

**SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
LEY 100 DE 1993**

**YAMILE PATRICIA PADILLA CAMARGO  
TIBISAY SANJUÁN VÁSQUEZ**

**Ensayo presentado como requisito parcial para optar el título de:  
Contador Público**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO  
SIMÓN BOLÍVAR  
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA  
DIPLOMADO EN TRIBUTACIÓN  
BARRANQUILLA  
2002**

---

## INTRODUCCIÓN

A partir de la ley 100 de 1993 se modificó en forma radical el manejo que en el país se le venía dando en forma invariable desde hace cincuenta años a temas de tanta repercusión como los de seguridad y asistencia social.

Aborda así con el enfoque dinámico y flexible los tópicos de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios a través del postulado constitucional de considerar la seguridad social como un derecho fundamental y un servicio público a cargo no solo del estado sino también de particulares.

Con relación a la salud, la ley y sus decretos reglamentarios procuran ampliar la cobertura mediante un sistema de distribución de recursos que busca producir un efecto de " Vasos Comunicantes" de modo que las empresas promotora de salud del sector privado trasladen un margen de sus ingresos a las deficitarias y promotoras de salud superavitorias para así poder brindar los servicios inherentes al sistema, tanto a quienes tienen capacidad contributiva ( régimen contributivo ) como aquellos que no la tienen (régimen subsidiado).

---

¿Qué impacto social ha tenido la aplicación de esta nueva ley en la población colombiana, y cuál es la procedencia de los recursos para la financiación de este nuevo sistema de salud social?

Mediante este ensayo se pretende:

- Identificar los factores que determinaron la aplicación de la ley 100 de 1993 y el impacto social que ha generado en la actualidad. Además analizar las experiencias en el establecimiento de este sistema.

Para satisfacer el objetivo general las autoras desarrollan los siguientes objetivos específicos:

- ❖ Analizar los beneficios y desventajas que ha obtenido la sociedad colombiana con la cobertura de este nuevo servicio, verificando la hipótesis por la cual se afirma que los fracasos en la aplicación de estos servicios, para cubrir la población esperada se deben a la falta de proyección económica.
  - ❖ Realizar un análisis comparativo entre la ley 100 de 1993 y la ley anterior , para establecer ventajas y desventajas.
-

- ❖ Establecer algunos factores que caracterizaron la descentralización administrativa en torno a la ley 100 de 1993.

El ensayo propuesto busca mediante la aplicación de la teoría y los conceptos que surgieron con la implementación de la ley 100 de 1993, acrecentar nuestros conocimientos en la forma como se refinancia el nuevo sistema de salud, siendo lo novedoso que los recursos proviene tanto del sector público como del sector privado, además conocer en que entidades de esta naturaleza (E.P.S.), están obligadas por la ley atender revisor fiscal.

## SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### LEY 100 DE 1993

La Constitución Política Nacional de 1991 establece la necesidad de focalizar y dirigir el gasto social de la población mas pobre y vulnerable con necesidades básicas insatisfechas en Colombia por parte del gobierno nacional y los gobiernos departamentales y locales. Para satisfacer esta necesidad encomendó al Consejo Nacional de Seguridad Social CNSSS para que adoptara el sistema de identificación de beneficios SISBEN, instrumento diseñado por el gobierno nacional para establecer los sujetos de su acción directa en la satisfacción de necesidades básicas, como herramienta para identificar los beneficios de este régimen<sup>1</sup>.

El SISBEN es un instrumento que facilita el diagnóstico socioeconómico de los grupos más pobres y vulnerables de la población, útil para los planes de desarrollo social de los municipios y la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de programas sociales representada mediante un indicador resumen de calidad de vida.

---

<sup>1</sup> Artículo 48. Constitución Política de 1991.

El propósito del Régimen Subsidiado es garantizar la Seguridad Social en Salud, como derecho irrenunciable para todos los habitantes de escasos recursos del territorio nacional, su desarrollo demanda concertación y voluntad entre: Nación, Departamento y Municipio.

Se financia con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, de la subcuenta de solidaridad, de las transferencias para inversión social. Se manejan estos recursos, a través de contratos suscritos entre las administradoras del Régimen Subsidiado y los entes territoriales.

De otra parte, el procedimiento para que el FOSYGA gire los recursos correspondientes es que los municipios deben remitir los contratos que han firmado con las ARS al Departamento y es la Secretaria de Salud del Atlántico quien los radica en la subdirección del Régimen Subsidiado del Ministerio de Salud.

En caso de detectarse anomalías en su contenido, es devuelto a la Secretaria Departamental de Salud con sus respectivos requerimientos, quien retroalimenta a las direcciones locales de salud municipal para realizar los ajustes correspondientes.

---

Este sistema de identificación de los beneficiarios SISBEN tuvo su origen en el último censo del año de 1993, cuya base de datos permitió categorizar los siguientes niveles:

Nivel 1	Puntaje	Del 01 al 36.
Nivel 2	Puntaje	Del 37 al 47.

Son muchas las anomalías que se han presentado por la forma de focalización de beneficiarios con base en el SISBEN por cuanto las fallas cometidas en la aplicación de las encuestas y el hecho de que a través de ellas no se mide la capacidad de pago, han permitido que se beneficien personas que pueden afiliarse al Régimen Contributivo y se genera el riesgo de que el subsidio de salud se utilice como prebenda de favores políticos, alejando al Departamento de las metas propuestas en aseguramiento para la población más pobre.

De otra parte, los municipios como responsables del manejo del mismo no efectúan control y validación de encuestas para depurar la información levantada. En este aspecto debemos anotar que la Oficina de Planeación Departamental, las Personerías Municipales y Defensorías del pueblo, no han asumido el liderazgo frente a las acciones de vigilancia y control de este sistema de identificación como tampoco el Consejo Territorial de Seguridad Social que en primera instancia es quien debe hacer el seguimiento,

evaluación y responsabilizarse por el adecuado manejo de la información derivada del SISBEN, no ha operado efectivamente.

Sin embargo, en el Distrito de la ciudad de Barranquilla a comienzos de este año inicio una campaña de sisbenización que cubrió los barrios de: Simón Bolívar, Siete de Abril, La Pradera, Los Olivos, Las Estrellas, La Paz, entre otros; encuesta que permitió actualizar la información y depurar la cantidad de beneficiarios, pues existían muchas familias incluidas en este sistema que no aplicaban para recibir el beneficio.

El Régimen Contributivo cumple una función principal la cual es cobijar a los afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este régimen esta conformado por un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y familias a través del pago de la cotización individual o familiar, o un aporte económico directamente por el afiliado entre este y su empleador<sup>2</sup>.

El monto máximo de las cotizaciones será del 12%, porcentaje del cual las 2/3 partes esta a cargo de los empleadores y 1/3 parte a cargo de los trabajadores. Del monto de la cotización, un punto porcentual (1%) se destina a engrosar los recursos del FOSYGA, creado para financiar este sistema general.

---

<sup>2</sup> LASCARRO, TORRES. Ana Regina. El sistema General de Seguridad Social en el Departamento del Atlántico ,1995 – 2001.



El aseguramiento de este régimen lo efectúan las entidades promotoras de salud EPS. Actualmente existen en el departamento del Atlántico 16 EPS entre públicas y privadas dentro de ellas se destacan el ISS con el mayor porcentaje de afiliados.

En este régimen están afiliados 798.103 personas, incluyendo los beneficiarios. Los aportes que alimentan este régimen, los genera la población que tiene vinculación laboral o son trabajadores independientes.

No ha sido posible la comunicación entre las EPS y los entes de dirección y control del nivel departamental y municipal, pues estas rinden información directamente al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud; vale anotar que tampoco se ejerce mucho control a nivel nacional.

Resulta, muy difícil tener información sobre afiliados al Régimen Contributivo, perfiles epidemiológicos de la población que atiende campañas de promoción y de prevención realizadas. De obtener esta información sería posible hacer que las acciones de salud pública se fundamenten en el principio de la complementariedad, evitando de esta forma duplicidad de esfuerzos y recursos y facilitando la determinación de dobles afiliaciones o de afiliación indebidas al Régimen Subsidiado.

---

## **VIGILANCIA Y CONTROL**

### **a. Revisor Fiscal**

Las EPS de cualquier naturaleza deben tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas o por el órgano competente que se sujetará a las normas del Código de Comercio, el cual se posesionará ante el Superintendente Nacional de Salud.

### **b. Control fiscal**

Se efectuará por las respectivas Contralorías para las EPS que tengan carácter oficial y por los controles estatutarios para las demás.

### **c. Inspección y vigilancia**

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud organismo definido en la Ley 100 de 1993 como un ente adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Esta función recae sobre el Fondo de Solidaridad y Garantía y sobre las EPS, para lo cual la Superintendencia podrá contratar con firmas de auditoría colombianas la realización de programas o labores especiales.

---

### **Sanción por mora en la cotización**

La mora en el pago de las cotizaciones por parte del patrono generarán a cargo de éste un interés moratorio igual al que rige para el impuesto de renta y complementarios.

De igual manera, dicha mora puede ser sancionada con multas por una sola vez o sucesivas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

### **Recaudo de las cotizaciones**

El Sistema General de Seguridad — Fondo de Solidaridad y Garantía, es el responsable del recaudo mediante delegación en las entidades promotoras de salud.

Estas descontarán del valor recaudado el monto correspondiente a las Unidades de Pago por Capitalización 'UPC' que la han sido fijadas para el POS y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía.

En caso que la suma correspondiente a las UPC asignadas sea superior a los ingresos percibidos por la EPS, el Fondo de Solidaridad y Garantía cancelará a la EPS respectiva la diferencia.

---

**d. Incapacidades**

Los afiliados del régimen contributivo tienen derecho al reconocimiento de las incapacidades generadas en Enfermedad General, para cuyo cubrimiento las EPS pueden subcontratar con compañías aseguradoras.

Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo "ATEP", se financian con cargo a los recursos provenientes del descuento del 3.5% del salario que se hace para las pensiones.

**e. Licencias de maternidad**

La licencia remunerada de maternidad (doce semanas) reconocida en el régimen contributivo será financiado por el Fondo de Solidaridad de la subcuenta de compensación, como transferencia diferente a las UPC.

## Recursos

Su financiación procede de los siguientes recursos:

- Las transferencias de inversión en salud contempladas en la Ley 60 de 1993.
  - Los recursos propios y de Ecosalud que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud.
  - Los recursos del situado fiscal y las rentas cedidas a los departamentos.
  - Los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía definidos en el artículo 221 de la Ley 100 de 1993.
  - El 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las presas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.
  - Los recursos provenientes del impuesto social a las armas y municiones establecido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993.
-

## **Administración**

La administración del Sistema corresponde a las direcciones locales, distritales o departamentales de salud mediante la suscripción de contratos con la EPS que afilien a los beneficiarios del subsidio.

## **Fondo de Solidaridad y Garantía**

Constituye una cuenta adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

En su estructura tiene las siguientes subcuentas independientes:

Sus recursos son los indicados en el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 y se destinan al cofinanciamiento con los entes territoriales de los subsidios a los usuarios del régimen subsidiado.

### **➤ Antecedentes de la implementación del S.G.S.S.S.**

En 1986 con la ley 12 se le otorga a los municipios cierto control sobre las transferencias nacionales para la inversión en hospitales.

En 1990 la ley 10 impulsa la descentralización al suministrar la base para originarle a los municipios la competencia operativa

---

en la atención en salud del primer nivel y al gobierno departamental el segundo y tercer nivel de atención.

La ley 60 de 1993 contemplo transferencias financieras específicas a los Departamentos y los Municipios otorgándole así la autoridad y el manejo de los recursos.

Posteriormente se emprende la gran reforma al sector de la salud mediante la ley 100 de 1993 la cual contempla las siguientes metas:

- a) Cobertura Universal de salud mediante un seguro social obligatorio financiado con impuesto a los salarios y con subsidios.
  
  - b) Solidaridad: la cobertura de los afiliados al Régimen Contributivo será financiada mediante una contribución del 12% del ingreso básico de cada trabajador afiliado. De este aporte el 1% financia la cobertura del Régimen Subsidiado que introduce un elemento significativo de redistribución de la financiación. También mediante subsidios asignados de los presupuestos de los niveles Municipal, Departamental y Nacional.
-

- c) Eficiencia con adecuada calidad: mejorar la situación de salud mediante la reasignación de recursos hacia la atención preventiva y primaria y hacia las áreas rurales y pobres. Reducir el número de las pérdidas en la prestación de los servicios. Asegurar que la atención que se les preste a todos cumpla con los estándares de calidad y se brinde atención de la calidad mas elevada posible de acuerdo con los recursos disponibles.

Otro de los aspectos importantes que contempla al Sistema General de Seguridad Social en Salud es la transformación de los subsidios estatales de la oferta a la demanda, lo cual obligó a los hospitales públicos a realizar una revisión profunda de la estructura y funcionalidad de sus procesos administrativos, gerenciales, logísticos y asistenciales del antiguo sistema nacional de salud, que les permitieran desarrollar una serie de estrategias de competitividad. Para mejorar la accesibilidad y cobertura de usuarios y lograr un mayor numero de contratos con volúmenes de producción de servicios y por ende ingresos cada vez mayores<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Subsidio a la oferta: consiste en enfocar los recursos públicos hacia los agentes que prestan los servicios a la población que lo necesiten. Los subsidio a la demanda son otorgado a la población a través del aseguramiento de la prestación de un paquete de servicio anuales, iguales para todos los beneficiarios,



### ❖ **Descentralización Administrativa.**

La ley 100 de 1993 establece que la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sería descentralizada y que de ella harían parte las direcciones seccionales, Distritales y locales de la salud.

Por tal fin las instituciones del sistema, adoptaran una estructura organizacional de gestión y de decisión técnica, administrativa y financiera que fortalezca su operación descentralizada. Es claro que el proceso de descentralización, requiere de una gran voluntad política, por lo que, la implementación del mismo ha sido difícil tarea, por el conflicto de intereses que se genera frente a la clase política influyente en el sector.

El proceso de descentralización como uno de los fundamentos de la ley 100 de 1993 orientado al desarrollo de las capacidades tanto administrativas como financieras en los entes territoriales, aun no ha logrado el propósito en Colombia.

La descentralización administrativa obedece a los cambios políticos y a la globalización de la economía, como respuesta compleja del Estado, que reconoce su incapacidad de seguir manejando en forma centralizada la salud.

El proceso de descentralización en el Departamento del Atlántico se inicia en Agosto de 1974, cuando mediante resolución No.005157 del Ministerio de Salud, el Departamento, es certificado, lo que le otorga el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal en el Atlántico, como descentralizado en salud.

Desde el mes de Enero de 1999 el reto del Departamento del Atlántico es fortalecer el desarrollo institucional de estos municipios brindándoles una oportuna y efectiva asistencia técnico en aspectos tan fundamentales como:

- a) Plantación.
- b) Prestación de servicios.
- c) Financiación del sistema.
- d) Control social.

La meta de la descentralización de la salud es definida por el numero de municipios y Departamentos que deban surtir el proceso en un tiempo determinado.

Es por ello aconsejable que los esfuerzos se encaminen hacia la evaluación y seguimiento de los entes certificados, estableciendo a través de indicadores sus niveles de afectividad en el manejo de los recursos, en el desarrollo de los Administrativos y en los progresos obtenidos en la salud de la sociedad Colombiana.

---

A continuación se exponen las principales diferencias entre el esquema anterior a estas reformas y el que rige actualmente.

	<b>SITUACIÓN ANTERIOR</b>	<b>LEY 100 Y LEY 60 DE 1993</b>
<b>SISTEMA</b>	<p>Sistema Nacional en salud, SNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subsistema de seguridad social (Entidad adscrita al ISS y las caja de prevención.</li> <li>- Subsistema privado (medicina prepagada, gastos contra prestaciones de servicios y de gastos de bolsillo).</li> <li>- Subsistema oficial (Entidades públicas)</li> </ul>	<p>Sistema de seguridad social en salud, con participación privada y pública, organizado por funciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirección, regulación y modulación (Ministerio de Salud, Superintendencia de salud,</li> <li>- Superintendencia de salud y Consejo General de Seguridad social en salud).</li> <li>- Aseguramiento (empresa promotoras de salud pública social en salud).</li> <li>- Prestación de servicios (entidad pública y privada).</li> <li>- Prestación de servicios (entidad pública y privada)</li> </ul>
<b>POBLACIÓN BENEFICIARIA.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población empleada sector privado, fundamentalmente el cotizante, la mujer embarazada y el menor de un año (subsistema de seguridad social).</li> <li>- Población con capacidad de pago (Subsistema Privado).</li> <li>- Empleados oficiales (Subsistema de Seguridad Social).</li> <li>- Población no asegurada (Subsistema Oficial)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población empleada sector público y privado e independientes con capacidad de pago, incluyendo cotizante y su familia (régimen contributivo).</li> <li>- Población sin capacidad suficiente de pago (régimen subsidio).</li> <li>- Población no afiliada (vinculación o subsidio de oferta)</li> </ul>

	<b>SITUACIÓN ANTERIOR</b>	<b>LEY 100 Y LEY 60 DE 1993</b>
<b>COBERTURA</b>	- En 1992, el 28% (9 millones) de la población estaba cubierta)	- En 1999, el 54% (22.1 millones) de la población estaba cubierta.
<b>TIPOS DE ADMINISTRACIÓN DEL SECTOR</b>	- Centralizado.	- Descentralizado.

	<b>SITUACIÓN ANTERIOR</b>	<b>LEY 100 Y LEY 60 DE 1993</b>
<b>FUENTES DE FINANCIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotizante al régimen contributivo.</li> <li>- Rentas cedidas por concepto de loterías, cervezas, licores, juegos de azar, registro y anotación (impuesto por notariado).</li> <li>- Transferencias por IVA (Hasta 50% a municipios con menos de cien mil habitantes).</li> <li>- Aportes de la Nación.</li> <li>- Recursos de bolsillos.</li> <li>- Aportes parafiscales a las cajas de compensación familiar 4% de la nomina).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Régimen contributivo: 12% de los salarios de la población empleada (2/3 pagados por los patrones y el resto por los empleados), copagos y cuotas moderadoras.</li> <li>- Régimen subsidiado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo el 35% del situado fiscal en salud menos los recursos por aportes patronales,, PAB y hospitales mensuales.</li> <li>• Mínimo un 15% de las participantes municipales en los ingresos corrientes de la Nación.</li> <li>• Fondo de solidaridad y garantía (1% de los aportes al régimen contributivo, aportes de la Nación y rentas financieras).</li> <li>• Transferencias de Ecosalud.</li> <li>• Recursos por refuerzos propio.</li> <li>• Rentas cedidas.</li> <li>• Recursos por crédito.</li> <li>• Recursos por regalías del petróleo.</li> </ul> </li> <li>- Vinculación: recursos con destinación a prestación de servicios que no se destinen al régimen subsidiado, es decir, vía contratos de prestación de servicios.</li> </ul>

## **VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA LEY 100 DE 1993.**

- La protección a los indigentes y a la Tercera edad y los desempleados que reúnan las condiciones establecidas en la ley.
  - La afiliación del personal trabajador independiente y que no pertenecen a la fuerza laboral actual al régimen contributivo por su parte.
  - Creación de las empresas solidarias de salud ESS, concebidas como empresas dirigidas por la comunidad, favoreciendo así la participación comunitaria y el desarrollo de los municipios.
  - La libre escogencia de las EPS por parte del empleado, representa un incremento al manejo administrativo de las empresas.
  - Existe ineficiencias importantes en la distribución de los recursos humanos. La mayoría del personal médico está concentrado en sitios con baja densidad de población pobre, la cual demuestra la inequidad de la distribución.
-

## CONCLUSIÓN

El análisis realizado a la ley 100 de 1993 con relación al impacto social que ha generado a los beneficiarios de ambos regímenes nos permite concluir que es muy frecuente escuchar el tema de la crisis hospitalaria en todos los actores del Sistema de la Salud. Los problemas que más afectan la prestación del servicio médico, se originan por el desconocimiento de los usuarios de sus deberes y derechos, la oportunidad en la prestación del servicio, el inadecuado suministro de los medicamentos, la inadecuada infraestructura física de las instalaciones y el deterioro en la calidad de los profesionales de la salud.

Otros de los factores que influyen en esta crisis es presentado por los mismos usuarios quienes le dan un mal uso al servicio; prestando el carne o vendiendo las drogas resolviendo así sus problemas económicos.

Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud dar a conocer a sus usuarios sus deberes y derechos, sin embargo, las aseguradoras no han sido responsable en el ejercicio de esta función, teniendo las Instituciones Prestadoras de Salud IPS que entrar a solucionar este desconocimiento y

---

generando en el usuario la situación de desprotección frente al sistema y en muchos casos la resignación.

La crisis hospitalaria se ocasiona por problemas como: iliquidez generada por la inoportunidad en el pago de los servicios por parte de las EPS, el deterioro tecnológico, el pasivo prestacional, los superiores costos incurridos en la prestación de los servicios frente a los facturados y los costos de la oferta instalada y a las requeridas para la atención al usuario.

Dentro de los cambios que aparecen en la ley, se establece que los alcaldes son responsables de la salud de los habitantes del municipio y por ende deben asumir atenciones con los recursos asignados a la prestación de salud, razón por la cual no se pudo generar los cambios institucionales radicales que exigía el modelo de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política de Colombia de 1991. Editorial Legis.
  - LASCARRO, TORRES. Ana Regina. El sistema General de Seguridad Social en el Departamento del Atlántico ,1995 – 2001.
  - Boletines de Divulgación Económica. Incidencia de los Gastos Públicos en salud. 1990 – 1999.
-