

## Aportes a la seguridad social y destinación del recaudo de determinados impuestos al rubro del sistema de salud en Colombia \*

Contributions to social security and destination of the collection of  
certain taxes to the heading of the health system in Colombia

Recibido: Agosto 28 de 2018 - Evaluado: Noviembre 21 de 2018 - Aceptado: Diciembre 10 de 2018

Milagros del Carmen Villasmil Molero\*\*  
Yolanda Alicia Fandiño Barros\*\*\*  
Nubia Pacheco Codina\*\*\*\*

---

\* Artículo inédito. Artículo de investigación e innovación. Artículo de reflexión. Producto resultado del proyecto de investigación “fortalecimiento del sistema de veedurías ciudadanas en el sector salud del departamento del atlántico: una estrategia comunitaria con domicilio en la academia y uso de los tics, orientada a prevenir la corrupción.”, adscrito al Grupo de Investigación Interdisciplinar Universitaria y Social, categoría A en Colciencias INVIUS de la Universidad del Atlántico y Universidad Libre Seccional Barranquilla.

\*\* Postdoctoral en Gerencia Pública y Gobierno (2013), Doctora en Ciencias Gerenciales (2008), Magíster Scientiarum en Gerencia Tributaria (2005), Licenciada en Contaduría Pública (2001), Diplomada Experta en NIIF-NIC del Instituto Europeo de Postgrado (2014). Docente Titular de Jornada Laboral Completa, e Investigadora adscrita en la Facultad de Ciencias Económicas Administrativas y Contables. Universidad Libre Seccional Barranquilla. Investigadora de la Red Académica Internacional de “Estudios Organizacionales en América Latina, el Caribe e Iberoamérica” (REOALCEI). Par Evaluador Internacional por Colciencias, Categorizada en Nivel Sénior como Investigadora por Colciencias. Vinculada al Grupo de Investigación Tendencias Contables, Económicas y Administrativas TCEA, categorizado en B; E-mail: milagrosd.villasmilm@unilivre.edu.co. ORCID ID: [http://: 0000-0002-8222-8871](http://0000-0002-8222-8871).

\*\*\* Doctora en Ciencias Sociales, Magister en desarrollo de proyectos sociales, especialista en estudios pedagógicos, socióloga; Docente Investigadora adscrita a la Facultad de Derecho, Vinculada al grupo de investigación INCOM. Categorizado en A. Investigadora del Instituto de Investigaciones de la Red Académica Internacional “Estudios Organizacionales en América Latina, el Caribe e Iberoamérica” (REOALCEI). E-mail: yolandaa.fandinob@unilivre.edu.co.

\*\*\*\* Abogada, Especialista en Derecho Público: Constitucional, administrativo, Docente Universitaria, Universidad Libre de Barranquilla, con maestría en Educación y Derecho Administrativo. Directora del Consultorio Jurídico, Facultad de derecho Universidad Libre Seccional Barranquilla. Correo electrónico: npacheco626@yahoo.es.

**Para citar este artículo / To cite this article**

Villasmil Molero, M. C., Fandiño Barros, Y. A., & Pacheco Codina, N. (2019). Aportes a la seguridad social y destinación del recaudo de determinados impuestos al rubro del sistema de salud en Colombia. *Revista Academia & Derecho*, 10(18), 127-164.

**Resumen:** La transparencia en la gestión de los recursos del sistema de salud es una acción que compromete al Estado y sus instituciones, de allí, que la presente *Revisión Documental* centra su objetivo en analizar los aportes a la seguridad social y la destinación del recaudo de determinados impuestos al rubro del sistema de salud, considerando como corriente teórica que sustentan las unidades de análisis a la Ley 1819 de 2016, reforma estructural, Ley 1943 de financiamiento de 2018, López, Restrepo & Gómez (2018), Restrepo & Lizarazo (2017), y otros documentos normativos tributarios que contemplan aportes de recursos al sistema. El enfoque metodológico corresponde al tipo cualitativo, con diseño bibliográfico. Dentro de los hallazgos, se hace referencia a que se esperaban dos medidas adicionales para apoyar la solución a la crisis financiera del sector: la creación del impuesto al consumo de bebidas azucaradas y la garantía de los aportes del presupuesto nacional, donde ni la ley 1819 de 2016, ni la ley 1943 de 2018 lo contempló; se verificó que existen varios impuestos cuya recaudación le inyecta recursos al sistema general de salud colombiano. Se concluye que, tras la aprobación de la reforma tributaria, el Gobierno Nacional le inyectó al sistema de seguridad social en salud cerca de \$1,8 billones directos que vienen de dos impuestos: el de los cigarrillos y medio punto del IVA. Sin embargo, a pesar de que se encuentran circulando gran cantidad de recursos del sector salud en el sistema financiero, paradójicamente continúa el cierre de hospitales en todo el territorio nacional. La Reforma tributaria no cubre el déficit del sector salud, pese a los dineros que recibirá el Ministerio de Salud, hace falta presupuesto. El artículo insta a hacer futuras investigaciones sobre el tema dado el carácter reformista del presente objeto de estudio.

**Palabras clave:** Aportes, destinación de recursos, impuestos, salud, seguridad social, tributación.

**Abstract:** Transparency in the management of the resources of the health system is an action that commits both the State and its institutions. That is why this Documentary Review focuses on analyzing the contributions to social security and the destination of the collection of certain taxes on the health system, taking into account the Law 1819 of 2016, structural reform, Law 1943 of financing of 2018, López, Restrepo & Gómez (2018), Restrepo & Lizarazo (2017), and other tax normative documents that refers to contributions to the system. The methodological approach corresponds to the qualitative type, with bibliographic design. Among the findings, we find that that two additional measures were expected to support the solution to the financial crisis in the sector; first, the creation of the tax on the sugary beverages consumption and the guarantee for the national budget contributions, which neither the law 1819 of 2016, nor the 1943 law of 2018 regulated; It was verified that there are several taxes whose collection are directed to the Colombian

general health system. It is concluded that, after the approval of the tax reform, the National Government pumped approximately \$ 1.8 billion into the health social security system, which comes from two taxes: one for cigarettes and half a point for VAT. However, despite the fact that a large amount of health sector resources are circulating in the financial system, paradoxically, the closure of hospitals throughout the national territory continues. The tax reform does not cover the deficit of the health sector, despite the money that the Ministry of Health will receive, a budget is needed. The article calls for future research on the subject given the changing nature of the matter.

**Key words:** Contributions, allocation of resources, taxes, health, social security, taxation.

**Resumo:** Visão Geral A transparência na gestão dos recursos do sistema de saúde é uma ação que compromete tanto o Estado e suas instituições que esta Revisão Documental tem como foco a análise das contribuições previdenciárias e a alocação de certos impostos ao sistema de saúde, considerando como corrente teórica que as unidades de análise apoiam a Lei 1819 de 2016, reforma estrutural, Lei de Financiamento 1943 de 2018, López, Restrepo & Gómez (2018), Restrepo & Lizarazo (2017), e outros documentos normativos tributários que contemplam contribuições de recursos para o sistema. A abordagem metodológica corresponde ao tipo qualitativo, com desenho bibliográfico. Entre os resultados, faz-se referência ao fato de que duas medidas adicionais eram esperadas para apoiar a solução da crise financeira do setor: a criação de um imposto sobre o consumo de bebidas açucaradas e a garantia de contribuições do orçamento nacional, onde nem a Lei 1819 de 2016 nem a Lei 1943 de 2018 o contemplaram; verificou-se que existem vários impostos cuja arrecadação injeta recursos no sistema geral de saúde colombiano. Conclui-se que, após a aprovação da reforma tributária, o Governo Nacional injetou no sistema de seguridade social da saúde cerca de US\$ 1,8 bilhão diretos que provêm de dois impostos: cigarro e meio ponto percentual de IVA. No entanto, apesar de uma grande quantidade de recursos do setor de saúde estar circulando no sistema financeiro, paradoxalmente, o fechamento de hospitais em todo o território nacional continua. A reforma fiscal não cobre o déficit do sector da saúde, apesar do dinheiro que o Ministério da Saúde irá receber, é necessário um orçamento. O artigo apela para pesquisas futuras sobre o assunto, dada a natureza reformista do presente estudo.

**Palavras chave:** Contribuições, alocação de recursos, impostos, saúde, segurança social, tributação.

**Résumé:** Vue d'ensemble La transparence dans la gestion des ressources du système de santé est une action qui engage tellement l'Etat et ses institutions que la présente Revue Documentaire se concentre sur l'analyse des cotisations de sécurité sociale et de l'affectation de certains impôts au système de santé, considérant comme courant théorique que les unités d'analyse soutiennent la Loi 1819 de 2016, la réforme structurelle, la Loi de financement 1943 de 2018, López, Restrepo & Gómez (2018), Restrepo & Lizarazo (2017), et autres documents normatifs tributaires qui prévoient des contributions en ressources au système. L'approche méthodologique correspond au type qualitatif, avec une conception bibliographique. Parmi les résultats, il est fait référence au fait que deux mesures supplémentaires étaient attendues pour soutenir la solution à la crise financière

du secteur : la création d'une taxe sur la consommation de boissons sucrées et la garantie des contributions du budget national, alors que ni la loi 1819 de 2016 ni la loi 1943 de 2018 ne le prévoient ; il a été vérifié que plusieurs taxes dont la collecte injecte des ressources dans le système général colombien de santé. Il est conclu qu'après l'approbation de la réforme fiscale, le gouvernement national a injecté dans le système de sécurité sociale sanitaire environ 1,8 milliard de dollars directement provenant de deux taxes : la cigarette et un demi-point de TVA. Cependant, malgré le fait qu'une grande partie des ressources du secteur de la santé circulent dans le système financier, paradoxalement, la fermeture des hôpitaux sur l'ensemble du territoire national se poursuit. La réforme fiscale ne couvre pas le déficit du secteur de la santé, malgré l'argent que recevra le ministère de la Santé, un budget est nécessaire. L'article appelle à des recherches futures sur le sujet étant donné la nature réformiste de la présente étude.

**Mots-clés:** Contributions, affectation des ressources, impôts, santé, sécurité sociale, fiscalité.

SUMARIO: Introducción. - Problema jurídico. - Metodología. - Esquema de resolución. - 1. El sector empresarial, la parafiscalidad y el sistema de seguridad social en salud en Colombia. - 2. Los trabajadores independientes y sus aportes al rubro de salud en la ley 1819 de 2016. - 3. Financiación del sistema al rubro de la salud con aporte de determinados impuestos. - 4. Resultados. - Conclusiones. Referencias.

## Introducción

Las sociedades contemporáneas requieren de asistencia, atención y cambios estructurados a través de acciones y programas planificados en el marco del desarrollo de los derechos y garantías de los ciudadanos como agentes objeto de bienestar, seguridad y protección. Por ello, la normativa debe tener presente lo imprescindible del significado de lo público encaminado hacia el velar por los derechos de los individuos que integran un contexto determinado.

En este ámbito Restrepo y Lizarazo (2017), señalan que:

Atendiendo a estas consideraciones los derechos y garantías, tales como la seguridad social en salud y la atención en salud, se hacen posible a la población a partir de la construcción, aplicación y evaluación de políticas públicas a nivel nacional o territorial. De este modo, se hace imprescindible encontrarse con la seguridad social puesto que es el producto del devenir histórico social de los pueblos, el crecimiento acelerado de la demografía, las tendencias del evolucionismo en el desarrollo cotidiano, el cambio de mentalidad y el surgimiento del maquinismo. (Restrepo & Lizarazo, 2017, págs. 36-38).

Ahora bien, desde una perspectiva histórica, la tributación se ha convertido en el principal mecanismo de financiación para sostener las funciones de los Estados en todos sus niveles. En ese sentido, y de acuerdo a Villegas (2001), es un concepto asociado en el contexto de la economía y las finanzas públicas, que significa tanto

el tributar, o pagar Impuestos, con base en el sistema o régimen tributario existente en una nación, cuyo objeto es recaudar los fondos que el Estado necesita para su funcionamiento. (Villegas, 2001, pág. 232).

En tanto, la seguridad social, a criterio de Villasmil, Alvarado, Socorro & Gamboa, (2018) y López, Restrepo & Gómez (2018), tiene como objetivo proteger o salvaguardar a los habitantes del país, de las eventuales enfermedades como las acciones, sean o no de trabajo, despido, desempleo, maternidad, incapacidad temporal también parcial, invalidez, y vejez, cualquier otro riesgo puede ser objeto de prevención social; así obligaciones derivadas de la vida familiar las necesidades de vivienda, recreación para todo ser humano (Villasmil, Alvarado, Socorro, & Gamboa, 2018, pág. 23).

Por su parte la Seguridad Social, de acuerdo con la Asociación Internacional de la Seguridad Social, es una función social del Estado, y un servicio público obligatorio (AISS, 2010). De igual forma, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019) señala que, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. Funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado (CEPAL, 2019). De allí que, de acuerdo con la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se compone de los sistemas de: pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales complementarios. Los Subsistemas que conforman el Sistema de la Protección Social en Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, Sistema General de Riesgos Laborales, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; ICBF, Régimen del Subsidio Familiar – Cajas de Compensación Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA (Ley 100, 1993).

Con referencia a las contribuciones parafiscales, el modelo del Código Tributario para América Latina indica que, son gravámenes establecidos por la Ley de carácter obligatorio, donde lo recaudado no se incluye en los presupuestos estatales, no son recaudados por la Administración Tributaria del Estado y, no ingresan al tesoro nacional, sino directamente en los entes recaudadores y administradores de los fondos. (OEA/BID, 1967).

Las contribuciones parafiscales reciben las más variadas nominaciones del derecho positivo, tales como tasas, contribuciones, aportes, cuotas, cotizaciones, derechos, cargas entre otras denominaciones. “Su administración y recaudación se destina a sectores fundamentales para la población como la salud, y la vivienda”. (Uthoff, 2010, pág. 85).

En concordancia con lo anterior, es posible comprender que las contribuciones parafiscales resultan ser una estrategia de inversión en la seguridad social y que

impactan directamente en la sociedad; estos aportes deberán ser pagados por los empleadores públicos o privados, trabajadores independientes, entidades o universidades públicas con régimen especial en salud, agremiaciones o asociaciones, cooperativas y pre cooperativas de trabajo asociado, misiones diplomáticas, consulares o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana y organizaciones administradoras del programa de Hogares de Bienestar, pagador de aportes de los concejales municipales o distritales, o de los ediles, y los pensionados (únicamente al Sistema de Seguridad Social en Salud). El ingreso base de cotización – IBC, para los aportes parafiscales corresponde al total de la nómina de salarios del mes. (Ministerio de Salud, 2016).

Así las cosas, el Ministerio de Salud (2016), señala:

La Constitución Política de Colombia, consagra la atención en salud como un servicio público que el Estado debe garantizar conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, por lo tanto, le corresponde la organización, dirección y reglamentación, estableciendo las políticas para la prestación de los servicios de salud, las competencias de la Nación, las Entidades Territoriales y los particulares, así como ejercer su vigilancia y control La Ley 100 de 1993, crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– y señala que éste sistema debe ordenar las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos, unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 9).

Es así como el artículo 48 de la Carta Política establece que deben cumplirse las normas en pos de garantías a todos los ciudadanos del derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación activa de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella<sup>1</sup>.

Con respecto a lo anterior, es posible agregar que la Seguridad Social viene a ser un servicio público, cuya obligación del Estado es la de velar, coordinar y cumplir, sujeto a los principios de eficiencia<sup>2</sup>, universalidad<sup>3</sup> y solidaridad<sup>4</sup>, tal y

<sup>1</sup> Constitución Política de Colombia. (1991). Capítulo 2. De los Derechos Sociales, Económicos.

<sup>2</sup> Entendida como la mejor utilización social y económica de los recursos.

<sup>3</sup> Implica la protección y beneficios fundamentales a toda la población.

<sup>4</sup> Hace referencia al financiamiento de la política social de forma diferenciada, según la capacidad económica de cada persona.

como lo sustenta el Acto Legislativo No. 01 de 2005. De lo anterior, se afianza esta idea a través de la citación de la Ley, la cual asume la Seguridad Social, entendida como:

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, a través del cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado en hermandad con la sociedad realicen con el fin de cumplir con la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad<sup>5</sup>. (Ley 100, 1993).

En este sentido, la hipótesis que orienta el presente estudio se conduce a demostrar que, el sistema general de salud colombiano obtiene diversas fuentes de recursos para su funcionamiento; siendo unas de esas fuentes los aportes a salud de los cotizantes, y adicionalmente recursos provenientes de diversos impuestos que establecen una destinación al sector salud colombiano. Lo anterior, con objetivo de garantizar las condiciones dignas del trabajo y por ende el desarrollo en pro de la sociedad para una vida digna.

Para ello, la investigación se soporta en elementos conceptuales y doctrinarios que dan respuesta a las preguntas planteadas en el presente trabajo, abordando las unidades de análisis que se apoyan en las leyes, normas, conceptos y autores. En consecuencia, la presente investigación plantea como principales interrogantes: ¿De qué manera afectó el legislador la destinación de recursos al sistema de salud con la implementación de la ley 1819 de 2016, la Ley 1943 de 2018 de financiamiento y otra normatividad? Y, ¿Cuáles impuestos establecen un aporte total o parcial para el financiamiento del rubro de sector salud?

El objetivo general que se plantea la presente investigación se orienta hacia el analizar los aportes a la seguridad social y la destinación del recaudo de determinados impuestos al rubro del sistema de salud en el ordenamiento jurídico colombiano. Se contextualizan diferentes acontecimientos importantes haciendo referencia a la ley 1819 de 2016 reforma estructural, Ley 1943 de financiamiento, y otros documentos normativos. El artículo culmina con las conclusiones frente a los alcances del trabajo desarrollado y las referencias bibliográficas citadas en la investigación que dan soporte al mismo.

<sup>5</sup> Congreso de la República. (1993). Ley 100 de diciembre 23 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá. D.C Diario Oficial 41. 148.

## Problema de investigación

El presente estudio formula en su problema de investigación las preguntas: ¿De qué manera afectó el legislador la destinación de recursos al sistema de salud con la implementación de la ley 1819 de 2016?; ¿Ley 1943 de 2018, y otra normatividad? Y, ¿Cuáles impuestos establecen un aporte total o parcial para el financiamiento del rubro de sector salud?

De allí, centra su propósito en analizar los aportes a la seguridad social y la destinación del recaudo de determinados impuestos al rubro del sistema de salud en Colombia en el marco de lo establecido en la reforma estructural ley 1819 de 2016, Ley 1943 de 2018, y otros documentos que se relacionan con el objeto del presente análisis.

## Metodología

El presente artículo, sigue al paradigma *cualitativo* puesto que, “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 95), es decir, cuyo proceso implica la no cuantificación de datos matemáticos, sino una descripción del tema a estudiar basándose en la recopilación de información por medio de fuentes como lo son: Ley 1819 (2016), Ley 1943 (2018), Ley 100 (1993), Ley 1438 (2011), entre otras fuentes. La investigación es básica y está dirigida a profundizar con base en los datos recolectados sobre el objeto de estudio. Por otro lado, la manera en que se analizan los datos obtenidos concuerda con la descripción dada los sistemas cualitativos:

(...) Dicho de otra forma, las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 95).

En cuanto a su método, el presente artículo se inserta en el campo de los problemas jurídicos tributarios con la intervención de los elementos asociados a los aspectos tributarios del sistema de seguridad social en salud; campo en el que el método inductivo posibilita un profundo análisis, porque parte de lo particular para llegar a conclusiones de carácter universal (Bacon, 1988, pág. 90), toda vez que los aspectos tributarios constituyen una reflexión en y desde la praxis, por cuanto la realidad de su práctica lógica jurídica está constituida por hechos observables elaborados a partir del medio en que intervienen. Es, pues, un método jurídico, analítico, descriptivo, y bibliográfico.



A su vez, para el desarrollo de la investigación interviene el método sistemático, pues en esta resulta necesario presentar las distintas unidades de análisis, que pueden derivar de los aspectos que financian al sistema de salud en el ámbito tributario, en su evolución con las diferentes reformas, la inversión social del recaudo y, la destinación del mismo, a partir de situaciones particulares tales como aquellos impuestos en cuya recaudación se destine total o parcial recursos para el financiamiento del sector salud, con el propósito de que posteriormente se logre establecer un análisis general de dicha problemática.

Entre tanto, la presente investigación cuenta con un diseño no experimental, ya que, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), con referencia al tipo de investigación, la indicada para este artículo es de nivel *descriptivo analítico*, de corte *documental* realizado desde la visión exploratoria descriptiva, pues se vinculan procesos tal como se presentan en la realidad observada en la normatividad y otros documentos asociados (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 120); además, desde la mirada crítica de la acción tributaria en el contexto del sistema general de seguridad social en Colombia.

Se busca entonces, analizar específicamente lo que concierne a la temática de la salud, en aras de obtener una reflexión analítica descriptiva de los aspectos tributarios que se relacionan con el objeto del presente estudio, entendido como el “proceso de conocimiento que se inicia por la identificación de cada una de las partes que caracterizan una realidad” (Méndez, 2001, pág. 33), similar a esta conceptualización y con la finalidad de reforzar la aplicación de este tipo de investigación a este artículo, Bernal (2006), señala: “proceso cognoscitivo, que consiste en descomponer un objeto de estudio separando cada una de las partes del todo para estudiarlas de forma individual” (Bernal, 2006, pág. 40).

Finalmente, se precisa el objeto del presente estudio, a través de los ítems planteados en el esquema de resolución del problema jurídico, en tal sentido, se observa la transición o evolución del fenómeno del objeto tal y como mencionan los teóricos y la normativa; es un proceso consecuente que se estructura en acciones específicas en la cual, primero se analiza i) El sector empresarial, la parafiscalidad y el sistema de seguridad social en salud en Colombia, ii) Los trabajadores independientes y sus aportes al rubro de salud en la ley 1819 de 2016., iii) Financiación del sistema al rubro de la salud con aporte de determinados impuestos, para al final propiciar una discusión y unas conclusiones dándole respuesta al objetivo general de la investigación.

## Esquema de resolución de problema jurídico

Con el fin de dar solución al problema jurídico planteado se aborda: i) Sector empresarial, la parafiscalidad y el sistema de seguridad social en salud en Colombia, ii) Breve reseña histórica del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los aportes a la seguridad social: Un recorrido antes de la Ley 1607 de 2012 y 1739 de 2014, iii) Aportes a la seguridad social en salud en la reforma estructural: Ley 1819 de 2016, iv) Trabajadores independientes y sus aportes al rubro de salud en la ley 1819 de 2016., v) Financiación del sistema al rubro de la salud con aporte de determinados impuestos, vi) Resultados de investigación, vii) conclusiones, y, viii) Referencias.

### 1. Sector empresarial, la parafiscalidad y el sistema de seguridad social en salud en Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud por el que se rige Colombia está determinado por la Ley 100 establecida en el año 1993, cuya finalidad es la descripción del sistema compuesto por los regímenes contributivo y subsidiado, que deben cubrir a toda la población.

Las empresas tienen la obligación de afiliar a sus trabajadores a la entidad prestadora de servicio, EPS que el trabajador elija. Para que la EPS pueda garantizar al trabajador la salud, mensualmente hay que realizar un aporte equivalente al 12,5% del salario del trabajador, Aporte que se distribuye entre el trabajador y el empresario. Debiendo aportar el Trabajador 4% sobre el salario base y la empresa el restante 8,5%. Lo anterior lo señala de igual manera el Ministerio de Salud (2016), al indicar los Porcentajes de Cotizaciones así:

Con el artículo 204, la Ley 100 de 1993 estableció la obligatoriedad de aplicar, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una cotización del 12% del salario base de cotización, el cual no podía ser inferior al salario mínimo. No obstante, a partir del primero (1) de enero del año 2007, La Ley 1122 de 2007 incrementó este porcentaje del 12 al 12.5%. En el caso de los dependientes, del total de la cotización, dos terceras partes eran a cargo de empleador y una tercera parte a cargo del trabajador, sin embargo, al aumentar al 12.5%, al empleador le corresponde el 8.5% y el empleado el 4%. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 13).

Es importante resaltar que la Ley 1819 de 2016, introdujo un cambio en la obligación de algunos empleadores de realizar estos aportes de salud, y establece que el Decreto 780 del 6 de mayo de 2016 reglamenta los procesos de filiación de los usuarios tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado y, define reglas claras de afiliación y control. (Ministerio de Salud, 2016).

A este respecto, la exoneración de aportes a la seguridad social (cotizaciones del régimen contributivo de salud) y parafiscales (SENA e ICBF), queda Así:

## **2. Breve reseña histórica al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los aportes a la seguridad social: Un recorrido antes de la Ley 1607 de 2012 y 1739 de 2014**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) sobre el que se rige actualmente Colombia, se encuentra delimitado dentro de la Ley 100, creada en 1993, el cual funciona así en cuanto a empleados: se rige por dos características jurídico administrativas, como son la contribución y la solidaridad.

En este sentido, Restrepo y Lizarazo (2017), señalan:

Se puede comprender que existen aportes empleado - empleador, y tuvo como principio rector la rentabilidad social. Para la creación de las EP, EPS, EPSI y unidades de salud de entes universitarios autónomos entran gran cantidad de recursos del sector privado con el consecuente interés de mejorar la rentabilidad económica de dichas empresas en un mercado de libre competencia; es así como empieza a funcionar el régimen contributivo para aquellas personas que están en capacidad económica de acceder a las EPS (Entidades Promotoras de Salud), y por otro lado, el Estado crea el régimen subsidiado, con el fin de garantizar el derecho de la salud a las personas de escasos recursos económicos. (Restrepo & Lizarazo, 2017, pág. 39).

Seguridad social en salud en una perspectiva de sistema indica que para ahondar en la definición del sistema de seguridad social en salud es recomendable, por apertura metodológica y epistemológica, realizar unas relaciones o aproximaciones conceptuales que soportan y dan pautas, por ello se comienza diciendo que, sistema es el conjunto de cosas que se sujetan para formar un todo, donde este todo tiene un objetivo definido (Arenas, 2007, pág. 36); (Pérez, 1997, pág. 36).

Asimismo, Restrepo y Lizarazo (2017), manifiestan que, se puede concluir que un sistema es un conjunto de elementos diferentes relacionados entre sí que contribuyen (organizadamente) al cumplimiento de un objetivo (finalidad). La relación es interna cuando se da entre las partes del sistema y es externa cuando se da entre el sistema y su medio o entorno. Esta última caracteriza a los sistemas abiertos. Precisamente sobre el referente que venimos esbozando, la Corte Constitucional colombiana, en aras de estar a tono con los avances de las Ciencias Sociales y Jurídicas, al igual que en pro de resolver conflictos, ha determinado el concepto de sistema a través de la Sentencia C-251, donde se afirma que “un sistema se define por el hecho de no ser un simple agregado desordenado de elementos sino por

constituir una totalidad, caracterizada por una determinada articulación dinámica entre sus partes y una cierta relación con su entorno”. (Sentencia C-251, 2002).

Así las cosas, contextualizando en cuanto a los aportes a la seguridad social, haciendo historia se hace referencia a la Ley 1607 en su Artículo 25, donde se establece la exoneración de aportes SENA – ICBF y los obligados de salud. (Ley 1607, 2012). Este dinero que se deja de recaudar por estos conceptos se cubrirá con el Impuesto de Renta para la equidad CREE, y quedaría reglamentado en el Decreto 1828 (Derogado) - Artículo 7o. Exoneración de aportes parafiscales, donde el impuesto CREE. (Reemplaza y Exonera aportes SENA e ICBF). (Decreto 1828, 2013). La distribución del CREE quedó así: 2.2 puntos para el ICBF, 1.4 puntos para el SENA y 4.4 puntos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. (8%).

El punto adicional sería cobrado en 2013, 2014 y 2015. De éste será destinado un 40% para financiar las instituciones de educación superior públicas, 30% para la nivelación de la Unidad de Pago Por Capitación, UPC del régimen subsidiado en salud y 30% para la inversión social en el sector agropecuario. Lo anterior lo establecía, Ley 1607 de 2012 en los Artículos 20-37; y la Ley 1739 de 2014 en los Artículos 11- 24, y Reglamentación: de los Decretos 0862; 1828; 2222; 2701; 2972; 3048 y 3029 de 2013. Decreto Reglamentario 014 de 2014. Decreto Reglamentario 1246 de 2015 respectivamente. Adicionalmente, el artículo 376 de la Ley 1819, eliminó el impuesto sobre la renta para la equidad CREE, a partir del año 2017 y por lo tanto a partir del 1 de enero de 2017, la auto retención en la fuente a título de éste impuesto haciéndola obsoleta.

### **3. Aportes a la seguridad social en salud en la reforma estructural: Ley 1819 de 2016.**

El Estatuto Tributario en su Artículo 114-1. Establece la exoneración de aportes. (Artículo adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 29 de diciembre de 2016), lo cual establece, que las empresas quedan exoneradas de realizar los aportes a salud contemplados en el artículo 204 de la ley 100 de 1993. “Dicha exoneración aplica por trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de 10 salarios mínimos mensuales legales vigentes”. En tal sentido, se deroga el CREE y se crea un mecanismo, que según el ISLR en la Ley 1819, se establece así:

Mecanismo de auto retención: (Mensual) a Título de Impuesto de Renta y Complementarios. (Incluida en una casilla específica (74) Planilla 350 de la declaración de Retención en la Fuente). Comunicado: 019 del 26/01/2017. Se modifica la Tarifa del Impuesto de Renta y Complementarios. (Ley 1819, 2016).

Ley 1819 de 2016 en su Artículo 100, modifica el artículo 240 del Estatuto Tributario el cual quedará así:

Estatuto Tributario Artículo 240. Tarifa general para personas jurídicas 33%. Antes (25% cuando él cree). Para 2017, 34% parágrafo transitorio 1. De igual forma, la Ley 1819 de 2016 – en su Artículo 125°, modifica el Artículo 365 del Estatuto Tributario, el cual quedará así: Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema de auto retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta y complementarios, el cual no excluye la posibilidad de que los auto retenedores sean sujetos de retención en la fuente. Reglamentación: Decreto Reglamentario 2201 de 2016. (Ley 1819, 2016).

Otro aspecto que estableció la Ley 1819, fue el relacionado con la destinación específica del 9% impuesto de renta y complementarios:

La ley 1819 de 2016 en su Artículo 102. Señala: Adiciónese el artículo 243 al Estatuto Tributario, el cual quedará así:

Artículo 243. Destinación Específica. A partir del periodo gravable 2017, 9 puntos porcentuales (9%) de la tarifa del Impuesto sobre la Renta y Complementarios de las personas jurídicas, se destinarán así:

2.2 puntos se destinarán al ICBF.

1.4 puntos al SENA.

***4.4 puntos al Sistema de Seguridad Social en Salud.***

0.4 puntos se destinarán a financiar programas de atención a la primera infancia.

0,6 puntos a financiar las instituciones de educación superior públicas para el mejoramiento de la calidad de la educación superior y/o para financiar créditos beca a través del ICETEX. (Ley 1819, 2016).

Por otra parte, en cuanto al tratamiento fiscal de la persona natural obligada a declarar renta sobre los aportes de salud., es decir, los aportes obligatorios de salud (Empleado). Antes de la ley 1819 de 2016:

El Decreto Único Reglamentario 1625 de 2015 establecía: en su Artículo 1.2.4.1.16. La disminución de la base para trabajadores independientes. Art. 3 Decreto 2271 2009. Inciso 1 modificado por el art. 1 del Decreto 3655 de 2009). Los Aportes obligatorios de salud: tenían Tratamiento como Dedución, Interpretación Dian - Oficio DIAN número 066667 de noviembre 7 de 2008. (Ley 1819, 2016).

Para la Vigencia de la Ley 1819 de 2016 el Tratamiento es como INCRGO (Ingreso No Constitutivo de Renta ni Ganancia Ocasional). Según el Estatuto Tributario, en su Artículo 56, señala: Los Aportes obligatorios al sistema General de salud. (Artículo adicionado por el artículo 14 de la Ley 1819 de 29 de diciembre

de 2016). Es decir, el artículo 56 del Estatuto Tributario, introducido por el artículo 14 de la ley 1819 de 2016, el cual establece:

Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por salarios, y serán considerados como un ingreso no constitutivo de renta ni de ganancia ocasional. (Ley 1819, 2016).

Concluyendo que este no precisa cuales aportes se deben descontar en el cálculo de la retención en la fuente ya que pueden ser: los valores pagados, por los conceptos en mención, durante el mes o el promedio de lo pagado en el año anterior.

Lo anterior, lo explica Moncayo (2017), por medio de un informe en el sitio web del Instituto Nacional de contadores Públicos (INCP), señalando que:

Desde el punto de vista tributario, luego de la expedición de la ley 1819 de 2016, los aportes obligatorios de salud y pensión dejan de manejarse como deducción y renta exenta respectivamente y pasan a ser considerados un ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional; pero queda el dilema si estos valores se detraen de la depuración de la retención en la fuente por su valor pagado en el mes o por el promedio de lo pagado en el año anterior. (Moncayo, 2017, pág. 5).

Pues bien, siempre ha existido una cierta confusión en la forma de restar estos dos tipos de aportes, dado que para los asalariados hasta el año gravable 2016 según el concepto DIAN 06661 de 2008 y el decreto 3655 de 2009 el aporte de salud era deducible el promedio de lo pagado en el año inmediatamente anterior, mientras que, para los trabajadores independientes, otros conceptos predicaban que la deducción de salud era deducible la efectivamente pagada en el respectivo mes del cálculo. Es importante, destacar que la Ley de Financiamiento 1943 de 2018, no hizo variación alguna con relación a lo referido anteriormente, es decir, se mantiene vigente lo establecido para estos casos la Ley 1819 de 2016 (Dussán, 2017, pág. 2).

Sin embargo, conviene precisar que, según lo expone el portal del consultorio contable y tributario, luego de la expedición de reforma tributaria ley 1819 de 2016, estas normas quedan derogadas y entra a regir para el caso de los aportes de salud obligatorios lo indicado en el artículo 56 del E.T. que establece : “Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por salarios, y serán considerados como un ingreso no constitutivo de renta ni de ganancia ocasional.” (Ley 1819, 2016).

Como se observa, este artículo que fue introducido por el artículo 14 de la ley 1819 de 2016, no hizo precisión de cuales aportes se deben detraer en el cálculo de la retención en la fuente, por lo que en nuestro entender debería ser el efectivamente descontado por el empleador para el caso de los asalariados o el pagado en el caso

de trabajadores independientes; y digo esto en el sentido que es el valor más lógico y sencillo que se podría restar en este caso. (Moncayo, 2017, pág. 6).

Ahora bien, hemos conocido el Oficio DIAN N° 902660 del 23 de mayo de 2017, en el cual luego de un análisis de la normativa se concluye:

Así las cosas, en relación tanto con los aportes obligatorios de salud como con los aportes obligatorios de pensión, será el decreto reglamentario que expida el Gobierno Nacional el que habrá de determinar si para la depuración de la base de retención en la fuente de las rentas de trabajo se tomaran en cuenta los aportes obligatorios realizados en el mes o los realizados en el año anterior y en este último caso como se obtendrá la cifra para cada mes. (Dussán, 2017, pág. 5).

En conclusión, el tema no es claro dado que, según la DIAN, se requiere reglamentación por parte del gobierno nacional, que esperamos indique que se pueda detraer el valor descontado por el empleador en el respectivo mes para el caso de los asalariados y el pagado para el caso de los trabajadores independientes. (Dussán, 2017, pág. 6).

#### **4. Trabajadores independientes: aportes al rubro de salud en la ley 1819 de 2016**

La reforma tributaria fue un aliciente para contribuyentes, puesto que, los trabajadores independientes que devenguen ingresos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente coticen mes vencido al Sistema Integral de Seguridad Social (que comprende pensión, salud y riesgos profesionales) y no anticipadamente como lo indica la normativa actual.

Según López, Restrepo y Gómez (2018), la generación de recursos financieros provenientes del aporte por cotizaciones, en el caso de los trabajadores empleados, nace de la relación existente entre el trabajador y su patrono, relación cuyo fundamento es el contrato laboral. Con respecto a los trabajadores independientes, ellos deben presentar ante la EPS elegida una declaración de ingresos en el momento de afiliarse con base en la cual se calcula un ingreso presuntivo. “Todos los cotizantes se comportan como afiliados frente al aseguramiento y como usuarios ante la prestación”. (López, Restrepo, & Gómez, 2018, pág. 56).

Así, el principio esencial que se debe observar dentro de la inspección, vigilancia y control de la generación de recursos es garantizar que la población con capacidad de cotizar se encuentra realizando los aportes que le corresponden y que ellos se producen según la base salarial real. Este planteamiento general comporta dos procesos esenciales: i) Afiliación como cotizante al régimen de toda la población

con capacidad de pago; y ii) Pago íntegro de las contribuciones según los niveles de ingreso real del cotizante. (Ministerio de Salud, 2016).

Desde esta perspectiva, conviene distinguir al trabajador dependiente del independiente de la siguiente manera:

- a. El trabajador dependiente cancela conjuntamente y de manera obligatoria con el empleador las contribuciones a Salud en los siguientes porcentajes: 12.5% del salario, de los cuales 8.5% están a cargo del empleador y el 4% a cargo del trabajador (Ministerio de Salud, 2004, pág. 420).
- b. El contratista independiente cancelará el 12,5%, sobre un ingreso base de cotización –IBC equivalente al 40% del valor mensualizado del contrato. (Ministerio de Salud, 2004, pág. 420).
- c. El independiente no contratista con capacidad de pago, aportará un 12.5% sobre sus ingresos reales o efectivamente percibidos, una vez realizadas las deducciones de que trata el artículo 107 del Estatuto Tributario Nacional. Estas deducciones son aquellas relacionadas o que tengan nexo causal con la actividad que realiza (Ministerio de Salud, 2004, pág. 420).
- d. Para trabajadores bajo el régimen de salario integral (más de 10 SMMLV) el IBC corresponde al 70% del salario siempre y cuando ese valor no exceda el tope máximo de 25 salarios mínimos (Ministerio de Salud, 2004, pág. 420).

## **5. Financiación del sistema al rubro de la salud con aporte de determinados impuestos**

La Dirección de Financiamiento Sectorial –DFS- del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), en ejercicio de la función de seguimiento y evaluación de la ejecución de los recursos fiscales, parafiscales y demás fuentes y de las acciones y metas de financiamiento del SGSSS en los niveles nacional y territorial, entre otras, de allí se deriva que los recursos para financiar el sistema de salud provienen de dos fuentes principalmente: Recursos fiscales, que se refieren a impuestos y recursos parafiscales que se refieren a las cotizaciones de los trabajadores, copagos y cuotas moderadoras (Ministerio de Salud, 2018).

Estos recursos son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) en diferentes subcuentas con destinaciones específicas. Para la financiación de la atención de los afiliados al régimen contributivo y subsidiado, las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito y las acciones de promoción y prevención.



Por lo anterior resulta interesante plantearse la siguiente interrogante: el Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? Interrogantes complementarios que se derivan del presente objeto de estudio como una sub-categoría emergente de la investigación.

Como bien se ha dicho, los recursos que financian el sistema de salud en Colombia son de naturaleza fiscal y parafiscal. Por su parte, las rentas parafiscales provienen de los aportes de los cotizantes al régimen contributivo. La aproximación al financiamiento de un sistema de salud se puede hacer desde dos enfoques. El primero es la seguridad social y el segundo es el modelo basado en impuestos generales. A grandes rasgos, las fuentes de financiación del sistema de salud en Colombia son estatales y de los empleados, empresarios y trabajadores independientes.

Considerando que en Colombia el Sector Salud se ha visto abocado a continuos cambios debido a factores diversos, el más relevante de ellos, su aspecto económico, se considera adecuado analizar el impacto que tienen los tributos para las entidades del sector salud en Colombia. En tal sentido, se hacen algunos señalamientos, orientados a establecer algunos impuestos cuya destinación total o parcial inyectan recursos al sistema de seguridad social en salud:

**a) Destinación de recursos a la Seguridad social en salud con el impuesto a las ventas.**

El Artículo 468 del Estatuto Tributario establece la tarifa general del impuesto sobre las ventas, en tal sentido, el artículo in comento modificado por el artículo 184 de la Ley 1819 de 29 de diciembre de 2016. La tarifa general del impuesto sobre las ventas es del diecinueve por ciento (19%) salvo las excepciones contempladas en este título. A partir del año gravable 2017, del recaudo del impuesto sobre las ventas un punto se destinará así: 0.5 puntos se destinarán a la financiación del aseguramiento en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ministerio de Salud, 2016).

Asimismo, el Artículo 468-3 Señala:

Los servicios gravados con la tarifa del cinco por ciento (5%). (Artículo modificado por el artículo 49 de la Ley 1607 de 26 de diciembre de 2012). A partir del 1 de enero de 2013, los siguientes servicios quedan gravados con la tarifa del cinco por ciento (5%), eso se mantiene vigente tanto en la ley 1819 del 2016 como en la ley 1943 del 2018, en general en la normativa tributaria, en tal sentido, se detallan los impuestos cuya recaudación una parte, es decir, parcialmente su recaudo esta con destinación para el financiamiento del sector salud en Colombia. (Ley 1607, 2012).

Los planes de medicina preparada y complementarios, las pólizas de seguros de cirugía y hospitalización, pólizas de seguros de servicios de salud y en general los planes adicionales, conforme con las normas vigentes. El Artículo 476. Servicios excluidos del impuesto sobre las ventas. (Artículo modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 24 de diciembre de 1998). Se exceptúan del impuesto los siguientes servicios:

1. Los servicios médicos, odontológicos, hospitalarios, clínicos y de laboratorio, para la salud humana. (Numeral 8 modificado por el artículo 50 de la Ley 1607 de 26 de diciembre de 2012). 2. Los planes obligatorios de salud del sistema de seguridad social en salud expedidos por autoridades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, los servicios prestados por las administradoras dentro del régimen de ahorro individual con solidaridad y de prima media con prestación definida, los servicios prestados por administradoras de riesgos laborales y los servicios de seguros y reaseguros para invalidez y sobrevivientes, contemplados dentro del régimen de ahorro individual con solidaridad a que se refiere el artículo 135 de la Ley 100 de 1993. 3. Las comisiones por intermediación por la colocación de los planes de salud del sistema general de seguridad social en salud expedidos por las entidades autorizadas legalmente por la Superintendencia Nacional de Salud, que no estén sometidos al Impuesto sobre las Ventas. (Ley 1943, 2018).

De igual forma, el sistema de seguridad social y Protección Social en salud destaca como otra fuente de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–: El IVA cedido de licores, vinos y aperitivos. Ley 788, 2002 y Ley 1393, 2010. La entidad territorial determinará el monto a destinar de esta renta en cada vigencia, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública. Para lo anterior, deberán sujetarse a lo establecido en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 56).

(...) IVA cedido de Licores, vinos y Aperitivos. (Leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a Salud, (IVA de Licores - 100% Salud- y Vinos, aperitivos y similares -70% Salud-) en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal y determinarán el monto de recursos destinado a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Seis por ciento (6%) del Impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos. (Ley 1393, 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Para la cofinanciación del Régimen Subsidiado destinarán lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1393 de 2010. (IVA de Licores-100% Salud y Vinos, aperitivos y similares -70% Salud) en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Conforme lo establece artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se proyectará para la cofinanciación del régimen subsidiado el 50% de esta renta. (Ley 715, 2001, pág. 53).

**b). Destinación de recursos a la Seguridad social en salud con el impuesto gravamen a los movimientos financieros**

De acuerdo al Concepto No. 1466 emitido por la DIAN, el Gravamen a los movimientos financieros – GMF, se entiende que este impuesto es:

El gravamen a los movimientos financieros - GMF se creó a cargo de los usuarios del sistema financiero y de las entidades que lo conforman a partir del primero (1°) de enero del año 2001, con la Ley 633 de 2000. (DIAN, 2017, pág. 9).

Ahora bien, el Artículo 879. Del estatuto tributario establece exenciones del GMF. (Artículo adicionado por el artículo 1 de la Ley 633 de 29 de diciembre de 2000). Lo cual indica que se encuentran exentos del Gravamen a los Movimientos Financieros:

El (Numeral 10 modificado por el artículo 48 de la Ley 788 de 27 de diciembre de 2002). Las operaciones financieras realizadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las EPS y ARS, del Sistema General de Pensiones a que se refiere la Ley 100 de 1993, de los Fondos de Pensiones de que trata el Decreto 2513 de 1987 y del Sistema General de Riesgos Profesionales, hasta el pago a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), o al pensionado, afiliado o beneficiario, según el caso. También quedarán exentas las operaciones realizadas con los recursos correspondientes a los giros que reciben las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) por concepto de pago del POS (Plan Obligatorio de Salud) por parte de las EPS o ARS hasta en un 50%. Lo anterior lo ratifica la sentencia S-11001-03-24-000-2009-00114-00 de 2018. (DIAN, 2017).

**c). Destinación de recursos a la Seguridad social en salud con el mono tributo según la ley 1819 de 2016 y su cambio a Régimen Unificado bajo el Régimen Simple de Tributación para la Formalización y la Generación de Empleo (SIMPLE)”. Según Ley 1943 de 2018.**

De acuerdo con el libro 8 del estatuto tributario:

El Artículo 916 establece la destinación específica del componente de impuesto nacional del Mono tributo. El recaudo del componente del impuesto nacional del Mono tributo se destinará a la financiación del aseguramiento en el marco del Sistema General de Seguridad Social, en Salud y en Riesgos Laborales.

Para el primer caso, los recursos se presupuestarán en la sección del Ministerio de Salud y Protección Social (2016), y serán transferidos a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creada en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015. En el segundo caso, los recursos serán

transferidos al Fondo de Riesgos Laborales, creado en el artículo 88 del Decreto ley 1295 de 1994.

La Ley 1819 de 2016 en su Art. 165 establece:

Para incentivar la adopción del régimen, se incluyen los siguientes beneficios tangibles para los contribuyentes: (I) una parte del pago del tributo es un aporte al programa de Beneficio Económico Periódico (BEPs), que le permitirá a una población prevalentemente informal acceder a un sistema de protección de la vejez; (II) acceder a una cobertura de un seguro de vida y exequial, (III) al régimen de independientes de Cajas de Compensación Familiar (Ley 789 de 2002), (IV) y a la afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL). Adicionalmente, contempla una exención a la retención del impuesto de renta que se aplica hoy en estos comercios minoristas al utilizar medios de pagos electrónicos. (Ley 1819, 2016).

De lo anterior, el portal de Portafolio (2017) señala:

Con la creación de esta figura, los pequeños comerciantes con ventas entre 41 y 100 millones de pesos al año, pagarían entre 40.000 y 80.000 pesos mensuales con acceso al ahorro para la vejez (BEPs) y riesgos profesionales y cubriría a los comerciantes ubicados en locales de menos de 50 metros cuadrados. Debe ser explicado qué tanto será el porcentaje que se destinará a los BEPs. (Portafolio, 2017, pág. 4).

Ahora bien, una de las grandes novedades de la nueva Ley de financiamiento en su art. 66 de la ley 1943 de 2018 es la introducción del nuevo impuesto unificado bajo el régimen de tributación, el cual termina reemplazando el régimen del monotributo creado por la pasada reforma tributaria estructural. La Ley de Financiamiento desarrolla dos propuestas que ya contemplaba el Estatuto Tributario, para vincular al sector informal a nuestra economía, entre ellas esta: “Propone el Régimen Unificado bajo el Régimen Simple de Tributación para la Formalización y la Generación de Empleo (SIMPLE)”. (Ley 1943, 2018).

Destaca Reyes (2019), en el portal *Ámbito Jurídico*:

El régimen SIMPLE consagra una opción para aquellos contribuyentes que durante el año gravable anterior hubieran obtenido ingresos brutos inferiores a 80.000 UVT (lo que equivale, aproximadamente, a 2.700 millones de pesos para el 2019), los cuales podrán declarar, liquidar y pagar un solo tributo integral, que comprende los siguientes impuestos: Se llama régimen simple porque los pagadores que apliquen a este sistema podrán en un formulario y con una sola tarifa liquidar sus obligaciones tributarias de renta, el Impuesto de Industria y Comercio (ICA) y el impuesto sobre las ventas (IVA) o impuesto nacional al consumo cuando se desarrollen servicios de expendio de comidas y bebidas. El nuevo sistema, que dobla la cuantía que inicialmente contemplaba la Ley 1819 para quienes se

quisieran acoger al monotributo, cumple dos objetivos muy importantes: (i) facilita la vinculación de los contribuyentes que han venido operando informalmente y (ii) simplifica la operación de los pequeños empresarios, los cuales, hasta la fecha, venían asumiendo una carga administrativa absolutamente desproporcionada. Subsiste, sin embargo, la necesidad de consagrar mecanismos que fueren la vinculación del sector informal al sistema. Al efecto, habría que orientar los esfuerzos a revisar las medidas que los países más avanzados implementaron en su momento, para vincular a quienes no querían cumplir con sus obligaciones. Y si ello fuera así, a desarrollar nuevas regulaciones que restrinjan el marco de acción de los informales. (Reyes, 2019, pág. 6).

#### **d). Destinación de recursos a la Seguridad social en salud según la ley 1438 de 2011**

El Ministerio de Salud (2016), dentro de las Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, lo siguiente:

La Ley 1438 de 2011, considerada la reforma a la salud estableció en su artículo 29, el giro directo por parte de la Nación de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS. Adicionalmente, derogó la competencia de las Entidades Territoriales de firmar contratos para la administración de recursos del Régimen Subsidiado con las EPS. Dichos contratos fueron reemplazados por el instrumento jurídico determinado por Gobierno Nacional. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 17).

El Artículo 48. Impuesto social a las armas y municiones. (Imp. Directo con destinación especial, P/ejemplo: Vacunación). Modifíquese el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera:

Artículo 224. Impuesto social a las armas y municiones. A partir del 10 de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de este. El recaudo de este impuesto se destinará al fondo de solidaridad previsto en el artículo 221 de esta ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 30% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 20%, con destinación para vacunación. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el plan de beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación. Parágrafo. Se exceptúan de este impuesto las armas de fuego y municiones y explosivos que posean las fuerzas armadas y de policía y las entidades de seguridad del Estado. (Ley 100, 1993).

Asimismo, el Artículo 44° establece otras fuentes de financiamiento:

1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.
2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
3. Recursos de la contribución parafiscal de las cajas de Compensación Familiar. (Ley 100, 1993).

También el Artículo 51°. Retención en la fuente de aportes al sistema de seguridad social en salud:

Establézcase un sistema de retención en la fuente de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y establézcanse los instrumentos para realizar la retención en la fuente para el pago de la cotización en seguridad social en salud, de las personas naturales y empresas unipersonales o sociedades por acciones simplificada, como mecanismo que evite la evasión y la elusión, tomando como base los conceptos constitutivos vigentes del Ingreso Base de Cotización. La retención en la fuente prevista en el presente artículo se podrá extender a los demás aportes del sistema de seguridad social. (Ley 100, 1993).

Por otro lado, el Ministerio de salud (2016) establece:

Con relación a sus destinaciones, la Ley 1438 de 2011 estableció que los recursos obtenidos producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por COLJUEGOS (antes ETESA) a las Entidades Territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación, serán destinados a la financiación de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado. Para las loterías la renta será del doce por ciento (12%) de los ingresos brutos de cada juego. Los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance pagarán mensualmente a título de derecho de explotación, el doce (12%) de sus ingresos brutos con destino a salud, más el valor adicional que llegare a existir entre ese porcentaje de derechos de explotación y el 12% sobre el valor mínimo de los ingresos brutos que por ventas al juego fueron previamente señalados en el contrato como rentabilidad mínima; ese valor adicional lo pagarán los concesionarios a título de compensación contractual con destino a salud, sin que haya lugar a reclamación o indemnización alguna en su favor de acuerdo con lo previsto en la Ley 1393 de 2010. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 35).

Con referencia a las apuestas hípcas, se observa de igual forma que: Los derechos de explotación generados por las apuestas hípcas serán distribuidos en cada uno de los Departamentos o Distritos de la siguiente forma:

Un cincuenta por ciento (50%) con destino a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y a la población vinculada que se atienda a través de la red hospitalaria pública, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud. El cincuenta por ciento (50%) restante para financiación

de renovación tecnológica de la red pública hospitalaria en la respectiva entidad territorial. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 35).

### e). **Destinación de recursos a la Seguridad social en salud con impuestos territoriales**

En cuanto a las Rentas territoriales destinada a salud, el Ministerio de Salud (2016), señala:

De acuerdo con lo establecido en la Ley 223 de 1995, este es el impuesto pagado por el consumo en el territorio nacional de cervezas, sifones, refajos y mezclas de bebidas fermentadas con bebidas no alcohólicas. Estos recursos son propiedad de la Nación y su producto se encuentra cedido a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo de los productos gravados en sus jurisdicciones. El artículo 190 de la Ley 223 de 1995 modificado por el artículo 1 de la Ley 1393 de 2010, establece que la tarifa al impuesto de Cerveza y Sifones es el 48% y 20% de los Refajos, de los cuales el 8% corresponde al Sector Salud. Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones. (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010). Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal. Conforme lo establece el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se proyectará para la cofinanciación del régimen subsidiado el 50% de esta renta. (Ministerio de Salud, 2016, págs. 37, 38).

(...) los recursos del impuesto a la cerveza y sifones se destinan a la financiación de la universalización en el aseguramiento, la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y a la población vinculada que se atiende a través de la red hospitalaria pública, de acuerdo con las condiciones y prioridades que para tal efecto defina la Entidad Territorial. Estos recursos serán girados directamente por los productores nacionales y el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de Productos Extranjeros a los Fondos o Direcciones Seccionales de Salud y al Fondo Distrital de Salud, según el caso, el porcentaje mencionado dentro de los quince (15) días calendario siguiente al vencimiento de cada periodo gravable. El período gravable de este impuesto es mensual. (Ministerio de Salud, 2016, págs. 37, 38).

De igual forma, el impuesto al consumo de licores según lo establece la Ley 223 en sus Art. 202 de 1995 y el Impuesto de cigarrillos y tabaco indican:

El Impuesto al tabaco: Otro de los aspectos fundamentales en la Reforma Tributaria fue el apoyo de los congresistas a la medida de impuestos saludables que estima un aumento del impuesto al cigarrillo de \$1.400 en 2017, \$2.100 en 2018 y un incremento anual de IPC más 4 puntos desde 2019, a pesar del lobby de la industria

tabacalera en el Congreso. Parte de su recaudo va destinado al sector salud. (Ley 223, 1995).

Lo anterior lo señala el Ministerio de salud (2016), al establecer que:

El artículo 6 de la Ley 1393 de 2010 crea la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado equivalente al 10% de la base gravable que será la certificada antes del primero (1) de enero de cada año por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Estos recursos se deben destinar por los Departamentos y el Distrito Capital, en primer lugar, a la universalización en el aseguramiento; en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. En caso de que quedaran excedentes, estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 41).

## Resultados de investigación

Si bien es cierto desde la expedición de las leyes 60<sup>6</sup> y 100<sup>7</sup> de 1993, el SGSSS de Colombia ha incrementado paulatinamente los recursos, que han contribuido en el cumplimiento de metas de unificación del régimen subsidiado de salud lo cual ha permitido financiar las diversas contingencias del sistema. Pero, al tiempo han generado también una estructura de financiación compleja. En efecto existe una diversidad de mecanismos de financiamiento y fuentes y con esto se han determinado distintas reglas y parámetros de asignación y distribución de los recursos que, a su vez, implican múltiples flujos en ocasiones de difícil seguimiento para efectos de establecer su utilización final (o usos).

Luego de aplicar la metodología descrita en el anterior acápite se destaca que el SGSSS de Colombia se financia básicamente con recursos fiscales y parafiscales. Lo anterior con base en la concepción y diseño inicial de la Ley 60 de 1993 y posteriormente la Ley 715 de 2001<sup>8</sup>, lo cual buscaban regular el financiamiento con

<sup>6</sup> Mediante el cual se configuró el denominado Sistema General de Participaciones (SGP) para la financiación de los sectores sociales, no solo en salud, sino también en educación y otros componentes. Esta ley constituye el desarrollo legal de lo establecido en el Constitución política en materia de distribución de competencias (art. 151-288) y de recursos (art. 356 y 357).

<sup>7</sup> Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, que hace referencia en el Libro Segundo lo concerniente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

<sup>8</sup> Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los art. 151, 288, 356 y 357 (Acto legislativo 01 de 2001) en la Constitución política y dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros.



recursos de origen fiscal, dentro de un marco de descentralización de competencias territoriales. En tanto la Ley 100 de 1993 desarrolló lo relativo a financiación mediante los recursos parafiscales representados en las cotizaciones o aportes a la seguridad social en salud, que se constituyen en el mecanismo esencial de financiamiento del régimen contributivo que aporta a su vez al régimen subsidiado y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar (CCF) provenientes del aporte parafiscal<sup>9</sup> sobre la nómina. También concurren en la financiación del SGSSS los aportes del presupuesto nacional, y los recursos de orden territorial representados en las rentas cedidas.

En relación con el financiamiento y las reglas del sistema de aseguramiento en salud son varios los cambios y ajustes introducidos en la Ley 100 de 1993. Así las cosas, la Ley 1122 de 2007, adoptó algunas medidas para optimizar los flujos de recursos y mejorar aspectos específicos de gestión, pero sin alterar verdaderamente la estructura de financiamiento del sistema<sup>10</sup>. Ahora bien, en virtud de dicha Ley en materia de financiamiento, se incrementó el porcentaje de cotización del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, pasando de 12 a 12,5 %, estableciendo que el medio punto adicional se asumiría por el patrono; así mismo, se estableció la forma de calcular el aporte de la Nación al Régimen Subsidiado de salud.

Por su parte, las Leyes 1393 de 2010<sup>11</sup> y 1438 de 2011<sup>12</sup>, expedidas en un contexto de crecientes dificultades financieras de SGSSS y de exigencia por parte de la Corte Constitucional a los distintos actores para que cumplan las ordenes contenidas en la Sentencia T-760 de 2008, señalan esfuerzos importantes para la generación de nuevos recursos<sup>13</sup> y garantizar a su vez, una mayor eficiencia y operatividad de los flujos de financiamiento.

<sup>9</sup> Eventualmente, bajo la denominación de parafiscales cabrían también los recursos provenientes del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que financian la atención de víctimas de accidentes de tránsito y de eventos catastróficos naturales y terroristas, a través de la cuenta ECAT del FOSYGA y que en algunos años han financiado el régimen subsidiado en salud.

<sup>10</sup> “Por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. El art. 1 de dicha ley modificó el art. 214 de la ley 100 en relación con los recursos del régimen subsidiado, en tanto que el art. 14 dictó varias normas con respecto al flujo y protección de los recursos de la cuenta del FOSYGA y de los entes territoriales

<sup>11</sup> Por el cual se definen rentas con destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re-direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>12</sup> Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>13</sup> Un antecedente de estas leyes es el Decreto 4975 de 2009 mediante el cual se declaró la Emergencia Social y el cual, a su vez, fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional.

En tal sentido, la Ley 1393 de 2010 redefine el esquema de rentas de destinación específica para salud, adopta medidas para promover la generación de recursos y para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, reasignando, al mismo tiempo recursos al interior del sistema de salud. Los nuevos recursos generados por esta ley son: aumento en el impuesto sobre las ventas de cervezas de producción nacional y para las importadas, y en los juegos de suerte y azar a 16%; aumento en tarifa por cajetilla de cigarrillos y cigarros; fijación de tarifa de impuestos de licores, vinos, aperitivos y similares; y reglamentación del régimen de rentas de los monopolios de suerte y azar. (Ley 1393, 2010).

En este orden de ideas, la Ley 1438 de 2011 reforma algunos aspectos sustantivos del SGSSS a partir de dos ejes básicos:

Uno, la consolidación y fortalecimiento del esquema de aseguramiento; y el otro, mediante la incorporación de una estrategia de atención primaria en salud (APS). Esta ley cambió sustancialmente la operación del régimen subsidiado y determinó, como norma general que desde un mecanismo de recaudo y giro que hoy opera desde el FOSYGA, se giren los principales recursos del régimen subsidiado directamente a las EPS y a los prestadores de servicios de salud, sustituyendo el anterior esquema de contratación entre entidades territoriales y EPS. (Ley 1438, 2011).

Asimismo, la Ley adoptó igualmente algunas medidas tendientes a aumentar los recursos de sector, para lo cual modificó el artículo 214 de la ley 100 de 1993, haciendo precisa la destinación de los recursos que financian el régimen subsidiado, avanzando hacia la reorientación de los recursos territoriales representados en el Sistema General de Participaciones (SGP) para la atención de la población más vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda y las rentas cedidas. Así mismo la Ley 1438 aumentó el impuesto social a las municiones y explosivos (advalorem 20%), destinó una cuarta parte de punto porcentual de la contribución parafiscal de las cajas de compensación familiar (CCF) a financiar actividades de prevención y promoción en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (APS) o a la unificación de los planes de beneficios para el sector salud (FONSAET). (Ministerio de Salud, 2016).

Con fundamento en el resumen expuesto el régimen contributivo se financia con las cotizaciones que realizan conjuntamente los empleadores y sus trabajadores dependientes, los trabajadores independientes, los pensionados y las madres comunitarias, y se incluyen los copagos y las cuotas moderadoras que pagan los afiliados al momento de recibir los servicios de salud.

En cuanto a las fuentes destinadas al aseguramiento de los afiliados al régimen subsidiado, proviene de recursos de orden nacional, departamental y municipal.

Sobre estos recursos en su mayoría tiene la titularidad los municipios. Tanto estos recursos como los que destina la nación y el departamento son para completar la financiación de la población. Algunos recursos propios de las entidades territoriales, rentas cedidas departamentales y algunos territoriales definidos en la Ley 1393 de 2010, concurren en la financiación, así como los establecido en el art. 44 de la ley 148 de 2011<sup>14</sup>.

Paralelamente, a partir de la premisa antes esbozada y analizada, en cuanto a la destinación de recursos al sistema de salud con aportes a la seguridad social al rubro del sistema de salud en Colombia con la implementación de la Ley 1819 de 2016; Ley 1943 de 2018, y otra normatividad, la reforma tributaria estructural del 2016 debió garantizar que el presupuesto nacional compensara la reducción de las cotizaciones que antes pagaban las empresas por los trabajadores de menos de 10 salarios mínimos, como se prometió en la anterior reforma que estableció el Cree (impuesto sobre la renta para la equidad). Asimismo, la reforma aprobada en diciembre de 2016, elimina el Cree, y establece que el Presupuesto de la Nación debe aportar los recursos, pero no estableció un monto mínimo que sirva de garantía, como sí lo hizo para el SENA y el ICBF; lo cual deja al sector salud expuesto a las decisiones del Ministerio de Hacienda frente al presupuesto que, ya de por sí, es deficitario.

A este respecto, vale destacar lo establecido en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 del 2007, el valor total de aportes al régimen contributivo de salud continúa siendo para 2017 del 12,5% del ingreso base de cotización –IBC– del trabajador independiente, situación que se mantiene en los mismos términos por la ley 1943 de 2018. Así mismo, para empleadores que tengan menos de dos trabajadores, este se divide en un 8,5% asumido por el primero y un 4% adicional a cargo de los segundos, mientras aquellos que cuentan con más de 3 empleados serán beneficiados con la excepción del 8.5%. En ese sentido, también cancelarán dicho porcentaje aquellos empleadores de trabajadores que devenguen 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes o más, tal y como lo indica el parágrafo 1 del artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, conocida como reforma tributaria estructural (Ley 100, 1993).

La ley 1819 de 2016 estableció la exoneración de los aportes a salud de las empresas y algunas personas naturales empleadoras, por determinados trabajadores. El artículo 65 de la ley 1819 de diciembre 29 de 2016, que adicionó el artículo 114-1

<sup>14</sup> Comprende los recursos señalados en el art. 44 de la ley 1438 de 2011, como recursos para aseguramiento a través del régimen subsidiado de las entidades territoriales de la subcuenta de solidaridad FOSYGA y otros.

al estatuto tributario, estableció que las empresas quedan exoneradas de realizar los aportes a salud contemplados en el artículo 204 de la ley 100 de 1993. Dicha exoneración aplica por trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos mensuales.

Asimismo, el referido Parágrafo 1, refiere que:

Los empleadores de trabajadores que devenguen diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes o más, sean o no sujetos pasivos del impuesto sobre la renta y complementarios seguirán obligados a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y los pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7º de la Ley 21 de 1982, los artículos 2º y 3º de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1º de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables. (Ley 1819, 2016).

Por otro lado, la nueva norma nacional tributaria Ley 1943 de 2018 señala aspectos fundamentales del tema salud al señalar:

Los servicios de salud continúan excluidos del impuesto sobre las ventas, al igual que los medicamentos para la salud humana. A excepción de los tratamientos de belleza y las cirugías estéticas diferentes de aquellas cirugías plásticas reparadoras o funcionales, que estarían gravados con el IVA. Por otro lado, establece que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) contribuyentes del impuesto sobre la renta podrán deducir la totalidad de la cartera, reconocida y certificada por el liquidador, correspondiente a los patrimonios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se encuentren en medida de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En la medida en que recuperen dicha cartera, las sumas recuperadas serán renta líquida gravable. (Ley 1943, 2018).

## Conclusiones

Frente a la resolución del problema jurídico y el cumplimiento del propósito definido en el objetivo general y los objetivos específicos, pudimos apreciar en el desarrollo de la presente investigación que, en el ordenamiento jurídico colombiano, el legislador, atendiendo sus competencias delegadas en materia de seguridad social señala el momento del inicio del actual SGSSS en Colombia con la expedición de la Ley 100 de 1993.

El estado social de derecho que consagró la Constitución Colombiana de 1991, le atribuyó al ciudadano y a la comunidad en general ciertos derechos y deberes que le permiten crear un vínculo entre el Estado y la sociedad, que se traduce en el control social de la administración pública. Dentro de esta perspectiva se gesta el derecho a la participación en política pública en salud.

Con esta investigación conviene precisar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por el que se rige Colombia se encuentra determinado por la Ley 100 promulgada en el año de 1993, en la cual se describe un sistema compuesto por dos regímenes, contributivo y subsidiado, que deben cubrir a todo el grueso de la población. Si se tiene en cuenta que precisamente uno de los fundamentos que estructuran el Estado Social de Derecho es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, luego de aplicar la metodología descrita en el anterior acápite, se demostró con los resultados que, cobra importancia fundamental para el desarrollo del país propiciar la transparencia en la gestión de los recursos del sistema de salud y la generación de mayor bienestar social.

Así las cosas, a tenor de lo establecido en sentencia C-955 de 2007, lo cual concluyó que el diseño legal del sistema de seguridad social en salud es el desarrollo del deber del Estado de intervenir en la economía para asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos, como quiera que “se le ha confiado al legislador la misión de formular las normas básicas relativas a la naturaleza, la extensión y la cobertura del servicio público, su carácter de esencial”. (Sentencia C-955, 2007).

En complemento a lo anterior, Santa María (2009) y Uprimny & Rodríguez, (2008) exponen que aunque la Corte Constitucional reconoce que en efecto debe presentarse esta condición de sostenibilidad económica, lo que finalmente señala la Corte, y esto por Sentencia T-760 de 2008, es que hay un imperio del derecho a la salud, marcando a través de dicha Sentencia la más reciente ruta de transformación del derecho a la salud, que cada vez, parece menos negocio, y más, como lo que debe ser con ocasión de Estado Social de derecho, un sistema por medio del cual se garantice la preservación y conservación de la vida humana en el territorio nacional.

Adicionalmente, otro aspecto medular destaca que el sistema de salud estuvo impactado por el aumento de la licencia de maternidad de 14 a 18 semanas y el pago del subsidio monetario en el caso de incapacidades por más de 540 días, aprobadas a partir del 2017.

El 2018 dejó a la salud en Colombia en incertidumbre, iliquidez y frustración de los hospitales públicos y en general de los prestadores. Lo más grave es que el usuario es el que está llevando la peor parte de toda esta crisis.

Tras la aprobación de la reforma tributaria, el Gobierno Nacional le inyectó al sistema de seguridad social en salud cerca de \$1,8 billones directos que vienen de dos impuestos: el de los cigarrillos y medio punto del IVA. Sin embargo, a pesar de que se encuentran circulando gran cantidad de recursos del sector salud en el sistema financiero, por la vía fiscal y parafiscal, paradójicamente continúa el cierre de hospitales en todo el territorio nacional.

La reforma tributaria no cubre el déficit del sector salud, pese a los dineros que recibirá el Ministerio de Salud, hace falta presupuesto, a pesar de que existe una gran cantidad de tributos (impuestos) que de manera parcial o total coadyuvan en la financiación del SGSSS en Colombia., como quedó desarrollado en el marco de referencia del presente trabajo investigativo.

Lo que queda demostrado en este caso es la situación de vulnerabilidad formal y material en la que se encuentra la población colombiana y la ineficacia del SGSSS por falta de una regulación normativa que obligue a las entidades públicas o privadas facultadas por ley para garantizar el acceso al sistema integral en seguridad social y el buen uso en la destinación de los recursos. Sin embargo, continúan las dificultades en el flujo de los recursos del Sistema pese a las medidas de carácter regulatorio establecidas mediante la reglamentación de la ley 100 de 1993 en materia de ordenamiento de los flujos de financiamiento.

Por otra parte, también se hace necesario y resulta fundamental la implementación de mecanismos efectivos para el acceso a la participación salud, en los cuales se encuentren la sensibilización, socialización, capacitación, divulgación, fomento y formación en temas de auditorías de cuenta, a través de estrategias que propicien la transparencia en la gestión de los recursos destinados al sistema de salud en Colombia, en virtud de que la transparencia en la gestión de los recursos del sistema de salud es una acción que compromete tanto al Estado y sus instituciones.

En este orden de ideas, para lograr un adecuado funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, se hace necesario continuar el estudio en aras de precisar políticas públicas que permitan aclarar el origen y aplicación de los recursos del SGSSS en Colombia. El artículo insta a hacer futuras investigaciones sobre el tema dado el carácter reformista del presente objeto de estudio.

## Referencias

- Acto Legislativo 01. (22 de Julio de 2005). Congreso de la República. *Por medio del cual se adiciona el Artículo 48 de la Constitución Política*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 45.980 de 25 de julio de 2005. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/acto\\_legislativo\\_01\\_2005.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/acto_legislativo_01_2005.html)
- Arenas, G. (2007). *El derecho colombiano de seguridad social* (2 ed.). Bogotá D.C: Editorial Legis.
- Autoretención renta reemplaza Autoretención CREE. (26 de Enero de 2017). DIAN. Bogotá D.C, Colombia: Comunicado de prensa No. 19. Obtenido de [https://colombia.moorestephens.com/MediaLibsAndFiles/media/colombiaweb.moorestephens.com/Documents/PDF/9-CompreDIAN19\\_17.pdf](https://colombia.moorestephens.com/MediaLibsAndFiles/media/colombiaweb.moorestephens.com/Documents/PDF/9-CompreDIAN19_17.pdf)

- Bacon, F. (1988). *El avance del saber* (1 ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación para administración en economía, humanidades y ciencias sociales* (2 ed.). Naucalpan: Pearson. Obtenido de [https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=h4X\\_eFai59oC&oi=fnd&pg=PR13&dq=info:dDWqHDiLWJgJ:scholar.google.com&ots=vVIH15uet\\_&sig=aObhHwJP04tkS\\_qMchjfpSlo4cU&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=h4X_eFai59oC&oi=fnd&pg=PR13&dq=info:dDWqHDiLWJgJ:scholar.google.com&ots=vVIH15uet_&sig=aObhHwJP04tkS_qMchjfpSlo4cU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- CEPAL. (2019). *Panorama Social de América Latina* (1 ed.). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Constitución Política de Colombia. (20 de Julio de 1991). Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá D.C, Colombia: Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de Julio de 1991. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
- Decreto 0862. (26 de Abril de 2013). Presidencia de la República. *Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 1607 de 2012*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 48.773 de 26 de abril de 2013. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/ABRIL/26/DECRETO%20862%20DEL%2026%20DE%20ABRIL%20DE%202013.pdf>
- Decreto 1246. (16 de Abril de 2007). Presidencia de la República. *Por el cual se adiciona el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2007*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 46.601 de 16 de abril de 2007. Obtenido de [https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/decreto\\_1246\\_2007.htm](https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/decreto_1246_2007.htm)
- Decreto 1295. (22 de Junio de 1994). Ministerio de Gobierno. *Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 41.405, del 24 de junio de 1994. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto\\_1295\\_1994.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1295_1994.html)
- Decreto 1625. (11 de Octubre de 2016). Presidencia de la República. *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 50.023 de 11 de octubre de 2016. Obtenido de [https://www.ane.gov.co/images/ArchivosDescargables/Normatividad/Normatividad\\_Ane/Impuestos/Decreto1625de2016.pdf?s=6DC1D7D19C34EBF47472EF1332B9E0140510FC86](https://www.ane.gov.co/images/ArchivosDescargables/Normatividad/Normatividad_Ane/Impuestos/Decreto1625de2016.pdf?s=6DC1D7D19C34EBF47472EF1332B9E0140510FC86)
- Decreto 1828. (27 de Agosto de 2013). Presidencia de la República. *Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 1607 de 2012*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 48.895 de 27 de agosto de 2013. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto\\_1828\\_2013.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1828_2013.htm)
- Decreto 2222. (16 de Octubre de 2013). Presidencia de la República. *Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 28 y 29 de la Ley 1607 de 2012*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 48.945 de 16 de octubre de 2013. Obtenido de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D2222013.pdf>

- Decreto 2513. (30 de Diciembre de 1987). Presidencia de la República. *Por el cual se establece el régimen jurídico de los Fondos de Pensiones de Jubilación e Invalidez*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No 38.168, del 30 de diciembre de 1987. Obtenido de [https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/decreto\\_2513\\_1987.htm](https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/decreto_2513_1987.htm)
- Decreto 2701. (23 de Noviembre de 2013). Presidencia de la República. *Por el cual se reglamenta la Ley 1607 de 2012*. Bogotá D.C, Colombia: Diario oficial 48982 de noviembre 22 de 2013. Obtenido de <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=55623>
- Decreto 2972. (20 de Diciembre de 2013). Presidencia de la República. *Por el cual se fijan los lugares y plazos para id presentación de las declaraciones tributarias y para el pago de los impuestos, anticipos y retenciones en la fuente y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 49.010 de 20 de diciembre de 2013. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/DICIEMBRE/20/DECRETO%202972%20DEL%2020%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202013.pdf>
- Decreto 3029. (27 de Diciembre de 2013). Presidencia de la República. *Por medio del cual se modifica el Decreto 1828 de 2013*. Bogotá D.C, Colombia. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/DICIEMBRE/27/DECRETO%203029%20DEL%2027%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202013.pdf>
- Decreto 3048. (27 de Diciembre de 2013). Presidencia de la República. *Por medio del cual se modifica parcialmente el Decreto 1828 de 2013 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No 49016, de 27 diciembre de 2013. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/DICIEMBRE/27/DECRETO%203048%20DEL%2027%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202013.pdf>
- Decreto 3655. (23 de Septiembre de 2009). Presidencia de la República. *Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2271 de 2009*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No 47482, de 23 septiembre de 2009. Obtenido de [http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol\\_759920426425f034e0430a010151f034](http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_759920426425f034e0430a010151f034)
- Decreto 624. (30 de Marzo de 1989). Presidencia de la República. *Por el cual se expide el Estatuto Tributario de los Impuestos Administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No 38756, del 30 de marzo de 1989. Obtenido de [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/tramites\\_servicios/pasaportes/archivos/decreto\\_624\\_1989.pdf](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/tramites_servicios/pasaportes/archivos/decreto_624_1989.pdf)
- Decreto 780. (6 de Mayo de 2016). Presidencia de la República. *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 49.865 de 6 de mayo de 2016. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un Nuevo País* (1 ed.). Bogotá D.C, Colombia: Departamento Nacional de



- Planeación. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf>
- Dussán, W. (16 de Agosto de 2017). *Descuentos de los aportes de salud y pensión obligatoria en el cálculo de la retención en la fuente*. Obtenido de Consultoriacontable.com: <https://www.consultorcontable.com/descuento-salud-pension/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). México D.F: McGraw Hill. Obtenido de <http://observatorio.epcartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Informe de resultados financieros del sector salud. (Agosto de 2018). Ministerio de Salud. Bogotá D.C, Colombia: Superintendencia Nacional de Salud. Obtenido de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Resultados%20Financieros%20SGSSS%202017.pdf>
- Ley 100. (23 de diciembre de 1993). Congreso de la República. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Ley 1112. (27 de Diciembre de 2006). Congreso de la República. *Por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y el Reino de España”, hecho en Bogotá, el 6 de septiembre de 2005*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 46.494 de 27 de diciembre de 2006. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1112\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1112_2006.html)
- Ley 1393. (12 de Julio de 2010). Congreso de la República. *Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud (...)*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 47.768 de 12 de julio de 2010. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1393\\_2010.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1393_2010.html)
- Ley 1438. (19 de Enero de 2011). Congreso de la República. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)
- Ley 1607. (26 de Diciembre de 2012). Congreso de la República. *Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 48.655 de 26 de diciembre de 2012. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1607\\_2012.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1607_2012.html)
- Ley 1739. (23 de Diciembre de 2014). Congreso de la República. *Por medio de la cual se modifica el Estatuto Tributario, la Ley 1607 de 2012, se crean mecanismos de lucha contra la evasión y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia:

- Diario Oficial No. 49.374 de 23 de diciembre de 2014. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1739\\_2014.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1739_2014.html)
- Ley 1753. (9 de Junio de 2015). Congreso de la República. *Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 49.538 de 9 de junio de 2015. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1753\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html)
- Ley 1819. (29 de Diciembre de 2016). Congreso de la República. *Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 50.101 de 29 de diciembre de 2016. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1819\\_2016.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1819_2016.html)
- Ley 1943. (28 de Diciembre de 2018). Congreso de la República. *Por la cual se expiden normas de financiamiento para el restablecimiento del equilibrio del presupuesto general y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 50.820 de 28 de diciembre de 2018. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1943\\_2018.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1943_2018.html)
- Ley 21. (22 de Enero de 1982). Congreso de la República. *Por la cual se modifica el régimen del Subsidio Familiar y Se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial Año LXXXIX. N. 28086. 26, diciembre, 1982. Obtenido de <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4827>
- Ley 223. (20 de Diciembre de 1995). Congreso de la República. *Por la cual se expiden normas sobre racionalización tributaria y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 42.160, de 22 diciembre 1995. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0223\\_1995.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0223_1995.html)
- Ley 488. (24 de Diciembre de 1998). Congreso de la República. *Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones fiscales de las Entidades Territoriales*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 43.460, de 28 de diciembre de 1998. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0488\\_1998.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0488_1998.html)
- Ley 60. (12 de Agosto de 1993). Congreso de la República. *Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política (...)*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 40.987, de 12 de agosto de 1993. Obtenido de [https://www.mineduacion.gov.co/1621/articulos-85889\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineduacion.gov.co/1621/articulos-85889_archivo_pdf.pdf)
- Ley 715. (21 de Diciembre de 2001). Congreso de la República. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones (...)*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No 44.654 de

- 21 de diciembre de 2001. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/ basedoc/ley\\_0715\\_2001.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html)
- Ley 788. (27 de Diciembre de 2002). Congreso de la República. *Por la cual se expiden normas en materia tributaria y penal del orden nacional y territorial; y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 45.046 de 27 de diciembre de 2002. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/ basedoc/ ley\\_0788\\_2002.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0788_2002.html)
- Ley 89. (29 de Diciembre de 1988). Congreso de la República. *Por la cual se asignan recursos al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No. 38.635 de 29 de Diciembre de 1988. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0089\\_1988.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0089_1988.htm)
- López, J., Restrepo, J., & Gómez, M. (2018). Participación ciudadana en el Sistema de Seguridad Social en Salud: estudio de caso, percepciones de sus intervinientes en el departamento del Atlántico (Colombia). *Revista Reflexión Política*, 20(39), 254-262. doi:<https://doi.org/10.29375/01240781.3306>
- Méndez, C. (2001). *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación* (3 ed.). Bogotá D.C: McGraw-Hill.
- Ministerio de Salud. (2004). Financiamiento del Régimen contributivo y otros procesos. En M. d. Social, *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud* (págs. 156-217). Bogotá D.C, Colombia: PARS. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/ Financiamiento%20del%20R%C3%A9gimen%20contributivo%20y%20otros% 20procesos.%20CAP%205.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Financiamiento%20del%20R%C3%A9gimen%20contributivo%20y%20otros%20procesos.%20CAP%205.pdf)
- Ministerio de Salud. (Junio de 2016). *Fuentes de financiación y usos de os recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS* (1 ed.). Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/ Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf)
- Moncayo, C. (17 de Agosto de 2017). *Descuento de los aportes obligatorios a salud y pensión en el cálculo de retefuente* . Obtenido de Instituto Nacional de Contadores Públicos : [https://www.incp.org.co/descuento-los-aportes-obligatorios-salud-pension-calculo- la-retefuente/](https://www.incp.org.co/descuento-los-aportes-obligatorios-salud-pension-calculo-la-retefuente/)
- OEA/BID. (17 de abril de 1967). Modelo de código tributario. *Programa Conjunto*. Washington D.C, Estados Unidos: Unión Panamericana. Obtenido de [https://www. ciat.org/Biblioteca/AreasTematicas/LegislacionTributaria/Codigo+Tributario\\_ OEA- BID\\_Ultimo.pdf](https://www.ciat.org/Biblioteca/AreasTematicas/LegislacionTributaria/Codigo+Tributario_OEA-BID_Ultimo.pdf)
- Pérez, P. (1997). Sistema nacionales de salud. En J. Blanco, & J. Maya, *Fundamentos de Salud Pública* (Primera ed., Vol. I, págs. 36-42). Medellín, Colombia: CIB Fondo Editorial.

- Portafolio. (19 de Mayo de 2017). *Usar datáfono sin pagar retefuente, una ventaja del monotributo para pequeños comerciantes*. Obtenido de <https://www.portafolio.co/economia/impuestos/las-ventajas-del-monotributo-para-pequenos-comerciantes-506045>
- Restrepo, J., & Lizarazo, B. (2017). *Conceptos científicos en seguridad social en salud, en contexto globalización y estado* (1 ed.). Barranquilla, Colombia: Educosta. Obtenido de <http://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/1180/Conceptos%20Cient%C3%ADficos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reyes, M. (7 de Febrero de 2019). *Ley 1943 del 2018: un avance en todo caso*. Obtenido de Ambito Jurídico: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/analisis/tributario-y-contable/ley-1943-del-2018-un-avance-en-todo-caso>
- Santa María, M. (25 de Marzo de 2009). *La sentencia T-760: Sus implicaciones en el financiamiento de la salud y los incentivos que genera*. Obtenido de FEDESARROLLO: [http://www.med-informatica.net/FMC\\_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/ST760yFinanciamiento\\_MauricioSantamaria\\_presentacioncongreso\\_sentencia.pdf](http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/ST760yFinanciamiento_MauricioSantamaria_presentacioncongreso_sentencia.pdf)
- Sentencia C-251. (11 de Abril de 2002). Corte Constitucional. Sala Plena. *M.P: Eduardo Montealegre Lynett*. Bogotá D.C, Colombia: Referencia: expedientes D-3720 y D-3722. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-251-02.htm>
- Sentencia C-955. (14 de Noviembre de 2007). Corte Constitucional. Sala Plena. *M.P: Marco Gerardo Monroy Cabra*. Bogotá D.C, Colombia: Referencia: expedientes D-6842 y D-6843 acumulados. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-955-07.htm>
- Sentencia T-760. (31 de Julio de 2008). Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión. *M.P: Manuel José Cepeda Espinosa*. Bogotá D.C, Colombia: Referencia: expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317,. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>
- Sobre el gravamen a los movimientos financieros - GMF. (29 de Diciembre de 2017). DIAN. Bogotá D.C, Colombia: Concepto Unificado No. 1446. Obtenido de [https://cijuf.org.co/sites/cijuf.org.co/files/normatividad/2018/Concepto\\_001466\\_29\\_Dic\\_2017%20%281%29.pdf](https://cijuf.org.co/sites/cijuf.org.co/files/normatividad/2018/Concepto_001466_29_Dic_2017%20%281%29.pdf)
- Una Seguridad Social Dinámica para las Américas: cohesión social y diversidad institucional (evolución y tendencias). (mayo de 2010). AISS. Ginebra, Suiza: Asociación Internacional de Seguridad Social. Obtenido de <https://www.issa.int/es/details?uuid=afdc416e-7eb2-4326-a090-444bf8ec42c9>

- Uprimny, Y., & Rodríguez, D. (2008). Aciertos e insuficiencias de la Sentencia T-760 de 2008: Las implicaciones para el derecho a la salud en Colombia. *Revista Observatorio de la Seguridad Social*, 7(18), 12-16.
- Uthoff, A. (Mayo de 2010). Extensión de la seguridad social en América Latina y el Caribe: Integración de los regímenes y solidaridad en la financiación. *Foro Regional de la Seguridad Social para las Américas*. Brasilia.
- Villasmil, M., Alvarado, L., Socorro, S., & Gamboa, N. (2018). Contribuciones parafiscales: factores determinantes para la seguridad social. *Revista Ciencias Sociales*, 24(3), 21-35. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6740993>
- Villegas, H. (2001). *Curso de finanzas, derecho financiero y tributario* (7 ed.). Buenos Aires: Depalma. Obtenido de <http://www.ejuridicosalta.com.ar/files/libro9.pdf>

