

Ministra  
**Dra. CAROLINA CORCHO MEJÍA**  
Ministerio de Salud y Protección Social  
La Ciudad

**Asunto:** Comentarios al Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se reestructura el Sistema de Seguridad Social en Salud y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud"*.

Respetada Ministra Corcho:

El presente oficio pretende poner de presente las consideraciones de estas Carteras frente al Anteproyecto de Ley *"Por medio de la cual se reestructura el Sistema de Seguridad Social en Salud y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud"*. En este sentido, revisado el articulado compartido, se tienen comentarios de diversas índoles. Inicialmente (i) la presente comunicación presentará consideraciones sobre riesgos de tipo constitucional; después (ii) se presentarán propuestas y comentarios puntuales a las disposiciones normativas revisadas, así como propuestas normativas frente a la regulación de las Entidades Promotoras de Salud -EPS. Finalmente, (iii) se realizan consideraciones del impacto fiscal de la medida.

## **1. Consideraciones constitucionales y preliminares**

### **1.1. Principio de reserva de ley en materia tributaria: artículo 28 del Proyecto de Ley**

Es preciso señalar que es competencia de la Rama Legislativa establecer y modificar los elementos esenciales del impuesto y atender la reserva especial de la ley en materia tributaria consagrada en los artículos 150 y 338 de la Constitución Política, mediante los cuales se prevé la obligación en cabeza del Congreso de *"establecer contribuciones fiscales y, excepcionalmente, contribuciones parafiscales en los casos y bajo las condiciones que establezca la ley"*. En el artículo 338 Superior, a su vez, se materializa el principio de predeterminación del tributo, *"según el cual una ley previa y cierta debe señalar los elementos esenciales de la obligación fiscal"*<sup>1</sup>.

En este sentido, de conformidad con lo establecido en el artículo 114 y los numerales 1, 2 y 12 del artículo 150 de la Constitución Política, y en virtud de la denominada cláusula general de competencia del legislador, es facultad exclusiva del Congreso de la República desarrollar la Constitución al crear o modificar la ley en materia tributaria. Al respecto, la Corte Constitucional<sup>2</sup> ha sostenido frente a la competencia general del legislador para desarrollar la autonomía legislativa en materia tributaria, que:

*"(...) La atribución de legislar en materia tributaria, principalmente encomendada al Congreso de la República, es lo bastante amplia y discrecional como para permitirle fijar los elementos básicos de cada gravamen atendiendo a una política tributaria que el mismo legislador señala, siguiendo su propia evaluación. Sus criterios y sus orientaciones en torno a las mejores conveniencias de la economía y de la actividad estatal. Así, mientras las normas que al*

<sup>1</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C – 891 de 2012. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

<sup>2</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-594 de 2010. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

*respecto establezca no se opongan a los mandatos constitucionales, debe reconocerse como principio el de la autonomía legislativa para crear, modificar y eliminar impuestos tasas y contribuciones nacionales, así como para regular todo lo pertinente al tiempo de su vigencia, los sujetos activos y pasivos, los hechos y las bases gravables y las formas de cobro y recaudo."*

Por lo anterior, y de cara a la potestad reglamentaria establecida en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución, este Ministerio se permite informar que por tratarse de una materia que cuenta con reserva de ley, hay condicionamientos señalados en la Constitución que definen el alcance de la potestad reglamentaria del Ejecutivo, por lo que no es posible que el Gobierno nacional decrete exoneraciones o exenciones que afecten directamente elementos esenciales del tributo, como es el caso del hecho generador.

A juicio de estas carteras, la regla establecida en el artículo 28 desconoce este mandato y en esa medida podría adolecer de un vicio de inconstitucionalidad. Por lo anterior, se propone su eliminación del articulado.

#### 1.2. Constitucionalidad de las erogaciones de gasto - Presupuesto General de la Nación; artículos 58 y 59 del Proyecto

Los artículos 58 y 59 del texto propuesto permiten a las IES originar gastos con cargo a recursos de la Nación mediante la expedición de ordenanza municipal. De acuerdo con la Constitución no puede haber erogación de gasto que no esté determinado en la ley (artículo 346 CP). Dicho de otra manera, no puede haber gasto que no esté determinado en la ley, acá se está ordenando por una ordenanza. Es inconstitucional. Se deben eliminar los artículos mencionados

#### 1.3. Posible necesidad de consulta previa para varias de las disposiciones; artículos 12 y 146 del Proyecto de Ley

La Corte Constitucional ha establecido que cuando una medida legislativa genera efectos directos, específicos y particularmente dirigidos a los miembros de una comunidad o grupo étnico, esta requerirá cumplir con el requisito de consulta previa. Al respecto, en la sentencia C-196 de 2012, se indicó:

*"... (i) la consulta previa constituye un derecho fundamental; (ii) existe un claro vínculo entre la realización de la consulta previa y la protección de la identidad cultural de las minorías étnicas; (iii) la realización de la consulta previa es obligatoria cuando la medida afecta directamente a las comunidades étnicas; (iv) el Gobierno tiene el deber de promover la consulta previa, se trate de proyectos de ley de su iniciativa o no; (v) su pretermisión configura una violación a la Carta Política; y (vi) la consulta debe efectuarse en un momento previo a la radicación del proyecto de ley en el Congreso de la República, para que los resultados del proceso de participación incidan en el contenido de la iniciativa que se somete a consideración, sin perjuicio de la participación prevista para los ciudadanos en general durante el trámite legislativo".*

Atendiendo que existen disposiciones en el Proyecto de Ley que se refieren precisamente a la reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, en lo que respecta a las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas (artículo 146) o en lo que se refiere a la participación de

los mismos en el Consejo Nacional de Salud (artículo 12), se resalta que podría llegar a ser necesario el cumplimiento del requisito de consulta previa, que, además, en los términos de la Corte Constitucional, deberá realizarse antes de la radicación del proyecto de ley ante el Congreso de la República.

1.4. Necesidad de atender la Ley Orgánica de Presupuesto (Ley 819 de 2003), para la determinación del impacto fiscal y las fuentes adicionales de recursos para atender dichos costos

Se debe recordar que es deber orgánico y presupuestal tramitar leyes en el marco de los criterios de sostenibilidad fiscal, de acuerdo con las propuestas de sus iniciativas, en el marco de las disposiciones constitucionales y legales vigentes.

En este sentido, el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 señala que en todo proyecto de ley que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito el mismo y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para dichos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo. De manera que, para el caso concreto, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público pone en consideración que el proyecto de ley en análisis, de ser sancionado como ley, y en los términos de la sección 3 de esta Comunicación, la misma produciría un impacto en las finanzas de la Nación, el cual además es abordado más adelante en esta comunicación.

1.5. Posible necesidad de trámite de ley estatutaria en proyectos de ley que regulen el derecho fundamental a la salud

El artículo 152 de la Constitución Política establece las condiciones y materias que deberán regularse a través de leyes estatutarias. En este sentido, afirma el artículo:

*“Artículo 152. Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias:*

*a. Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección (...).”*

Atendiendo dicho mandato constitucional, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que el derecho a la salud corresponde precisamente a un derecho fundamental, “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.”<sup>3</sup> En otras palabras, la regulación legal del mismo deberá atender los trámites estatutarios constitucionales respectivos.

Por otra parte, a pesar de que puedan existir disposiciones ordinarias en el Proyecto de Ley, la Corte Constitucional ha establecido que el trámite deberá atender el más exigente, en los términos de la Constitución Política. Así las cosas, a pesar de que el Proyecto de Ley objeto de revisión pueda tener afirmado la Corte que “en la medida en que el control previo de constitucionalidad sobre los proyectos de ley estatutaria es integral, el pronunciamiento de la Corte debe recaer tanto sobre las disposiciones cuyo contenido está sometido a la reserva especial, como sobre aquellas que desde la perspectiva

<sup>3</sup> Artículos 1 y 2 de la Ley 1751 de 2015.

material no estén sometidas a tal reserva. Así pues, dado que la Constitución no prohíbe que en un proyecto de ley estatutaria se contengan disposiciones de naturaleza diferente como las ordinarias, ello no lo hace per se inconstitucional siempre que se hubiere tramitado por el procedimiento que resulta más exigente y guarde una conexidad temática razonable.<sup>4</sup>

A la luz de las consideraciones anteriores, y a juicio de nuestras Carteras, el proyecto de ley deberá atender los trámites y condiciones especiales de las leyes estatutarias, independientemente de que algunas de sus disposiciones tengan el carácter de leyes ordinarias.

## **2. Propuestas de artículos puntuales y modificaciones necesarias a juicio de estas Carteras**

### **2.1. Delimitación del modelo mixto en aseguramiento en salud: inclusión de un nuevo artículo 3 en el Proyecto de Ley**

El proyecto de ley requiere contar con una disposición que de manera general describa el modelo mixto de aseguramiento social en salud y precise la responsabilidad del estado en la atención integral en salud a través de un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, el cual continuará siendo administrado por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y por la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-.

Para aclarar la función de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva -CAPIRS-, su naturaleza jurídica y el papel de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES- en este nuevo modelo, se propone una redacción:

***Artículo 3. Modelo mixto de aseguramiento social en salud. El Estado garantizará la atención integral en salud de toda la población a través de un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por este, utilizando para el efecto los recursos del Sistema.***

*Corresponde a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES y a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador.*

*Las EPS desarrollarán sus funciones mediante la articulación del riesgo individual y colectivo en salud a través de los diferentes niveles de atención a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público, privado o mixto y en general de los demás integrantes del sistema.*

*La atención primaria en salud se prestará a través de Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva -CAPIRS- en Salud que son instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público, privado o mixto. Corresponde a las EPS contratar, auditar y pagar los servicios prestados por los CAPIRS.*

---

<sup>4</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-313 de 2014. MP. GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

*La atención primaria en salud comprende, entre otros, los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad.*

*Los servicios de mediana o alta complejidad serán prestados por instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas.*

*La prestación de los servicios de salud se realizará a través de redes integradas e integrales de servicios de salud que estarán conformadas por los prestadores de servicios de salud, cuya organización y funcionamiento estará definida por las EPS en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, de acuerdo con los lineamientos que fije el Gobierno nacional.*

*Para garantizar el aseguramiento social en salud en todo el territorio nacional las EPS se habilitarán en la región para la cual cuenten con la mayor cantidad de afiliados y deberán operar en todos los municipios que conforman esa región. Corresponderá a la Superintendencia implementar la habilitación regional. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la integración de las regiones para efectos de la habilitación del aseguramiento de acuerdo con las recomendaciones efectuadas por la Comisión Asesora de Beneficios Costos y Tarifas, la cual seguirá ejerciendo sus funciones.*

*Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud formarán parte del Fondo Único Público de Salud, cuya gestión estará a cargo de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-, quien podrá girar directamente los recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en las condiciones que defina el Gobierno nacional.*

## 2.2. Inclusión de las Entidades Promotoras de Salud -EPS en el nuevo modelo mixto de aseguramiento social en salud: artículo 6

Para incluir la definición de las Entidades Promotoras de Salud -EPS en el apartado de definiciones del artículo 6 del proyecto, a fin de precisar que dichas entidades continúan siendo un actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

### **Artículo 6. Definiciones. (...)**

*16. Entidades Promotoras de Salud -EPS-. Personas jurídicas de naturaleza pública, privada o mixta encargadas de garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Beneficios a sus afiliados en las condiciones previstas en la normativa vigente y aplicable.*

## 2.3. Consejo Nacional de Salud propuesto, su conformación y funciones: artículos 12 y 13

Es necesario, asimismo, ajustar la conformación y funciones del Consejo Nacional de Salud a fin de hacer más eficiente y efectivo su funcionamiento, y precisar su carácter de instancia puramente asesora del Gobierno nacional. Así, se propone limitar el número de miembros y las funciones de este.

Lo anterior cobra relevancia si se pretende alcanzar una mejor gobernanza que permita la consecución de los fines constitucionales y sociales del mismo, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud que se propone:

**ARTICULO 12. Consejo Nacional de Salud.** *Créase el Consejo Nacional de Salud, como una instancia asesora del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud, conformado por:*

1. *El Ministro de Salud, quien lo presidirá.*
2. *El Ministro de Trabajo, o su delegado.*
3. *El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado.*
4. *El Director del Departamento Nacional de Planeación – DNP –*
5. *Un (1) representante de los departamentos, un (1) de los Distritos y un (1) representante de los municipios del país.*
6. *Un (1) representante de las Entidades Promotoras de Salud.*
7. *Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público y otro de las de carácter privado.*

**ARTICULO 13. Funciones del Consejo Nacional de Salud.** *El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:*

1. *Proponer políticas, planes, estrategias, programas y proyectos en materia de salud.*
2. *Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto del Sistema de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, que inciden directamente en la salud pública.*
3. *Velar por el buen funcionamiento del Sistema de Salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud*

#### 2.4. Consideraciones frente al Capítulo IV: artículos 20 a 51

Se propone la modificación de los artículos 20, 23, 24 y 27. Así como 49 y 50.

Así mismo, se propone la sustitución de los artículos 21, 25, 28, 30, 31 y 32 por la nueva redacción de los artículos 23 y 24 antes mencionados, en concordancia con la propuesta de un modelo mixto que mantenga las Entidades Promotoras de Salud -EPS como integrantes del Sistema de Salud, considerando que la propuesta de estas Carteras propone mantener vigente lo estipulado en el Libro II de la Ley 100 de 1993. Lo anterior conlleva a la supresión de los Fondos Regionales de Salud y sus correspondientes consejos territoriales.

Mantener a las EPS como administradoras del riesgo en salud de la población no es coherente con el esquema regional previsto en el proyecto. Por lo anterior, se propone una simplificación del Capítulo V así:

- Supresión de los artículos 36 a 42 del proyecto de reforma, cuyo alcance no será modificado en tanto la modificación de las competencias y recursos territoriales dependerá de los resultados de la Misión de Descentralización, tal como quedó contemplado en el proyecto de Ley del Plan Nacional de Desarrollo: 274 de senado y 338 de cámara.

- Supresión de los artículos 43 a 47 mediante los cuales se crean los fondos de salud del nivel regional, los consejos de administración regional y las condiciones de contratación y autorización de pago de los fondos regionales, funciones que estarán a cargo de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES- y de las EPS que se mantengan en el Sistema.

Frente al artículo 32 propuesto, estas Carteras tienen varios comentarios:

- Parece existir una confusión entre la especificación de los recursos destinados a la salud y los flujos de cada una de las cuentas propuestas, usan la misma fuente para varios usos, y duplican gastos en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).
  - A juicio de estos Ministerios, esta propuesta retoma la metodología de cuentas tal como operaba el extinto FOSYGA, enfrentándose a las dificultades que ellas tenían anteriormente, como superávits en algunas de las entonces subcuentas y altísimos déficits en las otras, generando grandes dificultades en la administración y uso eficiente de los recursos. Se sugiere eliminar cuentas.
- Cuenta de atención primaria: La propuesta retoma la operación del FOSYGA entre compensación y solidaridad, destinando 1,5 puntos de las cotizaciones que no se estaba efectuando desde la entrada en vigencia de la Ley 1607 de 2012. La cotización actualmente no es de 12,5% para todos los cotizantes, imposibilita el cálculo y presupuesta dos veces el mismo recurso. Se plantea en los usos la presupuestación de los recursos de solidaridad por parte de los Fondos Regionales en Salud, pero en el mismo apartado se dispone que serán girados por la ADRES, situación que obligaría a que se presupuesten en dos 'instituciones' distintas los mismos recursos.
- Cuenta de Servicios ambulatorios: la misma fuente financia dos cuentas. Plantea recursos de la extinta (Artículo 66 Ley 1753 de 2015) subcuenta ECAT. No obstante, más adelante destina la porción del 52% de SOAT a propósitos de infraestructura hospitalaria, recursos que en todo caso fueron la principal fuente de dicha subcuenta en su momento, así como el impuesto a las armas. En el gasto determina el reconocimiento de pago de accidentes por vehículos no asegurados o fantasma que hasta la expedición del Decreto 2497 de 2022 se financiaban en su totalidad con el FONSAT. De los actuales recursos destinados al aseguramiento en salud solo se destinarían a esta cuenta las cotizaciones y aportes de la nación denominados *imporenta*. Sin embargo, actualmente esto compone casi la totalidad del gasto del sistema administrado por ADRES. Lo anterior, sin contar que de las cotizaciones en salud se destinan porcentajes a otras cuentas limitando la disponibilidad para atender estos servicios.
- Cuenta de fortalecimiento de la red pública. Es de alta importancia señalar que los recursos del SGP de subsidio a la Oferta no son transferidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Operativamente los transfiere MSPS de acuerdo con la distribución del Documento DNP, según los criterios establecidos para tal fin, directamente a cada entidad territorial a través del SIIF. En otras palabras, actualmente este tipo de recursos se transfieren directamente a cada entidad territorial como beneficiario final. Así mismo, en los usos de esta cuenta, se parte del principio de que la Nación cofinanciará directamente las Empresas Sociales del Estado del Orden territorial. En este punto no es claro si se crearán IPS del orden nacional en cada territorio. Sobre la infraestructura hospitalaria que se propone, se resalta que actualmente ya se destinan recursos del PGN para tal fin y en el Proyecto de Ley del PND

recientemente radicado ante el Congreso también existen iniciativas tendientes a ese fortalecimiento. En este sentido, no es claro si con la propuesta estos recursos se asignarían a través de la ADRES.

- Cuenta de Control de Problemas y enfermedades de Interés en Salud Pública: Al respecto, la propuesta pareciera utilizar los recursos del SGP y los duplica en otra cuenta. No es claro si con el "10% de las transferencias de ingreso corrientes de la Nación del sector salud" se refiere a los recursos de SGP o a los recursos de la Nación para el aseguramiento. En este segundo caso, se inflexibilizan los aportes de la Nación que puedan financiar necesidades en otras cuentas del modelo planteado. Dentro de los usos se señalan programas de promoción y prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, sin embargo se advierte que los recursos de las ET serán únicamente contabilizados sin situación de fondos. Por tratarse de este tipo de recursos los mismos no podrían tenerse en cuenta como base para la financiación de recursos en el MSPS.
- Cuenta de enfermedades raras. Esta corresponde al mayor gasto per cápita y su fuente de financiación sería directamente el PGN, sin distinguir que la urgencia de las prestaciones en salud de esta población no pueda depender de las disponibilidades presupuestales.

Así las cosas, a la luz de las anteriores consideraciones, el nuevo Capítulo IV que se propone es el siguiente:

#### **CAPÍTULO IV**

#### **FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**

**Artículo 20. Definición.** El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre ciudadanos con alto y bajo ingreso.

Los recursos destinados para la salud son de naturaleza pública e inembargable. La participación de los particulares está supeditada al cumplimiento de las obligaciones determinadas por la ley y las políticas para la prestación del servicio. Estos recursos serán sometidos a control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control en lo de su competencia y estarán sometidos al control social.

**Artículo 21 (antes 22). Fondo Único Público de Salud.** El Fondo Único Público de Salud, estará constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES, cuya inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

**Artículo 22 (antes 23). Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES.** La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES, tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud. Le corresponde

*en especial administrar el Fondo Único Público para la Salud, los que financien el Sistema de Salud, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud:*

- 1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo y en especial el Fondo Único Público para la Salud.*
- 2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud.*
- 3. Efectuar el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud.*
- 4. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con lo autorizado por el ordenador de gasto competente y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.*
- 5. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.*
- 6. Administrar la información propia de sus operaciones*
- 7. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales*
- 8. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).*
- 9. Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a las Instituciones Hospitalarias para el control, provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos.*
- 10. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.*

*Los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada. La estructuración del presupuesto de gastos se hará por conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas.*

**Artículo 23 (antes 24). Recursos de la Entidad Administradora de Recursos del Sistema de Salud, ADRES.** *La Entidad administrará los recursos definidos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.*

**Artículo 24 (antes 25). Usos de los recursos administrados por la Entidad Administradora de Recursos del Sistema de Salud, ADRES.** *Además de los usos previstos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen, ADRES podrá destinar recursos conforme a lo establecido en la presente ley atendiendo lo siguiente:*

- 1. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)*
- 2. Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE)*
- 3. Fortalecimiento de la Red Pública para la equidad*

4. *Diseño y desarrollo de los programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública.*
5. *Financiamiento de las enfermedades huérfanas o raras*
6. *Catástrofes y Epidemias, correspondientes a riesgos no calculados o excesivos de una región o el país*
7. *Infraestructura y equipamiento en salud*

**Artículo 25 (antes 26). Aportantes al sistema de salud.** *Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas.*

*Las cotizaciones al Sistema de Salud serán proporcionales al ingreso y constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal.*

*Todo contrato laboral incluirá los costos de la cotización. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus aportes en salud ante los operadores autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo a cargo de la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.*

**Artículo 26 (antes 27). Cotizaciones.** *La cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1992 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicione.*

**Artículo 27 (antes 29). Obligación del pago de cotizaciones y contribuciones.** *El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorias al Sistema de Salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las contribuciones y cotizaciones al Sistema de Salud de las empresas, trabajadores o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.*

**Artículo 28 (antes 33). Recursos de las entidades territoriales.** *El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el marco regulatorio para la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.*

*Recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud para el desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su población.*

**Artículo 29 (antes 35). Fondos Territoriales de Salud.** *Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, los cuales estarán constituidos por:*

1. *Transferencias del Fondo Único Público para la Salud.*
2. *Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393.*
3. *Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que los corresponde.*
4. *Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud.*

*La gestión y el uso de los recursos de los Fondos Territoriales de Salud cumplirán con los estándares de prestación de los servicios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.*

**Artículo 30 (antes 48). Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.** *Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones:*

- 1. Ejercer las funciones que garanticen el cumplimiento de las competencias en salud atribuidas a la entidad territorial en la Ley 715.*
- 2. Recaudar los recursos constitutivos del Fondo Territorial de Salud.*
- 3. Distribuir los recursos de las cuentas del Fondo Territorial de Salud.*
- 4. Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cuatro (4) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud.*
- 5. Organizar el presupuesto para el cierre financiero del presupuesto de los hospitales, uniendo las tres fuentes de financiamiento y someterlos a aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social.*
- 6. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y las que le corresponda al interior del Sistema de Riesgos Laborales.*
- 7. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.*

**Artículo 31 (antes 49). Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** *Las direcciones departamentales y distritales podrán constituir Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como organismos o como dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales entre 100.000 y hasta 1.000.000 de habitantes.*

*Para la conformación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, en las zonas dispersas de los Departamentos se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley 1751, caso en el cual se harán los convenios entre departamentos o entre distritos y departamentos a fin de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas especiales.*

*Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.*

*Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.*

**Artículo 32 (antes 50). Consejo de Planeación y Evaluación en Salud.** *Las Direcciones departamentales y distritales de Salud podrán organizar un Consejo de Planeación y Evaluación en*

*Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planificación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades que deseen participar y que impartan programas académicos de administración en salud y/o salud pública, y delegados de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad.*

*Le corresponde al Consejo de Planeación y Evaluación en salud Departamental o Distrital:*

- 1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas.*
- 2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación sistemas de referencia y transporte de pacientes.*
- 3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio.*
- 4. Proponer los estándares de calidad para el funcionamiento de la Red de Servicios y los sistemas de referencia y transporte de pacientes.*
- 5. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, al Fondo Regional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las universidades públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS.*

**Artículo 33 (antes 51). Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud.** *Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.*

*En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.*

*La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.*

*Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.*

#### 2.5 Acceso al servicio de salud: modificación del artículo 53 del Proyecto de Ley

Este artículo plantea que las personas extranjeras podrán solicitar la atención en salud con fundamento en las disposiciones constitucionales que determinan el derecho a la igualdad y la acción

de tutela. Adicionalmente, se establece que los turistas tendrán la misma garantía de prestación de servicios de salud.

Al respecto, el acceso a los servicios de salud para el grupo de personas señalado (extranjeros y turistas) genera un elevado riesgo financiero para el Sistema. La ampliación de las posibilidades de atención para este grupo de personas no se deriva de exigencias imperativas de orden constitucional y podrían ser innecesarias de conformidad con la normatividad de rango constitucional -artículo 48 de la Constitución Política- que establece la garantía irrenunciable a la seguridad social a "todos los habitantes". En este mismo sentido, la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 14, establece la prohibición de la negación de servicios a través de la exigencia de autorizaciones administrativas "cuando se trate de atención de urgencia", requisito que está siendo eliminado en la propuesta.

Conforme con lo anterior, la extensión de las garantías determinadas por el Sistema de Salud, excluyendo a individuos que no pueden considerarse como habitantes del territorio nacional no resulta desproporcionada ni contraria disposiciones de rango superior. No obstante, se considera necesario y viable que se exijan seguros de salud a la totalidad de los extranjeros que visiten el territorio nacional.

#### 2.6 Creación de las Instituciones de Salud del Estado -ISE: Artículo 58

El párrafo del artículo 58 establece que los entes territoriales podrán crear ISE. Sin embargo, se deberá priorizar o reestructurar los hospitales públicos existentes para que cumplan con la finalidad propuesta. Por lo anterior, se sugiere entonces que dicha facultad de creación de Instituciones de Salud del Estado tenga un análisis previo de inexistencia o necesidad. Se sugiere una inclusión en este sentido.

#### 2.7. Presupuestación ISE: Artículo 61 del Proyecto

El artículo 61 podría ir en contravía del Estatuto Orgánico del Presupuesto. El Ministerio de Salud y Protección Social carece de competencias para aprobar presupuestos de las ISE. Las ESE en materia presupuestal se asimilan a una EICE (art 5 EOP). El CONFIS tiene la competencia de aprobar los presupuestos de las EICE. Adicionalmente está modificando el Decreto 115 de 1996. Por lo anterior, se propone la eliminación de la facultad exclusiva del MSPS y se propone que sea el Gobierno nacional quien imparta las instrucciones en materia de elaboración y ejecución del presupuesto.

#### 2.8. Régimen laboral previsto: artículos 73, 74, 132, 133 y 134 del Proyecto

- En cuanto al régimen laboral de las ISE, el artículo 73 crea un régimen especial denominado trabajadores estatales los cuales serán vinculados con contrato de trabajo a término definido o indefinido, por obra o labor, sin existir claridad sobre los factores a tener en cuenta para determinar la temporalidad de dicha vinculación, desconociendo en términos generales, la vocación atemporal de las funciones a desarrollar.
- Adicionalmente, en el artículo 74 se indica que la calidad de trabajadores oficiales de las ESE conservarán esa vinculación en las ISE, con lo cual subsistirían i) los empleados públicos, ii) los trabajadores estatales y iii) los trabajadores oficiales, compartiendo estos dos últimos características que desdibujarían la necesidad de su coexistencia.

- El párrafo 1 del referido artículo tiene un error de redacción en su parte inicial, que no permite identificar el estado de los procesos de selección a la entrada en vigencia de la ley, pudiendo interpretarse que se refiere a aquellos que se encuentran en curso, o en etapa de provisión; así mismo, carece de claridad en cuanto a los usos de las listas derivadas de tales procesos.
  - El párrafo 2 del mismo artículo indica que los contratos de prestación de servicios de las ESE serán subrogados en las ISE, lo que resulta contradictorio con la intención de formalización laboral.
  - Ahora bien, el proceso de formalización laboral debería concebirse de manera progresiva en la medida de las capacidades financieras que le permita al Gobierno su adopción.
- En lo que respecta al régimen laboral de los trabajadores de la salud, el artículo 132 se refiere a las personas vinculadas a las instituciones privadas y mixtas del sector salud, siendo incierto el criterio que se debe aplicar a aquellas cuya participación mayoritaria sea estatal, toda vez que en ese caso podría aplicarse tanto lo preceptuado en este artículo como el régimen laboral de las ISE.
    - Debe validarse el numeral 2 de dicho artículo que se lee *"De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991"* generando confusión de si se trata de una conclusión del numeral anterior o una premisa del siguiente.
    - El párrafo 3 del mismo artículo deberá ajustarse de acuerdo con el comentario anterior.
  - El inciso tercero del artículo 133 establece que las personas que integran los equipos del SSO tendrán las garantías de esta ley, sin haber claridad sobre si se aplica lo correspondiente al régimen laboral de las ISE o al de los trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud.
  - El artículo 134 se refiere a la recertificación de trabajadores de la salud, sin dejar claro si se incluyen todos los niveles, es decir, directivos, médicos, asistenciales, etc., tanto de ISE como de las instituciones privadas y mixtas del sector salud.

#### 2.9. Régimen de Transición previsto en el artículo 150 del Proyecto

El artículo 150 del Proyecto de Ley propone un régimen de transición considerando el cambio de sistema propuesto. No obstante, se recomienda la eliminación de este articulado toda vez que varias de las disposiciones ya no serían válidas ante los ajustes que se han propuesto en los capítulos II, III y IV.

Frente al numeral 4 del art. 150 es importante aclarar que las EPS que cumplan los requisitos exigidos para su funcionamiento mantendrán su operación. Consideramos que no se debería restringir su función de garantizar la afiliación y atención. En este sentido, deben gestionar el riesgo integral en salud, de manera coordinada con los CAPS, y administrar el riesgo financiero.

Frente a la territorialización propuesta, consideramos importante adelantar el proceso de territorialización y establecimiento de monopolios en ciertos territorios. Sin embargo, se debe mantener la competencia en aquellos sitios donde las condiciones lo permitan (e.g. en ciudades). El proceso de

territorialización deberá ser definido por MSPS con base en las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento

La armonización de la operación de las EPS con el nuevo sistema no es transitoria. Frente a las reglas que establece el numeral 4.2 es importante aclarar que se debe garantizar la igualación de los planes de beneficio, pero no de la UPC. Cada régimen tiene unas particularidades (atención extramural en zonas de alta dispersión territorial; búsqueda activa para el caso del régimen subsidiado; mayor cargo de enfermedades crónicas no transmisibles para el régimen contributivo; etc) que puede explicar las diferencias de UPC por régimen en función de la carga de enfermedad de la población y los recursos que requieran. Esta medida podría generar un impacto fiscal del orden de \$3.23 billones.

#### 2.10. Financiación del Sistema: artículo 76 del Proyecto

Frente artículo 76, se resalta que el Sistema General de Regalías se rige por una ley de naturaleza especial en virtud del artículo 360 de la C.P.<sup>5</sup>. La distribución de los ingresos corrientes del SGR está dada por el artículo 351 de la Constitución Política, que señala que se destinarán a la financiación de proyectos de inversión. Todos los proyectos deben cumplir el ciclo de proyectos de inversión descrito en el artículo 31 (i. formulación y presentación de proyectos; ii. viabilidad y registro en el Banco de Proyectos de Inversión; iii. priorización y aprobación; y iv. ejecución, seguimiento, control y evaluación). En este sentido, los recursos del SGR no pueden ser utilizados para financiar gastos recurrentes o permanentes. Esto mismo sucede con la destinación para hospitales. Por lo anterior, se propone eliminar esta como fuente.

#### 2.11. Frente a las vigencias y derogatorias: artículo 152 del Proyecto de Ley

Teriendo en cuenta que el modelo de aseguramiento social en salud exige contar con la participación activa de las Entidades Promotoras de Salud -EPS, a juicios de estas Carteras no es posible derogar el Libro II de la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y regula su organización y funcionamiento. Igualmente, sugerimos evaluar la derogatoria de la Ley 1122 de 2007, que efectúa ajustes al Sistema en lo referente con los actores del sistema, la racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios.

### 3. Consideraciones sobre el impacto fiscal de la medida

Además de las consideraciones expresadas en el aparte 1.4. de la presente comunicación, estas Carteras presentan su preocupación frente a los eventuales impactos fiscales del Proyecto y sus implicaciones en el Presupuesto General de la Nación.

De acuerdo con el Documento "La Reforma a la Salud: un desafío de todos", el gasto actual en atención primaria asciende a \$8,79 billones. Con la reforma propuesta, se plantea un incremento de gasto a \$16.89 billones, durante el primer año a \$20.47 billones, en el segundo, así como un incremento sostenido hasta \$27 billones para la vigencia 2027, equivalente a un promedio de crecimiento, en pesos de 2023, de \$2.5 billones por año. Como escenario contrafactual sin reforma, se asume el costo de atención primaria actual (\$8,79 billones) incrementado en 2% real cada vigencia, multiplicado por la tasa de crecimiento de la población. Así, el costo fiscal puede definirse como la

<sup>5</sup> Actualmente es la Ley 2056 de 2020

diferencia entre ambas series. La Tabla 1 compara el cambio en gasto en atención primaria en un escenario con y sin reforma.

**Tabla 1. Gastos adicionales por atención primaria integral en salud (\$ billones de 2023)**

Atención Primaria Integral en Salud	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Con reforma	\$ 16.9	\$ 20.5	\$ 22.8	\$ 25.0	\$ 27.0	\$ 28.4	\$ 29.8	\$ 31.3
Sin reforma	\$ 8.8	\$ 9.1	\$ 9.3	\$ 9.6	\$ 9.9	\$ 10.2	\$ 10.5	\$ 10.8
Impacto fiscal	\$ 8.1	\$ 11.4	\$ 13.5	\$ 15.4	\$ 17.2	\$ 18.2	\$ 19.3	\$ 20.5

Por otra parte, la subcuenta de infraestructura plantea gastos anuales del orden de \$3,9 billones. Para esto, incluye como fuentes tanto los recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social como la contribución del 52% sobre la prima SOAT y el impuesto social a las armas. Estos dos últimos conceptos en la actualidad permiten transferir excedentes al régimen subsidiado en salud. En consecuencia, destinar estos recursos a otros conceptos genera costo fiscal por cuanto impiotamente desfinancia el aseguramiento. Así mismo, el Documento "La Reforma a la Salud: un desafío de todos" asume un carácter permanente al aporte que la Nación hizo en recursos de inversión del Ministerio de Salud y que no hacen parte de los incluidos en el Marco de Gasto de Mediano Plazo del Sector. La Tabla 2 compara los recursos disponibles del Ministerio, bajo la normativa actual, con el gasto propuesto.

**Tabla 2. Gastos por dotación de infraestructura y equipamiento en salud (\$ billones de 2023)**

Infraestructura y Equipamiento	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Con reforma	\$ 3.9	\$ 4.0	\$ 4.2	\$ 4.4	\$ 4.5	\$ 4.7	\$ 4.9	\$ 5.1
Sin reforma	\$ 1.5	\$ 0.2	\$ 0.2	\$ 0.2	\$ 0.3	\$ 0.3	\$ 0.3	\$ 0.3
Impacto fiscal	\$ 2.4	\$ 3.8	\$ 4.0	\$ 4.1	\$ 4.3	\$ 4.5	\$ 4.6	\$ 4.8

Por otra parte, el Proyecto de Ley establece que, con cargo a las fuentes del Sistema, se financiará la formalización de los trabajadores del nivel profesional, técnico y asistencial de las IPS públicas, excluyendo la formalización de profesionales de medicina y odontología especializados. El costo neto estimado por el Ministerio de Salud y Protección Social es del orden de \$3,39 billones con un crecimiento real del orden del 5%.

**Tabla 3. Costo de Formalización laboral de IPS públicas (\$ billones de 2023)**

Artículos	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Formalización laboral	\$ 3.4	\$ 3.6	\$ 3.7	\$ 3.9	\$ 4.1	\$ 4.3	\$ 4.5	\$ 4.8

Finalmente, el modelo asume que el funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud es del orden de \$1 billón al año y permite financiar las funciones que realizaban las EPS con cargo al porcentaje de administración. Bajo un modelo mixto en que las EPS se mantienen en el tiempo, este costo se encuentra subestimado y no refleja el costo de administración del sistema. Dado que los costos de administración de las EPS oscilan, en promedio, entre 5% y 6% de la UPC, se asume que el gasto de administración es del orden de 5,5% de esta. En consecuencia, el gasto estaría

subestimado y a juicio del Ministerio de Hacienda y Crédito Público habría que agregarle alrededor de \$3 billones por año.

**Tabla 4. Gasto administrativo propuesto vs. modelo mixto (\$ billones de 2023)**

Gastos de administración	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Escenario propuesto	\$ 1.0	\$ 1.1	\$ 1.1	\$ 1.1	\$ 1.2	\$ 1.2	\$ 1.3	\$ 1.3
Estimación MHCP	\$ 4.0	\$ 4.2	\$ 4.3	\$ 4.4	\$ 4.5	\$ 4.7	\$ 4.8	\$ 5.0
Impacto fiscal	\$ 3.0	\$ 3.1	\$ 3.2	\$ 3.3	\$ 3.4	\$ 3.4	\$ 3.5	\$ 3.6

En conclusión, de realizarse la totalidad de gastos propuestos por la reforma, el costo fiscal de la iniciativa sería, para el primer año, de alrededor de \$16,91 billones adicionales y, para el segundo, de \$21,8 billones adicionales. Entre 2025 y 2028 los gastos se incrementarían, en promedio, en \$2 billones al año. La Tabla 5 muestra el costo fiscal de estas medidas discriminado por vigencia.

**Tabla 5. Costo total reforma propuesta (\$ billones de 2023)**

Costo total reforma	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	\$ 16.9	\$ 21.9	\$ 24.4	\$ 26.7	\$ 28.9	\$ 30.4	\$ 32.0	\$ 33.7

Este costo no incluye el gasto derivado de otras medidas entre las que se incluyen las siguientes: (i) eliminación de copagos y cuotas moderadoras (\$0,95 billones); (ii) acceso total a los servicios de salud para turistas y migrantes irregulares (\$6,1 billones); (iii) prestaciones económicas universales (\$2,53 billones); y (iv) unificación de UPC de los regímenes contributivo y subsidiado (\$3,23 billones). En total, estas medidas, que sugerimos eliminar, suponen un costo fiscal del orden de \$12,81 billones anuales (Tabla 6).

**Tabla 6. Otras medidas con impacto fiscal (\$ billones de 2023)**

Artículos	Impacto (en billones)
Cuotas moderadores y copagos	\$ 0,95
Atención migrantes y turistas	\$ 6,10
Prestaciones económicas	\$ 2,53
Igualación de primas	\$ 3,23

Finalmente, la estimación de los costos del proyecto elaborada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público no refleja el impacto futuro que el fortalecimiento de la atención primaria en salud pueda generar en favor del Sistema de Salud. Así mismo, no considera el beneficio social, por ejemplo, de los años de vida adicionales producto de las medidas propuestas.

En todo caso y sin perjuicio de los mejores resultados esperados en Salud y la moderación de los costos de la atención de mediana y alta complejidad, encontramos que la implementación de las medidas propuestas conlleva una demanda actual de recursos que se estiman en los análisis efectuados y presentados anteriormente.