

Reforma a la Salud y su impacto en las cuentas fiscales del país

Proyectos de Ley No. 135 y 312 de 2024 Cámara (acumulados)

Una reforma al sistema de salud es mucho más que un cambio de modelo operativo. Es el cambio del mayor sistema orgánico de nuestro país. Se trata del único sistema que atiende a la totalidad de la población colombiana, en nada más ni nada menos que la atención de su salud, el cuidado de su vida. Por esta razón es literalmente de vital importancia comprender cuáles son las propuestas hechas, cuáles son los cambios que se pretende hacer, cuál será el impacto sobre los ciudadanos colombianos y su atención en salud, y la capacidad operativa y financiera del estado para poder asumir las responsabilidades que están siendo propuestas.

Hemos insistido, al igual que muchos otros agentes y analistas en la necesidad de poder entender exactamente cuáles serán las implicaciones económicas, las fuentes de recursos, los presupuestos hechos, la capacidad del estado, y las posibles consecuencias en caso de que hubiera recursos insuficientes para el cumplimiento de lo previsto en el texto del proyecto de ley. Un ejercicio de esta naturaleza requiere de un detallado estudio de uno a uno los rubros del sistema de salud, los recursos disponibles hoy en día, los recursos futuros, los compromisos de inversión hechos, el monto del gasto, la evaluación de la suficiencia de esos rubros *vis a vis* las necesidades del sistema para poder atender a los ciudadanos, las previsiones futuras de nuevas necesidades, el estudio de la población y su caracterización, las capacidades del estado colombiano desde el punto de vista financiero y fiscal, entre muchos otros temas.

Por esta razón en múltiples ocasiones hemos pedido al gobierno nacional que publique su evaluación en este sentido, no sólo para que conozca exactamente cuáles son las consecuencias de las decisiones que está tomando, sino para que le brinde información suficiente al congreso de la república sobre la dimensión de la responsabilidad a la cual se le está llevando en cada una de las decisiones derivadas de la aprobación del proyecto de ley de reforma a la salud, así como de otros proyectos. Existen documentos como presupuesto general de la nación, plan nacional de desarrollo, Marco Fiscal de Mediano Plazo, o los conceptos emitidos por el ministerio de hacienda, que por cierto no son avales fiscales en el sentido estricto de la palabra ya que no garantizan que el estado tendrá los recursos para asumir las responsabilidades que le otorga el texto del proyecto.

Por la anterior razón y con el ánimo de brindarle elementos de juicio al gobierno, que los debería tener, y al Congreso de la República nos hemos puesto en la tarea de hacer una

evaluación detallada desde el punto de vista económico y fiscal del sistema de salud, identificando cuáles recursos están siendo hoy en día presupuestados y previstos, y cuáles no lo están haciendo.

El resultado de este estudio resulta profundamente preocupante, ya que habla de una diferencia de al menos \$163 billones de pesos en los próximos 10 años entre los recursos no presupuestados por ahora en el concepto del ministerio de hacienda, los recursos sobreestimados en el mismo, y la estimación que ha hecho el grupo económico de seguridad social dedicado al este trabajo. Cabe resaltar que dentro de esta cifra no se incluyen varias cifras hoy evidentes como son las deudas con el sistema de salud que tiene el estado hoy en día, la necesidad de poder hacer inversiones adicionales en los CAPs o centros de atención primaria, la formalización del personal de la salud del sector privado, entre otras.

La mayor fuente de preocupación, surge no del déficit proyectado, sino del impacto que año a año tendrá este déficit sobre los prestadores de servicio de salud. No es posible imaginar ninguna entidad no estatal que acumule déficits año a año sin perder viabilidad. Por esta razón una forma de interpretar las consecuencias de esta realidad es ser conscientes de que se están creando las condiciones para inviabilizar probablemente miles de entidades del sector salud en los próximos 3 o 4 años.

La responsabilidad que tiene esta generación de tomar decisiones correctas para introducir todas las mejoras posibles en el sector salud no está en duda. Esta misma responsabilidad la tenemos para no destruir los logros que históricamente se han registrado en nuestra nación en este y en otros temas.

1. Introducción

Este documento presenta la metodología, supuestos, proyecciones y riesgos fiscales del Proyecto de Ley 312 de 2024 (Cámara), acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 (Cámara) *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”* y tiene por objeto brindar elementos para el debate legislativo, de manera que el Congreso de la República esté en capacidad de entender las incidencias fiscales del Proyecto de Ley referenciado.

Aunque el Ministerio de Hacienda, por solicitud del ministro de Salud, presentó concepto sobre el anteproyecto radicado por el gobierno nacional, consideramos que este no aborda los costos reales ni los riesgos de la iniciativa legislativa. Tal y como se menciona de manera

explícita, el concepto presentado por el Ministerio de Hacienda se fundamenta en la estimación de costos aportada por el Ministerio de Salud¹. En particular, la labor del Ministerio de Hacienda, en lo relacionado con el concepto del anteproyecto, consistió en estimar la senda de ingresos consistente con los supuestos macroeconómicos, incorporar los costos del proyecto calculados por el Ministerio de Salud, y estimar el balance resultante y su compatibilidad con el espacio fiscal de mediano plazo.

A nuestro entender, el concepto realizado por el Ministerio de Hacienda evade las responsabilidades de esta cartera en lo relacionado con el análisis del impacto fiscal de las normas consagrado en el art. 7 de la Ley 819 de 2003, responsabilidad que fue delegada a este ministerio en razón a que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experiencia en materia económica para realizar proyecciones de ingresos y gastos.

Resulta preocupante que el Ministerio de Hacienda renuncie de manera expresa a cuantificar el Proyecto de Ley referenciado y se limite a transcribir las estimaciones del Ministerio de Salud, autor de la iniciativa legislativa, pues, como se demostrará más adelante, dicha cartera tiene incentivos para subestimar las proyecciones de gasto para generar la ilusión de sostenibilidad fiscal de la reforma, así como de la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo a efectos de lograr su aprobación por parte del Congreso de la República.

Oficialmente, el Ministerio de Hacienda ha señalado que su incapacidad para realizar las proyecciones de gasto del Proyecto de Ley se debe a que no tiene acceso a las bases de datos del Ministerio de Salud, por lo que corresponde a dicha cartera y a la ADRES sustentar los elementos técnicos y teóricos de la propuesta². Preocupa que un elemento administrativo, como el intercambio de bases de datos, evite que el Ministerio de Hacienda realice sus funciones constitucionales y legales, poniendo en riesgo la sostenibilidad fiscal de las finanzas públicas, así como el goce efectivo del derecho a la salud por parte de la población colombiana.

Para solucionar las limitaciones señaladas y otorgar elementos objetivos para el debate legislativo, este documento presenta las proyecciones y riesgos fiscales, basadas en la mejor información disponible, y con fundamento en el concepto del anteproyecto elaborado por el Ministerio de Hacienda, el Proyecto de Ley radicado, la ponencia y lo aprobado en

¹ (MHCP, 2024, pg. 1).

² (MHCP, 2024a, págs. 12, 13 y 15).

primer debate. Las proyecciones se actualizarán en la medida en que avance el trámite legislativo.

La estructura de este documento es la siguiente: 1.) Introducción; 2.) Metodología; 3.) Supuestos para el cálculo; 4.) Proyecciones de ingresos y gastos; 5.) Riesgos fiscales; 6.) Conclusiones y posibles impactos en la prestación de servicios de salud; 7.) recomendaciones; y 8.) Referencias.

2. Metodología

Por tratarse de un ejercicio de proyección de costos, la metodología de cálculo parte de la identificación de aquellos elementos del Proyecto de Ley que generan cambios en las erogaciones del sistema de salud. El costo asociado a estas obligaciones fue cuantificado utilizando la última información disponible. Tanto la forma de cálculo, como los supuestos utilizados y las limitaciones de los datos, son presentados de manera explícita.

En algunos casos, por considerar que la estimación realizada por el gobierno nacional es razonable para algunos de los rubros, se utilizó el cálculo contenido en los conceptos del ministerio de Hacienda. En los demás casos, se utilizaron proyecciones propias. La cuantificación del costo total fue comparada contra el espacio fiscal disponible en cada vigencia para determinar el balance del sector en el mediano plazo.

En general, el ejercicio de cuantificación puede dividirse en cinco pasos:

Primer paso: revisión detallada del articulado del proyecto de ley correspondiente a la ponencia y lo aprobado en primer debate para identificar las obligaciones contenidas en la ley que generarían cambios en los rubros de gasto del sistema de salud, así como de los riesgos identificados con base en el articulado propuesto. En la quinta sección de este documento se realizan consideraciones adicionales referentes a la ponencia para segundo debate.

Segundo paso: revisión de las estimaciones presentadas por el Ministerio de Hacienda, así como de las respuestas dadas a los distintos derechos de petición realizados por los congresistas. Resultaron de particular importancia el “Escenario de Factibilidad del Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara)”, presentado por dicha cartera el 29 de noviembre de 2023, (MHCP, 2023), así como la “respuesta a solicitud de concepto Anteproyecto de ley “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” (MHCP, 2024).

Aunque el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023) corresponde a un proyecto de ley archivado en tercer debate (Proyecto de Ley 339 de 2023, Cámara) presenta detalles de las estimaciones de gasto que continúan siendo relevantes para la iniciativa que actualmente se debate por el Congreso de la República (Proyecto de Ley 312 de 2024, Cámara). En particular, existen rubros que mantienen la proyección de costo presentada en el Escenario de Factibilidad, incluso cuando se han presentado cambios en el articulado propuesto y las obligaciones de gasto no son equivalentes. Finalmente, es preciso señalar que el concepto sobre el anteproyecto de ley (MHCP, 2024) no corresponde a la ponencia para primer debate, por lo que se requiere actualización por parte de la proyección de gastos realizada por el gobierno nacional.

Tercer paso: cuantificación de las obligaciones contenidas en el primer paso. En la tercera sección de este documento se describen los supuestos generales para el cálculo y en la cuarta, además de los resultados de las estimaciones, se explican los supuestos específicos para cada uno de los rubros. Se reitera que los costos calculados corresponden a la ponencia para primer debate. Para efectos de la cuantificación, se considera que aquellos rubros potestativos constituyen una autorización de gastos y, en consecuencia, se consideran como gastos nuevos.

Cuarto paso: se compararon los rubros estimados por el equipo de la Vicepresidencia de Salud de la ANDI con las estimaciones presentadas por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024). A partir de esta comparación, los rubros de gasto se dividieron en tres grupos: 1.) rubros tomados del concepto realizado por el Ministerio de Hacienda. 2.) proyecciones propias, con base en la ponencia para primer debate. En este caso, aunque los rubros están incluidos en el concepto del Ministerio de Hacienda, diferimos en el valor estimado para cada vigencia. 3.) proyecciones de rubros que, aunque hacen parte de la ponencia para primer debate, no fueron incluidos en el concepto presentado por el Ministerio de Hacienda.

Las proyecciones presentadas por el Ministerio de Hacienda fueron utilizadas en tres situaciones. En primer lugar, en el caso de algunos de los ingresos (aporte de la Nación y SGP), la fuente oficial de la proyección es el Ministerio de Hacienda. Así mismo, hay un conjunto de proyecciones (cotizaciones, otros ingresos, prestaciones económicas, otros gastos, migrantes irregulares) en las que la estimación realizada por el Ministerio de Hacienda es lo suficientemente cercana a la realizada por el equipo de la vicepresidencia de Salud de la ANDI. En estos casos optamos por utilizar la proyección realizada por esta cartera. Por último, existen una serie de rubros que, o bien por sus características particulares o porque dependen de una senda de implementación definida por el ejecutivo,

no se cuenta con información suficiente para estimar una senda de gasto (atención primaria en salud, fortalecimiento de la red pública, becas, fortalecimiento institucional y fondo de desastres). En consecuencia, aunque se utilizará la senda presentada por el Ministerio de Hacienda se realizarán advertencias particulares para cada uno de estos rubros.

La tabla 1 presenta, rubro por rubro, la clasificación de estos gastos según forma de cuantificación.

Tabla 1. Clasificación de rubros de gasto por forma de cuantificación

Rubros
Tomados del concepto del Ministerio de Hacienda
Atención Primaria en Salud
Prestaciones económicas
Fortalecimiento de la red pública hospitalaria
Otros
Becas
Fortalecimiento institucional
Fondo de desastres
SGP - ET (10% SGP)
Migrantes irregulares
Proyecciones propias con base en la ponencia
Mediana y alta complejidad
Prestaciones de maternidad no cotizantes
SOAT rangos diferenciales
Saneamiento de hospitales públicos
Incentivos a la calidad
Unidades Zonales de Planeación
No incluidos en el concepto del Ministerio de Hacienda
Sistemas de Información
Obligaciones corrientes (P. Max, SOAT diferencial)
Pasivos Nueva EPS
Talento Humano en Salud - ISE 2 y 3 Nivel
Fuente: VP Salud – ANDI

Quinto paso: una vez se cuenta con las estimaciones de gasto rubro por rubro, estos se totalizan y se comparan con el escenario de ingresos estimado para cada vigencia para proyectar el balance fiscal. Posteriormente, este balance se compara con el balance presentado por el Ministerio de Hacienda.

3. Supuestos para el cálculo

A continuación, se presentan los supuestos generales utilizados por la Vicepresidencia de Salud de la ANDI para realizar las proyecciones de ingresos y gastos del Proyecto de Ley:

Producto Interno Bruto (PIB): Se toma la senda de crecimiento del PIB contenida en el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP).

Inflación: Todos los valores están expresados en precios de 2024. En consecuencia, no se considera la meta de inflación proyectada por el Banco de la República a futuro. Para 2024, se utiliza un supuesto de inflación del 5,3%.

Salario Mínimo: Se supone un crecimiento del salario mínimo equivalente a 1% real anual. Este supuesto es consistente con el usado por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de Ley (MHCP, 2024).

Aporte de la Nación: Se utiliza la senda de aporte Nación presentada en el concepto del anteproyecto de ley por el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024). Se advierten dos riesgos: 1.) que el valor propuesto por el Ministerio de Hacienda en una vigencia particular, o el aprobado por el Congreso de la República, resulte inferior al contenido en la senda; y 2.) que el Ministerio de Salud utilice los recursos del aseguramiento en otros usos. En la sección quinta de este documento se presentan mayores detalles sobre estos riesgos que ya se materializaron.

Sistema General de Participaciones (SGP): Se utiliza la senda de SGP estimada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Sin embargo, en las últimas vigencias (2023 y 2024) los ingresos de la Nación han sido menores a los contemplados en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, que incluso han llegado a considerar una serie de nuevas disposiciones tributarias que no han sido aprobadas por el Congreso de la República. En la sección quinta de este documento se presentan mayores detalles sobre este riesgo que ya se materializó.

Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT): Según MHCP (2024), el crecimiento de los recursos de FONSAT y contribución del SOAT tiene un crecimiento anual equivalente al incremento en el parque automotor asegurado equivalente a 4,91%. Este supuesto de crecimiento se utiliza para la proyección de ingresos y gastos del SOAT, incluyendo la estimación del incremento anual del gasto correspondiente al tramo que debe asumir la ADRES de la cobertura para los vehículos con SOAT de tarifa diferencial (entre 300 y 800 salarios mínimos diarios) y cuyo pago el Proyecto de Ley eleva a rango de ley.

Crecimiento y composición etaria de la población: Las estimaciones de crecimiento y envejecimiento de la población corresponden a las proyecciones de población e indicadores demográficos elaborado por el DANE (DANE, 2023).

Costo relativo por grupos etarios: Se supone que el costo relativo por grupo etario se mantiene constante en el tiempo y es equivalente, en términos relativos, a los ajustadores

de riesgo etario para la UPC-Contributivo contenidos en la Resolución 2364 de 2023. Esto no quiere decir que se suponga un valor constante de la UPC, sino que la estructura de costo de la UPC, y la relación de costo entre los distintos grupos etarios, se mantiene constante en el tiempo. Este supuesto permite descomponer el costo estimado en salud en tres componentes: 1.) crecimiento de la población; 2.) envejecimiento de la población; y 3.) crecimiento de la UPC.

4. Proyecciones de ingresos y gastos

4.1 Proyección de Ingresos:

A continuación, se presentan los rubros de ingresos considerados en la estimación:

Aporte Nación, Sistema General de Participaciones (SGP): Se utilizan las sendas de aporte Nación y SGP contenidas en el concepto del anteproyecto de ley por el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024).

Cotizaciones y Otros Ingresos: Se utilizan las sendas contenidas en el concepto del anteproyecto de ley por el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024). Estas proyecciones son consistentes con el crecimiento esperado del PIB, del salario mínimo y del parque automotor. Como se mencionó, las estimaciones de estos rubros por parte de la Vicepresidencia de Salud de la ANDI son consistentes en orden de magnitud con las proyectadas por parte del Ministerio de Hacienda.

Impuestos saludables: se tomó como ingreso base el rubro reportado de ejecución del presupuesto de ingresos del PGN reportado en el portal de transparencia económica del Ministerio de Hacienda con corte a octubre de 2024. Para ser cautos en las estimaciones de recaudo, suponemos que el crecimiento proyectado de esta fuente es equivalente al crecimiento del salario mínimo.

Uso de saldos: Por tratarse del uso de saldos acumulados por una sola vez, este ingreso solo está considerado para la vigencia 2025. Los valores corresponden al reporte de las Cuentas Maestras y el reporte del FUT.

La tabla 2 presenta los ingresos proyectados para el sector salud para el período 2025 – 2034.

Tabla 2. Ingresos proyectados para el sector salud entre 2025 y 2034 (\$ mm de 2024)

Concepto	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Cotizaciones	34,460	35,480	36,530	37,617	38,740	39,920	41,156	42,445	43,784	45,172
Aporte Nación	38,082	39,372	41,863	45,406	48,668	52,363	56,253	60,486	65,009	69,892
SGP Salud	18,855	21,363	22,963	23,756	25,092	26,228	27,445	28,611	29,808	30,986
Otras fuentes	8,279	8,099	8,374	8,659	8,955	9,262	9,580	9,912	10,255	10,612
Imp. saludables	1,735	1,752	1,770	1,788	1,805	1,823	1,842	1,860	1,879	1,897
Uso de saldos	1,525									
Total	102,936	106,066	111,500	117,226	123,260	129,596	136,276	143,314	150,735	158,559

Fuente: MHCP (2024), MinSalud (2024), MHCP (2024, b). Cálculos propios.

4.2 Proyección de gastos:

Atención Primaria en Salud: Se utiliza la senda proyectada por el Ministerio de Salud y presentada por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024). El uso de esta senda no implica que el equipo de la Vicepresidencia de Salud de la ANDI considere que los cálculos realizados por el Ministerio de Salud sean correctos u obedezcan a las necesidades de salud de la población, sino, más bien a que la forma de financiación de este gasto obedece a las disponibilidades presupuestales de la Subcuenta de Atención Primaria.

En el capítulo de riesgos fiscales se expondrán las razones por las que podría aumentar la senda de gasto en este rubro y cómo eso constituye un potencial riesgo fiscal adicional. Se advierte que, en comparación con el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023), las cifras aportadas por el gobierno nacional en el concepto del anteproyecto (MHCP, 2024) suponen un riesgo en la garantía de atención a los pacientes.

Mediana y alta complejidad: La proyección del gasto de mediana y alta complejidad puede dividirse en dos componentes. En primer lugar, al incremento estimado de la UPC de mediana y alta complejidad. En segundo lugar, a la liquidación del gasto anual considerando el crecimiento y envejecimiento de la población.

Utilizando las proyecciones demográficas del DANE (DANE, 2023) y suponiendo que los costos relativos por grupos etarios se mantienen constantes, es posible aislar el efecto del crecimiento y envejecimiento de la población del crecimiento de la UPC. Al mismo tiempo, aislar el efecto poblacional permite descomponer las proyecciones de gasto en sus componentes primarios para evaluar su razonabilidad.

Para entender el ejercicio, considérese el siguiente ejemplo: si la UPC se mantuviera constante, pero la población creciera 10% de un período a otro, el gasto crecería en 10% no por un aumento en la UPC sino por la liquidación del gasto. Lo mismo sucede con el

envejecimiento de la población: en la medida en que la población envejece, y pasa de un grupo etario a otro, la liquidación del gasto es más costosa en reconocimiento al envejecimiento poblacional.

Si se combina el efecto del crecimiento de la población con el del envejecimiento, utilizando las proyecciones demográficas del DANE, es posible construir un índice poblacional. Para el período considerado (2024 – 2034), el promedio anual del índice poblacional asciende a 1,52%. Esto quiere decir que el gasto en salud aumenta en promedio 1,52% solamente debido al factor poblacional y de manera independiente al crecimiento de la UPC.

Como se mencionó, al dividir el crecimiento del gasto en salud por el índice poblacional se obtiene el crecimiento implícito de la UPC anual. Si se divide la tasa de crecimiento del gasto en Mediana y Alta Complejidad proyectada por el Ministerio de Salud e incluida en el concepto del anteproyecto del Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024) se encuentra que el crecimiento de la UPC de mediana y alta complejidad para el período es de apenas 1,5% por año, cifra que resulta irrealmente baja.

Como si esto fuera poco, la senda proyectada por el Ministerio de Salud y presentada en el concepto del anteproyecto por el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024) es equivalente a la presentada en el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023) ajustada con una inflación proyectada de 2024 del 6%. Este punto es muy relevante, pues, adicional al ajuste de inflación, se requería ajustar el valor de la UPC aprobada para 2024.

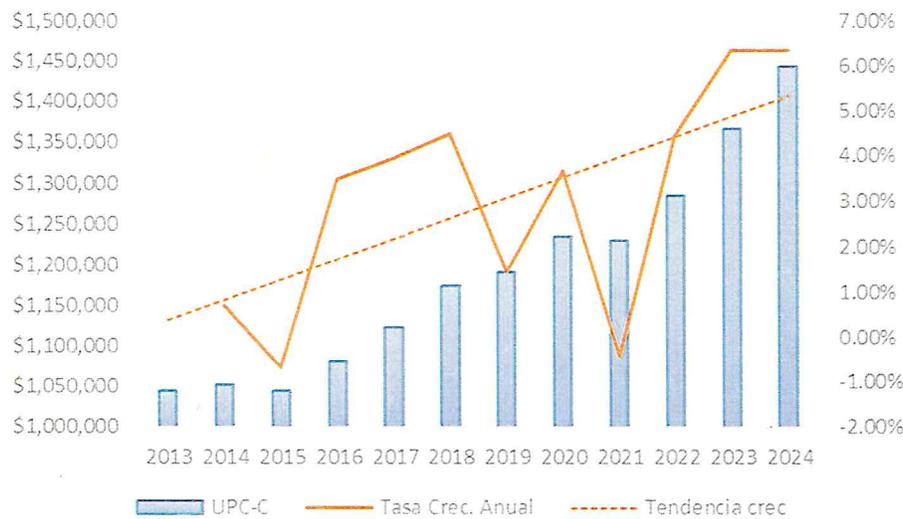
En otras palabras, el Ministerio de Salud presenta cifras equivocadas pues supone como punto de partida que la UPC de 2024 solamente creció en 2,4% en términos reales, cuando en realidad el crecimiento real será del orden del 6%. Dado esto, incluso si se considera como un supuesto realista una tasa de crecimiento de la UPC de mediana y alta complejidad el 1,5% anual proyectado por el Ministerio de Salud, es necesario ajustar el punto de inicio lo que modifica la senda en más de \$15 billones en total.

Para estimar la senda correcta de mediana y alta complejidad, el equipo de la vicepresidencia de salud de la ANDI realizó dos ejercicios: en primer lugar, ajustar el valor de inicio de la senda de mediana y alta complejidad en concordancia con el valor efectivamente observado. En segundo lugar, se propuso una banda de crecimiento del gasto en mediana y alta complejidad consistente con los valores históricos de crecimiento de la UPC.

Consideramos que este ejercicio resulta conservador. Como se mencionará en el capítulo de riesgos, este crecimiento histórico ha generado una UPC que en la actualidad resulta insuficiente para financiar la totalidad de las atenciones en salud requeridas por la

población colombiana. En esa medida, el crecimiento histórico podría subestimar las necesidades de gasto. El gráfico 1 muestra el crecimiento de la UPC-C entre 2013 y 2024.

Gráfico 1. UPC Régimen Contributivo y tasa de crecimiento anual, 2013-2024 (\$ de 2024)

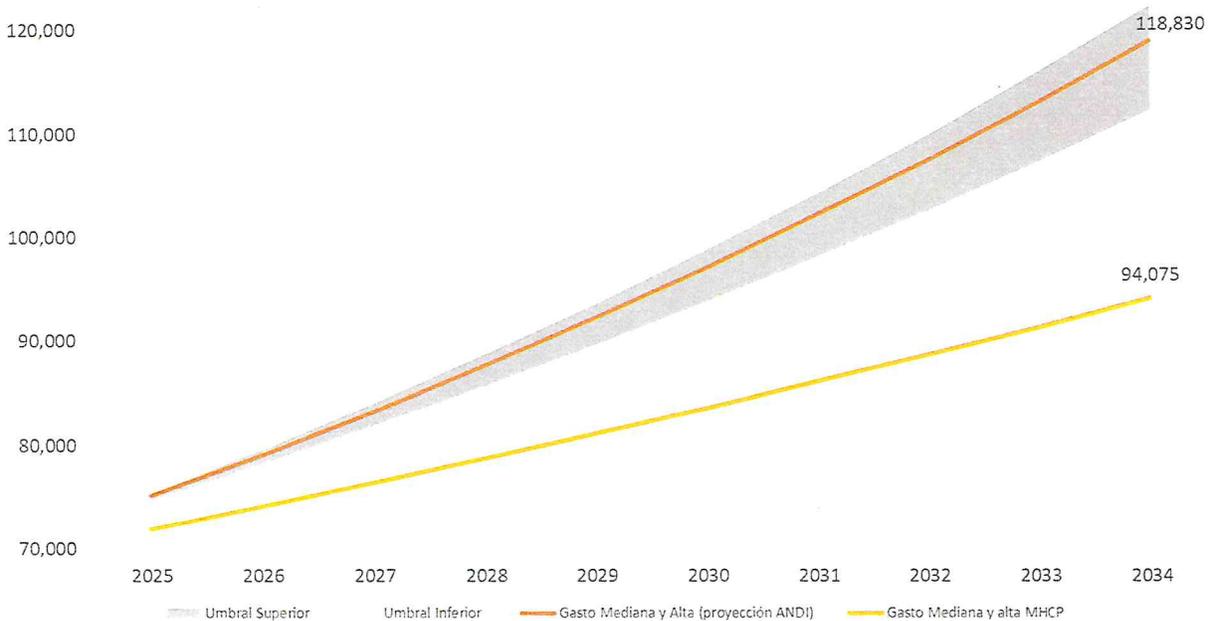


Fuente: Cálculos propios con base en resoluciones de UPC.

Para la proyección de gasto en mediana y alta complejidad, se supone una tasa de crecimiento del 3,7% por año, equivalente a la de la última década. Sin embargo, se presenta una banda de crecimiento posible anual que oscila entre 3,1% (promedio de los últimos 12 años) y 4% (promedio de los últimos 5 años). Consideramos importante señalar que la tendencia de la tasa de crecimiento de la UPC es creciente en el tiempo, en consideración a la innovación tecnológica, aumento en las frecuencias de uso y envejecimiento poblacional.

El gráfico 2 compara la senda de mediana y alta complejidad estimada por el Ministerio de Salud y contenida en el concepto del anteproyecto del Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024) con la estimada por el equipo de la vicepresidencia de salud de la ANDI.

Gráfico 2. Gasto en mediana y alta complejidad, 2025 – 2034 (\$ mm de 2024)



Fuente: Cálculos propios.

Prestaciones económicas: Se utiliza la senda de prestaciones económicas presentada por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024). El crecimiento de este gasto es equivalente al crecimiento anual real estimado del PIB.

Fortalecimiento de la red pública hospitalaria: Se utiliza la senda proyectada por el Ministerio de Salud y presentada por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024).

El uso de esta senda no implica que el equipo de la Vicepresidencia de Salud de la ANDI considere que los cálculos realizados por el Ministerio de Salud sean correctos u obedezcan a las necesidades de infraestructura y dotación hospitalaria, sino, más bien, a que la senda de progresividad de ingreso de recursos a la subcuenta de fortalecimiento de la red pública hospitalaria es potestad del ejecutivo. Se advierte el riesgo de que se acelere la senda de implementación propuesta y se incluyan la totalidad de fuentes contempladas en la iniciativa legislativa.

En cualquier caso, queremos llamar la atención de que los usos contemplados por el Proyecto de Ley (funcionamiento y sostenibilidad de las ISE, fortalecimiento y mantenimiento de la red pública hospitalaria de mediana y alta complejidad y transporte

intermunicipal e interdepartamental medicalizado) son bastante inferiores a las fuentes previstas, especialmente cuando se integren en su totalidad y que son superiores a los \$4 billones anuales.

Hacemos un llamado a presentar una proyección detallada de los usos propuestos para determinar la razonabilidad de la medida.

Otros gastos: Se utiliza la senda proyectada por el Ministerio de Salud y presentada por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024). Incluye los programas del Ministerio de Salud y Protección Social. Se advierte que se presenta una disminución en estos gastos del orden de \$600 mil millones por vigencia en comparación con el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023). Los conceptos no ofrecen detalles de los programas incluidos por lo que no es posible determinar a qué obedece esta modificación.

Sistemas de información: se utilizó la senda proyectada por el Ministerio de Salud, de acuerdo con la respuesta al derecho de petición que interpuso la Senadora Norma Hurtado al respecto de: “Solicitud de información Sistema Público Unificado e Interoperable- SPUIS- contratación ADRES. Radicado 202442300190292”.

Becas: Toda vez que no existen elementos objetivos que permitan realizar una cuantificación propia, pues el número de becas otorgadas dependerá de aquellas que discrecionalmente determine el gobierno nacional, se utiliza la senda proyectada por el Ministerio de Salud y presentada por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024). El concepto presentado por el Ministerio de Hacienda no ofrece una justificación técnica sobre los valores incluidos.

Para aumentar la confusión, los valores son equivalentes nominalmente a los incluidos en el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023), por lo que la nueva estimación del Ministerio de Salud implica una disminución de los rubros proyectados en términos reales sin que se ofrezca información al respecto. Tampoco es claro si las becas, especialmente en los programas de posgrado, incrementarán la disponibilidad de talento humano en salud pues estas dependen fundamentalmente de la oferta de programas por parte de las universidades y no de la demanda.

Fortalecimiento institucional: El Ministerio de Hacienda y Crédito Público señala de manera explícita en el concepto del anteproyecto de ley que no cuenta con elementos que le permitan estimar el costo fiscal requerido para fortalecer institucionalmente a las entidades que así lo requieran, por lo que se limita a presentar el costo estimado por el Ministerio de Salud para el fortalecimiento de la ADRES (MHCP, 2024). En ausencia de elementos de juicio adicionales, se utiliza la información contenida en este concepto.

Sin embargo, se advierte que el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023) se estimaba que el costo adicional del fortalecimiento institucional, de 100 mil millones por vigencia (\$ de 2023). Según los informes de ejecución de la Unidad de Gastos Generales de la ADRES, entre 2023 y 2024 se proyecta un incremento en \$149.767 millones en los gastos de funcionamiento de la ADRES (ADRES, 2023 y ADRES, 2024). A pesar de esto, el valor nominal del fortalecimiento institucional de la entidad continúa igual.

En consecuencia, se advierte el riesgo de que estos recursos sean insuficientes para asumir los gastos requeridos por la ADRES derivados de las nuevas funciones contenidas en el Proyecto de Ley.

Fondo de desastres: En la medida en que es un gasto discrecional, pues corresponde enteramente al gobierno nacional definir los aportes anuales al fondo, se utiliza la senda propuesta por el Ministerio de Salud e incluida por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024). Se advierte que no se presenta justificación técnica de la medida.

Prestación de maternidad para no cotizantes: El concepto del anteproyecto de ley presentado por el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024) estimaba el costo de brindar la prestación de maternidad para la totalidad de madres no cotizantes. Sin embargo, la ponencia para primer debate restringe las potenciales beneficiarias de la medida a aquellas mujeres pertenecientes a los grupos A, B o C del Sisbén.

Para cuantificar la medida, el equipo de la Vicepresidencia de Salud de la ANDI estimó el costo de la prestación de maternidad únicamente para los nacimientos del régimen subsidiado, suponiendo que estos constituyen el 53,65% de los nacimientos en el país (promedio de participación de la afiliación del régimen subsidiado entre 2020 y 2022). La duración de la licencia comienza en 2025 en 3 meses y se incrementa en 0,2 meses anual hasta llegar a 4 meses en 2030. El crecimiento estimado de la población es consistente con las proyecciones del DANE (DANE, 2023) y la prestación con los supuestos de salario mínimo.

SOAT – rangos diferenciales: El gobierno nacional, a través del decreto 2497 de 2022, estableció rangos diferenciales por riesgo del SOAT para una serie de vehículos, como motocicletas de menos de 200 c.c., taxis y microbuses urbanos, entre otros. Este rango diferencial ofrecía descuentos del 50% en el costo de adquisición del SOAT y obligaba a las aseguradoras a ofrecer una cobertura menor por accidentes de tránsito (el tramo entre 0 y 300 salarios mínimos diarios). A su vez, la ADRES adquiriría la obligación de financiar el tramo entre 300 y 800 salarios mínimos.

De acuerdo con las proyecciones del equipo técnico de la ADRES, el gasto estimado a cargo de la Nación por cuenta del SOAT diferencial asciende a más de \$600 mil millones anuales (Consultorsalud, 2023). Este gasto es consistente con la siniestralidad reportada por la Superintendencia Financiera de Colombia antes de la entrada en vigor del decreto 2497 de 2022.

En consecuencia, se supone que estos gastos tienen una base de proyección de \$600 mil millones en 2023 y crecen de manera equivalente al incremento estimado del parque automotor. Por su parte, la estimación presentada por el Ministerio de Hacienda en el anteproyecto de ley (MHCP, 2024) corresponde a la remitida por la ANDI y carece de sustento técnico.

SGP – ET SGP (10%): Como se mencionó, la senda de SGP corresponde a las estimaciones del Ministerio de Hacienda.

Obligaciones corrientes: Como se mencionó, el rango diferencial de SOAT supone erogaciones de al menos \$600 mil millones por vigencia. Entre diciembre de 2022 y octubre de 2024, con base en ejecuciones presupuestales de la ADRES, solamente se han ejecutado \$68 millones. Así, suponemos pasivos acumulados por este concepto por \$1,2 billones a diciembre de 2024.

Al mismo tiempo, aunque el valor estimado por Presupuestos Máximos corrientes para la vigencia 2024 asciende a \$4,1 billones, la apropiación definitiva con corte a octubre de 2024 asciende a \$2,5 billones. Desde esta perspectiva, los pasivos por Presupuestos Máximos de la vigencia ascenderían a alrededor de \$1,6 billones.

Sin embargo, en anuncios públicos el Ministerio de Salud ha señalado que se llegarán a giros corrientes por \$2,8 billones. Se toma este valor como provisional, lo que generaría un pasivo por este concepto del orden de \$1,2 billones. Para efectos de la cuantificación, se asumen pasivos por \$2,4 billones (\$1,2 billones de Presupuestos Máximos y \$1,2 billones de SOAT diferencial). En cualquier caso, al cierre de la vigencia se actualizará el valor según los pagos observados. Se advierte que los pasivos referenciados no incluyen el pago pendiente de Presupuestos Máximos de la vigencia 2022 (\$819 mil millones) ni otras deudas contingentes.

Migrantes irregulares: Se utiliza la senda proyectada por el Ministerio de Salud y presentada por el Ministerio de Hacienda en el concepto del anteproyecto de ley (MHCP, 2024). Se advierte que este valor únicamente incluye la causación corriente y no los pasivos que se hubieren acumulado entre 2022 y 2024.

Saneamiento de pasivos hospitales públicos: La ponencia para primer debate del Proyecto de Ley establece como parte de las destinaciones de los recursos administrados por la ADRES el saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado -ESE que se transformen en Instituciones de Salud del Estado –ISE (art. 12.9). Así mismo, el art. 59.13 establece que, con el fin de fortalecer las ESE que se transformen en ISE se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda.

En el concepto del anteproyecto de ley presentado por el Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024) se señala que el pasivo de hospitales públicos que asumirá la Nación corresponde únicamente a los pasivos que habían dejado las EPS liquidadas. Esto corresponde al texto del Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara), archivado en tercer debate por la Comisión Séptima de Senado, pero no a la ponencia de primer debate del Proyecto de Ley 135 de 2024 (Cámara), acumulado con el Proyecto de Ley 312 de 2024 (Cámara).

En consecuencia, el costo fiscal de la medida corresponde a los pasivos registrados por los hospitales pública con base en la información registrada en el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO con corte a junio de 2024. La tabla 3 presenta el cambio en los pasivos de las ESE entre 2023 y junio de 2024.

Tabla 3. Cambio pasivos hospitales públicos, 2023 – jun. 2024 (\$ mm)

Concepto	2023	2024 (Jun)
Préstamos por pagar	57	64
Cuentas por pagar	3.856	4.561
Beneficios a los empleados	1.221	1.307
Provisiones	1.143	1.281
Otros Pasivos	2.451	3.229
Pasivos Totales	8.726	10.441

Fuente: SIHO

Pasivos Nueva EPS: El párrafo 4 del artículo 30 establece que las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o la entidad territorial de su respectiva jurisdicción como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica. Al mismo tiempo, el artículo 29 establece que las EPS que deseen convertirse en Gestoras de Salud y Vida cuentan con un plazo de 18 meses para sanear sus pasivos y presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud el saneamiento de todas sus deudas. Así las cosas, el propósito de la medida es que la Nación asuma el pago de los pasivos de Nueva EPS.

De acuerdo con Nueva EPS (NEPS, 2024), el patrimonio negativo a marzo de 2024 se estima en \$6,5 billones. Esta cifra es conservadora pues no considera la pérdida esperada de la EPS

en el resto del año. En la medida en que se cuente con información adicional, se actualizará la información.

Formalización Talento Humano en Salud – ISE de segundo y tercer nivel: El artículo 40 del Proyecto de Ley trata sobre la elaboración del presupuesto de las ISE. De manera particular, se establece que, con cargo al Presupuesto General de la Nación, el gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral. Si bien existe discrecionalidad por parte del ejecutivo, una de las principales justificaciones de autores y ponentes es la formalización del talento humano en salud. Esta iniciativa no ofrece otras fuentes de recursos para adelantar este proceso. En consecuencia, se calcula la formalización laboral de los contratistas que hoy hacen parte de las ESE.

Según el Ministerio de Salud (MinSalud, 2023), para 2023 el costo fiscal neto de formalizar el talento humano en salud para el nivel profesional, técnico y asistencial que a septiembre de 2022 estuviera contratada por las ESE y sin incluir a los profesionales de medicina y odontología especializados ascendía a \$3,39 billones. En la medida en que, en teoría, la formalización del primer nivel ya está contemplada en el costeo presentado por el Ministerio de Salud para la Atención Primaria en Salud, se considera únicamente la formalización laboral para las ISE de mediana y alta complejidad (\$1,5 billones para 2023). Este valor se proyecta en el tiempo con base en el salario mínimo causado.

Incentivos a la calidad: El artículo 34 establece que se reglamentará la asignación de incentivos para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida que no podrá superar el 3% de la UPC. A diferencia del Proyecto radicado, se elimina la progresividad en la senda de asignación de estos incentivos. El costo de la medida corresponde al 3% del gasto en mediana y alta complejidad.

Unidades Zonales de Planeación: Según el artículo 38, las Unidades Zonales de Planeación harán seguimiento a los convenios de los convenios de desempeño de los CAPS y para su funcionamiento se destinará hasta el 1% del presupuesto asignado al aseguramiento social en el fondo único en salud. Su forma de cálculo corresponde al 1% del gasto en atención primaria y mediana y alta complejidad.

4.3 Gastos totales y balance del sistema

Una vez presentadas las explicaciones detalladas de cada uno de los rubros de ingresos y gastos utilizados, se procede a sumarlos y a estimar el balance del sistema de salud si se

implementara la reforma propuesta. La tabla 4 presenta los gastos totales de la reforma a la salud y el balance del sistema para el período 2025 – 2034.

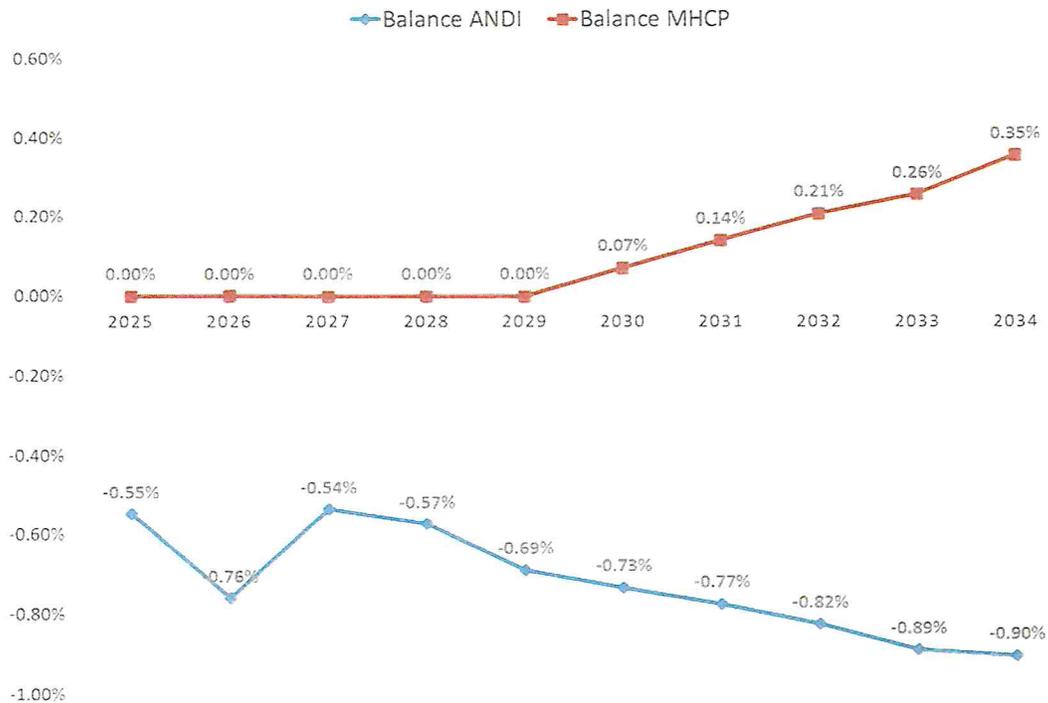
Tabla 4. Gastos de la reforma a la salud y balance del sistema, 2025 – 2034 (\$ mm de 2024)

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	18,563	21,107	22,735	23,544	25,379	27,069	29,175	31,619	34,562	36,636
Mediana y alta complejidad	75,183	79,148	83,302	87,661	92,249	97,075	102,137	107,443	113,005	118,830
Prestaciones económicas	2,755	2,866	2,982	3,102	3,227	3,358	3,493	3,634	3,781	3,932
Fortalecimiento red pública	1,000	1,000	1,000	2,000	3,500	4,000	4,200	4,410	4,631	4,862
Otros	500	516	533	550	568	587	605	625	645	665
Sistemas de información	148	182	73	73	73	73	73	73	73	73
Becas	120	120	120	150	200	200	200	200	200	200
Fortalecimiento institucional	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Licencias de maternidad RS	482	523	565	608	651	696	707	717	728	738
SOAT Rangos diferenciales	660	693	727	762	800	839	880	924	969	1,017
SGP - E.T. SGP (10%)	1,885	2,136	2,296	2,376	2,509	2,623	2,744	2,861	2,981	3,099
Gastos directos	101,446	108,441	114,483	120,976	129,307	136,670	144,364	152,656	161,724	170,202
Obligaciones corrientes	1,200	1,200								
Migrantes irregulares	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
Saneamiento pasivos	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
Pasivos Nueva EPS	3,250	3,250								
THS - ISE 2 y 3 Nivel	1,652	1,668	1,685	1,702	1,719	1,736	1,753	1,771	1,789	1,806
Gastos indirectos	7,458	7,474	3,041	3,058	3,075	3,092	3,109	3,127	3,145	3,162
Incentivos a la calidad	2,255	2,374	2,499	2,630	2,767	2,912	3,064	3,223	3,390	3,565
UZP	937	1,003	1,060	1,112	1,176	1,241	1,313	1,391	1,476	1,555
Gastos de gestión	3,193	3,377	3,559	3,742	3,944	4,154	4,377	4,614	4,866	5,120
Gasto total	-112,097	-119,293	-121,083	-127,776	-136,325	-143,916	-151,850	-160,397	-169,735	-178,484
Subtotal ingresos	99,676	104,315	109,730	115,438	121,455	127,773	134,434	141,454	148,856	156,662
Impuestos saludables	1,735	1,752	1,770	1,788	1,805	1,823	1,842	1,860	1,879	1,897
Saldos Cuentas	1,525									
Total Ingresos	102,936	106,067	111,500	117,226	123,260	129,596	136,276	143,314	150,735	158,559
Balance ANDI	-9,161	-13,225	-9,583	-10,551	-13,065	-14,319	-15,575	-17,083	-19,000	-19,925
Ingresos MHCP	99,676	104,315	109,730	115,438	121,455	127,773	134,434	141,454	148,856	156,662
Gastos MHCP	-99,676	-104,311	-109,730	-115,439	-121,455	-126,385	-131,614	-137,162	-143,398	-148,864
Balance MHCP	0	4	0	-1	0	1,388	2,820	4,292	5,458	7,798

Fuente: Cálculos propios, MHCP (2024) y MinSalud (2024).

A nuestro juicio, las proyecciones fiscales del Ministerio de Salud e incluidas en el concepto del Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024) subestiman los gastos asociados a la reforma. Según nuestras estimaciones, basadas en la ponencia y lo aprobado en el primer debate, hay una diferencia de \$163 billones entre el escenario planteado por el Gobierno y el escenario de la ANDI durante la próxima década. La diferencia se puede desagregar en dos partes. La primera, relacionada con el de \$141,4 billones en los próximos 10 años que arroja el modelo ANDI. La segunda, corresponde a la estimación de un superávit de \$21,8 billones en el mismo periodo, por parte del gobierno. La comparación entre el balance de la reforma al sistema de salud estimada por la ANDI y la incluida en el concepto del anteproyecto del Ministerio de Hacienda (MHCP, 2024) puede verse en la gráfica 3.

Gráfica 3. Balance reforma a la salud como porcentaje del PIB, 2025 - 2034



Fuente: MHCP (2024), MinSalud (2024). Cálculos propios.

5. Riesgos fiscales

Existen una serie de riesgos fiscales que podrían modificar la senda de ingresos y gastos estimada. A continuación, se presentan los riesgos identificados por el equipo de la vicepresidencia de salud de la ANDI:

5.1 Riesgos por ingresos

Cotizaciones: La senda de ingresos proyectada por el Ministerio de Hacienda supone un crecimiento constante de las cotizaciones equivalente al crecimiento real de la economía. En lo relacionado con el Proyecto de Ley, preocupa que la función de recaudo de las cotizaciones recaer en la ADRES. En la actualidad, esta función es ejercida por las EPS. La transformación en Gestoras de Salud y Vida las exime de esta responsabilidad.

Aunque el Proyecto de Ley señala que la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales (UGPP) será la entidad competente para adelantar las acciones de

determinación y cobro de las contribuciones parafiscales en salud, no se observa que tenga la capacidad de garantizar las cotizaciones del total de la población.

La principal preocupación desde esta perspectiva está asociada a los trabajadores independientes. Las cotizaciones de los trabajadores independientes y cuenta propia representan alrededor del 18% del recaudo anual por cotizaciones, cerca de \$6 billones por año. La función de recaudo de las cotizaciones ejercida por las EPS incluye no solo el seguimiento a estos trabajadores sino también su desafiliación por falta de pago. En la medida en que estos elementos desaparecen del Proyecto de Ley, cambian los incentivos para la cotización por cuenta de este tipo de afiliados. Una disminución del 10% en la cotización implicaría menores recursos del orden de \$600 mil millones por año.

Existe un segundo riesgo sobre las cotizaciones asociado a las reformas que en la actualidad hacen curso en el Congreso de la República y en particular sobre el impacto que podría tener la Reforma Laboral sobre la formalización de los trabajadores colombianos. Incrementos en la informalidad disminuirían los recursos disponibles para el sistema de salud.

Aporte de la Nación: Frente a los aportes de la Nación, el equipo de la vicepresidencia de salud identificó dos grandes riesgos: en primer lugar, que la apropiación en el presupuesto anual de la Nación para una vigencia determinada no sea igual a la que plantea en la senda proyectada por el MHCP. La alta dependencia del sistema de los aportes de la Nación hace que este riesgo sea muy alto.

Los cambios en la senda proyectada por el MHCP pueden obedecer a dos motivos: 1.) cambios en la senda de ingresos de la Nación podrían generar modificaciones del Marco Fiscal de Mediano Plazo y Marco de Gasto de Mediano Plazo que impliquen ajustes en los techos sectoriales, y 2.) que el Congreso de la República, en el marco de las discusiones del Presupuesto General de la Nación, apruebe montos diferentes a los proyectados. Este riesgo ya se materializó, pues la senda propuesta en el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023) es diferente a la del concepto del anteproyecto (MHCP, 2024). La tabla 5 compara la senda de aporte de la Nación en ambos escenarios. Entre noviembre de 2023 y septiembre de 2024, la senda proyectada de aportes de la Nación para el sector salud disminuyó, solo para el período 2025 a 2028, en \$22,4 billones.

Tabla 5. Comparación de aportes de la Nación, MHCP (2023) vs. MHCP (2024) (\$mm de 2024)

Aporte Nación	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
MHCP (2024)	38,082	39,372	41,863	45,406	48,668	52,363	56,253	60,486	65,009	69,892
MHCP (2023)	42,288	45,553	48,869	50,452	52,086	53,774	55,516	57,315	59,172	
Diferencia	-4,206	-6,181	-7,006	-5,046	-3,418	-1,411	737	3,171	5,837	

Fuente: Cálculos propios con base en MHCP (2023) y MHCP (2024).

En segundo lugar, existe un riesgo adicional relacionado con la discrecionalidad con que cuenta el Ministerio de Salud, una vez apropiado el presupuesto de aseguramiento, para destinar esos recursos a otros renglones de gasto. Este riesgo se materializó en 2023 y 2024. En 2023, de los recursos de la adición presupuestal, el Ministerio de Salud destinó cerca de \$1 billón para apoyo a la construcción de infraestructura hospitalaria. Durante 2024, tal como lo advertimos desde la ANDI, el Ministerio tomó recursos del aseguramiento por \$5 billones, de los cuales destinó \$2,5 billones a otros usos desfinanciando el aseguramiento.

A nuestro entender, el comportamiento del Ministerio de Salud no es consistente con la legislación vigente, no solo porque solicita recursos al Congreso para unos usos determinados y los destina al financiamiento de otros, sino además porque utiliza recursos de funcionamiento para financiar inversión. Más allá de la legalidad de estas acciones, se advierte el riesgo de desfinanciamiento si los recursos apropiados por el Congreso se destinan a otros usos.

Sistema General de Participaciones (SGP): El crecimiento del SGP depende del comportamiento de los ingresos corrientes de la Nación. En esa medida, se advierte que el incumplimiento reiterado de las metas de recaudo, así como la incertidumbre sobre ingresos futuros que actualmente no cuentan con base legal, pone en riesgo el crecimiento de los ingresos corrientes de la Nación y la senda estimada de SGP. Este riesgo ya se materializó. La tabla 6 compara la senda de SGP del Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023) con la senda contenida en el concepto del anteproyecto (MHCP, 2024). Para el período considerado (2025 – 2034), la nueva senda de SGP estimada por el Ministerio de Hacienda supone menores recursos por \$7,1 billones.

Tabla 6. Comparación de la senda de SGP Salud, MHCP (2023) vs. MHCP (2024) (\$mm de 2024)

SGP	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
MHCP (2024)	18,855	21,363	22,963	23,756	25,092	26,228	27,445	28,611	29,808	30,986
MHCP (2023)	18,823	22,115	24,573	25,818	26,484	27,107	27,867	28,759	29,679	
Diferencia	32	-752	-1,610	-2,062	-1,392	-879	-422	-148	129	

Fuente: Cálculos propios con base en MHCP (2023) y MHCP (2024).

Impuestos saludables: Existen dos riesgos frente a los recursos por ingresos saludables. En primer lugar, aun si se destinan los recursos recaudados por impuestos saludables al sector salud, no existen garantías explícitas de que el Ministerio de Hacienda no va a efectuar una sustitución de fuentes, es decir, transferir estos recursos al sector salud y realizar una disminución equivalente en el aporte de la Nación.

En segundo lugar, por tratarse de la destinación específica de un tributo, se requiere el aval explícito del Ministerio de Hacienda. En particular, la destinación de estos recursos al sector salud, si bien incrementaría los recursos del sector, generaría un déficit equivalente en las finanzas públicas. En otras palabras, por no tratarse de un tributo nuevo, sino de redirigir uno existente, no resuelve financieramente los problemas de la Nación.

5.2 Riesgos asociados a los gastos

Atención Primaria en Salud: En el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023), la cuantificación del costo de la senda de Atención Primaria en Salud se basó en el “Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios” (MinSalud, 2022), que estimaba el costo teórico eficiente, con base en la reorganización propuesta, pero que incluía únicamente atender la demanda por servicios y tecnologías actual, así como dar cumplimiento a las Rutas de Atención Integral en Salud – RIAS de promoción y mantenimiento y materno perinatal. Bajo esta perspectiva se estimaba que el costo era de \$24,2 billones por año para la población de 2021. Por definición, por tratarse del costo teórico eficiente no se incluye la prestación de servicios de salud a través de equipos básicos territoriales ni los costos de transporte, equipamiento y mantenimiento de éstos. Tampoco se modeló la demanda insatisfecha ni la demanda oculta pues, como se mencionó, sólo se incluyó el costo de la demanda actual de servicios y tecnologías y las dos RIAS referenciadas.

Es necesario comparar el escenario teórico eficiente y su evolución en el tiempo con la nueva senda de Atención Primaria en Salud propuesta por el Ministerio de Salud. Es probable que la asignación de recursos a los equipos básicos territoriales, que constituyen una forma más costosa de prestar servicios de salud y no necesariamente más beneficiosa, se haga a costas de los requeridos para garantizar la atención actual y los requeridos por las RIAS de promoción y mantenimiento materno perinatal. También urge que se estime la demanda oculta e insatisfecha en el primer nivel de atención para cuantificar su costo.

Gasto en mediana y alta complejidad y gestión del riesgo financiero: El principal riesgo del Proyecto de Ley es que, al modificar el modelo de aseguramiento (el aseguramiento social no cumple con las características de un seguro, por lo que se trata solamente de un nombre), no establece responsable directo ni mecanismos para la gestión del riesgo financiero. En el Proyecto de Ley, el único instrumento que existe para controlar los gastos es el manual tarifario. Sin embargo, aunque los manuales tarifarios pueden, en efecto, controlar los precios pagados, es previsible que los prestadores produzcan una mayor cantidad de servicios, especialmente de aquellos con mayor margen de utilidad. Tampoco se observan mecanismos para controlar la inducción a la demanda médicamente innecesaria. Aunque el articulado establece funciones de control previas y concurrentes por parte de las Gestoras, en la práctica elimina los incentivos para que ejerzan esta función de manera adecuada. Además, nada garantiza el dinamismo necesario en este tipo de instrumentos tarifarios y no hay garantías para el ingreso adecuado de la innovación. Es previsible que la efectividad estas medidas para contener el gasto sea baja. Así, el principal riesgo del Proyecto de Ley está dado por un desborde del gasto en mediana y alta complejidad que podría comprometer no solo la sostenibilidad financiera del sistema sino de las finanzas públicas en su conjunto.

Solo a manera de ejemplo, considérese que un punto adicional de crecimiento anual en la senda de mediana y alta complejidad significa en el periodo un total de \$58,4 billones.

Es de recordar que el Ministerio de Hacienda, en el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023) señaló explícitamente que *“se sugiere evaluar si resulta más adecuado y claro establecer explícitamente la institucionalidad que administrará el riesgo financiero y los servicios y tecnologías de mediana y alta complejidad y los mecanismos para hacerlo”*. La sugerencia no fue acogida en el nuevo proyecto de ley.

Sistema de información único e interoperable y manual tarifario: En el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023), el Ministerio de Hacienda señaló de manera explícita que, para la adecuada gestión del riesgo financiero, se requiere que, de manera previa a la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida, la implementación completa del Sistema Único Público Interoperable en Salud – SPUIS y la expedición de la totalidad de manuales tarifarios requeridos.

A pesar de esto, el Proyecto de Ley establece explícitamente que el SPUIS se implementará gradualmente, por lo que, por definición, no existirá capacidad para gestionar el riesgo financiero a menos que lo sigan haciendo las EPS. Así mismo, el Ministerio de Salud ha demostrado ser incapaz de producir un manual tarifario reducido. Por ejemplo, la Ley 2497

de 2022 dio al Ministerio de Salud un plazo de un año para adoptar vía reglamento la modernización de la nomenclatura, clasificación y tarificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios para la atención de los siniestros del SOAT. Este plazo se venció hace dos años (26 de noviembre de 2022) y, a la fecha, sigue sin expedirse el manual tarifario. En consecuencia, es previsible que el Ministerio de Salud no sea capaz de producir un manual tarifario único para la totalidad de servicios y tecnologías del país en un plazo razonable, ni que tenga capacidad de actualizarlo a la velocidad y con la oportunidad que lo exige un sistema complejo y sofisticado como el Sistema de Salud.

Cuentas de destinación específica: En el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023) el Ministerio de Hacienda advirtió que la creación de fondos específicos de financiación genera inflexibilidades presupuestales que podrían limitar la capacidad de ajuste de gasto en función de las necesidades del sistema. En el proyecto 312 de 2024 los artículos que crean tanto la Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva como Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria permanecieron igual que en el proyecto inicial. Esto, tal como lo dijo el mismo Ministerio de Hacienda, es un riesgo pues reduce la capacidad del sistema de salud para ajustar el uso de esos recursos frente a otras necesidades emergentes o prioridades.

En consecuencia, nos unimos al llamado del Ministerio de Hacienda para la eliminación de las cuentas de destinación específica.

Insuficiencia de la UPC y otros gastos contingentes: Para efectos de consistencia, y separar los elementos del debate, la proyección de gastos del sector salud se realizó suponiendo una siniestralidad del 95%. Sin embargo, utilizando la metodología de Espinosa *et. al.* (2023), la siniestralidad de la UPC, con corte a junio de 2024, asciende a 109,4%, lo que implicaría un faltante, suponiendo que la meta de siniestralidad es del 95%, del orden de \$10 billones por año. Si se utiliza la metodología de siniestralidad de la Superintendencia Nacional de Salud, con corte a junio de 2024 se estima una siniestralidad de 106,4%.

El supuesto de siniestralidad no es trivial. Mayores valores de siniestralidad reflejan que los recursos asignados al aseguramiento son insuficientes para financiar la totalidad del gasto en salud. En nuestra visión, la insuficiencia de la UPC en las últimas vigencias no solamente genera pasivos contingentes a la Nación, sin fuente de financiamiento clara, sino implican que se requieren mayores recursos para atender las necesidades en salud de la población colombiana.

Otros gastos no incluidos en la cuantificación: Además de los gastos referenciados, preocupa que el Proyecto de Ley pueda generar gastos adicionales y que no han sido

considerados en la proyección de ingresos. El equipo de la vicepresidencia de salud de la ANDI logró identificar al menos tres: la construcción de CAPS y la formalización del talento humano en salud del sector privado.

Construcción de CAPS: si bien la cuantificación del Proyecto de Ley solamente ha considerado recursos de funcionamiento, y no de inversión, en el Escenario de Factibilidad (MHCP, 2023), el Ministerio de Hacienda ha indicado que en el período 2025-2033 se requieren \$7,7 billones para la construcción de CAPS.

Formalización THS del sector privado: El costo de formalización del Talento Humano en Salud del sector privado corresponde a las estimaciones del Ministerio de Hacienda (MHCP, 2022), actualizado con el salario mínimo causado. El costo anual se estima en alrededor de \$4,3 billones.

6. Conclusiones y posibles impactos en la prestación de servicios de salud

Los cálculos realizados por el equipo técnico de la Vicepresidencia de Salud de la ANDI tienen como objetivo hacer explícitos los costos no develados de la reforma a la salud. La reforma, tal como está planteada, no solamente tendrá un impacto sobre las finanzas públicas, sino que puede comprometer el flujo de recursos hacia a los agentes del sistema y, en última instancia, poner en riesgo la atención del sistema de salud. Aquí resumimos nuestros principales hallazgos:

- La reforma a la salud no es sostenible con la realidad fiscal del país. Los cálculos de la ANDI arrojan un déficit de \$141.4 billones en los próximos 10 años, mientras que los cálculos del Ministerio arrojaban un superávit de \$21.8 billones. Es decir, una diferencia de \$163 billones.
- La diferencia más grande en los cálculos se encuentra en la senda de gasto de los servicios de mediana y alta complejidad. El Gobierno asume un supuesto poco realista en este terreno. Considera que las mejoras en atención primaria modifican casi que inmediatamente la senda de gasto de los servicios de mediana y alta complejidad. Ese supuesto no es coherente ni con el envejecimiento de la población, ni con el cambio tecnológico, ni con la realidad de crecimiento de la UPC de los últimos 15 años.
- De materializarse la reforma a la salud que plantea el Gobierno, los problemas de recursos que se podrían generar en el corto y mediano plazo tendrían consecuencias nefastas para la prestación de servicios de salud.

- Para darse una idea de la magnitud del problema que se podría generar en el sistema, nos dimos a la tarea de estimar a qué equivale un déficit de \$141 billones en los próximos 10 años en términos de prestación de servicios. De acuerdo con cálculos del costo promedio de la internación en UCI para 2024, por ejemplo, estaríamos hablando de que el sistema dejaría de prestar 1.1 millones de internaciones anuales en UCI y 3.1 millones menos de internaciones de mediana complejidad.
 - En ese panorama preocupa enormemente el futuro de la prestación de tecnologías y servicios para las enfermedades de alto costo. Por ejemplo, de acuerdo con estimaciones que realizó Proesa en 2020, un paciente de cáncer le cuesta en promedio al sistema salud \$29.2 millones de pesos anuales (a precios de 2024). Es decir, el déficit equivale a dejar de tratar, en promedio, a cerca de 483 mil pacientes de cáncer al año.
- Además, la desfinanciación del Sistema tiene claras repercusiones sobre la cadena de valor del sector de la salud, con un efecto pronunciado en IPS.
- En la ANDI realizamos un estudio (Sectorial, 2024) en el que se analizó y se construyó la situación de caja de una muestra de 1.004 IPS que garantizan representatividad para instituciones de baja, media y alta complejidad.
 - El análisis de las condiciones financieras de las IPS durante los últimos 3 años muestra cómo han aumentado los días de rotación de cartera. En esta muestra, la rotación de cartera alcanzó los 151 días.
- A medida que el flujo de caja se deteriora, las IPS de baja complejidad serían las primeras en perder su capacidad financiera, ya que presentan los menores niveles de caja en la distribución de la muestra empleada.
 - Manteniendo todas las demás variables constantes (apalancamiento con proveedores, inversiones, etc.), el incremento de la rotación de cartera disminuye los niveles de caja, esto quiere decir que las IPS dejarían de tener recursos para funcionar. En esta muestra, la totalidad de los prestadores dejarían de tener caja para operar si la rotación de cartera se amplía hasta los 198 días.

Un llamado de atención especial queremos hacer sobre las implicaciones microeconómicas de la situación descrita en este documento. Las entidades no estatales no están en capacidad de asumir déficits acumulados a lo largo del tiempo sin perder viabilidad. Por lo anterior será muy probable que el escenario anteriormente descrito ni siquiera pueda materializarse ya que seguramente lo que sucederá es que el país era testigo de la inviabilización de cientos de entidades del sector, a medida que van perdiendo la capacidad económica de operar y de responder ante proveedores y empleados. Puede ser

que incluso estemos hablando hipotéticamente de llegar a los déficits calculados en este documento, ya que mucho antes se habrá presentado un colapso en el sistema.

7. Recomendaciones

Los avances del sistema de salud son innegables. Ahora, esto no implica que no sea posible y necesario continuar por una senda de mejora. Para la ANDI es fundamental avanzar en dos frentes: 1) la coyuntura y 2) la reforma. Sobre la coyuntura creemos que lo más urgente es estabilizar el sistema, sin importar cuál sea la propuesta de reforma que curse su trámite en el Congreso. Así, en el corto plazo y con urgencia, se requiere:

- 1) Ajustar la metodología de cálculo de la UPC y adoptar una prima basada en condiciones en salud para una adecuada distribución del riesgo y los recursos.
- 2) Gestionar recursos para la financiación de la UPC y los presupuestos máximos para el cierre de este año.
 - a) Con el presupuesto sectorial adelantar los traslados presupuestales necesarios de otros programas de gasto dentro del rubro de funcionamiento del Ministerio de Salud.
 - b) Revisar subejecución de otros sectores. De hecho, en la vigencia fiscal 2023 se obtuvieron recursos de otros sectores por el orden de \$1.5 billones.
- 3) Crear mecanismos de liquidez para todos los actores del sistema
 - a) Créditos de capital de trabajo en el marco de la reactivación económica.
 - b) Mecanismos de garantías para la movilización de crédito en prestadores y proveedores con la certificación del giro directo de los recursos de la ADRES.
- 4) Asignar los recursos suficientes para la financiación del aseguramiento en salud (UPC, presupuestos máximos, reclamaciones SOAT, licencias de maternidad y paternidad, incapacidades por enfermedad general, etc.) y la financiación de la salud pública en el presupuesto de 2025.

Sobre la reforma, ésta debe incorporar, al menos:

- La participación del sector privado. Recordemos que alrededor de la salud, y en cumplimiento de un mandato constitucional, se ha configurado la mayor alianza público privada en la historia del país. Con ello hemos construido un activo fundamental para proteger la salud de todos. La participación del sector privado se ha traducido en innovación y eficiencia, en acceso a más y mejores tecnologías en salud y en mejoras significativas en la calidad de la atención.

- Esquemas de riesgo compartido entre los agentes. Este es un punto intermedio entre la situación actual y el modelo propuesto por el gobierno, que permitiría disminuir los desperdicios y aumentar las eficiencias, actualizando el modelo actual hacia uno que incorpore las modificaciones propias de los cambios sociales, demográficos y económicos de los últimos 30 años. Las bondades de un esquema de riesgo compartido son:
 - Permite generar un nuevo esquema de incentivos entre los agentes para garantizar su adecuada participación en el sistema y que promueva una visión de largo plazo.
 - Favorece la sostenibilidad del sistema reinvertiendo los excedentes que se puedan generar de una buena gestión para atender las necesidades del sistema de salud.
 - Pone en el centro los mecanismos de contratación por resultados que incentiven la innovación, la calidad y el desempeño basado en valor.

Otros puntos relacionados con la sostenibilidad del sistema que valdría la pena analizar frente a una discusión amplia de reforma:

- Reconocer el déficit acumulado en el sistema en el periodo post Covid 19 y generar un mecanismo para resolver la insuficiencia corriente de recursos para la atención oportuna e integral de los servicios de salud.
 - Saneamiento del déficit acumulado en el sistema a través del reconocimiento de las deudas generadas por el desfase en el incremento de la UPC y el giro incompleto e inoportuno de los presupuestos máximos con mecanismos como: 1.) títulos de deuda, 2.) con cargo al presupuesto de servicio de deuda del PGN, y 3.) operaciones de crédito público.
 - Mecanismos de financiamiento para asegurar la operación corriente, que incluye la inyección de nuevos recursos para el sistema y la estructuración de un mecanismo para garantizar la estabilidad en el flujo de los recursos ante desviaciones de gasto.
- Incentivar y fortalecer mecanismos innovadores de contratación, con énfasis en resultados en salud, para distribuir el riesgo de manera más eficiente entre los actores del sistema y promover el acceso a la innovación de manera sostenible.
- Crear un Sistema Nacional de Cuidado Sanitario Intersectorial para financiar los servicios sociosanitarios conexos a la salud con fuentes de financiamiento diferentes a los del sector salud, es decir por fuera de la UPC y los PM.

- Formular e implementar una política nacional de autocuidado para educar a la población en autogestión y hábitos de vida saludable.
- Incentivar el uso de la tecnología para mejorar los mecanismos de eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
- Desarrollar sistemas de información y mecanismos de interoperabilidad de datos entre todos los actores del sistema y en todo el país.

Dicho todo lo anterior, consideramos que no es responsable hacer un cambio estructural al sistema de salud como el que plantea el gobierno, sin antes atender la crisis financiera y de confianza por la cual está atravesando el sistema. Las fallas en planeación financiera por parte del gobierno nacional son evidentes y han agudizado el problema de suficiencia con el que carga el sistema después de la pandemia. Tampoco creemos que, desde la perspectiva constitucional, una sustitución completa del sistema de salud que pone en riesgo los niveles de protección del derecho fundamental alcanzados a la fecha, esté ajustada a la jurisprudencia y a las normas constitucionales, máxime cuando se trata de una reforma legal ordinaria.

Por lo tanto, hacemos el llamado al gobierno nacional a atender, de manera prioritaria, los problemas financieros que aquejan al sistema en la actualidad y al Congreso de la República a estudiar, de manera rigurosa, las proyecciones de gasto a futuro. Garantizar la salud de todos los colombianos es una responsabilidad que debe tomarse con seriedad.

Cordialmente,



Bruce Mac Master

Presidente

Diciembre 2 de 2024

8. Referencias

Consultorsalud (2023). “ADRES: Auditoría del SOAT viejo y nuevo, pagos a IPS y sanciones millonarias. Informe especial”. En: <https://consultorsalud.com/adres-auditoria-del-soat-viejo-y-nuevo-pagos-a-ips-y-sanciones-millonarias-informe-especial/>

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023). En: <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2023). Escenario de Factibilidad – Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los Proyectos de Ley 340 de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara).

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2024). Respuesta a solicitud de concepto Anteproyecto de Ley “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” Radicados No. 1-2024-083982 y 1-2024-084876. En: <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2024-09/Concepto%20Hacienda.pdf>

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2022). Comentarios al informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley 079 de 2021 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 220 de 2021 Cámara: “Por medio del cual se fomenta el trabajo digno del talento humano en salud en el sector público y se dictan otras disposiciones”. En: [https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2022-04/Carta%201%20Debate%20PL%20Talento%20humano%20en%20salud%20VT%20\(1\).pdf](https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2022-04/Carta%201%20Debate%20PL%20Talento%20humano%20en%20salud%20VT%20(1).pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, radicado por el gobierno nacional en febrero de 2023.

Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Hacia un sistema de salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida. Proyecto de ley “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”

Nueva EPS (2024). Estados Financieros a marzo de 2024. En derecho de petición.

Proesa (2020). Caracterización y análisis estratégico del mercado de Planes Voluntarios de Salud (PVoS).

Sectorial (2024). “Punto de inflexión de Caja Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia”.