

Análisis de las presiones fiscales del sector salud de Colombia (sin reforma) y del proyecto de reforma 410 de 2025

9 de diciembre de 2025

COMITÉ AUTÓNOMO DE LA REGLA FISCAL

Miembros Expertos del CARF

Astrid Martínez Ortiz
Carlos Arturo Gómez Restrepo
Juan Carlos Ramírez Jaramillo
Martha Alicia Misas Arango

Miembros del Congreso de la República en el CARF

Wilmer Castellanos

Presidenta del CARF

Astrid Martínez Ortiz

Director Técnico del CARF

Juan Sebastián Betancur Mora

Equipo técnico del CARF

Carmen Elena Salcedo Saldaña (Analista Senior)
Juan David Grillo Ríos (Analista Senior)
Luis Alfonso Luna Espíndola (Analista)
Henry Nicolás Prado Buitrago (Analista)
Sofia Barrios Cortés (Analista)
Alejandra González Díaz (Analista)

Comunicaciones y administración

María Alejandra Ruiz Rico – Asesora de comunicaciones
Braiam Umaña Rubio – Secretario administrativo

Análisis de las presiones fiscales del sector salud de Colombia (sin reforma) y del proyecto de reforma 410 de 2025

Diciembre de 2025

1. Resumen ejecutivo	4
2. Introducción.....	11
3. Sistema de salud colombiano: actualidad	11
4. Reforma al sistema de salud	16
5. Impacto de la reforma en el sistema de salud estimado por el CARF	20
6. Anexos	28

1. Resumen ejecutivo

Este documento respalda lo que ya se había anticipado en el Informe al Congreso de septiembre de 2025, (recuadro 2) con respecto de las fuentes y usos del sistema actual de salud en Colombia, así como las variaciones propuestas en unas y otros en el proyecto de ley para la reforma del sistema de salud, y el aporte del gobierno requerido hasta 2036, en los dos escenarios. El análisis realizado por el CARF, en el marco de su objeto legal, tuvo como objetivo evaluar las potenciales presiones fiscales relacionadas con el sistema de salud actual, así como los posibles efectos en el gasto del Gobierno Nacional en el caso en que se apruebe el proyecto de ley 410 de 2025. El CARF se concentra en la estimación de los recursos requeridos para financiar los gastos del sistema de salud, sin entrar a emitir juicios sobre la pertinencia de las medidas propuestas. En el documento se aclaran todos los supuestos utilizados, así como las limitaciones metodológicas y de información para estimar prospectivamente las fuentes y los usos del sistema de salud. El análisis que efectúa el Comité está en línea con el literal b) del artículo 14 de la Ley 1473 de 2011 (modificado por el artículo 61 de la Ley 2155 de 2021), según el cual, el comité debe “**Pronunciarse sobre las proyecciones del Gobierno Nacional en materia macroeconómica y fiscal, y sobre la sostenibilidad de largo plazo de las finanzas públicas del Gobierno General**”.

Para su análisis, el CARF tomó como insumos principales los proyectos de ley que han surgido en el marco de la reforma a la salud, los avales fiscales emitidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), y la información de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para la evaluación del sistema actual de salud, el CARF se basó principalmente en las cifras de ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos de la ADRES-Unidad de Recursos Administrados (URA), disponibles en el sitio WEB de la entidad¹. La evaluación del posible impacto de la reforma a la salud en el gasto fiscal contempló, entre otros, la exposición de motivos y los proyectos de Ley 339 de 2023, 312 de 2024 y 410 de 2025, así como los avales fiscales publicados por el MHCP en noviembre de 2023, marzo y septiembre de 2024, y mayo y agosto de 2025.

En este documento técnico, el CARF presenta todos los supuestos utilizados en las estimaciones de las fuentes y usos tanto del sistema de salud actual como el del escenario con reforma; para su análisis, también comparó los supuestos con los utilizados por el MHCP en el aval fiscal de agosto de 2025. Adicionalmente, el CARF solicitó al MHCP información adicional, no incluida explícitamente en el aval fiscal de agosto de 2025, en aras de incorporar en el análisis la mayor cantidad de información

¹ Disponible en: <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/informacion-financiera/unidad-de-recursos-administrados-ura/presupuesto>

posible. Los supuestos y metodologías utilizados por el CARF para la proyección de fuentes y usos del sistema actual se presentan en la **Cuadro 1**:

Cuadro 2. Supuestos utilizados por el CARF para las proyecciones del sistema actual de salud

Panel A: fuentes del sistema actual

Fuentes	Método de estimación CARF
Cotizaciones + Regímenes Excepción y Especiales + Otros aportes en salud	Parte del valor observado 2024 de la ejecución ADRES, y tiene un crecimiento compuesto por el salario (W) y por la cantidad de cotizaciones (Q): <ul style="list-style-type: none"> W: Crecimiento real de 1,7% (crecimiento real del SMLV en periodo 1995-2024). Q: crecimiento proyectado consistente con proyección de Población en Edad de Trabajar (PET) del DANE (Crecimiento real promedio de 2,7% en 2027-2036)
SGP salud	Parte del valor del SGP del GNC de ejecución ADRES de 2024. En el mediano plazo, el SGP de aseguramiento es consistente con senda de Ingresos Corriente de la Nación (ICN) proyectada por el CARF (se calcula primero el SGP total y luego la participación sectorial en salud). Por consistencia con escenario de gobierno, no incluye entrada en vigencia de Acto legislativo 03 de 2024 (Crecimiento real promedio de 4% en 2027-2036).
Impuestos saludables	Se toma el dato del aval fiscal de MHCP de agosto 2025. (Crecimiento real promedio de 3,3% en 2026-2027).
Otras Fuentes	Para Fondos Especiales (SOAT y FONSAT) parte de valor 2024 a precios de 2025 y crece a una tasa de crecimiento anual real de parque automotor asegurado de 4,91%; para aportes de cajas de compensación familiar crecimiento real del SMLV de 1,7% y tasa de crecimiento de PET proyectada por DANE, y el resto con tasa real del PIB de MFMP 2025 (Crecimiento real promedio de 3,5% en 2027-2036)
Aporte Nación	Equivale al aporte nación del sistema actual de salud, que cierra el sistema, y que considera impuestos saludables como fuente adicional (Crecimiento real promedio de 7,4% en 2027-2036)

Panel B: usos del sistema actual

Usos	Método de estimación CARF
UPC RC y RS	1. Se calcula crecimiento promedio de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) promedio de Régimen Contributivo (RC) y Régimen Subsidiado (RS) para 2013-2024 (12 años), que da 8,92% . El crecimiento de la UPC se da, entre otros, por: i) envejecimiento de la población; y ii) costo de los servicios de salud 2. Para identificar el factor de "envejecimiento de la población" se parte del valor de UPC de 2025, desagregado por grupo etario, y se retropone con cifras demográficas del DANE hasta 2013. Se encuentra que el factor "envejecimiento de la población" ha aportado 2pp al crecimiento de la UPC en promedio por año. 3. Al crecimiento promedio de la UPC (8,92%) se le descuenta el factor "envejecimiento de la población" (2pp), encontrando que el "costo de los servicios de salud" ha contribuido con un crecimiento de 6,92pp al crecimiento de la UPC. Se supone ese crecimiento del factor "costo de servicios de salud" entre 2026-2036. 4. Partiendo de la UPC 2025 (desagregada entre grupo etario y por localización*), se aplica el crecimiento correspondiente al "envejecimiento de la población" usando las proyecciones del DANE por grupo etario y por localización. 5. Al resultado de 4, se le aplica el crecimiento del factor "costo de los servicios de salud" de 6,92% cada año. (Crecimiento real promedio 2027-2036: 5,3%)
Presupuestos máximos	Se mantiene como % del PIB en 0,3pp (promedio 2020-2024). (Crecimiento real promedio 2027-2036: 2,9%)
Otros usos	Se mantiene como % del PIB en 0,4pp (promedio 2022-2024). (Crecimiento real promedio 2027-2036: 2,9%)

Fuente: Cálculos CARF con base en información de las ejecuciones de ingresos y gastos de la ADRES.

En la Cuadro 2 se muestra la comparación entre los supuestos utilizados por el CARF y los mencionados por el MHCP en el aval fiscal de agosto de 2025 (más reciente) en el escenario con reforma:

Cuadro 3. Supuestos utilizados por el CARF y el MHCP en el escenario con reforma del sistema de salud

Panel A: fuentes del sistema con reforma

Fuentes	Método de estimación CARF	Método de estimación Gobierno (Aval fiscal Agosto 2025)
Cotizaciones + Régimen Excepción y Especiales + Otros aportes en salud	Parte del valor observado 2024 de la ejecución ADRES, y tiene un crecimiento compuesto por el salario (W) y por la cantidad de cotizaciones (Q): <ul style="list-style-type: none"> W: Crecimiento real de 1,7% (crecimiento real del SMLV en periodo 1995-2024) Q: crecimiento proyectado consistente con proyección de Población en Edad de Trabajar (PET) del DANE (Crecimiento real promedio de 2,7% en 2027-2036) 	Parte de la ejecución presupuestal de ingresos de la ADRES de 2024 (33 921mm). De 2025 en adelante crece al ritmo del PIB real de MFMP 2025 (crecimiento real promedio de 2,9% en 2027-2036).
SGP salud	Parte del valor del SGP del GNC de ejecución ADRES de 2024. En el mediano plazo, el SGP de aseguramiento es consistente con senda de Ingresos Corriente de la Nación (ICN) proyectada por el CARF (se calcula primero el SGP total y luego la participación sectorial en salud). Por consistencia con escenario de gobierno, no incluye entrada en vigencia de Acto legislativo 03 de 2024 (Crecimiento real promedio de 4% en 2027-2036).	Proyección consistente con proyecto de liquidación del PGN 2026 y MFMP 2025 para el mediano plazo. No incluye AL 03 de 2024 (Crecimiento real promedio de 4,3% en 2027-2036)
Impuestos saludables	Se toma el dato del aval fiscal de MHCP de agosto 2025. (Crecimiento real promedio de 3,3% en 2026-2027).	Estimación del aval fiscal de agosto de 2025. No hay detalles sobre su método de proyección (Crecimiento real promedio de 3,3% en 2026-2027).
Otras Fuentes	Para Fondos Especiales (SOAT y FONSAT) parte de valor 2024 a precios de 2025 y crece a una tasa de crecimiento anual real de parque automotor asegurado de 4,91%, para aportes de cajas de compensación familiar crecimiento real del SMLV de 1,7% y tasa de crecimiento de PET proyectada por DANE, y el resto con tasa real del PIB de MFMP 2025 (Crecimiento real promedio de 3,6% en 2027-2036)	Para Fondos Especiales (SOAT y FONSAT) parte de proyecto liquidación PGN 2026 y crece a una tasa de crecimiento anual real de parque automotor asegurado de 4,91%, para aportes de cajas de compensación familiar crecimiento real del SMLV de 1% y tasa de crecimiento de PET proyectada por DANE, y el resto con tasa real del PIB de MFMP 2025 (Crecimiento real promedio de 3,2% en 2027-2036).
Aporte Nación	Equivalé al aporte nación del sistema actual de salud, que cierra el sistema, y que considera impuestos saludables como fuente adicional (Crecimiento real promedio de 7,4% en 2027-2036)	Para el año 2026, el dato es consistente con el proyecto de liquidación del PGN descontando fondos especiales e impuestos saludables. Para el mediano plazo, se calcula como variable de cierre del sistema actual. (Crecimiento real promedio de 8,2% en 2027-2036)

Panel B: Usos del sistema con reforma

Usos	Método de estimación CARF	Método de estimación Gobierno (Aval fiscal Agosto 2025)
Atención Primaria en Salud (APS) y Mediana y Alta Complejidad (MyAC)	Comprende la suma de las proyecciones de usos de Régimen Contributivo y Régimen Solidario y presupuestos máximos del CARF del sistema actual. Para la distribución entre APS y MyAC, se aplica la estructura que sale de la participación de APS y MyAC proyectadas en el aval fiscal de 2025. APS crece en términos reales 8,2% promedio para 2027-2036, MyAC 4,1% .	Se componen de la proyección de gastos de mano de obra directa e indirecta; de operación y prestación de servicios; y de gastos generales. No hay detalle sobre su forma de proyección. APS crece en términos reales 8% promedio para 2027-2036, MyAC 3,9%
Prestaciones económicas, Fortalecimiento de la red pública, prestaciones de maternidad, becas, fortalecimientos institucionales, fondo de desastres, migrantes irregulares, otros y saneamiento hospitalares	Usa información correspondiente al aval fiscal de MHCP de agosto de 2025 para PL de reforma a la salud (Crecimiento real promedio 5,9%)	
Sistemas de Información	Con base en los informes de seguimiento de los proyectos de inversión del MSPS para 2023, 2024 y 2025T1, se constató que la ejecución es del 10% del valor total establecido en el aval fiscal. Se divide el valor del 90% restante entre las vigencias 2026 y 2027, dado que el periodo previsto de ejecución de los proyectos cierra en 2027.	Aclaran que el Sistema de Información ya se está pagando con recursos de inversión del MSPS a través de dos proyectos de inversión específicos, para el periodo 2023-2027 por 882,25mm. No lo incluyen como uso.
Soat diferencial	Se toma como base estimación de la ADRES de COP 600mm de pesos adicionales derivados del SOAT diferencial desde 2023 (https://consultorsalud.com/adres-auditoria-del-soat-viejo-y-nuevo-pagos-a-lps-y-sanciones-millonarias-informe-especial/), se pasa a precios constantes de 2025, y se proyecta con el crecimiento real del parque automotor (4,91%) (Crecimiento real 4,9% 2027-2036)	El aval de agosto de 2025 dice que la senda proviene de datos suministrados por la ADRES. No hay mayor explicación (Crecimiento real 10% 2027-2036) (La apropación de 2025 de la ADRES es de COP 87MM. En el aval fiscal del gobierno, el punto de partida es de COP246MM en 2026)
Talento Humano en Salud	Siguiendo el costeo hecho por el MSPS en la radicación del proyecto de ley en febrero de 2023, y suponiendo que la formalización del personal por prestación de servicios del nivel de atención 1 está incluido en Atención Primaria en Salud (APS), se calcula el costo por formalización de niveles de atención 2 y 3 a precios de 2025, y se proyecta con crecimiento del SMLV real de 1,7%. (Crecimiento de 1,7% 2026-2036)	De acuerdo con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), los usos por Atención Primaria en Salud (APS) incorporan el costo por formalización del personal por prestación de servicios del nivel de atención 1. Para los niveles de atención 2 y 3 estos no se incluyen.
Gestión	Incentivos a la calidad corresponde al 3% gasto mediana y alta complejidad (Estimación CARF) y Unidades Zonales Planeación al 1% del gasto at. Primaria + mediana y alta complejidad (Estimación CARF). Se utilizan transiciones del AVAL fiscal de agosto 2025. (Crecimiento real de incentivos 10,6% y unidades zonales 9,4%, 2027-2036)	Proyección con base en las sendas proyectadas de APS y MyAC, de conformidad con la ley (3% MyAC para incentivos de calidad y 1% de APS y MyAC). El aval plantea una transición para lograr dichas metas en el periodo proyectado. (Crecimiento real de incentivos 10,6% y unidades zonales 9,4 respectivamente, 2027-2036)
SGP (10% correspondiente a salud pública)	Corresponde al 10% del SGP salud estimado por el CARF con base en su senda proyectada de Ingresos Corrientes de la Nación (no incluye reforma constitucional al SGP) (Crecimiento real de 4 %, real 2027-2036)	Consistente con PGN 2026 y MFMP 2025 (Crecimiento real de 4,3% 2027-2026)

**Proyecto de Ley "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones". Radicado por el Gobierno Nacional en la Cámara de Representantes el 13 de febrero de 2023. Anexo 3, Pag 240.

Fuente: Cálculos CARF. Aval fiscal de MHCP de agosto de 2025.

En este análisis, el CARF identifica las presiones fiscales que tiene el sistema actual de salud, y estima la presión adicional que tendría la implementación de la reforma. En un escenario sin reforma, el Comité estima que el aporte que tendría que hacer el gobierno (**aporte nación**) para equilibrar las fuentes y usos del sector salud en el mediano plazo pasaría de **2% del PIB en 2025 a 3,7% de PIB en 2036, lo que representa una presión del 1,7pp del PIB en ese periodo.** El financiamiento del sistema actual de salud representa un reto fiscal significativo para la próxima década. En el escenario con reforma del CARF, el monto global de las fuentes no cambia respecto al escenario sin reforma; y los usos considerados son los siguientes: i) prestaciones económicas, fortalecimiento de la red pública, prestaciones de maternidad de no cotizantes, becas, fortalecimientos institucionales, fondo de desastres, migrantes irregulares, saneamiento hospitalares y otros, cuyas sendas proyectadas son las mismas que las que aparecen en el aval fiscal de agosto de 2025 y son consideradas dentro del balance del sector salud; ii) Atención Primaria en Salud (APS), Mediana y Alta Complejidad (MyAC) y SOAT diferencial, que también son considerados en el balance del aval fiscal mencionado, pero en las que el CARF proyecta sus propias sendas con metodologías distintas a las del MHCP; iii) y formalización del Talento Humano en Salud (THS) de niveles de complejidad 2 y 3 y el Sistema Público Integrado de Información en Salud (SPUIIS), que no fueron considerados en el balance del sector en el aval fiscal en cuestión². Dado lo anterior, el **aporte nación** requerido para equilibrar las fuentes y los usos **con reforma** pasaría de **2% del PIB en 2025 a 4,3% del PIB en 2036, lo que sugiere una posible presión de 2,3pp del PIB** (**Gráfica 1, panel A**). La diferencia entre los aportes de la nación con y sin reforma, que sería en promedio de 0,5pp del PIB para 2026-2036, se explica principalmente por los usos nuevos relacionados con el fortalecimiento de la red pública, formalización de THS de niveles 1, 2 y 3, prestaciones de maternidad de no cotizantes, incentivos a la calidad y unidades zonales de planificación (**Gráfica 1, panel B**).

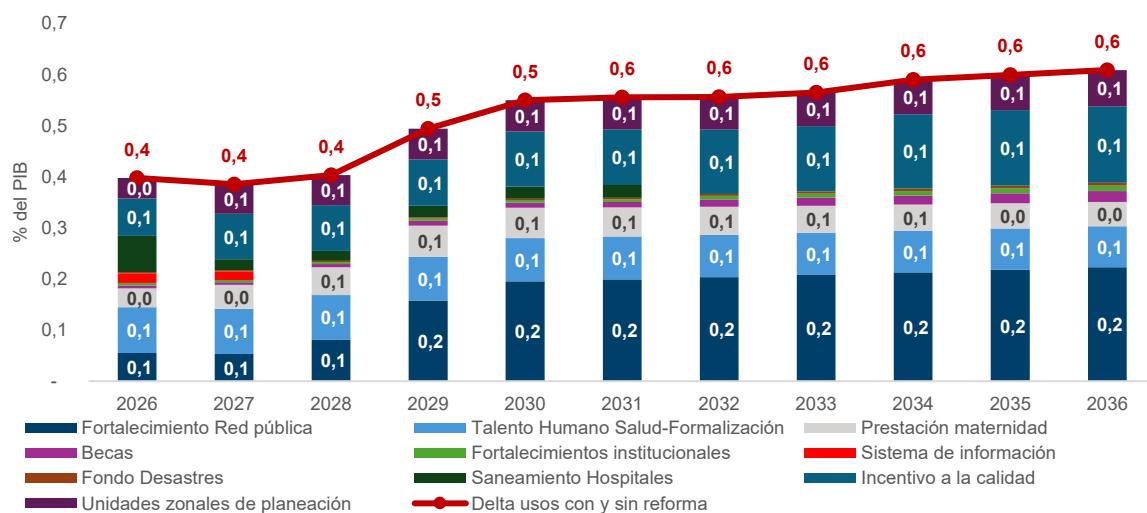
² Como se menciona en la nota al pie del panel B de la tabla 2, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en el Proyecto de Ley "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", radicado por el Gobierno Nacional en la Cámara de Representantes el 13 de febrero de 2023 (Anexo 3, Pag 240), hizo el costeo de la formalización laboral del personal de salud por niveles de complejidad (1,2 y 3) de los hospitales. Sin embargo, de acuerdo con información del MHCP, el aval fiscal solo incorpora los costos de formalización del nivel 1 dentro de los usos por atención primaria en salud. Respecto del sistema de información (que también se menciona en el panel B de la tabla 2), si bien el MHCP menciona que el costo del sistema no se incluye dentro de los usos del balance del sector porque se encuentran incluidos dentro de proyectos de inversión del Ministerio de Salud que se encuentran en ejecución, el CARF lo incluye como un uso de la reforma ante la baja ejecución de los proyectos de inversión mencionados y la relevancia del sistema para la implementación de la reforma.

Gráfica 1. Comparación del Aporte Nación con y sin reforma estimado por el CARF y composición de la diferencia

Panel A: Aporte de la Nación con y sin reforma



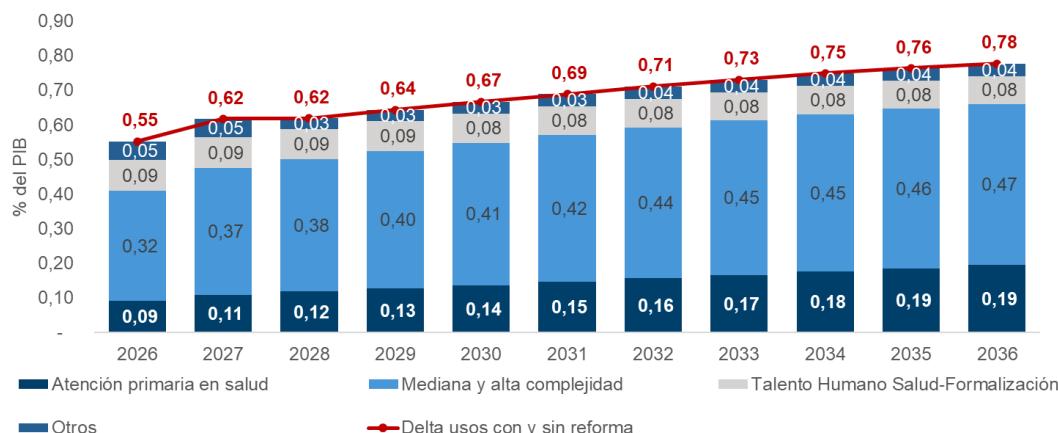
Panel B: Composición de la diferencia



Fuente: Cálculos CARF.

En la comparación entre el escenario con reforma del Gobierno y el del CARF, las principales diferencias en la estimación de usos se concentran en la atención de salud (primario y de mediana y alta complejidad), y en el rubro de formalización de talento humano en salud (Gráfica 2). En efecto, las estimaciones de usos del CARF son en promedio 0,7pp del PIB superiores a la estimación correspondiente al aval fiscal de agosto de 2025 realizada por el Gobierno.

Gráfica 2. Estimación del CARF de los usos incluidos en el proyecto de ley



Fuente: Cálculos CARF.

Si bien el CARF no desconoce que mayores gastos en atención primaria en salud pueden tener un impacto de largo plazo en los gastos de mediana y alta complejidad, no se encontraron elementos que permitan incorporar cuantitativamente ese posible efecto en el escenario fiscal de mediano plazo, como tampoco lo incluye el aval fiscal de agosto de 2025 de MHCP. En efecto, el aval fiscal proyecta que el gasto en atención primaria en salud sería de 1,9% del PIB en 2036, 0,7pp mayor al gasto previsto en 2026, mientras que los gastos de mediana y alta complejidad serían de 4,5% del PIB en 2036, 0,4pp mayor al gasto previsto en 2026. De acuerdo con el documento del MHCP, las sendas de gasto en atención primaria y mediana y alta complejidad fueron remitidas por el Ministerio de Salud.

La estimación de la UPC por el CARF considera tanto las proyecciones demográficas del DANE por grupo etario y por localización, como la estructura y dinámica histórica³ de la UPC por grupo etario y por localización, y una proxy del aporte que han generado los costos del servicio de salud en los últimos años como predictor del costo futuro de los mismos. Sobre este último punto, este documento técnico del CARF enfatiza la alta incertidumbre que hay en torno a la evolución futura de los costos de los servicios de salud, lo cual constituye una limitación metodológica para las estimaciones, tanto del Comité como del aval fiscal del Gobierno. Respecto del perfil epidemiológico de la población y el uso de tecnologías para MyAC, el CARF reconoce que “en materia de costos, las estimaciones de mediana y alta complejidad no incluyen los impactos de la innovación tecnológica, nuevos medicamentos o cambios epidemiológicos, por lo que la senda utilizada por el CARF —basada en la dinámica histórica de la UPC— podría subestimar presiones futuras”. Esto, debido principalmente a limitaciones de información.

³ Variación nominal de la UPC promedio del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado para el periodo 2013-2024 (12 años).

Las ganancias en eficiencia que la reforma produzca en el nuevo sistema de salud no son cuantificadas por el aval fiscal de agosto de 2025 ni por CARF. Se habla de potenciales ganancias en eficiencia de aspectos de la reforma como el establecimiento del ADRES como administrador único de los recursos de la salud, la reorganización de la red pública con una mayor descentralización, la interoperabilidad del sistema de información, la contratación por resultados, el control de precios y tecnologías, la reducción de servicios innecesarios, y las auditorias, entre otros. Sin embargo, el aval fiscal de agosto de 2025 elaborado por el MHCP no incluye ninguna cuantificación del potencial impacto que estas ganancias de eficiencia podrían generar. El Comité, al igual que el MHCP, tampoco cuenta con elementos para simular el eventual efecto de eficiencia sobre las finanzas del sistema. Lo que si se advierte en este documento es que, con la reforma, el riesgo de aseguramiento, que en el sistema actual está distribuido entre las EPS, se concentraría en el ADRES, lo cual es un aspecto central de la reforma y podría generar mayores riesgos y gastos contingentes para el Gobierno. La baja ejecución observada hasta el momento de los proyectos de inversión del Ministerio de Salud en lo que corresponde al sistema de información (SPUIIS) pone en riesgo la implementación de aspectos cruciales de la reforma como la toma de decisiones oportuna por parte de los rectores del sistema basada en información en tiempo real, completa y de calidad, y el control efectivo de los recursos en las transacciones del sistema.

2. Introducción

El presente documento tiene como propósito presentar la estimación elaborada por el CARF sobre las fuentes y usos del sistema de salud en su configuración actual (sin reforma), así como los cambios estimados por el CARF que se derivarían de la implementación de la reforma contenida en el Proyecto de Ley 410 de 2025 del Senado. Adicionalmente, se contrasta dicha estimación con el más reciente concepto de aval fiscal emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) el 20 de agosto de 2025⁴, con el fin de identificar diferencias en la senda de ingresos y gastos, las metodologías empleadas y los potenciales impactos fiscales en el periodo 2026-2036. Al final, se describen algunas de las limitaciones que tiene el ejercicio de estimación realizado por el CARF.

3. Sistema de salud colombiano: actualidad

El sistema de salud actual en Colombia es un modelo de aseguramiento social basado en competencia regulada, creado por la Ley 100 de 1993 y modificado o complementado por diferentes leyes posteriores⁵. En este esquema los ciudadanos se afilan a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes reciben recursos del Estado para gestionar el riesgo en salud y garantizar la prestación de servicios a los afiliados a través de una red de prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud⁶. Los afiliados al sistema se encuentran en dos regímenes de salud: El Contributivo (RC), que comprende las personas (asalariados, independientes y beneficiarios de los cotizantes) que cotizan al sistema; y El Subsidiado (RS), en el que el estado subsidia la atención de la población afiliada a Sisbén. En términos generales, la gobernanza del sistema está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que define las políticas del sector; y de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), que vigila el cumplimiento de las normas y políticas que regulan el funcionamiento del sistema y promueve el mejoramiento integral del mismo.

El financiamiento del sistema establece unas fuentes y usos de recursos para su funcionamiento, que son administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y que se muestran a continuación⁷:

⁴ Documento con número de radicado 2-2025-050293 del 20 de agosto de 2025.

⁵ De acuerdo con la exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por medio de la cual se transforma e Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", radicado en la Cámara de representantes el 13 de febrero de 2023, las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1608 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, 1797 de 2016, 1949 de 2019, 1955 de 2019 y 2015 de 2020, han modificado el sistema de salud.

⁶ Esta red incluye a las clínicas, los hospitales, los consultorios y los laboratorios, entre otros prestadores y proveedores, de carácter público y privado.

⁷ Los cálculos que se muestran para las fuentes y usos del sistema actual corresponden al periodo 2018-2024, y fueron estimados por el CARF con base en las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos de la ADRES de dichos años.

Fuentes:

- A. Cotizaciones:** comprende las cotizaciones, los aportes de solidaridad de los regímenes especiales y de excepción (REX), los aportes adicionales y las contribuciones solidarias. Para el periodo 2018-2024 su participación promedio en el total de fuentes fue del 38%, un poco más de la tercera parte del costo del sistema.
- B. Recursos de SGP para salud:** corresponde a la destinación del 24,5% de los recursos del SGP, que tiene como distribución el 87% para aseguramiento del régimen subsidiado en salud, 10% para salud pública para las entidades territoriales y 3% para subsidios de oferta. Su participación ha sido del 14,8%
- C. Otras fuentes:** corresponde a otros recursos⁸ que financian el sistema, y que han representado el 15,6% del total entre 2018 y 2024.
- D. Aporte nación:** es la transferencia de recursos que hace la nación para cerrar el sistema, para los dos regímenes. Su participación en las fuentes totales ha sido del 31,7%.

Usos

- A. Unidad de Pago de Capitación (UPC)⁹ para regímenes subsidiado y contributivo:** corresponde a la transferencia de recursos que realiza la ADRES a las EPS para la prestación de servicios definidos en el Plan Básico de Salud (PBS) a los afiliados del sistema, de ambos regímenes. Estos recursos han representado el 85,5% del total de los usos entre 2018 y 2024, en promedio por año.
- B. Presupuestos máximos:** son recursos destinados a la financiación de tratamientos y tecnologías no cubiertas por el PBS. Su participación promedio ha sido del 4,1%.
- C. Otros usos¹⁰:** han representado en promedio por año el 10,4% del total.

El CARF proyectó las fuentes y usos del sistema actual para el periodo 2025-2036. En las fuentes, las cotizaciones se estimaron con un margen positivo respecto del SMLV de 1,7% y un crecimiento vegetativo (factor demográfico, relacionado con el número de cotizantes) promedio del 1% (similar al proyectado por el DANE para la Población en Edad de Trabajar -PET-); el SGP salud con los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) calculados por el CARF (sin incluir la entrada en vigencia de la reforma constitucional al SGP) y la destinación a salud vigente (24,5%); entre las otras fuentes, el SOAT y FONSAT

⁸ Multas y sanciones, contribución SOAT, aporte GNC para residencias médicas, FOME, recursos cedidos por las entidades territoriales (impuesto a los licores, tabaco, entre otros), aportes de cajas de compensación familiar, compensación regalías régimen subsidiado, recursos de Coljuegos, prima FONSAT y contribución SOAT, impuestos a las armas, UPC para población privada de la libertad, rendimientos financieros, transferencias de capital de la nación para pasivos, aportes de empresas por COVID, recuperación de cartera, recursos de terceros, FONPET, y reintegros. A partir de 2026, de acuerdo con el gobierno, no hay más recursos por FOME ni transferencias de capital de la nación para pasivos.

⁹ La UPC es el valor mediante el cual se financian las tecnologías y servicios de salud del RC y RS del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y constituye la prima del seguro del SGSSS que cubre tanto los costos de los aseguradores (EPS) como sus utilidades (Melo-Becerra, L. A., Arango-Thomas, L. E et. al., 2023. *Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia*. ESPE núm. 106).

¹⁰ Contiene usos permanentes como financiamiento ADRES, cuota Supersalud, compensación departamental de juegos de apuestas, promoción y prevención, recobros, acuerdo de punto final, SOAT, residencias médicas, SGP (10% salud pública, FONSAET, saneamiento aportes patronales, propósito general de libre inversión), rendimientos financieros cuentas de recaudo, reclamaciones SOAT rango diferencial, población migrante, y otros; y usos transitorios como gastos por el COVID.

se estimaron con un crecimiento del parque automotor de 4,9%, y los aportes de las Cajas de Compensación Familiar con el desvío respecto del SMLV mencionado y crecimiento estimado de la PET; el resto de la otras fuentes se calculó con el crecimiento real proyectado del PIB.

Por el lado de los usos, el CARF proyectó los usos de UPC (RC y RS) con un crecimiento nominal anual del costo de servicios de salud promedio de 6,92% (calculado a partir de datos históricos estimados), y un crecimiento vegetativo (factor demográfico) consistente con la tasa de afiliación al Sistema de Salud por regímenes, con las proyecciones de población del DANE y los valores de la UPC por grupo etario y por localización definidos para 2025¹¹. Este factor demográfico crece 1,4% en promedio entre 2026 y 2036, explicado fundamentalmente por el envejecimiento de la población. El crecimiento compuesto derivado de considerar el factor de costo de servicios de salud y el demográfico es 8,5% en promedio entre 2026 y 2036, 1,6pp inferior al observado entre 2019 y 2024 y 0,4% inferior al observado en los últimos 12 años (2013-2024). Los presupuestos máximos y los otros usos se estimaron con base en su comportamiento histórico (presupuestos máximos entre 2020 y 2024¹², y otros usos entre 2022-2024¹³) como porcentaje del PIB (0,3% y 0,4% del PIB, respectivamente). Por último, el CARF calcula el aporte de la nación como el cierre entre el total de los usos y de las fuentes distintas del aporte nación.

A continuación, se muestran las proyecciones propias del CARF de las fuentes y usos del sistema para el periodo 2026-2036. Para ello, se muestran, en primer lugar, las fuentes del sistema sin aporte nación; luego, los usos estimados; y, por último, el aporte nación resultante con el que el gobierno cierra el sistema.

Las fuentes del sistema sin incluir el aporte nación muestran un crecimiento sostenido en términos reales en el periodo 2026-2036. En particular, pasarán en términos reales de COP 67,4 billones en 2026 (3,6% del PIB) a COP 92,2 billones en 2036 (3,7% del PIB) ([Gráfica 3](#)), con una composición promedio en la que el 55,2% corresponde a cotizaciones (incluyendo REX y adicionales), el 31,3% al Sistema General de Participaciones (SGP)¹⁴ y el 13,4% a otras fuentes.

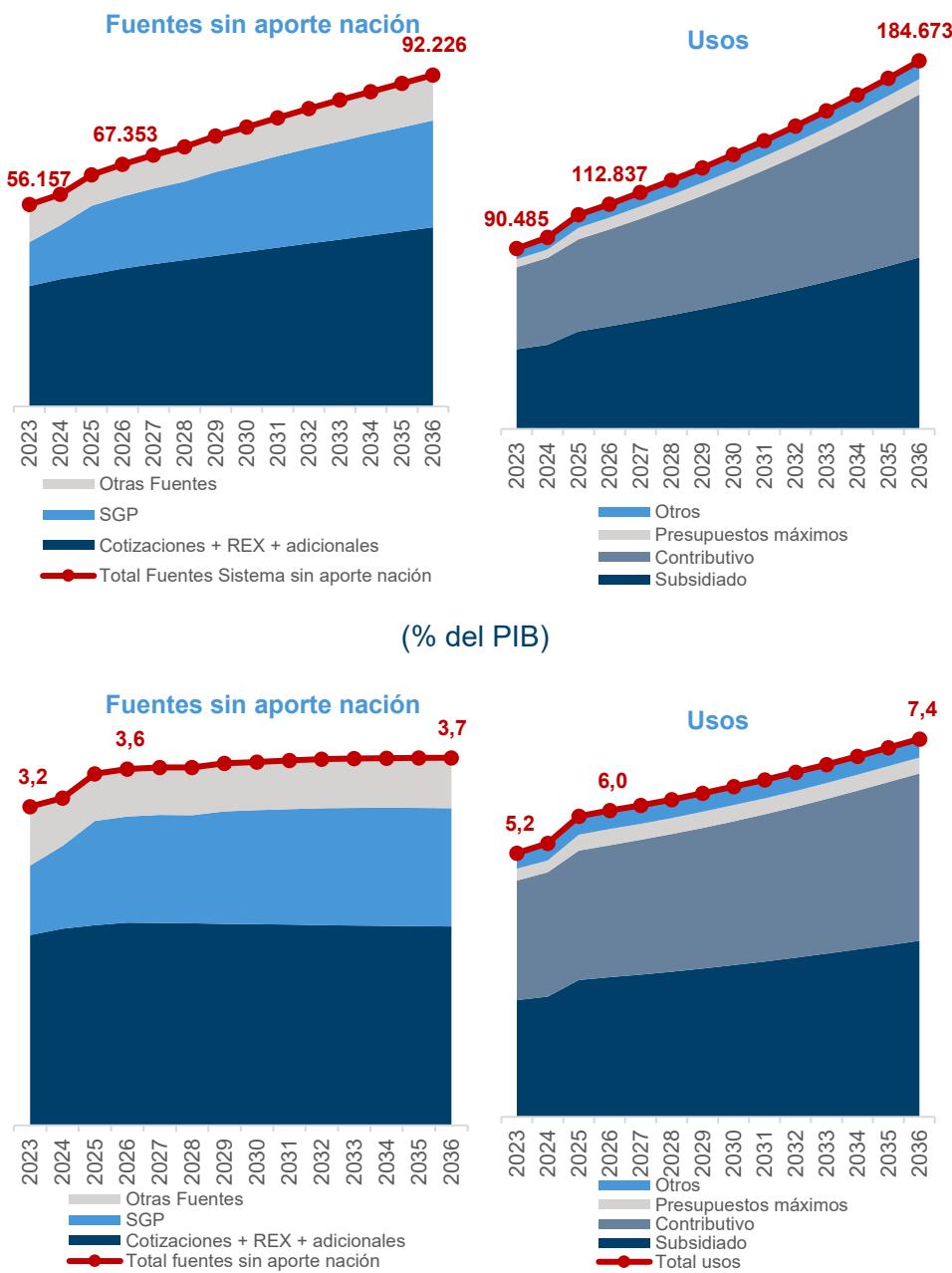
¹¹ Resolución 2717 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, que define el valor de la UPC para 2025 por grupos etarios, régimen y localización.

¹² El mecanismo de presupuesto máximo fue creado por el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 e implementado a partir de 2020.

¹³ El promedio como % del PIB entre 2022 a 2024 obedece a que en este periodo se refleja una disminución del monto de los otros usos, principalmente por la reducción en los costos asociados al COVID (el costo promedio como % del PIB para el periodo 2018-2021 fue de 0,7% del PIB).

¹⁴ La estimación del SGP no considera el Acto Legislativo 03 de 2024, que modifica la fórmula de asignación del SGP a partir de 2027 y que reduciría el aporte nación dentro del sistema. Además, se desconoce el alcance final de la Ley de Competencias que reglamentará dicho Acto Legislativo, en la medida en que aún no se han definido las competencias específicas, los porcentajes de participación sectorial ni los recursos que serán trasladados del nivel nacional al subnacional. En caso de que se considerara el Acto Legislativo 03 de 2024 esta fuente sería mayor, con lo cual se reduciría el aporte nación, todo lo demás constante.

Gráfica 3. Estimación de fuentes sin aporte nación y usos del sistema actual 2026-2036
(miles de millones de pesos constantes de 2025)



Nota: En las fuentes, REX contiene los aportes que hacen los regímenes especiales y de excepción. Se aclara que los usos no incluyen los regímenes especiales y de excepción, en vista de que estos cuentan con fuentes de financiación del gobierno nacional distintas con las que se financian.

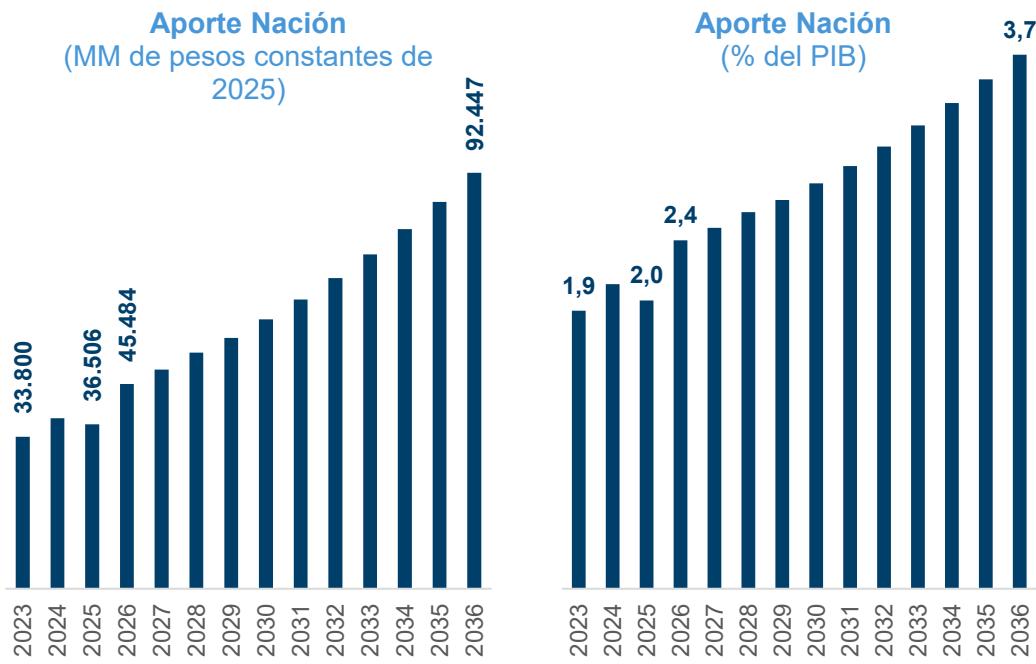
Fuente: cálculos propios DT-CARF con base en ejecuciones de la ADRES.

Los usos del sistema para el periodo 2026-2036 presentan un crecimiento más acelerado (aumento de 5% del crecimiento real estimado en promedio anual frente a 3,3% de fuentes sin aporte nación); la atención en salud (que considera gasto en UPC y presupuestos máximos) es el rubro que más crece (5,3% en promedio por año). Entre 2026 y 2036, los usos totales aumentarían de COP 112,8 billones (6% del PIB) a COP 184,7 billones (7,4% del PIB) a precios constantes de 2025 ([Gráfica 3](#)), destinando en promedio el 89,8% a atención en salud de los regímenes contributivo y subsidiado, el 4,7% a presupuestos máximos y el 5,5% a otros usos. Esta configuración pone de manifiesto que el grueso de los recursos se orienta al aseguramiento individual. La presión fiscal del sistema de salud es marcada, considerando que la nación cierra el faltante vía transferencias corrientes.

Entre 2018 y 2024 el aporte nación representó en promedio el 31,7% de las fuentes totales, y pasó de 1,2% a 2,1% del PIB, evidenciando un incremento de 0,9pp del PIB en los últimos 7 años. Cálculos del CARF indican que el aporte nación pasaría en términos reales de COP 45,5 billones (2,4% del PIB) en 2026 a COP 92,4 billones (3,7% del PIB) en 2036 ([Gráfica 4](#)), lo que implica un incremento de 1,3pp del PIB en el periodo. En el periodo 2026-2036, aún sin reforma, el aporte nación representaría en promedio el 44,8% de las fuentes totales del sistema, reflejando la magnitud del esfuerzo fiscal requerido para atender el crecimiento de la demanda y los costos relacionados con la prestación de los servicios de salud. Adicionalmente, el crecimiento significativo de los usos, por encima de las fuentes corrientes, derivaría en una participación cada vez mayor de los recursos del Gobierno Nacional Central, GNC, en la financiación del sistema, convirtiéndose en una fuente creciente de inflexibilidad presupuestal para las finanzas públicas.

El sistema de salud en Colombia tiene un déficit estructural que crecerá de 1,9% del PIB en 2024 a 3,7% del PIB en 2036; el cierre lo hace el aporte de la Nación. La creciente diferencia entre usos y fuentes y su presión fiscal debe ser atendida gestionando los gastos del sistema y fortaleciendo los recursos que lo financian.

Gráfica 4. Estimación del aporte nación sin reforma 2026-2036
(Mil Millones de pesos constantes de 2025 y % del PIB)



Nota: El CARF estima que el aporte nación que equilibraría las fuentes y los usos en 2025 sería de COP 43 billones (2,4pp del PIB, 0,4pp más que el dato esperado de cierre fiscal).

Fuente: Para 2023 y 2024, los valores corresponden a las cifras oficiales observadas de aseguramiento en salud reportadas por el GNC. Para 2025, la cifra corresponde a la proyección de la DT-CARF de cierre de aseguramiento en salud del año, consistente con la apropiación vigente de gasto del MSPS en PGN 2025, y el recaudo esperado por la ADRES por aporte nación para el mismo año. Para 2026-2036, las cifras proyectadas corresponden a cálculos propios de la DT-CARF con base en ejecuciones de la ADRES en 2024.

4. Reforma al sistema de salud

El Gobierno afirma, en la exposición de motivos del proyecto de reforma a la salud, que las principales falencias del sistema actual están relacionadas con su insuficiencia para dar acceso universal efectivo a los servicios de salud, su débil gobernanza y fragmentación institucional. De acuerdo con la exposición de motivos del Gobierno, la dispersión de funciones entre entidades, la delegación de tareas críticas a intermediarios privados y la limitada capacidad de rectoría del Estado han generado un esquema poco transparente y difícil de auditar. En la práctica, esto se traduce en fallas en la planeación territorial, inequidades en el acceso a los servicios y duplicación de costos administrativos. Adicionalmente, el flujo de recursos presenta rezagos en el recaudo y traslado de cotizaciones, controles tardíos sobre el gasto, e insuficiente trazabilidad del destino de los fondos públicos. Estos problemas de la gestión pública, de

acuerdo con el Gobierno, han derivado en barreras para garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud, en particular para poblaciones con enfermedades crónicas, altos costos y condiciones de vulnerabilidad social.

Para corregir estas limitaciones, el Gobierno plantea una reconfiguración del modelo de gestión pública con un mayor rol del Estado en la rectoría, planeación, control, afiliación y prestación de servicios de la salud. El enfoque busca centralizar el recaudo y la administración de los recursos en la ADRES, que pasaría de ser un pagador parcial a ser el eje financiero del sistema (pagador único). Asimismo, se fortalecen los mecanismos de inspección, vigilancia y sanción en cabeza de la Superintendencia de Salud, con mayor capacidad de auditoría integral y de intervención oportuna en casos de ineficiencia o desviación de recursos. El Gobierno también resalta la necesidad de ordenar la provisión de servicios de salud en el territorio mediante las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Estas redes serán conformadas de acuerdo con los criterios establecidos por el ministerio sectorial, el MSPS; serán coordinadas por las entidades territoriales y las Gestoras de Salud y Vida (que reemplazan a las EPS); y monitoreadas desde el ámbito nacional por el MSPS y la superintendencia de salud, SNS. En el ámbito territorial, la coordinación y el monitoreo será ejercido por las direcciones departamentales y municipales de salud (con base en los lineamientos dados por el MSPS). Lo anterior, con el fin de superar la actual fragmentación y garantizar continuidad en la atención en todo el territorio nacional.

La propuesta legislativa, contenida en el Proyecto de Ley 410 de 2025¹⁵, introduce un rediseño institucional orientado a consolidar un sistema de aseguramiento social en salud que busca ser más eficiente, equitativo y transparente. Entre sus principales transformaciones se encuentra la creación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), que busca proveer trazabilidad en tiempo real de la prestación y el financiamiento, y facilitar auditorías permanentes. Se redefine la función de las EPS, que pasarán a transformarse en Gestoras de Salud y Vida con responsabilidades delimitadas de articulación (ya no gestionaría el riesgo de aseguramiento, ni recaudaría recursos, ni pagarían directamente a las IPS por los servicios de salud), mientras que las Empresas Sociales del Estado se reorganizarían como Instituciones de Salud del Estado (ISE) con mayor autonomía administrativa y financiera. En paralelo, se establece el Consejo Nacional de Salud como instancia de gobernanza participativa y se refuerza la atención primaria en salud como estrategia de prevención y contención del gasto futuro. Con este conjunto de medidas, el Gobierno pretende ajustar la arquitectura institucional del sistema, reducir las fallas actuales de la gestión pública y avanzar hacia la sostenibilidad financiera y la equidad territorial en el acceso a los servicios. Lo anterior se refleja en las siguientes dimensiones:

¹⁵ Gaceta del Congreso 1001 del 16 de junio de 2025.

- A. **Rectoría y gobernanza del sistema:** fortalecimiento de la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales y territoriales para organizar la prestación de servicios y el tener control del sistema a nivel nacional y territorial.
- B. **Eficiencia en el uso de los recursos públicos:** transformación de las EPS a Gestoras de Salud y Vida (GSV), consolidación del ADRES como pagador único con giro directo a los prestadores de servicios y proveedores de medicamentos y tecnologías del sistema de salud; y creación de Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para brindar información confiable y en tiempo real para mejorar la auditoría del gasto.
- C. **Prevención y acceso efectivo al sistema de salud:** transformación del sistema hacia uno preventivo, predictivo y resolutivo a través de la Atención Primaria en Salud (APS). Se haría la prestación de servicios de salud a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), que estarían coordinadas por las GSV y las entidades territoriales, con la creación de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en todo el territorio como puerta de entrada al sistema.
- D. **Infraestructura pública y formalización laboral:** fortalecimiento de la red pública hospitalaria y creación de régimen especial para los trabajadores del sector salud, basado en la formalización.

La incorporación de los impuestos saludables como fuente adicional de financiamiento amplía la base de ingresos del sistema, según el Gobierno, y busca garantizar sostenibilidad en el mediano plazo. De acuerdo con el artículo 18 del Proyecto de Ley 410 de 2025, a partir de 2026 se destinará el 100% del recaudo de los Impuestos sobre Bebidas Ultra procesadas Azucaradas (IBUA) y sobre Alimentos Ultra procesados Industrialmente (ICUI) con alto contenido de azúcares al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Según las estimaciones del aval fiscal del MHCP, este recaudo alcanzaría en términos reales cerca de COP 2,9 billones en 2026 y crecería progresivamente hasta superar los COP 4 billones en 2036, representando un componente estable dentro de las fuentes del sistema. A juicio del CARF, si bien los impuestos saludables pueden mejorar el balance del sistema de salud, en ausencia de fuentes permanentes adicionales, incrementaría el faltante de recursos para financiar los demás gastos del Presupuesto General de la Nación (PGN).

Como resultado de esta incorporación, las fuentes totales del sistema presentan una trayectoria ascendente que reduce la dependencia del aporte de la nación en los primeros años, pero mantiene la necesidad de esfuerzos fiscales crecientes a medida que los usos se expanden. De acuerdo con el aval fiscal del MHCP, en efecto, las fuentes totales pasarían en términos reales de COP 112,6 billones (6% del PIB) en 2026 a COP 191,7 billones (7,7% del PIB) en 2036, lo que equivale a un incremento de 1,7pp del PIB en el periodo.

Por su parte, los usos del sistema de salud, en el marco de la propuesta de la reforma, presentan un crecimiento acelerado, que en el periodo 2026-2036 se

traducen en una presión fiscal sostenida. De acuerdo con el aval fiscal, estos pasarían en términos reales de COP 109,9 billones (5,9% del PIB) en 2026 a COP 180,5 billones (7,3% del PIB) en 2036, lo que equivale a un incremento de 1,4pp del PIB en diez años. Esta senda ascendente refleja el efecto combinado de: 1) el mayor gasto en Atención Primaria en Salud (APS) y Mediana y Alta Complejidad (M y AC) (88,4% promedio del total usos), 2) las prestaciones económicas (2,6%), y 3) la aparición de nuevos usos derivados de la implementación de la reforma, como el de prestaciones de maternidad para no cotizantes, becas, fortalecimiento institucional, fondo de desastres, saneamiento de hospitales, incentivos a la calidad y las Unidades Zonales de Planeación (UZP). El aval de MHCP señala que los incentivos a la calidad y las UZP están atados al comportamiento de la demanda en mediana y alta complejidad, lo que puede generar presión fiscal ante cambios demográficos, tecnológicos y epidemiológicos.

Así las cosas, los usos con reforma se componen de tres tipos de gastos:

- A. Gastos directos:** comprenden los gastos por APS y M y AC, las prestaciones económicas, el fortalecimiento de la red pública, las becas, las prestaciones de maternidad, el fortalecimiento institucional, el fondo de desastres, el SGP (correspondiente al 10% destinado a salud pública) y otros. Los gastos directos representarían el 96,5% del total de los usos del sistema con reforma. Los usos por APS y M y AC concentran en promedio el 87,7% del total¹⁶.
- B. Gastos indirectos:** comprenden el SOAT correspondiente a rangos diferenciales, migrantes irregulares y saneamiento de hospitales. Representan en promedio el 0,8% de los usos totales estimados.
- C. Gastos de gestión:** comprenden los gastos por incentivos a calidad y las Unidades Zonales de Planeación (UZP). Representan en promedio el 2,4% de los usos totales estimados.

Con los impuestos saludables como fuente adicional del sistema, el balance del sistema con reforma, estimado por el Gobierno, sería superavitario en todo el periodo. Así lo establece el aval fiscal del Gobierno. En efecto, el balance iniciaría con un superávit en COP 2,6 billones en 2026 (0,1% del PIB) y cerraría con uno de COP 11,2 billones en 2036 (0,5% del PIB), lo que implicaría un superávit promedio de 0,2% del PIB por año ([Gráfica 9](#)). Se advierte que, en el escenario estimado en el aval fiscal, la incorporación de los impuestos saludables como fuente adicional no reduce el aporte nación que hace en la actualidad el Gobierno.

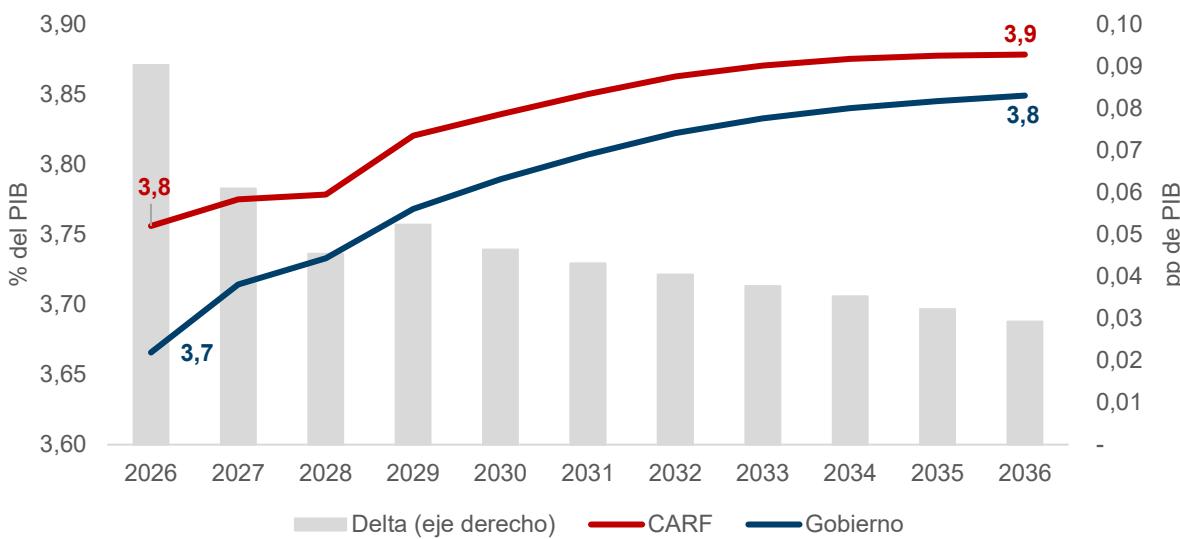
¹⁶ El aval fiscal de agosto de 2025 y el texto de la reforma no muestran de forma explícita las equivalencias entre los usos del sistema actual y del sistema con reforma, por lo que no se puede establecer con precisión qué usos del sistema actual hacen equivalencia con los usos en APS y M y AC.

5. Impacto de la reforma en el sistema de salud estimado por el CARF

En el escenario de ingresos con reforma, el CARF construye su estimación a partir de las mismas fuentes consideradas en el escenario del sistema actual (sin reforma). A estas se suma la destinación de los impuestos saludables como fuente específica para salud, pero se advierte que en ausencia de medidas para aumentar las fuentes permanentes del GNC se generaría un faltante para financiar otros gastos del PGN. A diferencia del ejercicio realizado por el Gobierno, en el escenario del CARF el monto que se agrega en las fuentes por impuestos saludables¹⁷ se reduce en el aporte nación estimado en el escenario sin reforma.

Desde esta perspectiva, para el CARF, el escenario de fuentes totales no cambia por la incorporación de impuestos saludables como fuente adicional; el aporte Nación se reduce en la misma magnitud. Las fuentes sin aporte Nación calculadas por el CARF son ligeramente superiores a las del Gobierno (Gráfica 5) (diferencia de 0,1pp del PIB), lo que se explica especialmente por una mayor estimación en cotizaciones.

Gráfica 5. Fuentes sin aporte nación: CARF vs Gobierno 2026-2036
(% del PIB)



Fuente: cálculos propios DT-CARF con base en ejecuciones de la ADRES.

La transición de los usos del sistema actual al escenario con reforma implica la incorporación de nuevos rubros que amplían las obligaciones de gasto. Como se observa en el esquema (Gráfica 6), además de mantener componentes tradicionales como el SGP-ET, el SOAT y la atención a migrantes, la reforma introduce elementos adicionales como el fortalecimiento de la red pública, la formalización del talento humano en salud, las becas, los sistemas de información, el fondo de desastres, el saneamiento

¹⁷ Corresponde a la misma senda estimada en el aval de MHCP.

hospitalario, el reconocimiento de pasivos de las EPS¹⁸ y las unidades zonales de planeación. Esta expansión constituye presiones fiscales en el mediano plazo. Un aspecto central de la reforma, adicional a estos usos directos, es la concentración del riesgo del aseguramiento en un actor público, la ADRES, frente al escenario actual, sin reforma, en el que riesgo se encuentra distribuido entre las EPS, los cuales son actores mixtos y privados. Nuestro ejercicio no cuantifica este posible gasto contingente, pero es un riesgo que debe ser explícito, cuantificado y tener una estrategia de mitigación.

Gráfica 6. Transición usos entre sistema actual y reforma



Este diagrama ilustra la transición de usos entre el sistema actual y la reforma. Se muestra una lista de usos en el sistema actual que se corresponden con usos en la reforma, mediante flechas que conectan cada uso actual con su equivalente en la reforma. Los usos en negrita en la lista actual representan conceptos que fueron incorporados por el CARF.

Usos del sistema actual	Usos de la reforma	Uso vigente/nuevo	Tipo de gasto
UPC RC	Atención primaria en salud	Vigente	Directo
UPC RS	Mediana y alta complejidad	Vigente	Directo
Presupuestos Máximos	SGP-ET (SGP) 10%	Vigente	Directo
Otros: de los cuales	Prestaciones Económicas	Vigente	Directo
SGP-ET (SGP) 10%	Otros	Vigente	Directo
Incapacidades y licencias de maternidad	Fortalecimiento Red pública	Nuevo	Directo
SOAT rangos diferenciales	Talento Humano Salud-Formalización*	Nuevo	Directo
Migrantes irregulares	Prestación maternidad	Nuevo	Directo
Residencias médicas	Becas	Nuevo	Directo
Atención medidas política sectorial	Fortalecimientos institucionales	Nuevo	Directo
Otros	Sistema de información*	Nuevo	Directo
	Fondo Desastres	Nuevo	Directo
	SOAT rangos diferenciales	Vigente	Indirecto
	Migrantes irregulares	Vigente	Indirecto
	Saneamiento Hospitales	Nuevo	Indirecto
	Incentivo a la calidad	Nuevo	Gestión
	Unidades zonales de planeación	Nuevo	Gestión

*Nota: Los usos en negrilla no aparecen en el aval fiscal del gobierno y fueron incorporados por el CARF.

Fuente: cálculos propios DT-CARF

En este ejercicio, el CARF combinó diferentes metodologías para estimar los usos del sistema bajo el escenario con reforma. En algunos conceptos se aplicaron metodologías propias¹⁹ del CARF, en otros se adoptó la senda provista en el aval fiscal del MHC²⁰. Este enfoque permitió integrar supuestos consistentes con la información oficial, al tiempo que se reconocieron algunas limitaciones de cobertura del aval fiscal y se complementaron las estimaciones con herramientas externas que fortalecen el análisis. En particular, se considera:

¹⁸ El párrafo 4 del artículo 37 del PL 410 de 2025 establece que las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación como garantía en su proceso de conversión a Gestora de Salud y Vida. El informe de la Contraloría General de la República de agosto de 2025, sobre la Nueva EPS (entidad en la que el Estado tiene el 50% de participación), establece que el patrimonio de la entidad podría cerrar en 2025 en COP -9,2 billones de pesos. El CARF por ahora no considera este aspecto como un uso nuevo de la reforma, ni tampoco como un uso del sistema actual. Sin embargo, estará monitoreando la situación para su eventual inclusión.

¹⁹ APS, M y AC, Sistema de información SPUISS, SOAT Diferencial, incentivos a la calidad y UZP Y SGP 10 % salud pública.

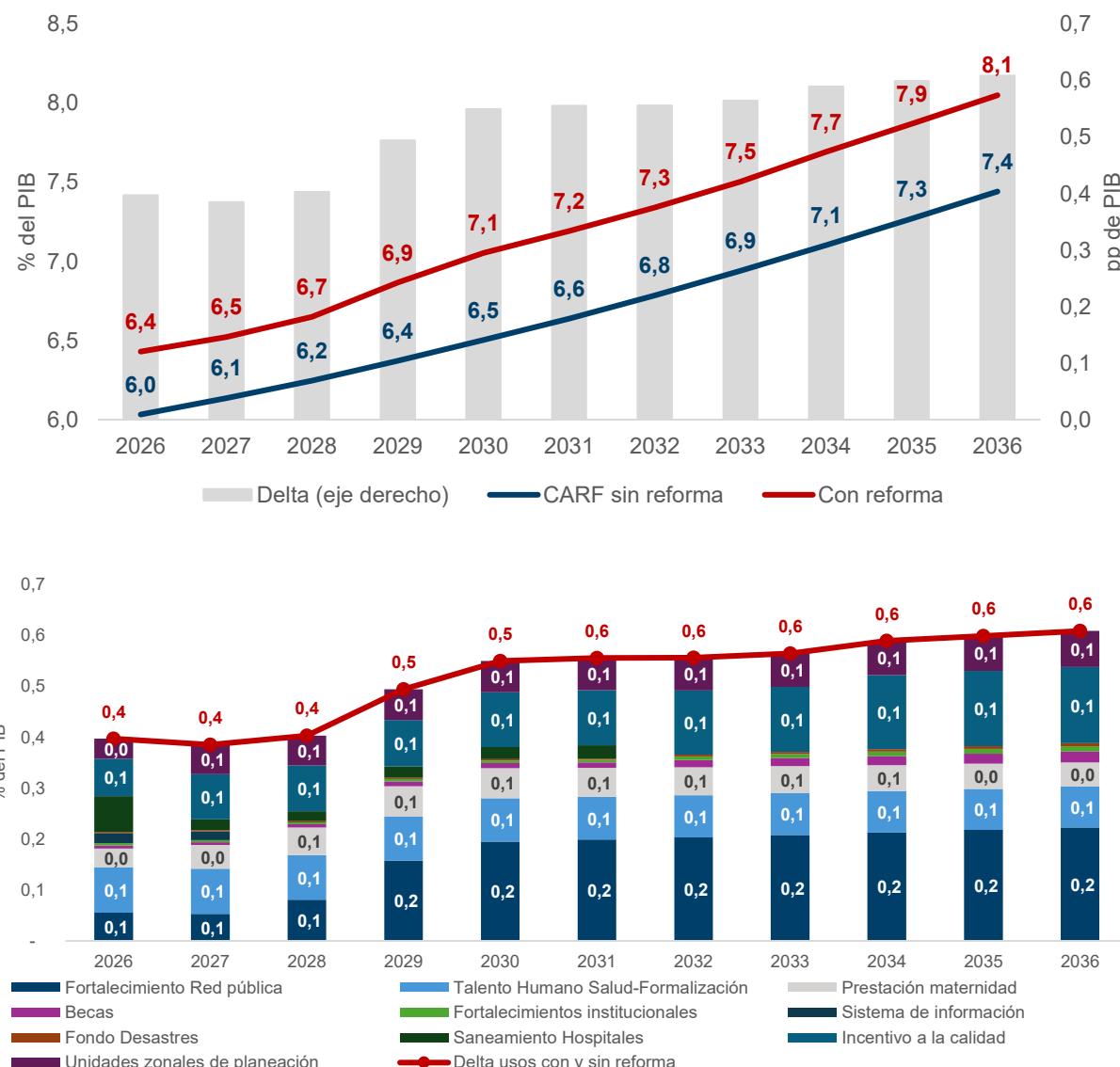
²⁰ Prestaciones económicas, Fortalecimiento de la red pública, prestaciones de maternidad, becas, fortalecimientos institucionales, fondo de desastres, migrantes irregulares, saneamiento de hospitales y otros.

1. De acuerdo con la interpretación del CARF, los usos actuales relacionados con el régimen contributivo (RC), el régimen subsidiado (RS) y los presupuestos máximos, corresponden en el proyecto de reforma a los usos de Atención Primaria en Salud (APS) y de Mediana y Alta Complejidad (M y AC). Estos rubros concentran la mayor proporción de los recursos, tanto en el esquema vigente como en el propuesto. Bajo el sistema actual, los pagos de la UPC —tanto contributiva como subsidiada— y los presupuestos máximos financian los costos derivados de la atención y prestación de servicios de salud asegurados, cubriendo desde la atención básica hasta patologías de alto costo no incluidas inicialmente en la canasta financiada con la UPC. En el sistema planteado en la reforma, esta lógica se mantiene: APS y M y AC absorben el grueso de los recursos al representar los costos directos de la atención de la población afiliada, lo que evidencia una continuidad conceptual en la naturaleza del gasto, aunque bajo una nueva arquitectura institucional y con una clasificación distinta de los usos.
2. El CARF incorpora usos que no estaban incluidos en el aval fiscal de MHCP, como el sistema de información SPUIS, y la formalización del personal de salud de niveles 2 y 3.

El Comité calcula que la reforma implicaría un mayor costo frente al sistema actual y al escenario oficial con reforma. En promedio, el sobrecoste sería de 0,5pp del PIB²¹ frente al sistema vigente ([Gráfica 7](#)), debido a los usos nuevos de la reforma relacionados con el fortalecimiento de la red pública, prestaciones de maternidad de no cotizantes, incentivos a la calidad, unidades zonales de planeación y formalización del talento humano en salud. Frente a las estimaciones del Gobierno, se estiman mayores usos promedio por 0,7pp del PIB ([Gráfica 8](#)), explicados por la estimación de mayores gastos en APS y M y AC por parte del CARF, así como por el cálculo de costos más altos relacionados con el SOAT.

²¹ En el Informe al Congreso de septiembre, el CARF había estimado un efecto promedio de 0,6pp del PIB. Los cambios respecto de ese escenario se explican por dos factores: i) ahora el escenario del CARF no considera que la asunción del pasivo de la Nueva EPS sea un uso de la reforma, por considerar que incluso en un escenario sin reforma sería necesario encontrar alternativas para saldarlo; y ii) el CARF refinó las proyecciones de "otras fuentes" con base en información adicional provista por el MHCP.

Gráfica 7. Usos del CARF con y sin reforma y diferencia por componentes (% del PIB)



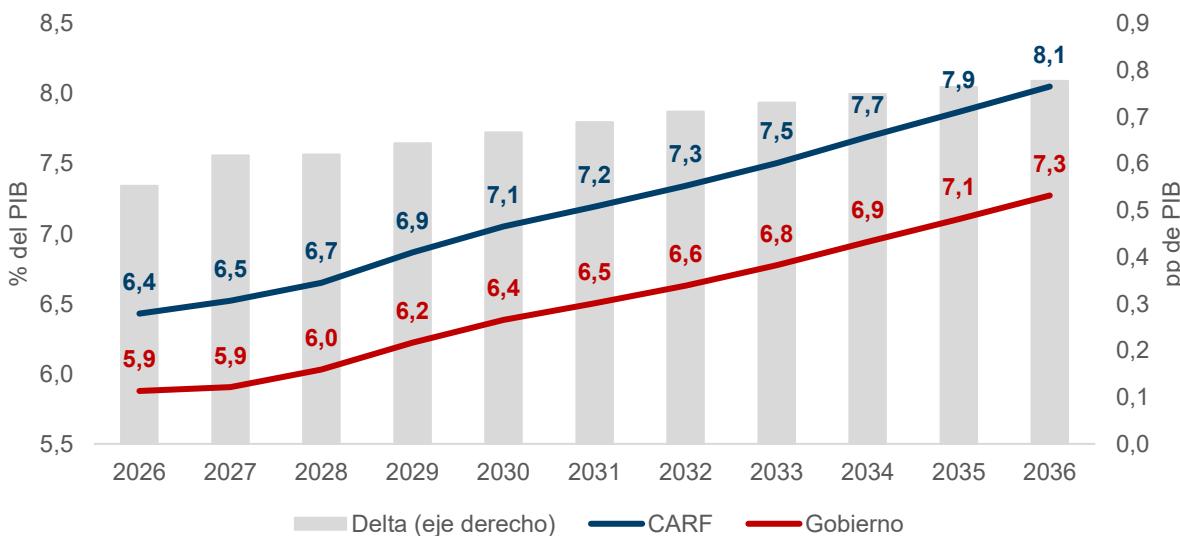
Fuente: cálculos propios DT-CARF.

El CARF estima que los usos con reforma se incrementarán en 1,6pp del PIB entre 2026 y 2036, mientras que el escenario del Gobierno²² contempla un aumento de 1,4pp del PIB. El punto de partida del CARF es superior al del Gobierno en 0,7pp del PIB, principalmente porque parte de un mayor monto para la atención primaria y la

²² En términos generales, el aval fiscal de agosto de 2025 no proporciona de manera explícita todos los supuestos utilizados en la proyección de usos con reforma: las sendas de APS, M y AC, fortalecimiento de la red pública, becas, licencias de maternidad de no cotizantes, fortalecimiento institucional, saneamiento hospitalares y fondo de desastres fueron provistas por el MSPS; las sendas de migrantes y otros se proyectaron con base en el comportamiento histórico pero no es clara la fuente; las prestaciones económicas se proyectaron con base en el comportamiento histórico encontrado en las ejecuciones de la ADRES, ajustado por parámetros de crecimiento poblacional y natalidad, y la del SOAT rango diferencial fue provista directamente por la ADRES; los incentivos a la calidad fueron proyectados hasta alcanzar el 3% de los gastos de mediana y alta complejidad en 2036, y las UPZ fueron proyectadas para representar el 1% de los gastos de aseguramiento.

mediana y alta complejidad (APS y M y AC). Esto se debe posiblemente a que, en el periodo de estimación, los usos de APS y M y AC del escenario con reforma de CARF son equivalentes a la suma de los recursos destinados hoy a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado (RC y RS) más los presupuestos máximos, en tanto estos últimos financian servicios asociados a patologías y tecnologías no cubiertas por la UPC y deben clasificarse como gastos de mediana y alta complejidad. Además, los gastos por UPC RC y RS en el escenario del CARF reflejan un crecimiento de la UPC más elevado, consistente con la dinámica histórica del incremento en los costos de los servicios de salud y con factores estructurales como el cambio demográfico. El CARF no conoce en detalle la metodología utilizada por el Gobierno para cuantificar estos usos. Otra fuente importante de diferencia en el punto de partida reside en la inclusión del CARF de los costos de la formalización del talento humano en salud de los niveles 2 y 3 de complejidad de las ISE, que no es incluido en el escenario del Gobierno²³. Respecto de la tendencia de mediano plazo, la principal fuente de discrepancia radica en el mayor ritmo de crecimiento estimado para los gastos de APS y M y AC por parte del CARF, en línea con los supuestos explicados previamente.

Gráfica 8. Usos de la reforma: CARF vs Gobierno y diferencias por componentes
(% del PIB)



²³ El artículo 59 del PL 410 de 2025 establece que las ISE vincularán laboralmente a las personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes del sector salud en el momento de entrada en vigor de la reforma. De acuerdo con información a la que tuvo acceso el CARF, el aval fiscal de la reforma de agosto de 2025 solo incluye explícitamente los costos de formalización del personal de salud de las ISE de nivel 1 de complejidad dentro del uso de atención primaria en salud. El CARF incluye también el costo de formalización de los demás niveles de complejidad.

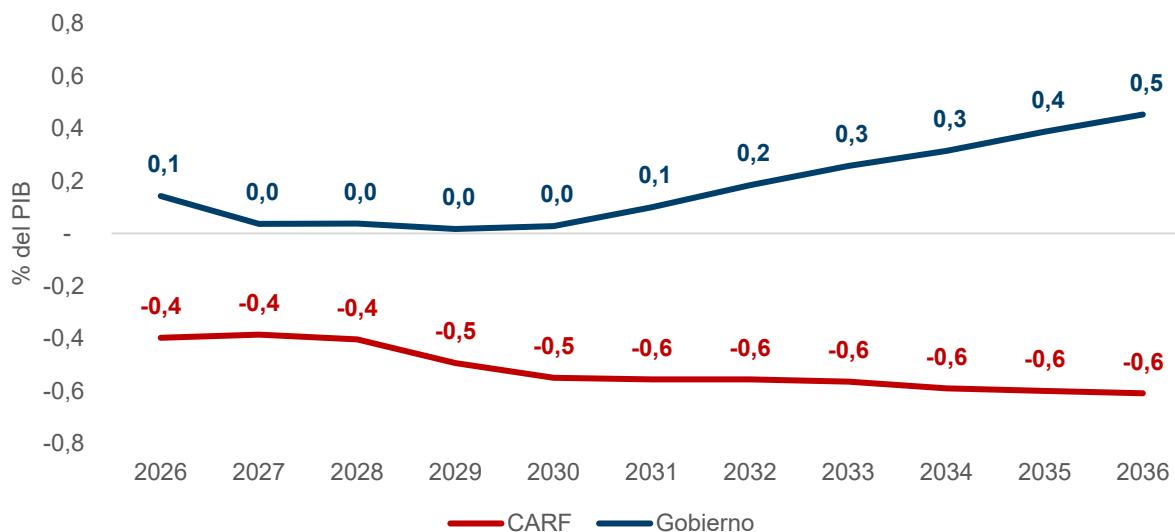


Fuente: cálculos propios DT-CARF.

El CARF estima que el esfuerzo fiscal adicional que deberá realizar el GNC con la reforma equivale en promedio a 0,5% del PIB (Gráfica 9), acumulando un déficit cercano a COP 126 billones constantes de 2025 en el periodo 2026-2036. Este resultado parte de la misma senda de fuentes del sistema actual, incorporando únicamente los impuestos saludables como ingreso adicional, los cuales se descuentan del aporte Nación, de manera que el total de fuentes estimadas permanece inalterado frente al escenario vigente. Por el lado de los usos, se consideran las nuevas obligaciones introducidas en la reforma —como el fortalecimiento de la red pública, la formalización del talento humano en salud y el saneamiento hospitalario— y un crecimiento más exigente en la atención primaria y en la mediana y alta complejidad. En conjunto, estos elementos configuran una senda de gasto mayor, que explica la discrepancia entre el balance estimado por el Gobierno y el CARF.

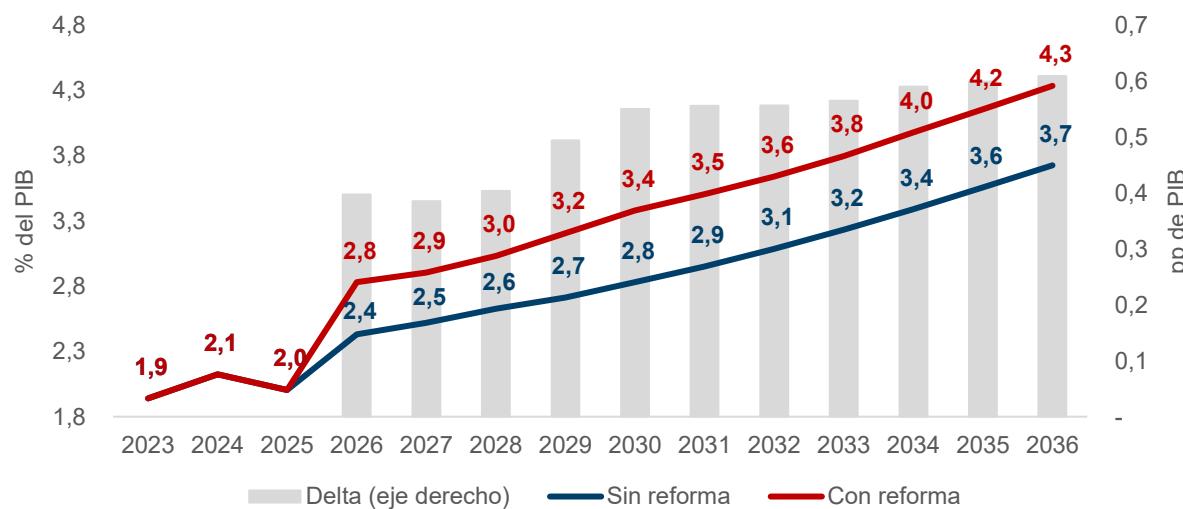
El desbalance estructural del sistema se agrava con la reforma; implica que la Nación debe asumir un esfuerzo fiscal adicional para equilibrar las fuentes con los usos. En el escenario con reforma el aporte Nación (Gráfica 10) aumentaría 2,3pp del PIB entre 2025 y 2036 (1,5pp entre 2026 y 2036), mientras que en el escenario sin reforma el incremento sería de 1,7pp del PIB (1,3pp entre 2026 y 2036). Adicionalmente, el punto de partida del gasto en el escenario con reforma del CARF (2026) es mayor en 0,4pp del PIB, respecto del escenario sin reforma, en vista de las nuevas erogaciones que implicaría la aprobación del proyecto de ley que actualmente se tramita en el Congreso de la República.

Gráfica 9. Balance del sistema con reforma: CARF vs Gobierno
(% del PIB)



Fuente: cálculos propios DT-CARF

Gráfica 10. Aporte nación según CARF: con reforma y sin reforma



Nota: El CARF estima que el aporte nación que equilibraría las fuentes y los usos en 2025 sería de COP 43 billones (2,4pp del PIB, 0,4pp más que el dato esperado de cierre fiscal).

Fuente: Para 2023-2024, los valores corresponden a las cifras oficiales observadas de aseguramiento en salud reportadas por GNC. Para 2025, la cifra corresponde a la proyección de la DT-CARF de cierre de aseguramiento en salud del año, consistente con la apropiación vigente de gasto del ministerio MSPS en el PGN 2025, y el recaudo esperado por la ADRES por aporte nación para el mismo año. Para 2026-2036, las cifras proyectadas corresponden a cálculos propios de la DT-CARF con base en ejecuciones de la ADRES en 2024.

Existen aspectos por definir y limitaciones del ejercicio, que podrán afectar el balance del sistema de salud a futuro. En primer lugar, en el caso de que se apruebe la ley de competencias y haya cambios a la distribución sectorial o intra sectorial de recursos del SGP, o en las competencias del GNC respecto del sector salud, podrían producirse sendas de fuentes o usos distintas. Adicionalmente, en materia de costos, las estimaciones de mediana y alta complejidad no incluyen los impactos de la innovación tecnológica, nuevos medicamentos o cambios epidemiológicos, por lo que la senda utilizada por el CARF —basada en la dinámica histórica de la UPC— podría subestimar presiones futuras.

En suma, las estimaciones del CARF reflejan que existe un importante desequilibrio financiero en el sistema actual de salud; el aporte de la nación tendría que incrementarse en 1,7pp del PIB entre 2025 y 2036. La presión fiscal del sector salud se incrementaría con la aprobación de la reforma en 0,5pp del PIB en promedio por año. En cualquier caso, es necesario elaborar una estrategia, más allá de la reforma, para identificar los instrumentos financieros que resuelvan en un plazo definido las acreencias del sistema.

6. Anexos

Cuadro 1. Comparación de las fuentes, usos y balance entre el Gobierno (G), ANDI (A) y CARF (C)* - reforma
 (% del PIB)

Flujo	Concepto	2026			2027			2028			2029			2030			2031			2032			2033			2034			2035			
		G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	
Fuentes	Cotizaciones	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
	SGP	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,3	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,4	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	
	Apporte nación	2,4	2,2	2,3	2,2	2,2	2,4	2,3	2,4	2,5	2,5	2,4	2,6	2,6	2,6	2,7	2,8	2,7	2,8	3,0	2,8	2,9	3,2	2,9	3,1	3,4	3,1	3,2	3,6	3,4	3,9	3,6
	Impuestos saludables	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	Otras fuentes	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	Total	6,0	5,9	6,0	5,9	6,0	6,1	6,1	6,2	6,2	6,4	6,4	6,3	6,5	6,6	6,5	6,6	6,8	6,6	6,8	7,0	6,8	6,9	7,3	7,0	7,1	7,5	7,3	7,7	7,4		
Usos	Atención primaria en salud	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,4	1,3	1,3	1,5	1,4	1,3	1,5	1,5	1,4	1,6	1,5	1,5	1,7	1,6	1,6	1,8	1,7	1,6	1,9	1,8	2,0	1,9	2,1
	Mediana y alta complejidad	4,1	4,4	4,4	4,1	4,5	4,4	4,1	4,5	4,5	4,2	4,6	4,5	4,2	4,7	4,6	4,2	4,8	4,7	4,3	5,0	4,7	4,3	5,1	4,8	4,4	5,2	4,9	4,5	4,9	4,5	5,0
	SGP-ET (SGP) 10%	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Prestaciones Económicas	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	Fortalecimiento Red pública	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	Talento Humano Salud- Formalización	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
	Prestación maternidad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Becas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Fortalecimientos institucionales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Sistema de información	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Fondo Desastres	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Gastos directos	5,7	6,1	6,2	5,7	6,2	6,3	5,8	6,3	6,4	6,0	6,6	6,6	6,2	6,7	6,8	6,3	6,9	6,9	6,4	7,1	7,1	6,6	7,3	7,3	6,7	7,5	7,4	6,9	7,6	7,0	7,8
	Obligaciones corrientes	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	SOAT rangos diferenciales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Migrantes irregulares	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Saneamiento Hospitales	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Pasivo Nueva EPS	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Gastos indirectos	0,1	0,4	0,1																												
	Incentivo a la calidad	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Unidades zonales de planeación	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Gastos de administración	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2																					
	Total	5,9	6,6	6,4	5,9	6,5	6,5	6,0	6,6	6,7	6,2	6,9	6,9	6,4	7,0	7,1	6,5	7,2	7,2	6,6	7,4	7,3	6,8	7,6	7,5	6,9	7,8	7,7	7,1	7,9	7,3	8,1
Balance	Balance	0,1	-0,7	-0,4	0,0	-0,5	-0,4	0,0	-0,5	-0,4	0,0	-0,7	-0,5	0,0	-0,7	-0,5	0,1	-0,7	-0,6	0,2	-0,8	-0,6	0,3	-0,9	-0,6	0,4	-0,6	0,5	-0,6			

(Delta pp del PIB, CARF vs Gobierno y ANDI)

Flujo	Concepto	2026			2027			2028			2029			2030			2031			2032			2033			2034			2035		
		G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C	G	A	C
Fuentes	Cotizaciones	0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	SGP	0,0	-0,1		0,0	-0,1		0,0	-0,1		0,0	-0,1		0,0	-0,1		0,0	-0,1		0,0	-0,2		0,0	-0,2		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Aporte nación	-0,1	0,1		0,1	0,1		0,1	0,1		0,1	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		-0,1	0,1		-0,1	0,1		-0,2	0,2		-0,3	-0,3	
	Impuestos saludables	0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Otras fuentes	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,1		0,1	0,1	
	Total	0,0	0,2		0,2	0,2		0,2	0,2		0,1	0,2		0,1	0,2		0,0	0,2		0,0	0,2		-0,1	0,2		-0,2	0,1		-0,2	-0,3	
Usos	Atención primaria en salud	0,1	0,1		0,1	0,1		0,1	0,2		0,1	0,2		0,1	0,2		0,2	0,2		0,2	0,2		0,2	0,3		0,2	0,2		0,2	0,2	
	Mediana y alta complejidad	0,3	0,0		0,4	0,0		0,4	0,0		0,4	-0,1		0,4	-0,1		0,4	-0,2		0,4	-0,2		0,4	-0,3		0,5	-0,4		0,5	0,5	
	SGP-ET (SGP) 10%	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Prestaciones Económicas	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Fortalecimiento Red pública	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Talento Humano Salud-Formalización	0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,0		0,1	0,1		0,1	0,1	
	Prestación maternidad	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Otros	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Becas	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Fortalecimientos institucionales	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Sistema de información	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Fondo Desastres	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Gastos directos	0,5	0,1		0,6	0,1		0,6	0,1		0,6	0,1		0,6	0,1		0,7	0,0		0,7	0,0		0,7	-0,1		0,7	-0,1		0,7	0,7	
	Obligaciones corrientes	0,0	-0,1		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	SOAT rangos diferenciales	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Migrantes irregulares	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Saneamiento Hospitales	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Pasivo Nueva EPS	0,0	-0,2		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Gastos indirectos	0,0	-0,2		0,0	0,0		0,0	-0,1		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0													
	Incentivo a la calidad	0,0	-0,1		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Unidades zonales de planeación	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
	Gastos de administración	0,0	-0,1		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0																
	Total	0,6	-0,2		0,6	0,0		0,6	0,0		0,6	0,0		0,7	0,0		0,7	0,0		0,7	-0,1		0,7	-0,1		0,7	-0,1		0,8	0,8	
	Balance Balance	-0,5	0,3		-0,4	0,1		-0,4	0,1		-0,5	0,2		-0,6	0,2		-0,7	0,2		-0,7	0,2		-0,8	0,3		-0,9	0,3		-1,0	-1,1	0,0

*Nota: "G" corresponde al escenario del gobierno del aval fiscal de agosto de 2025; "A" corresponde al escenario de ANDI incluido en su informe "Reforma a la Salud y su impacto en las cuentas fiscales del país Proyectos de Ley No. 135 y 312 de 2024 Cámara (acumulados)" de diciembre de 2024 (solo tiene proyección hasta 2034); y "C" corresponde al escenario CARF actualizado para octubre de 2025, que es el que se muestra en este documento.

Fuente: cálculos propios DT-CARF con base en aval fiscal de 2025 e informe mencionado de la ANDI.

Documento técnico: análisis de presiones fiscales del sector salud de Colombia sin reforma y del proyecto de reforma 410 de 2025

9 de diciembre de 2025