costo, se considera el gasto en infraestructura y equipamiento contenido en la exposición de motivos del Proyecto de Ley radicado por el Gobierno Nacional. Para el primer año, el costo de implementación es de \$1.147 mm, sin embargo, \$640 mm se financiarían con recursos de inversión del sector, por lo que el costo con cargo a las apropiaciones de funcionamiento del PGN ascenderían a \$507 mm.

**Capitalización Nueva EPS:** El artículo 128 del proyecto faculta al presidente de la República para dictar las disposiciones y realizar las operaciones presupuestales que se requieran para capitalizar la Nueva EPS en el período de transición. De acuerdo con la exposición de motivos del proyecto radicado por el Gobierno nacional, la capitalización requerida se estima en \$2,4 billones, para recibir las personas afiliadas derivadas de la liquidación de las EPS en riesgo medio y alto. La proyección de costo corresponde al escenario moderado estimado por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que existe una contingencia de mayor gasto por este concepto, en caso de que se materialice el escenario ácido, que podría ascender a \$3,3 billones.

Es importante señalar que, de la capitalización propuesta, el mayor porcentaje corresponde al monto requerido para cubrir la mayor siniestralidad de las personas trasladadas, tal y como se evidencia en la tabla 2. Es importante señalar que el cálculo fue realizado por la Superintendencia Nacional de Salud, tal y como se evidencia en la exposición de motivos de la iniciativa y corresponde al "(...) efecto temporal sobre la estructura de costos de las EPS receptoras, en términos de siniestralidad, con una duración aproximada de tres (3) meses antes de volver a su tendencia de siniestralidad. Este impacto trimestral muestra un efecto rebote en el segundo mes, lo que llevaría a una duración de hasta seis (6) meses antes de volver a dicha tasa, reconociendo el hecho que las EPS receptoras deben ampliar su red de atención para garantizar los servicios de salud" (Anexo 3 "La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos" del documento de Exposición de Motivos, publicado en <https://petro.presidencia.gov.co/Documents/230213-Reforma-salud.pdf>).

**Tabla 2. Escenarios de capitalización Nuevas EPS**

	Capitalización	Siniestralidad	Total
Escenario Moderado	948	1.310	2.258
Escenario Ácido	948	4.724	5.672

**Fuente:** Superintendencia Nacional de Salud. Tomado de la exposición de motivos del PL 339 de 2023.

En lo relacionado con el costo de la medida, se incluye únicamente la compensación por mayor siniestralidad distribuida entre las vigencias 2025 y 2026. Se recomienda que, durante la transición, se modifique la exigencia de requisitos patrimoniales a las EPS, especialmente en lo relacionado con la nueva población que reciban. Estos requisitos se fundamentan en el

funcionamiento de las EPS como aseguradoras, sin embargo, una eventual transformación hacia Gestoras de Salud y Vida, en donde no administran el riesgo financiero, genera que los requerimientos patrimoniales deban ser revisados por parte del regulador.

### 3.3 Gastos incluidos en el trámite legislativo

**Licencias de maternidad universales:** El artículo 71 del proyecto establece que toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad, especificando que aquellas mujeres que no son aportantes económicas del sistema de salud tendrán derecho a un subsidio monetario equivalente a medio Salario Mínimo Legal Mensual Vigente durante los 3 meses siguientes al parto, siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales respectivos durante el embarazo. Se proyecta que los hijos de madres cotizantes se mantienen constantes como proporción de los nacimientos totales. Este costo crece en el tiempo producto de los nuevos nacimientos, consistente con las proyecciones de población estimadas por el DANE, y un supuesto de incremento anual del salario mínimo equivalente a 1% real.

El costo para el primer año se estima en \$391 mm, equivalente al 50% del valor estimado para la vigencia, debido a que no se espera que la Ley entre a operar el 1 de enero de 2024, por lo que se requiere una senda progresiva de implementación, especialmente considerando que su pago exige la asistencia a los controles prenatales respectivos.

**Incentivos a la calidad:** El artículo 13 del proyecto establece, en su numeral 4, un sistema de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios en la red. Estos incentivos se asignarán entre prestadores, CAPS y Gestoras de Salud y Vida y no será superior al 3% del total de recursos asignados a los prestadores. Así mismo, el artículo 53 establece que las Gestoras de Salud y Vida, además del 5% del valor per cápita de la población adscrita, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados. El costo estimado corresponde al 2% del valor total de prestaciones de salud del sistema, suponiendo que alrededor de dos terceras partes de los actores del sistema logran acceder a los incentivos de calidad. Este gasto se proyecta a partir de 2025 y sigue una senda de implementación progresiva consistente con las proyecciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se advierte que podría existir una contingencia de un mayor gasto por este concepto, del orden de \$1 billón por año, en caso de que la totalidad de actores del sistema logren alcanzar los incentivos propuestos o que se pretenda repartir el monto máximo de los incentivos (3% del total de recursos) entre los actores que logren los estándares de calidad que se determinen.

**Unidades Zonales de Planeación – UPZ:** De acuerdo con el artículo 73 del proyecto, para financiar las unidades de planeación y evaluación en salud, se destinará hasta el 1% del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población en cada entidad territorial y se calcula como el 1% del gasto total en salud. Este gasto se proyecta a partir de 2025 y sigue una senda de implementación progresiva consistente con las proyecciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

## 4. Balance de ingresos y gastos del sector salud

### Ingresos estimados del sector

La proyección de ingresos del sector permite establecer los recursos disponibles para los próximos 10 años en función de las principales fuentes de ingreso. Es importante mencionar que los supuestos utilizados se encuentran alineados con los incluidos en el Proyecto de Presupuesto General de la Nación 2024, Marco de Gasto de Mediano Plazo -MGMP y Marco Fiscal de Mediano Plazo -MFMP. La tabla 3 presenta los ingresos estimados para el sector salud para el período 2024-2033.

**Tabla 3. Ingresos estimados sector salud, 2024 – 2033 (\$ mm de 2023)**

Fuentes	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones + REX + adic.	29.947	30.410	31.334	32.349	33.397	34.479	35.596	36.750	37.940	39.170	40.439
SGP (100%)	12.822	15.506	17.873	20.999	23.333	24.515	25.148	25.739	26.461	27.308	28.181
Aporte Nación	30.569	35.339	40.154	43.254	46.403	47.906	49.458	51.061	52.715	54.423	56.186
Otras fuentes	7.875	7.716	7.901	8.094	8.278	8.469	8.663	8.865	9.072	9.284	9.501
<b>Total</b>	<b>81.213</b>	<b>88.971</b>	<b>97.263</b>	<b>104.695</b>	<b>111.411</b>	<b>115.370</b>	<b>118.865</b>	<b>122.414</b>	<b>126.189</b>	<b>130.185</b>	<b>134.307</b>
% PIB	5,1%	5,5%	5,8%	6,0%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%

**Fuente:** Cálculos propios MHCP.

Las cotizaciones comprenden tanto los aportes patronales del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, como el aporte de solidaridad (1,5%) de los regímenes de excepción y especiales, los aportes adicionales en salud y la contribución solidaria. Se supone que, durante la próxima década, el recaudo por cotizaciones se mantiene constante como porcentaje del PIB. El crecimiento del Sistema General de Participaciones –SGP para el sector salud es calculado tal y como lo dispone el artículo 357 de la Constitución Política<sup>4</sup> y es consistente con la senda proyectada de ingresos de la Nación.

Con relación al aporte de la Nación, este considera los recursos del Impuesto a la renta, el IVA Social y el esfuerzo de la Nación, y es consistente con el cupo del sector contenido en el MGMP. A partir de 2027, año en que se espera la convergencia del crecimiento del PIB con el potencial, se espera que el aporte Nación se mantenga constante como proporción del PIB. Por su parte, el rubro de otros ingresos, que incluye rentas cedidas, Coljuegos, SOAT-FONSAT, Cajas de Compensación Familiar, recursos de capital, sanciones e intereses, así como los programas del Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Residencias Médicas –SNRM, se proyectan con base en su tendencia histórica.

Frente al peso relativo de los ingresos del sector, durante la próxima década se espera que la participación del aporte Nación dentro de los ingresos totales se incremente en 4,2 puntos porcentuales (del 37,6% de los recursos totales al 41,8%), mientras que la participación del SGP pase del 15,8% al 21%. Por su parte, se proyecta una disminución de la participación de las cotizaciones, que pasarían de 36,9% a 30,1%, y de otras fuentes, que disminuirían en 2pp, al pasar de 9,7% a 7,1%.

### Gastos estimados del sector

Con el propósito de tener un panorama general de la sostenibilidad financiera del sector salud, se modeló el comportamiento del total de gastos del sector, de forma tal que no se consideran únicamente los gastos imputables a la reforma, sino que se contempla un escenario de gasto total para, de esta manera, estudiar su compatibilidad con el MFMP. La Tabla 4 muestra los gastos estimados para el sector salud, para la próxima década.

La estimación de gastos de Atención Primaria en Salud se basa en el “*Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios*”. La modelación estima el costo teórico eficiente de la APS con base en la reorganización propuesta de los servicios ofrecidos. La senda de gasto corresponde a la senda de implementación progresiva propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por su parte, las proyecciones financieras del gasto en servicios de mediana y alta complejidad se sustentan en dos supuestos: i) un componente demográfico, que considera tanto el crecimiento de la población como el cambio en la composición etaria de la población; y ii) un crecimiento de la UPC, en función del cambio de frecuencias de uso y la innovación tecnológica.

El componente demográfico supone que el costo relativo por grupo etario se mantiene constante en el tiempo y es consistente con las proyecciones de población estimadas por el Departamento

<sup>4</sup> Art. 357 C.P. “(...) promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación durante los cuatro (4) años anteriores, incluido el correspondiente al aforo del presupuesto en ejecución”.



Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Las proyecciones de UPC de mediana y alta complejidad parten del valor estimado para 2024 y suponen que, durante 2025 y 2026, el crecimiento de la UPC es equivalente en frecuencias al crecimiento poblacional, sumado a un componente de innovación tecnológica de 1,5% anual. Se supone que a partir de 2027 el crecimiento de la UPC, en términos reales, sería del orden de 1,5% por año. En el componente de mediana y alta complejidad se incluye el gasto por reclamaciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT correspondiente a vehículos no asegurados y no identificados, que se supone constante como proporción del PIB.

**Tabla 4. Gastos y balance del sector salud con reforma para el período 2024-2033**  
(\$ mm de 2023)

Concepto	2023*	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	15.660	17.512	19.946	23.119	24.836	25.486	26.265	26.890	27.450	28.243	29.070
Mediana y alta complejidad	62.740	65.341	67.906	69.996	72.135	74.320	76.561	78.870	81.245	83.677	86.165
Prestaciones económicas	2.400	2.461	2.560	2.669	2.782	2.900	3.023	3.151	3.285	3.424	3.569
Fortalecimiento Red pública	385	465	1.928	2.542	3.126	3.710	3.788	3.863	3.938	4.020	4.104
Otros	1.026	1.040	1.055	1.072	1.087	1.103	1.120	1.136	1.153	1.171	1.188
Infraestructura - CAPS	-	500	500	500	750	900	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Sistema de información	-	121	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Becas	-	-	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Fortalecimiento institucional	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	-	-	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Migrantes irregulares	300	303	305	307	309	311	313	314	316	317	319
SOAT - Rangos diferenciales	450	457	471	486	502	518	535	552	570	589	608
Pasivos pendientes	-	1.894	600	-	-	-	-	-	-	-	-
SGP - E.T.	1.282	1.551	1.787	2.100	2.333	2.452	2.515	2.574	2.646	2.731	2.818
<b>Gastos directos</b>	<b>84.243</b>	<b>91.744</b>	<b>97.477</b>	<b>103.242</b>	<b>108.203</b>	<b>112.043</b>	<b>115.462</b>	<b>118.694</b>	<b>121.946</b>	<b>125.514</b>	<b>129.184</b>
Infraestructura y equipamiento	-	507	1.204	1.000	-	-	-	-	-	-	-
Capitalización Nueva EPS	-	-	655	655	-	-	-	-	-	-	-
Saneamiento de hospitales	-	-	1.200	1.200	1.200	-	-	-	-	-	-
<b>Gastos indirectos</b>	<b>-</b>	<b>507</b>	<b>3.059</b>	<b>2.855</b>	<b>1.200</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Licencias de maternidad	-	-	781	790	803	816	829	841	854	867	880
Incentivos a la calidad	-	-	896	1.422	1.939	1.996	2.057	2.115	2.174	2.238	2.305
Unidades Zonales de Planeación	-	-	582	758	970	998	1.028	1.058	1.087	1.119	1.152
<b>Gastos trámite legislativo</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2.259</b>	<b>2.971</b>	<b>3.712</b>	<b>3.810</b>	<b>3.913</b>	<b>4.014</b>	<b>4.115</b>	<b>4.224</b>	<b>4.337</b>
<b>Total gastos</b>	<b>84.243</b>	<b>92.251</b>	<b>102.795</b>	<b>109.068</b>	<b>113.116</b>	<b>115.853</b>	<b>119.376</b>	<b>122.708</b>	<b>126.061</b>	<b>129.739</b>	<b>133.521</b>
% PIB	5,2%	5,7%	6,1%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%
<b>Total fuentes</b>	<b>81.213</b>	<b>88.971</b>	<b>97.263</b>	<b>104.695</b>	<b>111.411</b>	<b>115.370</b>	<b>118.865</b>	<b>122.414</b>	<b>126.189</b>	<b>130.185</b>	<b>134.307</b>
% PIB	5,1%	5,5%	5,8%	6,0%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%
<b>Balance</b>	<b>- 3.030</b>	<b>- 3.280</b>	<b>- 5.532</b>	<b>- 4.373</b>	<b>- 1.704</b>	<b>- 483</b>	<b>- 510</b>	<b>- 293</b>	<b>128</b>	<b>446</b>	<b>786</b>
% PIB 2023	-0,19%	-0,20%	-0,33%	-0,25%	-0,10%	-0,03%	-0,03%	-0,01%	0,01%	0,02%	0,04%

Fuente: Cálculos propios MHCP - reuniones técnicas ADRES, MSPS y DNP.

Por otra parte, el rubro denominado “otros” se compone de los programas que en la actualidad desarrolla el Ministerio de Salud y Protección Social (programas de inversión misionales y Sistema Nacional de Residencias Médicas). El rubro de SGP – ET corresponde al gasto de las entidades territoriales por concepto de salud pública (10% del SGP salud). Así mismo, se incluye el componente de prestaciones económicas que corresponde a las licencias de maternidad y paternidad y a las incapacidades por enfermedad general que reconoce el sistema de salud.

Finalmente, es necesario considerar otros gastos que, aunque no hacen parte de los contenidos en la reforma, deben ser atendidos con cargo a recursos del sistema de salud. En particular, se destacan los pasivos estimados en la ADRES al finalizar la vigencia 2023, excluyendo aquellos que pueden ser atendidos a través de los mecanismos previstos en el artículo 153 de la Ley 2294 de 2023, los servicios de urgencia prestados a migrantes irregulares, así como el pago de los siniestros en el tramo entre 300 SMLMV y 800 SMLMV de los vehículos que hacen parte de los rangos diferenciales por riesgo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT.

### Balance de ingresos y gastos en ausencia de reforma

#### Ingresos en ausencia de reforma

Los ingresos estimados pueden verse en la Tabla 3 de este documento. En ausencia de la reforma, los recursos de SGP oferta (3% del SGP del sector salud) no ingresarían a la ADRES. Es pertinente señalar que, en ambos escenarios, se incluye la totalidad de SGP Salud y se incluye en el gasto un rubro que señala explícitamente el porcentaje de estos recursos ejecutados por las entidades territoriales.

#### Gastos en ausencia de reforma

Frente al gasto en ausencia de la reforma, la Tabla 5 presenta las estimaciones de gasto total realizadas por este ministerio. Las diferencias pueden agruparse en 2 grupos: *i)* los nuevos gastos que tendrían que hacerse en virtud de la reforma y que no se harían en ausencia de esta; y *ii)* cambios en la senda de gasto en salud, tanto de Atención Primaria en Salud como de mediana y alta complejidad.

**Tabla 5. Gastos y balance del sector salud sin reforma, 2024-2033 (\$ mm de 2023)**

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	16.497	17.315	18.128	18.952	19.790	20.651	21.541	22.461	23.405	24.372
Mediana y alta complejidad	65.927	69.042	72.126	75.242	78.405	81.642	84.983	88.427	91.952	95.554
Prestaciones económicas	2.461	2.560	2.669	2.782	2.900	3.023	3.151	3.285	3.424	3.569
Otros sin SGP salud pública	1.040	1.056	1.072	1.087	1.104	1.120	1.136	1.154	1.170	1.188
Sistema de información	121	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Fortalecimiento institucional	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Migrantes irregulares	303	305	307	309	311	313	314	316	317	319
SOAT - Rangos diferenciales	457	471	486	502	518	535	552	570	589	608
Pasivos pendientes	1.894	600	-	-	-	-	-	-	-	-
SGP - E.T.	2.016	2.324	2.730	3.033	3.187	3.269	3.346	3.440	3.550	3.663
<b>Gastos directos</b>	<b>90.815</b>	<b>93.920</b>	<b>97.800</b>	<b>102.080</b>	<b>106.388</b>	<b>110.725</b>	<b>115.197</b>	<b>119.825</b>	<b>124.580</b>	<b>129.446</b>
Infraestructura y equipamiento	507	1204	1000	250	250	250	250	250	250	250
Capitalización Nueva EPS	-	655	655	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gastos indirectos</b>	<b>507</b>	<b>1.859</b>	<b>1.655</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>
<b>Total gastos</b>	<b>91.322</b>	<b>95.779</b>	<b>99.455</b>	<b>102.330</b>	<b>106.638</b>	<b>110.975</b>	<b>115.447</b>	<b>120.075</b>	<b>124.830</b>	<b>129.696</b>
<b>% PIB</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,7%</b>	<b>5,7%</b>	<b>5,7%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,9%</b>	<b>6,0%</b>

Total fuentes	88.971	97.263	104.695	111.411	115.370	118.865	122.414	126.189	130.185	134.307
% PIB	5,5%	5,8%	6,0%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%
Balance	- 2.351	1.483	5.241	9.082	8.732	7.890	6.967	6.114	5.355	4.611
% PIB 2023	-0,14%	0,09%	0,30%	0,51%	0,47%	0,41%	0,35%	0,30%	0,25%	0,21%

Fuente: Cálculos propios MHCP.

Se supone que, en ausencia de reforma, el crecimiento real de la UPC<sup>5</sup> para la próxima década será, en promedio, de 2,75% al año. Este crecimiento corresponde, en su componente de frecuencias, a dos veces el crecimiento de la población y, en el componente de innovación tecnológica, al 1,5% anual. Aunque esta tasa es consistente con la observada en la última década, la fórmula busca compensar el efecto de la disminución en el crecimiento de la población. La liquidación del gasto en salud para cada vigencia depende tanto de este factor como del crecimiento y envejecimiento de la población, lo cual es consistente con las proyecciones de población del DANE.

Siguiendo las categorías incluidas en la Tabla 1 de este documento, se considera que la mayoría de los gastos directos y los gastos incluidos en el trámite legislativo son exclusivos de la reforma propuesta. Sin embargo, en el escenario sin reforma se incluye también el fortalecimiento institucional y el desarrollo de un sistema de información, en consideración a que estos elementos se encuentran en las bases del Plan Nacional de Desarrollo. De los gastos indirectos, el escenario sin reforma considera los gastos en infraestructura y equipamiento para el cuatrienio y los gastos de capitalización de Nueva EPS relacionados con la compensación por siniestralidad. El saneamiento de pasivos, por ser facultativo y no obligatorio, no se incluye en este escenario.

Es pertinente señalar que la comparación de un escenario con reforma y sin reforma permite hacer una evaluación diferente de su costo, no medida en términos de sus componentes individuales - como se presentó en la Tabla 1-, que no incluye los ahorros en mediana y alta complejidad, sino como el total de gasto del Sistema en ambos escenarios.

Finalmente, la Tabla 6 presenta la comparación del balance con reforma y sin reforma. Así las cosas, en un escenario con reforma el costo adicional, en la próxima década, oscilará entre 0,6% y 0,1% del PIB.

**Tabla 6. Balance con y sin reforma como % del PIB, periodo 2024-2033**

Balances	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Balance con reforma	-3.280	-5.532	-4.373	-1.704	-483	-510	-293	128	446	786
Balance sin reforma	-2.351	1.483	5.241	9.082	8.732	7.890	6.967	6.114	5.355	4.611
Impacto reforma (\$mm)	929	7.016	9.613	10.786	9.215	8.400	7.261	5.986	4.908	3.825
Impacto reforma (% PIB)	0,06%	0,42%	0,55%	0,60%	0,50%	0,44%	0,37%	0,29%	0,23%	0,18%

Fuente: Cálculos propios MHCP.

## 5. Sugerencias de ajuste al articulado propuesto

A continuación, se presentan algunas sugerencias de ajuste al articulado que se encuentra en discusión el Congreso de la República, reiterando que estas se presentan sobre el texto de ponencia para segundo debate. Estas sugerencias son de 2 tipos: i) inclusión de nuevos artículos; ii) modificación de apartes específicos de artículos propuestos en el proyecto.

**Inflexibilidades de gasto:** La creación de cuentas de destinación específica (la Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud de que trata el artículo 61 y la Cuenta de

<sup>5</sup> Para efectos de simplificación, el crecimiento estimado de la UPC incluye el crecimiento de Presupuestos Máximos.



Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria establecida en el artículo 62) genera inflexibilidades presupuestales que podrían limitar la capacidad de ajuste del gasto en función de las necesidades identificadas, así como crear incertidumbre sobre la dimensión cierta de la fuente de financiación.

En consecuencia, se recomienda que las fuentes de que tratan los artículos 61 y 62 integren el Fondo Único en Salud, de manera que hagan unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales se manejarán en contabilidad separada, y, para garantizar que el gasto realizado a través de la Cuenta de Atención Primaria y de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria no disminuya en el tiempo, se añada una disposición que establezca que los recursos asignados a estas cuentas no podrán ser inferiores al valor asignado en la vigencia anterior actualizado con el índice de precios al consumidor – IPC.

**Gestión en procesos liquidatorios por parte de CISA:** El artículo 125 trata del régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud; el numeral 9 trata de la Central de Inversiones S.A – CISA, que podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios de las EPS.

Por su parte, el numeral 10 de dicho artículo establece que la Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor las instituciones prestadoras de salud y CISA podrá aplicar sus políticas de normalización sobre esta clase de activos. Una vez adelante el recaudo de esta cartera, CISA deberá girar el producto del recaudo al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, descontada su comisión por la gestión de cobranza.

El alcance de este artículo no resulta claro, especialmente en lo relacionado con el monto de recursos que debe disponer la nación para adelantar la cesión de créditos a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud. Si se consideran únicamente para las EPS liquidadas o que en la actualidad están en liquidación, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el monto de los valores adeudados a las IPS, excluyendo la cartera de las EPS con procesos liquidatorios finiquitados del período 2003-2015, es del orden de \$7,1 billones. Por su parte, si se consideran únicamente las EPS activas en riesgo medio y alto, el valor de los pasivos ascendería a \$4,8 billones, mientras que los pasivos de las EPS activas en riesgo bajo son del orden de \$11,3 billones. Así las cosas, si se considera la posibilidad de que la Nación tenga que disponer de los recursos por el valor total de las cuentas por pagar, el monto estimado sería del orden de \$23,1 billones. Es importante señalar que, al margen del monto que pueda ser recuperado, estos recursos generan presión fiscal para la Nación.

Por ello, se sugiere al Congreso de la República valorar la posibilidad de eliminar en lo pertinente las referencias relativas a la disposición de recursos por parte de la Nación o aclarar su contenido, con las precisiones aquí mencionadas.

**Créditos blandos y tasas compensadas:** El artículo 142 dispone que a las IPS a quienes se les adeuden obligaciones por parte de las EPS liquidadas o en proceso de liquidación se les concederán créditos blandos con períodos de gracia de hasta 10 años y tasas compensadas que les permita el saneamiento de sus finanzas.

Se solicita al Congreso de la República aclarar el alcance del artículo. En particular, no es claro si la intención es facultar legalmente la realización de programas de créditos blandos y de tasas compensadas, donde tanto el capital como los riesgos inherentes a los préstamos son asumidos por las entidades financieras públicas, privadas o mixtas que así lo consideren pertinente, o si incluye la garantía del crédito por parte de la Nación. En el primer caso, la medida puede enmarcarse en los programas de crédito vigente. En el segundo, requeriría recursos tanto para la compensación de tasas como disponer los recursos para garantizar los créditos.



Se sugiere valorar si una mejor redacción de este artículo aclarando su alcance y determinándolo en forma facultativa en función de la disponibilidad de recursos, que únicamente comprenda la compensación de tasas por parte de la Nación, resulta posible, en el marco de los principios del Estatuto Orgánico del Presupuesto. Así mismo, se sugiere que el período de gracia sobre los créditos este sujeto a reglamentación y no contenido en la Ley.

**Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud:** El artículo 95 trata sobre la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, que deberá ser formulada cada 10 años por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo, el artículo dispone que el Ministerio de Salud definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes del Fondo Único Público para la Salud, los cuales serán transferidos al Fondo de Investigación en Salud (FIS).

Se sugiere evaluar la pertinencia de la fuente mencionada y de ser posible su reconsideración, toda vez que el Fondo Público Único recoge las fuentes para el sistema de salud, pero se estima que no cuenta con los recursos suficientes para financiar la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.

**Servicios Sociales Complementarios:** El artículo 67 define los Servicios Sociales Complementarios como aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud en sitios diferentes de donde reside y su condición socioeconómica le impide proporcionárselos por sí misma, entre otros, servicios de transporte y hospedaje, acompañantes y cuidados crónicos de enfermería en casa. De acuerdo con el articulado, el Gobierno nacional determinará la forma en que se asumen los servicios sociales, su fuente de financiación y la cobertura poblacional y geográfica de estos servicios.

Dado que los parámetros que permitan una estimación del costo que podría generar la ampliación de los servicios complementarios dependen de una reglamentación por parte del Gobierno nacional, no es posible determinar *ex ante* el costo fiscal que podría generar dicha ampliación. Para efectos de la cuantificación realizada, se asume que el acceso a estos servicios sigue la tendencia histórica y no se incrementa en el tiempo.

Sin embargo, es preciso señalar que en el informe de la comisión accidental se aprobó un párrafo para este artículo que propone que, para los pacientes que, por condiciones de salud son trasladados y/o remitidos fuera de su lugar de residencia y que fallecen debido a su situación de salud, el Gobierno nacional determinará la forma en que serán asumidos los servicios de transporte para el traslado del cadáver, responsable y fuente de financiación. Dado que los parámetros se definen con posterioridad, no es posible contar con cálculos sobre el posible costo de esta iniciativa.

En cualquier caso, resulta adecuado precisar que corresponde al legislativo determinar la fuente de financiación para los servicios sociales.

**Saneamiento de hospitales públicos:** Como se mencionó con anterioridad, el artículo 75 establece que las acreencias que las EPS liquidadas han dejado en los hospitales públicos serán pagadas gradualmente con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, sin embargo, las vigencias futuras no son un instrumento de saneamiento de pasivos, así las cosas, se recomienda la eliminación de este mecanismo de financiación del articulado propuesto. En su lugar, se sugiere evaluar la posibilidad de que estos pasivos se saneen con cargo a las apropiaciones presupuestales del sector salud.

**Administración de riesgo financiero:** Además de los mecanismos propuestos en el proyecto de ley, entre los que se incluyen el fortalecimiento del mecanismo de compra centralizada, establecimiento de un régimen de tarifas y formas de pago fijados por el Gobierno nacional y la asignación de incentivos, se sugiere evaluar si resulta más adecuado y claro establecer explícitamente la institucionalidad que administrará el riesgo financiero en los servicios y

tecnologías de mediana y alta complejidad y los mecanismos para hacerlo. A manera de ejemplo, se sugiere considerar un artículo con elementos como los que se indican a continuación:

**Administración de riesgo financiero.** *la ADRES administrará el riesgo financiero en mediana y alta complejidad a través del monitoreo en tiempo real de los servicios y tecnologías prestados en el sistema y modificará las tarifas para modular la oferta y la demanda, garantizando que el valor de las prestaciones no exceda la apropiación presupuestal de la respectiva vigencia en la región correspondiente.*

**Retos para la implementación:** A juicio de esta cartera, el funcionamiento del Sistema de Salud requiere, por un lado, de la implementación del Sistema Único Público Interoperable en Salud - SPUIS y, por otro, del establecimiento del régimen de tarifas y formas de pago. Para la adecuada gestión del riesgo financiero, ambos elementos deben estar implementados de manera previa a la transformación de la EPS en Gestoras de Salud y Vida, pues, a partir de ese momento, esas últimas dejarán de administrar el riesgo financiero.

Se sugiere evaluar la posibilidad de incluir disposiciones relativas al funcionamiento del Sistema en caso de que la transformación de la EPS en Gestoras se realice antes de que estén implementados tanto el manual tarifario como el SPUIS.

## 6. Conclusiones y recomendaciones

Este documento presenta dos formas de estimar el costo de la reforma al Sistema de Salud. El primero, contenido en la Tabla 1, estima el costo adicional que debe asumir la Nación para financiar cada uno de los componentes de gasto que hacen parte del articulado propuesto. Bajo esta metodología el costo fiscal se estima entre 0,16% y 0,88% del PIB, por año, durante la próxima década. La limitación principal de esta cuantificación es que no muestra los ahorros estimados, sobre todo en servicios de mediana y alta complejidad, por lo que, en general, sobreestima el costo de la reforma.

Para solucionar esta limitación, se presentan sendas de gasto a mediano plazo con y sin reforma. Bajo esta perspectiva, el costo de la reforma puede definirse como la diferencia entre ambas sendas de gasto. En este escenario, el costo anual de la reforma tiene un costo máximo del 0,60% del PIB en 2027 y disminuye a 0,18% del PIB en 2033.

Bajo las cuantificaciones presentadas, el escenario de mediano plazo muestra que el costo del Sistema de Salud en un escenario con reforma implica mayores gastos que si la reforma no se implementa. Como se mencionó con anterioridad, el éxito de la reforma no debe medirse únicamente en términos financieros sino, sobre todo, en términos del estado de salud de la población. Así mismo, el escenario con reforma permite avanzar en otros frentes, como la formalización del talento humano en salud, la construcción y recuperación de la infraestructura pública hospitalaria y la creación de licencias de maternidad universales.

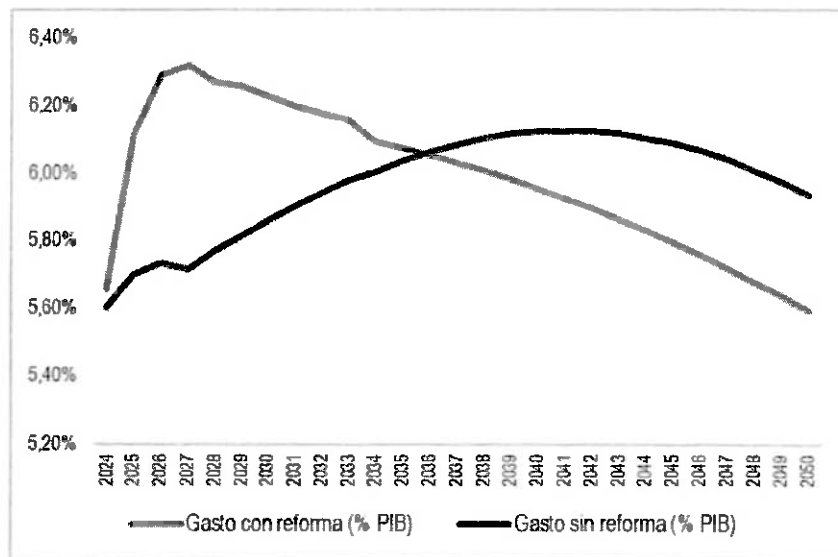
Intuitivamente, la razón por la cual el escenario con reforma supone un gasto mayor que sin reforma se debe a que, aunque los costos de la reforma son inmediatos, los beneficios financieros, en términos de la disminución esperada de los gastos de mediana y alta complejidad, son de más largo plazo. Así, en un horizonte de tiempo suficientemente largo, el escenario con reforma no solo se traduce en un mayor estado de salud de la población sino también en menores costos para el sistema.

La modelación de largo plazo requiere de los siguientes supuestos adicionales: *i)* las proyecciones de crecimiento y envejecimiento de la población corresponden a la actualización post COVID-19 realizada por el DANE; *ii)* a partir de 2034, el gasto en atención primaria en salud se mantiene constante como proporción del gasto en salud; y, *iii)* el crecimiento en gastos de mediana y alta complejidad sigue los supuestos explicados con anterioridad para cada uno de los escenarios.

Continuación oficio

por el DANE; ii) a partir de 2034, el gasto en atención primaria en salud se mantiene constante como proporción del gasto en salud; y, iii) el crecimiento en gastos de mediana y alta complejidad sigue los supuestos explicados con anterioridad para cada uno de los escenarios.

**Gráfica 1. Gasto en salud con y sin reforma como % PIB, periodo 2024-2050**



Fuente: Cálculos propios MHCP.

La gráfica 1 compara el gasto en salud hasta 2050 en un escenario con y sin reforma. Como se observa, aunque durante los primeros años el gasto del escenario con reforma es superior, esta situación se invierte a partir de la vigencia 2036. Por construcción, el escenario sin reforma considera una UPC cuyas frecuencias de uso crecen en función de la población. La disminución del crecimiento poblacional genera el efecto observado de reducir la pendiente del incremento estimado en los servicios de mediana y alta complejidad.

Por lo expuesto, esta Cartera Ministerial respetuosamente solicita se tengan en cuenta los anteriores comentarios, reiterando la voluntad de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales vigentes.

Cordialmente,

**MARÍA FERNANDA VALDÉS VALENCIA**

Viceministra Técnica

DGRESS

Elaboró DGRESS: Jorge Eduardo Martínez Pinedo, Paul Ricardo Díaz Trillos

Aprobó DGRESS: Flor Esther Salazar Guatibonza

Revisó OAJ: María Isabel Cruz Montilla

Vo. Bo. VT: Julián Niño, David Herrera – No. Interno VT: 367.

**Con Copia:** Dr. Jaime Luis Lacouture Peñaloza, Secretaria General de la Cámara de Representantes.

Firmado digitalmente por: MARIA FERNANDA

ObHl bp+5 YFEj DcUY jQOA 9zpn jh8= Validar documento firmado digitalmente en: <http://sedeelectronica.minhacienda.gov.co>

