

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA A PARTIR DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA

Mónica Arbeláez Rudas

INDICE – Introducción. I. El derecho a la salud en el derecho internacional. 1. Obligaciones mínimas en relación con el derecho a la salud. 2. Elementos esenciales e indicadores de eficacia del derecho a la salud. **II. El derecho a la salud en Colombia.** 1. El derecho a la salud en la Constitución Política de Colombia de 1991. 2. El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-. Funcionamiento y contenido de la prestación sanitaria. 3. Organización territorial del estado y derecho a la salud: la descentralización sanitaria en Colombia. 3.1. El primer momento de la descentralización en salud. 3.2. El segundo momento de la descentralización en materia sanitaria. La Constitución de 1991 reformada por los Actos Legislativos 01 de 1996 y 01 de 2001 y los cambios propuestos por la ley 715 de 2001. 3.2.1. La nueva distribución competencial en materia de salud. **III. Evaluación de las condiciones del derecho a la salud en Colombia: la eficacia del derecho.** 1. La universalidad y la equidad en el sistema sanitario. 2. La estabilidad financiera del Sistema. 3. Las políticas públicas de descentralización. 4. Universalidad, equidad social y equilibrio territorial: implementación del Régimen Subsidiado de Salud. 5. El derecho a la salud en Colombia a la luz de los indicadores del derecho internacional de los derechos humanos. 5.1. Asequibilidad o disponibilidad . 5.2. Accesibilidad. 5.3. Aceptabilidad . 5.4. Calidad . **Reflexión final. BIBLIOGRAFÍA**

I. Introducción

La problemática sobre la eficacia de los derechos sociales de prestación – entre ellos los derechos sanitarios- puede ser leída desde diferentes ángulos. Uno de ellos, que nace de la ciencia jurídica, es el relativo a la eficacia jurídica de estos derechos, entendida como la posibilidad de su exigibilidad jurídica directa, o su reclamo directo al Estado por parte de los ciudadanos. En esta línea, la teoría y la filosofía del derecho han tratado de sustentar el carácter fundamental de los derechos sociales de prestación con el propósito de que ellos sean entendidos en igualdad de condiciones que los derechos civiles y políticos, y a partir de allí fundamentar su exigibilidad jurídica directa ante la justicia constitucional.

Otro ángulo es el planteado por buena parte de la literatura económica sobre bienes públicos y sobre los problemas que plantean las políticas públicas de provisión de bienes y servicios. En esta campo los teóricos de la descentralización han estudiado la relación entre las formas en que se estructuran estas prestaciones y la eficacia económica de las mismas, bajo el entendido de que, en principio, descentralizar la producción de bienes y servicios debería contribuir a aminorar los problemas de eficiencia de los sistemas. En este mismo marco se ha señalado que la descentralización política resulta especialmente útil en cuanto a la prestación de los servicios sociales básicos se refiere, en tanto que es en este área en donde más incidencia tienen las diferencias geográficas. La provisión de los servicios sociales cuya demanda esté geográficamente diferenciada -en virtud

de las propias diferencias geográficas y culturales resulta más eficiente si se hace de manera descentralizada, y los mecanismo de participación ciudadana que se planteen dentro de los procesos de descentralización juegan un papel fundamental en relación con su eficiencia, toda vez que a mayor cercanía con el ciudadano mayor certeza se puede tener sobre sus preferencias o necesidades, lo que permitirá optimizar la producción de bienes públicos en función de ellas.

Pues bien, si se parte de que desde la ciencia jurídica una de las principales razones que se ha alegado siempre para justificar que los derechos sociales de prestación no sean derechos directamente exigibles a los Estados es que su eficacia depende de factores metajurídicos -especialmente de las políticas de provisión de bienes y servicios, y de las condiciones económicas de cada Estado-, se entenderá la innescindible relación que se presenta entre los planteamientos que se acaban de señalar en relación con las políticas públicas de descentralización de los servicios sociales y la eficacia de los derechos sociales de prestación. El principal medio con que cuentan los Estados para darse a la tarea de garantizar los derechos sociales de prestación es la adopción de políticas públicas sobre servicios sociales básicos favorables a este fin. Y para que estas medidas garanticen la eficacia de los derechos sociales de prestación en los términos de universalidad y equidad que exigen los instrumentos internacionales sobre la materia, es necesario que se propenda principalmente por una provisión eficiente y eficaz de los bienes y servicios sociales básicos.

A partir de lo anterior, y sobre la base del planteamiento Bobbio según el cual en materia de derechos económicos, sociales y culturales los esfuerzos deben hacerse no tanto para “saber cuáles y cuántos son estos derechos, cuál su naturaleza y su fundamento, ... sino cuál es el modo más seguro para garantizarlos, para impedir que, ..., sean continuamente violados”¹, el presente trabajo pretende una aproximación a esa relación desde el análisis de la eficacia

del Derecho a la salud en Colombia. Para ello el núcleo central de este trabajo será el estudio del proceso de descentralización sanitaria en Colombia, sus características y los resultados que ha arrojado, y especialmente su impacto sobre los niveles de eficacia y garantía de los derechos sanitarios de los habitantes de este país, con el fin de determinar en qué medida dichas políticas han contribuido a lograr los objetivos sobre la salud señalados por el derecho internacional de los derechos humano.

I. El derecho a la salud en el derecho internacional

Según el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud –OMS-, la salud debe entenderse como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". A partir de ahí la OMS ha señalado que hay tres valores básicos de promoción de la salud: la salud como derecho fundamental de los seres humanos; la participación y responsabilidad de las personas, los grupos, las comunidades, las instituciones, las organizaciones y los sectores en el desarrollo de la salud; y la equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, entre grupos de población de cada país y entre géneros. Sobre estas bases, la orientación mundial en materia de protección y garantía del derecho a la salud estuvo definida por la declaración de Alma Alta (OMS/UNICEF, 1978), documento en el cual la OMS adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS- y diseñó los lineamientos generales de política para responder a las necesidades de salud de la población mundial. A respecto, dentro de las prioridades de la que sería una política sanitaria mundial, se señalaron la necesidad de desarrollar otros sectores sociales que influyen significativamente sobre las condiciones de salud de la población, -servicios públicos y el medio ambiente, por ejemplo-, y la necesidad de impulsar y realizar programas preventivos y de provisión de atención médica básica para todos. En esta línea se fijó posteriormente el objetivo de “salud para todos en el siglo XXI” el cual sería posible de alcanzar, según la OMS, “si las políticas y la legislación están dirigidas a que se apliquen las disposiciones de la ONU sobre

¹ BOBBIO. Norberto, “Presente y porvenir de los derechos humanos” en *El tiempo de los derechos*, Ed. Sistema, Madrid, 1991, pág. 7

derechos humanos”, incluidas las que conciernen a las mujeres y niños, personas con discapacidad, emigrantes y refugiados, y si se encuentran recursos para satisfacer las necesidades sociales de los grupos más vulnerables de la sociedad, entre otras.²

En el marco de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, por su parte, el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos señala que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios", y el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC señala que los Estados partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (párrafo 1) y que "[t]odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente", y a manera de ejemplo cita diversas "medidas que deberán adoptar los Estados partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho" (párrafo 2). Igualmente, el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre señala que "toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por las medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica (...)", y el artículo 10 del Protocolo de San Salvador de la Convención Americana señala que "[t]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (...)". Otros instrumentos regionales de derechos humanos como la Carta Social Europea (artículo 11) y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (artículo 16) también reconocen el derecho a la salud³.

A partir de dichos mandatos internacionales, y especialmente de lo señalado en el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC, el Comité de DESC de la ONU ha reconocido que "la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos" cuya "efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos". El Comité ha insistido en que "el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley", por ejemplo, el principio de no discriminación respecto de los establecimientos, bienes y servicios de salud, legalmente aplicable en muchas jurisdicciones nacionales.⁴

Adicionalmente, el Comité de DESC de la ONU ha señalado que el derecho a la salud está estrechamente vinculado *con*, y depende *de* el ejercicio de otros derechos humanos tales como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, o a la vida privada. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. Así se desprende, según el Comité, del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de DESC en el cual se reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones necesarias para que las personas puedan llevar una vida sana, y establece que ese derecho debe hacerse extensivo a los "factores determinantes básicos de la salud", esto es, alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas,

² Organización Mundial de la Salud "Salud para todos en el siglo XXI", OMS, Ginebra 1999.

³ El derecho a la salud es reconocido también en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Igualmente ha sido proclamado en la Resolución 1989/11 de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales como los Principios para la protección de los enfermos

mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (Resolución 46/119), en la Observación General 5 del Comité de DESC de la ONU sobre personas con discapacidad, que hacen referencia a los enfermos mentales, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, y en la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 que contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer.

⁴ Comité de DESC de la ONU, Observación General n. 14, Párrafo 1 y 2.

condiciones de trabajo seguras y sanas, y un medio ambiente sano.

1. Obligaciones mínimas en relación con el derecho a la salud

Los organismos internacionales de protección de los derechos humanos han establecido que en relación con el derecho a la salud existen una serie de mínimos que deben ser siempre garantizados por los Estados parte, es decir, que los Estados tienen la obligación de asegurar mínimamente la satisfacción de unos niveles esenciales del derecho a la salud.⁵ Entre ellos, la primera obligación mínima es la que se desprende de la obligación genérica de *adoptar medidas* para favorecer la eficacia de los DESC contenida en el artículo 2.1 del Pacto Internacional de DESC y en los artículos 1 y 2 del Protocolo de San Salvador, y que se entiende directamente aplicable a este derecho. En relación con esta obligación, los Estados deben adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y cooperación internacionales, encaminadas a lograr el pleno ejercicio del derecho a la salud, hasta el máximo de los recursos de que disponga, y teniendo en cuenta su grado de desarrollo. Esta obligación de adoptar medidas, al igual que la obligación de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna, han sido consideradas por el Comité de DESC como obligaciones con efecto inmediato, es decir, que pueden ser exigidas actualmente sin atención a las condiciones presupuestarias o de otro tipo en relación con un determinado Estado. Así lo estableció el Comité de DESC en su Observación General 14 (párrafo 30).

Adicionalmente, y con base en su definición según la cual el derecho a la salud es “un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas (...)”⁶, el Comité de DESC de la ONU ha

señalado que en relación con el derecho a la salud existen una serie de niveles básicos o mínimos que deben ser satisfechos por parte de los Estados, a saber: garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud, especialmente para los grupos vulnerables o marginados, sin ningún tipo de discriminación; asegurar el acceso a una alimentación esencial nutritiva, adecuada y segura que garantice que nadie padezca de hambre; garantizar el acceso a una vivienda y a condiciones sanitarias básicas, así como al suministro de agua potable; facilitar el acceso a los medicamentos esenciales señalados por el Plan de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS; velar por la distribución equitativa de los bienes y servicios en salud; y adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacional de salud pública para hacer frente a los problemas de salud de la población, con base en pruebas epidemiológicas.⁷

Para la garantía de estos niveles básicos o mínimos en relación con la salud, el Comité de DESC recalca la necesidad de cubrir una serie de obligaciones prioritarias en materia de salud, a saber, velar por la salud genésica, maternal (pre y post parto) e infantil; proporcionar inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas que afectan a cada comunidad; adoptar las medidas necesarias para prevenir, tratar y combatir las enfermedades endémicas y epidémicas; impartir educación e informar respecto de los principales problemas de salud de la comunidad; y proporcionar la capacitación adecuada para el personal del sector salud. Adicionalmente señala el Comité que de manera especial corresponde a los Estados prestar “asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica” que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas en este campo.⁸

En la Declaración de Quito (párrafo 29), por su parte, se establecen otra serie de obligaciones inmediatas respecto del derecho a la salud, derivadas del Protocolo de San Salvador, entre ellas: “[I]a obligación de adecuar el marco legal [de cada Estado] a las disposiciones de las normas internacionales sobre

⁵ Esta obligación tiene como base los Principios de Limburgo (principio 25) así como la Observación General n. 3 del Comité de DESC (párrafo 10), Documento E/1991/23 de 1990.

⁶ Comité de DESC de la ONU Observación General n. 14 párrafo 11.

⁷ Ídem, párrafo 43.

⁸ Ídem.

salud”; “[l]a obligación de producir y publicitar información” relativa a la salud sobre la base de que “el derecho a la información constituye una herramienta imprescindible para hacer efectivo el control ciudadano de las políticas públicas en el área económica y social, (...)”; y “[l]a obligación de proveer recursos judiciales y otros recursos efectivos (...) aptos para hacer exigible el derecho a la salud en caso de violación.”

2. Elementos esenciales e indicadores de eficacia del derecho a la salud

En estrecha relación con las obligaciones mínimas acabadas de señalar, el Comité de DESC de la ONU ha establecido que el derecho a la salud reconocido por los instrumentos internacionales abarca unos elementos esenciales de cuya vigencia depende la eficacia del mismo y los cuales se constituyen a su vez en indicadores que permiten evaluar su cumplimiento por parte de cada Estado, conforme a lo exigido por la legislación internacional.

En este orden de ideas, el Comité de DESC ha señalado que el contenido mínimo del derecho a la salud comporta cuatro elementos u obligaciones esenciales básicas, a saber, asequibilidad o disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En relación con la obligación de **asequibilidad** o **disponibilidad** el Comité de DESC señala que es obligación del Estado contar con un número suficiente de “establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” de atención sanitaria, según las necesidades de la población de referencia, que garanticen la igualdad en las posibilidades de acceso. Adicionalmente, se deben garantizar los denominados “factores determinantes básicos de la salud”, como el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, la disponibilidad de “hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado [...], así como de los medicamentos

esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”.¹⁰

Es obligación del Estado garantizar la existencia de bienes y servicios de salud disponibles para la atención de las necesidades poblacionales, lo cual implica la construcción, el mantenimiento y el desarrollo tanto de un sistema como de una infraestructura que hagan posible la efectividad del derecho a la asistencia sanitaria mediante instituciones y procedimientos.

Corresponde también al Estado la obligación de garantizar la **accesibilidad** de todos, sin ningún tipo de discriminación, a los establecimientos, bienes y servicios de salud, involucrando así una pretensión de universalidad a favor de la igualdad. En este contexto, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: la no discriminación, que implica garantizar que la asistencia sanitaria sea accesible para todas las personas -especialmente para los grupos más vulnerables de la sociedad-; la accesibilidad material, según la cual el acceso a la asistencia sanitaria debe ser materialmente posible lo que implica que la localización geográfica de las instituciones sanitarias debe ser razonable en relación con la distribución de la población de referencia; la accesibilidad económica, según la cual la asistencia sanitaria debe estar al alcance de todas las personas sin que los costes de la misma impliquen la imposibilidad de disfrutar del derecho; y el acceso a la información.¹¹

En cuanto a la **aceptabilidad** señala el Comité que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud “deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”. Esta dimensión, en materia del derecho a la asistencia sanitaria, hace referencia a la relación que se debe tejer entre la calidad de los servicios sanita-

⁹ El Comité de DESC de la ONU ha establecido que estos cuatro elementos son esenciales al derecho a la salud, *Observación General 14*, párrafo 12.

¹⁰ Comité de DESC de la ONU, *Observación General 14*, párrafo 12.

¹¹ Ídem

rios y las características propias del contexto donde las personas ejercen su derecho a la salud, en el cual han de tenerse en cuenta los condicionamientos éticos y culturales que la sociedad asume frente al bienestar físico y mental. El criterio de la aceptabilidad así entendida, ha sido utilizado por el derecho internacional de los derechos humanos para fundamentar los mínimos a tener en cuenta en relación con el respeto de la integridad de las personas, independientemente de su contexto cultural y social.¹² Además de lo anterior, según señala el Comité, la aceptabilidad involucra también el desarrollo de las libertades que se fundamentan en el derecho a la salud. “El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales.”¹³

En cuanto a la **calidad de la salud**, el Estado tiene la obligación de garantizar un sistema sanitario que además de aceptable desde el punto de vista cultural, resulte apropiado, en términos de calidad, sin que puedan mediar factores de discriminación. El Estado queda entonces obligado a garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de asistencia sanitaria sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo cual se traduce en la buena calidad del servicio. Esta obligación implica la de garantizar, entre otras cosas, “personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas” en igualdad de condiciones para toda la población.¹⁴

Estos elementos esenciales u obligaciones mínimas que corresponden al Estado en relación con el derecho a la salud, constituyen a su vez indicadores útiles que permiten evaluar el cumplimiento de las obligaciones en salud por parte de cada Estado. Y serán por ello los indicadores que utilizaremos para

evaluar el actual panorama del derecho a la salud en Colombia.

II. El derecho a la salud en Colombia

1. El derecho a la salud en la Constitución Política de Colombia de 1991

La proclamación de un nuevo texto constitucional implicó para Colombia un cambio radical, tanto en la concepción propia del sistema político y de la organización política del Estado, como en las fórmulas jurídicas para la puesta en práctica y la consolidación de un *estado constitucional moderno*. En el campo de los derechos, por ejemplo, la Constitución Política de 1991 consagra una amplia carta así: en el capítulo 1º del Título II, “De los derechos fundamentales”, en el capítulo 2º se consagran los derechos sociales, económicos y culturales –dentro de los cuales se encuentra el derecho a la salud-, y en el capítulo 3 del mismo título se relacionan los derechos colectivos y del ambiente, donde destaca el derecho de toda persona a gozar de un medio ambiente sano que habrá de ser garantizado por el Estado (artículo 79). Para la protección de todos estos derechos, la Carta establece una serie de mecanismos, a saber: la acción de tutela, las acciones populares, la acción de cumplimiento, las acciones de grupo o de clase, y la acción pública de inconstitucionalidad.

En el campo sanitario, tanto el derecho a la salud como el derecho a la seguridad social tienen un amplio sustento en la Constitución, integrado tanto por los artículos 44 -derechos fundamentales de los niños-, 48 -derecho a la seguridad social-, 49 -derecho a salud- y 50 -salud y seguridad social de los menores de un año- de la Constitución, como por otra serie de preceptos constitucionales tales como el artículo 11 –que consagra el derecho a la vida-, el artículo 13 inciso tercero –el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta- el artículo 366 –en el cual se señalan el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la solución de las necesidades insatisfechas de salud,

¹² Ídem

¹³ Ídem, párrafo 8.

¹⁴ Ídem, párrafo 12

entre otras, como finalidades sociales del Estado-, entre otros, y por el conjunto de reglas infraconstitucionales que los desarrollan.

En lo que se refiere específicamente al derecho a la salud, la Constitución colombiana garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, los cuales deben ser prestados bajo la dirección y coordinación del Estado dentro del marco de la eficiencia y la solidaridad, garantizando una atención integral (que vincula al sistema al afiliado y a su núcleo familiar) y una cobertura universal. La Constitución deriva al legislativo el establecimiento de las competencias de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud, y la determinación de las fórmulas de prestación y financiación de la asistencia sanitaria. Igualmente, la Constitución establece que la ley determinará los términos en los cuales la atención básica en salud para todos los habitantes será gratuita y obligatoria (Artículo 49). Conforme lo ha señalado la Corte Constitucional colombiana en reiterada jurisprudencia, si bien el derecho a la salud consagrado en el 49 de la Constitución es en principio un derecho de carácter prestacional, puede ser considerado como un derecho fundamental *por conexión*, dada la íntima relación que se encuentra entre éste y otros derechos de carácter fundamental como el derecho a la vida¹⁵, lo que le otorga al primero, en ciertas ocasiones, el carácter de derecho constitucional subjetivo de exigibilidad directa ante la justicia constitucional. Sobre esta base la Corte ha señalado que “[l]a frontera entre el derecho a la salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo

cambiante, según las circunstancias de cada caso”¹⁶, y de ellas depende que se admita o no la protección de este derecho mediante la acción de tutela.¹⁷

2. El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-. Funcionamiento y contenido de la prestación sanitaria¹⁸

En atención al mandato constitucional de instituir un sistema público de salud universal e integral, el legislador colombiano expidió la Ley 100 de 1993 “por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones” dentro del cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS- que tiene por objeto “... regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (artículo 152, inciso 2º), bajo la dirección del gobierno nacional y con el fin de lograr la afiliación obligatoria de todos los habitantes del territorio, a través de los regímenes contributivo y subsidiado, dentro de un sistema general de subsidio a la demanda¹⁹ (artículo 156, literales a y b), y con vinculación temporal para los que carecen de capacidad de pago y mientras se benefician del régimen subsidiado (artículo 157). Se trata de un sistema mixto de aseguramiento de las contingencias en de salud de los ciudadanos que se encuentra estructurado sobre la base de la solidaridad entre trabajadores, empleadores y Estado, los cuales,

¹⁵ Partiendo de la definición ofrecida por la Organización Mundial de la Salud sobre el concepto de salud –según la cual la salud es el disfrute de bienestar físico, mental y social-, Rivero Lamas ha planteado una tesis similar al sostener, por un lado, que derecho a la vida y a la dignidad humana son el punto de arranque y la base para los demás derechos, y por el otro, que el derecho a la integridad personal es, en sí mismo, expresión del derecho a la vida. Adicionalmente señala que el derecho a la protección de la salud contemplado en la Constitución española se encuentra íntimamente ligado al derecho fundamental a la vida, puesto que hay casos en los que la protección del derecho a la salud implica la protección del derecho a la vida o a la integridad física. Así las cosas, en su sentir, el derecho a la vida se protege de forma transversal sobre el derecho a la protección de la salud en diferentes niveles de protección y prestaciones sanitarias. RIVERO LAMAS, Juan Protección de la salud y Estado social de derecho, Real academia de Medicina de Zaragoza, Zaragoza, 2000.

¹⁶ Sentencia T-484 de 1992. M.P. Fabio Morón Díaz F.j. B

¹⁷ Una presentación de la amplia línea jurisprudencial de la Corte Constitucional en esta materia puede encontrarse en ARBELÁEZ Rudas, Mónica, La protección a la salud: línea jurisprudencial y notas constitucionales, Centro de Investigación y Educación Popular – CINEP-, Acción Ecuémica Sueca –DIAKONIA, 2002, y Diez años de protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencias de la Corte Constitucional Colombiana, Comisión Andina de Juristas, Red de Información Jurídica, www.cajpe.org.pe/rij/bases/juris-nac/arbelaez.pdf

¹⁸ Actualmente cursan en el Congreso de la República de Colombia varios proyectos de ley, presentados por diversos grupos parlamentarios, destinados a modificar la Ley 100 de 1993. Ver ut infra.

¹⁹ Contrario a lo establecido en materia de subsidio a la oferta, en la cual se subsidiaba la oferta de servicios médico sanitarios mediante la financiación de una red pública de centros asistenciales, la propuesta de subsidio a la demanda supone el subsidio a los usuarios del sistema de atención en salud. Así, se subsidia el aseguramiento de las contingencias en salud de los ciudadanos, los cuales, por tal efecto, quedan vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cubiertos por un plan de aseguramiento que les da derecho a percibir una serie de servicios asistenciales, conforme a las necesidades de cada cual.

mediante aportes periódicos, financiarán el propio sistema (artículos 200 y siguientes)²⁰. Dada la complejidad de un sistema de esta naturaleza la propia Ley estableció una serie de premisas tendentes a dirigir una ampliación progresiva de la cobertura del servicio de Seguridad Social en Salud a fin de que éste llegara a beneficiar a todos los ciudadanos – principio de universalidad-. Se proponía así que para el año 2001 todos los habitantes del territorio nacional se encontrarían inscritos en el Sistema gozando de sus beneficios. No obstante, las metas propuestas por el SGSSS no han sido aún cubiertas.

A grandes rasgos, se puede decir que el SGSSS funciona bajo una fórmula de aseguramiento en la cual cada usuario –afiliado o beneficiario- del Sistema le paga al mismo el valor de una prima de seguro por las contingencias en salud que pueda sufrir. En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, el 66.66 % de la prima de seguro corre por cuenta del empleador y sólo el restante 33.33 % corresponde pagarlo al trabajador; en el caso de los trabajadores independientes el 100% de la prima está a cargo del trabajador. Estas personas con capacidad de pago se vinculan al Régimen Contributivo del SGSSS. Para las personas que forman parte de los sectores más desfavorecidos y que carecen de capacidad de pago, se establece una prima subsidiada, total o parcialmente, con aportes del Estado y con un punto de los aportes de los cotizantes. Su vinculación al SGSSS es en calidad de beneficiarios del Régimen Subsidiado²¹.

²⁰ En su Informe sobre la salud en el mundo 2000, la Organización Mundial de la Salud –OMS- señala que los mecanismos de aseguramiento son los ideales para el financiamiento de los Sistemas de Salud, por la capacidad que tienen de distribuir los riesgos y de generar equidad mediante subsidios cruzados entre quienes tienen capacidad de pago y quienes no la tienen. Sobre esta base, la OMS concedió a Colombia primer lugar en “equidad en el financiamiento” de un sistema de salud, afirmando que el modelo de financiamiento nacido con el Sistema General de Seguridad Social Salud a partir de la Ley 100 de 1993 es ideal, además de pleno de solidaridad y equidad (capítulo “Mejor desempeño de los sistemas de salud”). Sobre este particular puede consultarse TORRES Tovar, Mauricio, Editor, *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo – Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida – ALAMES, Bogotá, 2001 y GONZÁLEZ, Jorge Iván, “Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad”, en *Revista Gerencia y políticas de salud* No. 2, Facultad de ciencias económicas y administrativas, Universidad Javeriana, 2002, pág. 18 a 23.

²¹ Por cada usuario del Régimen Contributivo –RC-, del total de las cotizaciones de los aportantes se paga al SGSSS el valor de una prima

En desarrollo del principio de solidaridad, el Sistema integra la recepción de aportes del Estado, de los empleadores, de los empleados y de los trabajadores independientes a fin de redistribuirlos para lograr la prestación del servicio tanto a los aportantes y sus familias, como a los ciudadanos que carecen de recursos para tal fin²². Los planes de servicios de salud ofrecidos por el SGSSS para los afiliados y beneficiarios de ambos Regímenes incluyen una cobertura familiar (artículo 163 Ley 100) que cubre al cónyuge o compañero permanente del afiliado o beneficiario principal y a los hijos menores de 18 años o a aquellos que tengan menos de 25 años y que dependen económicamente de él. De no existir cónyuge o compañero e hijos con derechos, la cobertura puede extenderse a los padres no pensionados que dependen económicamente del afiliado o beneficiario.²³

En el SGSSS colombiano se prevén dos regímenes de afiliación diferentes, a saber, el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, (artículo 201 Ley 100 de 1993) al primero de los cuales se encuentran afiliados los ciudadanos con capacidad de

de aseguramiento llamada Unidad de Pago por Capitación –UPC- Adicionalmente, por cada UPC pagada por el RC al Sistema, el Sistema transfiere un punto sobre la misma a la Subcuenta de Solidaridad y Garantía de SGSSS –FOSYGA –que es la que financia las primas de aseguramiento del Régimen Subsidiado –UPC-S-. El Estado por su parte debe trasladar a dicha cuenta un peso por cada peso que a la misma aporte el RC (este aporte del Estado es el llamado *paripassu*).

²² En cuanto a los recursos del sistema recaudados por las cotizaciones de los trabajadores y empleadores, la Ley 100 de 1993 establece su redistribución en los términos que siguen: (1) Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los costos del régimen subsidiado.(2) Un porcentaje inferior a un punto de la cotización, estará destinado a financiar la subcuenta de las actividades de Promoción de Salud e investigación (artículo 222), recursos estos que serán adicionados con recursos fiscales.(3) Una parte del recaudo global, constituida por la sumatoria de tantas unidades de pago por capitación como afiliados registre el sistema, se destinará a financiar los servicios de salud que componen el Plan Obligatorio de Salud de que trata el artículo 162 de la Ley 100.(4) Otra parte de la cotización se destinará al cubrimiento de las incapacidades generadas en enfermedad por riesgo común.(5) Por último, el artículo 204 de la Ley 100 establece que otro porcentaje del monto total de las cotizaciones se destinará al cubrimiento de las licencias de maternidad.

²³ Sobre las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud puede consultarse, entre otros, CASTAÑO Ramón, ARBELÁEZ José, GIEDION Ursula, Y MORALES Luis G. “Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud”, Serie Financiamiento del desarrollo, CEPAL, Unidad de Estudios Especiales, Santiago de Chile, 2001, y PAREDES Natalia, “A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano, ¿qué a pasado con el derecho a la salud?, en *La salud está grave, una visión desde los derechos humanos*, AAVV, Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo - Provea, Bogotá, 2000.

pago (artículos 202, 203 y 157 Ley 100 de 1993). Los afiliados al Régimen Subsidiado - RS- son las personas sin capacidad económica, esto es la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, teniendo especial importancia personas como las madres durante el embarazo, parto, post-parto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los "menores en situación irregular", los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años y los discapacitados, entre otros. Su vinculación al sistema es total o parcialmente subsidiada por el propio Sistema (artículos 211, 213 y 157 Ley 100 de 1993). El Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado del SGSSS coexisten articuladamente para su financiación y administración, con una vinculación mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías -FOSYGA-²⁴, encargado de la administración general de los recursos del Sistema (artículo 201 Ley 100 de 1993). Adicionalmente, y en punto a estructurar la administración de los recursos y la prestación de los servicios en cada uno de los Regímenes, la Ley 100 de 1993 ha previsto la existencia de Empresas Promotoras de Salud -EPS- para el Régimen Contributivo, y de entidades Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- para el Régimen Subsidiado (artículos 117 y siguientes de la Ley 100 de 1993), que pueden ser de carácter público, privado o mixto. Por delegación del Estado, las Empresas Promotoras de Salud y las entidades Administrado-

ras del Régimen Subsidiado tienen a su cargo la administración de su respectivo Régimen y la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a los afiliados y beneficiarios del mismo, bien mediante instituciones de asistencia sanitaria propias, bien mediante la contratación de los servicios de salud con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- públicas o privadas (artículo 185 Ley 100 de 1993).²⁵

Para establecer qué sectores de la población tienen derecho al subsidio en salud y en qué proporción, el propio Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha establecido un sistema de focalización que se articula mediante el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios -SISBEN- (artículo 3 del Acuerdo No. 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) y que permite la identificación de la población sin capacidad de pago y su clasificación en niveles o estratos (del 1 al 6) dependiendo de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda. Una vez entrado en vigencia el SGSSS los trabajadores (por cuenta propia y ajena) que contaran con los recursos para cubrir su cotización encontrarían una afiliación inmediata al mismo dentro del RC. Por el contrario, la afiliación al RS de aquellos que carecen de recursos para cotizar sería progresiva en la medida en que lo permitieran las condiciones del propio Sistema y en la forma en que se fuera determinando de acuerdo con la información del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios.

Adicionalmente, para el período de tránsito entre la identificación de los beneficiarios y su efectiva incorporación al sistema, y el momento en que se consiguiera la cobertura universal, el SGSSS contempla que aquellas personas que, siendo de escasos recursos, aún no hayan sido clasificadas como beneficiarias del RS, tendrán acceso a la prestación de servicios médico asistenciales mediante los servicios ofrecidos por la red pública de hospitales que se

²⁴ Según el artículo 218 de la Ley 100 de 1993, el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia en la cual se concentran los recursos de la Seguridad Social en Salud (Ver entre otras la sentencia SU-819 de 1999 M.P. Álvaro Tafur Gálvis). Este Fondo tiene a su vez una serie de subcuentas independientes, a saber, a) De compensación interna del régimen contributivo; b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) De promoción de la salud, y d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Para co-financiar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados al RS, el FOSYGA cuenta con recursos de diverso origen, como son "a) un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, que será girada por cada EPS directamente a la subcuenta de solidaridad del Fondo; b) el monto que las Cajas de Compensación Familiar destinen a los subsidios de salud; c) un aporte del presupuesto nacional (...)" (artículo 221 de la ley 100 de 1993). Adicionalmente, los recursos de la solidaridad se destinarán a co-financiar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables. En este contexto, el FOSYGA tiene como principal objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos, la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cubrir entre otros, los riesgos catastróficos, asegurando la eficacia del Sistema

²⁵ Para profundizar sobre el sistema de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia se puede consultar MORALES Sánchez, Luis Gonzalo, El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, Proyecto CEPAL/GTZ Reformas financieras del sector salud en América Latina, Serie Financiamiento y Desarrollo No. 55, LV/L.1037, CEPAL, Santiago de Chile, 1997.

mantienen en funcionamiento dentro de la lógica de subsidio a la oferta. Estas personas, que no han entrado al nuevo SGSSS en calidad de afiliadas o beneficiarias, se entienden incorporadas al mismo en calidad de “vinculadas”. Esto en cuanto a la estructura general del SGSSS.

En cuanto al contenido objetivo o material de la asistencia sanitaria en términos propiamente prestacionales, en Colombia se organiza también en dos planes de salud diferentes, uno para cada Régimen. Los afiliados y beneficiarios del Régimen Contributivo tendrán derecho a las prestaciones que componen el llamado Plan Obligatorio de Salud -POS- y los beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POS-S- (artículos 162 y siguientes de la Ley 100 de 1993). La unificación de los contenidos de uno y otro plan, después de la universalización de las afiliaciones al sistema, es otra de las metas contempladas en la Ley, aunque aún no se ha logrado. Para la determinación del contenido prestacional del derecho a la salud y en general para la determinación de las prestaciones sanitarias cubiertas por el SGSSS, el Decreto Reglamentario 1938 de 1994 establece el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que el SGSSS debe brindar a las personas. Con tal fin, organiza las prestaciones sanitarias en seis subconjuntos o “planes”, a saber, plan obligatorio de salud -POS- y plan obligatorio de salud del régimen subsidiado -POS-S-, plan de atención básica en salud -PAB-, plan de atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional -ATEP-, plan de atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, y planes de atención complementaria en salud -PAC-, cada uno de los cuales describe detallada y taxativamente las prestaciones sanitarias que cubre. Cada uno de estos planes, de acuerdo con la normativa que los desarrolla, incluyen una serie de prestaciones sanitarias a favor de los beneficiarios de los mismos.

3. Organización territorial del estado y derecho a la salud: la descentralización sanitaria en Colombia

A lo largo de su historia, Colombia ha alternado soluciones centralistas y “federalistas” como fórmu-

las para la organización territorial del Estado. Así las Constituciones de 1821, 1830, 1832 y 1843 organizaron la administración dentro de sistemas eminentemente centralistas como forma para garantizar la pretendida unidad nacional. Por su parte, las Constituciones de 1853, 1858 y 1863 se inclinaron por el modelo federalista, pretendiendo con ello promover la autonomía local, y la Carta de 1886, incluyó tímidamente el principio de la descentralización administrativa, aunque, dado su tono claramente centralista, en definitiva la autonomía local quedó bastante anulada. Finalmente, pasadas las reformas constitucionales de 1945 y 1968 que introdujeron cambios constitucionales importantes en materia de organización del Estado aunque en la práctica no arrojaron resultados claros en punto a la descentralización, en la década de los 80 cobra fuerza el proceso de descentralización territorial en Colombia. Este proceso ha presentado dos etapas claramente diferenciadas, la primera de las cuales llega hasta el momento de la expedición de la nueva Carta Política de 1991 y cuyo objetivo primordial era crear capacidad de gestión en los municipios (especialmente en los más pequeños) para la provisión de los servicios sociales y de la infraestructura básica dentro de un contexto de mayor apertura política. En la segunda etapa, tras la expedición de la nueva Constitución, es cuando se consolida políticamente el proceso al tomar medidas de descentralización política y administrativa a favor de los departamentos y al replantearse los sistemas de financiación para las entidades territoriales. Ha sido un proceso lento y complejo ya que ha implicado una ruptura frontal con el centralismo que había caracterizado la historia colombiana hasta entrada la segunda mitad del Siglo XX.²⁶

²⁶

Algunos autores como MORELLI y SANTOFIMIO consideran que las medidas de descentralización y de concesión de autonomía a las entidades territoriales, adoptadas por el Constituyente de 1991, no constituyen realmente un proceso serio de descentralización toda vez que la autonomía política de las entidades territoriales, gracias a algunas disposiciones de la propia Constitución y de la legislación correspondientes, se ve casi totalmente anulada. Sobre este punto ya se ha comentado algo anteriormente. Al respecto puede consultarse MORELLI Rico, Sandra, La autonomía territorial en Colombia, Colección: Temas de Derecho Público, No. 43, Universidad Externado de Colombia, Instituto de Estudios Constitucionales Carlos Restrepo Piedrahita, Bogotá, 1996, y MORELLI Rico, Sandra y SANTOFIMIO, Jaime Orlando, El centralismo en la nueva Constitución Colombiana, Colección: Temas de Derecho Públi-

El artículo primero de la Constitución de 1991 define a Colombia como "un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales...". Así se concreta la intención del constituyente colombiano de pasar de un esquema con centralización política y descentralización administrativa (dentro del cual el énfasis estaba en lo nacional y la descentralización era simplemente una técnica de administrar) hacia a un sistema de autonomía para las entidades territoriales, sin dejar de lado los requerimientos del Estado unitario. Con la Constitución de 1991 se dio un paso cualitativo importante en materia de descentralización, acercando a las entidades territoriales a un grado de autonomía hasta entonces desconocido en Colombia. En ella se consagran dos modalidades diferentes de descentralización para el cumplimiento de la función administrativa: la descentralización territorial y la descentralización por servicios. La primera se expresa en las entidades territoriales y permite la configuración de los diferentes niveles de gobierno -nivel nacional, nivel territorial y nivel local-, y la segunda hace referencia a las entidades descentralizadas que constituyen la fuente de los sectores administrativos -sector central y sector descentralizado- en cada uno de los niveles del Estado²⁷. En el campo de la descentralización territorial se disponen las diversas reglas de distribución de competencias entre la Nación y las entidades territoriales y los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad para su ejercicio, mientras que en el ámbito de la descentralización por servicios los vínculos aparecen dados por reglas de derecho como las de designación del personal de dirección y confianza, la vigilancia de las entidades descentralizadas por el nivel central, etc.

Ahora bien, el eje del proceso de descentralización en Colombia, tanto en la primera como en la

segunda etapa, ha sido la descentralización de los servicios sociales básicos, especialmente los de educación y salud. Desde las primeras propuestas de la reforma constitucional de 1968 se establece claramente que los recursos descentralizados, para entonces los correspondientes a el "situado fiscal", serían destinados prioritariamente para la atención de los servicios de educación y salud cuya prestación sería asumida por las entidades subnacionales según el mandato de la legislación vigente. De ahí que al plantearnos la pregunta sobre los mecanismos utilizados por el Estado colombiano para garantizar la eficacia del derecho a la salud haya surgido la inquietud sobre la relación entre los derechos sociales y los procesos de descentralización en que ha entrado Colombia desde mediados del Siglo XX.

3.1. El primer momento de la descentralización en salud

El primer sistema sanitario que funcionó como tal en el país fue el antiguo Sistema Nacional del Salud creado en 1975 y que consistía en el funcionamiento simultáneo de tres subsistemas, a saber, la seguridad social para los trabajadores oficiales, el sistema privado de asistencia sanitaria, y la red pública de hospitales. Los dos primeros prestaban sus servicios a las personas con capacidad de pago, el primero mediante el aporte programado de cotizaciones por parte de los trabajadores y empleadores, el segundo por el pago por servicios a entidades privadas. La red pública de hospitales, o sub-sistema oficial, estaba dirigida y operado directamente por el Estado a través de diversos centros bajo el sistema de subsidio a la oferta (asistencia pública) y tenía como objetivo la atención de las contingencias en salud de la población indigente y sin capacidad de pago. Esta red de servicio sanitario público, sin embargo, se caracterizó por la falta de equidad en la entrega de servicios y la ineficiencia en la utilización de los recursos lo cual se reflejaba indefectiblemente en la precariedad de la cobertura sanitaria del país. Cuando en 1993 se expide la nueva Ley de Seguridad Social (Ley 100) sólo un 24% de la población tenía seguridad social en salud, el 45% era atendido por la red pública, el 16% accedía directamente a servicios privados y el 15% carecía completamente de cual-

co, No. 28, Universidad Externado de Colombia, Instituto de Estudios Constitucionales Carlos Restrepo Piedrahita, Bogotá, 1993.

²⁷ *Este concepto de descentralización por servicios, que no necesariamente implica la autonomía política y jurídica del llamado ente descentralizado sino que implica la distribución del trabajo del sector en función de una división territorial del espacio de influencia del sector, es el que en algunos sectores de la doctrina corresponde a la llamada desconcentración.*

quier tipo de atención sanitaria. Las nuevas propuestas del Sistema General de Seguridad Social en Salud ya estudiadas y de la descentralización de las competencias sanitarias –que estudiaremos a continuación– surgen como fórmulas encaminadas a corregir estas deficiencias.

Hacia 1987 se inicia tímidamente el que sería el primer intento de descentralización de la salud en Colombia²⁸ mediante la expedición del Decreto 77 de ese año que da a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener los puestos y centros de salud, y los hospitales locales. Este proceso se haría más sólido con la expedición de la Ley 10 de 1990 que asignó a los municipios todas las competencias de funcionamiento de los hospitales del primer nivel, y a los departamentos las correspondientes al segundo y tercer nivel de atención sanitaria²⁹. Posteriormente, entre 1990 y 1993 se presentaron tres reformas y ajustes cruciales para el sistema de salud colombiano. Las dos primeras, impulsadas por las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 buscaron orientar los esfuerzos gubernamentales y sectoriales hacia el desarrollo de estrategias de Atención Primaria, la organización del sistema sanitario por niveles de atención y la asignación de competencias y recursos de salud a los diversos niveles territoriales del país. La tercera fue la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud –en adelante SGSSS– por medio de la Ley 100 de 1993 que organizó el Sistema Sanitario en los términos en que fu descrito previamente. Con base en esta nueva regulación, se inició un proceso de reglamentación y ajuste de la política sanitaria que permitiera tanto la implantación de los contenidos del nuevo SGSSS como el proceso

de descentralización sanitaria consagrado en las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993, ambos con miras a desarrollar satisfactoriamente la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud, integrando para ello la descentralización territorial con los tres grandes ejes del Sistema Sanitario, a saber, sistema sanitario público (para la atención mediante el subsidio a la oferta de la población vinculada), el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo del SGSSS.

La Constitución de 1991 trazó los lineamientos de lo que sería el proceso de descentralización de la sanidad en los artículos 49, 300, 356 y 357, con un claro énfasis en lo relativo a la descentralización de la financiación en materia sanitaria y educativa. En un primer nivel, la Carta establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado el cual garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de forma gratuita y obligatoria en los términos en que lo determine la ley. La propia Constitución en sus artículos 356, 357 y 359 establece las bases sobre las cuales habrá de reglamentarse la financiación de las entidades territoriales en tanto entidades descentralizadas a fin de garantizar los recursos necesarios para lograr la descentralización de los servicios. Para tal efecto señalaba el antiguo artículo 356 –el artículo 356 vigente es el correspondiente a la reforma constitucional hecha mediante el Acto Legislativo 01 de 2001– que “salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, deberá fijar los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales. Determinará, así mismo, el Situado Fiscal, esto es, el porcentaje de los Ingresos Corrientes de la Nación³⁰ que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se les asignen. Los recursos del Situado Fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y **la salud** en los niveles que la ley se-

²⁸ Sobre este primer proceso descentralizador puede consultarse JARAMILLO PÉREZ, Iván “Evaluación de la descentralización en salud en Colombia” informe de Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década Tomo II. Departamento Nacional del Planeación –DNP-, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, PNUD, Agencias Colombiana de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002; “Evaluación de la Descentralización SMS”, Fescol, Programa Harvard, Bogotá, 1996; y “Evaluación del Régimen subsidiado y la Descentralización en Salud”. Encuesta sobre 130 municipios realizada por el CIDER-REUNIRSE de la Universidad de Los Andes, Bogotá, 1997.

²⁹ Las instituciones sanitarias se clasifican en niveles conforme al nivel de complejidad de los servicios que prestan. Esta distribución competencial en función del nivel de complejidad de los servicios estaba contemplada en el artículo 6 de la Ley 10 de 1990.

³⁰ Según el artículo 358 de la Carta se entiende por Ingresos Corrientes de la Nación los constituidos por “los ingresos tributarios y no tributarios con excepción de los recursos de capital.”

ñale, con especial atención a los niños. [...]". (negritas fuera del original)

Por su parte, el artículo 357 (también reformado por el Acto Legislativo 01 de 2001) establecía que “[l]os municipios participarán en los Ingresos Corrientes de la Nación” y que la ley “a iniciativa del Gobierno, determinará el porcentaje mínimo de esa participación y definirá las áreas prioritarias de inversión social que se financiarán con dichos recursos. Para los efectos de esta participación, la ley determinará los resguardos indígenas que serán considerados como municipios [...]”. Así mismo, el artículo 359 establece que no habrá rentas nacionales de destinación específica, excepción hecha de las “participaciones previstas de la Nación a favor de los departamentos, distritos y municipio [esto era el antiguo Situado Fiscal y la Participación de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación, actualmente reemplazados por el Sistema General de Participaciones] destinadas a inversión social [...]”. Sobre esta base se puede decir que la Carta de 1991 hizo un primer intento por fortalecer la descentralización estableciendo que el gasto social tendrá prioridad sobre cualquier otro y previendo para ello la posibilidad de financiar la ampliación sustancial de coberturas en los distintos sectores, entre ellos el de salud.

Sobre este marco constitucional el legislador expidió la Ley 60 de 1993 en la cual definió tanto las competencias de las diferentes entidades territoriales en materia sanitaria, educativa, de saneamiento básico y agua potable, como las áreas prioritarias de inversión social, mediante la fijación de los porcentajes mínimos de la participación municipal y del Situado Fiscal que debían destinarse a financiar las actividades de educación, salud, saneamiento básico y agua potable, señalando las reglas de asignación de dichas participaciones para los diversos sectores sociales. En el campo de la sanidad, la Ley 60 de 1993 entró a armonizar los postulados de la anterior Ley 10 de 1990 que organizaba el Sistema Nacional de Salud con los nuevos mandatos constitucionales, entramado legislativo que vino a completarse con la expedición Ley 100 del mismo año –por la cual se crea el SGSSS- y en la cual se puntualiza sobre la

distribución competencial en materia de salud, conforme se explica a continuación.

En materia competencial, la Ley 60 de 1993 señalaba que de manera general correspondía a la Nación formular las políticas y objetivos de desarrollo, establecer normas técnicas de orientación para las entidades territoriales, administrar los fondos de cofinanciación y crédito, distribuir el Situado Fiscal y las Participaciones de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación, y ejercer las labores de vigilancia supervisión y control sobre las actividades nacionales y descentralizadas, entre otras (artículo 5)³¹. En materia específicamente sanitaria le correspondía prestar los servicios médicos especializados del Instituto Nacional de Cancerología y de los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación en relación con los enfermos de Hansen (artículo 5, 4 inciso) e impulsar, coordinar y financiar campañas en materia sanitaria (inciso 6).

A los distritos se asignan funciones de administración de los recursos de salud y la coordinación los Sistemas Distritales de Salud y de los niveles 1, 2, y 3 de atención sanitaria³², además de las funciones relacionadas en los artículos 11 y 12 de la Ley 10 de 1990, esto es, coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud, contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud en su jurisdicción, ejecutar y adecuar las políticas y normas científico-técnicas y técnicoadministrativas trazadas por el Ministerio de Salud³³, administrar el Fondo Seccional de Salud (artículo 11 Ley 10 de 1990), ejercer las funciones que expresamente le delegue el Ministerio de Salud, estimular la atención

³¹ Estas competencias de coordinación y dirección del Sistema de Salud habían sido ya asignadas al nivel central con base en el artículo 8 de la Ley 10 de 1990 y en cabeza del Ministerio de Salud

³² La distribución de las competencias sanitarias en función de los niveles de atención estaba ya contemplada en el artículo 6 de la Ley 10 de 1990, en la cual se asignaba a los distritos las correspondientes al primero, segundo y tercer nivel, a los departamentos las correspondientes al segundo y tercer nivel y los municipios la relativa al primer nivel.

³³ El Ministerio de Salud fue fusionado con el Ministerio de Trabajo en un solo Ministerio denominado de Ministerio de la Protección Social mediante la expedición del Decreto 205 del 2003, con base en las facultades otorgadas por el Congreso mediante la Ley 790 del 2002, con lo cual se convierte Colombia en el primer país de América sin un Ministerio destinado específicamente al sector sanitario.

preventiva, familiar, extrahospitalaria y el control del medio ambiente y controlar los factores de riesgo referentes al estado de salud, desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud (artículo 12 Ley 10 de 1990), y coordinar y supervisar el proceso de descentralización sanitaria, entre otras. La prestación de tales servicios se haría, según señalaba el propio artículo 4, de forma autónoma con cargo a los recursos del Situado Fiscal y conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la propia Ley 60 de 1993³⁴.

A los departamentos correspondía administrar y planificar los recursos cedidos por la Nación en los aspectos relacionados con sus competencias en los campos de educación y **salud**, ejercer “funciones de coordinación, subsidiariedad y concurrencia relacionadas con las competencias municipales”, y hacer seguimiento, evaluación y control de la acción municipal, entre otras. En el campo sanitario el departamento debía actuar como intermediario entre los municipios y la Nación, coordinar y asesorar a los Municipios y a las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud –IPS- en los ámbitos administrativo y financiero, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación correspondientes al segundo y tercer nivel de atención en salud, asumir la prestación de los servicios de primer nivel en los municipios que no hayan asumido la prestación descentralizada de los mismos, programar la distribución de los recursos de Situado Fiscal por municipio, otorgar subsidios a la demanda a la población de menores recursos en las áreas de educación y **salud**, y desarrollar las funciones establecidas en el artículo 11 de la Ley 10 de 1990, entre otras (artículo 3 de la Ley 60 de 1993). La prestación de tales servicios se haría en forma autónoma por los departamentos determinados por el Ministerio de Salud (artículo 14 de la Ley 60 de 1993); tanto la

planta de personal como las instituciones tendrán carácter departamental (artículo 3.6.f).

A los municipios, por su parte, correspondía la prestación de los servicios sanitarios de primer nivel de complejidad, dirigir el Sistema Local de salud, ejercer las funciones de fomento, prestación de servicios de rehabilitación y financiación de los centros sanitarios señalados en el artículo 12 de la Ley 10 de 1990, entre otras (artículo 2 de la Ley 60 de 1993). Los municipios podrían asumir la prestación de los servicios sanitarios de segundo y tercer nivel siempre que su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa así lo permitieran, previo acuerdo con el respectivo departamento. Las medidas de descentralización de competencias que se acaban de reseñar, van acompañadas por una serie de disposiciones en relación con la descentralización de los recursos necesarios para su ejecución por parte de las entidades territoriales. A tal fin, la Constitución establecía los sistemas del Situado Fiscal y de Participaciones de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación para la financiación de las competencias en salud y educación descentralizadas en los departamentos y distritos, y en los municipios, respectivamente. La distribución de tales recursos fue reglamentada por la Ley 60 de 1993 según la cual, del monto del total del Situado Fiscal, cada entidad territorial tendría la obligación mínima de asignar el 60% a educación y el 20% a salud. El 20% restante debía ser destinado a educación o salud según las metas y necesidades de cobertura propias de cada departamento.

La misma ley establecía que un mínimo del 50% del Situado Fiscal para salud debería ser aplicado al primer nivel de atención y consecuentemente debía ser transferido a los municipios y distritos que hubieran asumido la competencia de su prestación (artículo 10 parágrafo 1 Ley 60 de 1993³⁵). Los criterios para la distribución de estos recursos del Situado Fiscal entre los municipios estaban establecidos en el artículo 13 de la misma Ley. En la misma línea, de los recursos municipales provenientes de la partici-

³⁴ Los artículos 14 y 16 de la Ley 60 de 1993 señalan el proceso de “certificación” de las entidades territoriales para poder asumir la descentralización de los servicios de educación y salud. Recuérdese que el sistema de certificación hacía referencia a una serie de requisitos institucionales de capacidad técnica y administrativa que debían cumplir las entidades territoriales para ser certificadas por el correspondiente Ministerio como paso previo a la asunción, por su parte, de las competencias descentralizadas que les otorgaba la ley.

³⁵ Lo anterior en reemplazo del artículo 34 de la Ley 10 de 1990 que contenía una disposición similar.

pación en los Ingresos Corrientes de la Nación, un 30% debería ser destinado a educación, un 25% a salud, un 20% a saneamiento básico y agua potable, un 5% a educación física, recreación, cultura y deporte, y el 20% restante sería de libre asignación.

Las disposiciones en materia de descentralización del sector salud fueron complementadas por los contenidos de la Ley 100 de 1993 que señala nuevas competencias en relación con la administración y manejo del conjunto de elementos que conforman el actual SGSSS, en función de los tres grandes ejes del Sistema, a saber, el Régimen Contributivo –RC-, el Régimen Subsidiado –RS- y la red sanitaria pública. De estos tres ejes el primero –RC- queda a cargo de las EPS (públicas o privadas) y sólo mantiene una vinculación funcional al Sistema mediante el FOS-YGA y en cumplimiento de los lineamientos generales trazados por el Estado. Las competencias sobre los dos ejes restantes, esto es la administración del RS y de la red pública de entidades sanitarias, son repartidas entre las diferentes entidades territoriales. A partir de la Ley 100 de 1993, la competencia en materia sanitaria sobre la administración del Régimen Subsidiado quedó a cargo de las direcciones departamentales, distritales o locales –según el grado de descentralización y las competencias asumidas conforme al proceso de certificación y a los postulados generales de la Ley 60 de 1993-, las cuales “suscribirán contratos de administración del subsidio” con las empresas Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS- (públicas o privadas) que serían las encargadas de afiliar a los beneficiarios y de prestar, directamente o a través de contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS- (públicas o privadas), los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –POS-S-. Durante el período de ajuste de los nuevos mandatos legales, se daba competencia al nivel departamental para asumir el proceso de aseguramiento y manejo de los recursos del SGSSS –en calidad de Empresa Promotora de Salud temporal-, hasta el definitivo establecimiento de las ARS como intermediarios financieros y administradoras de subsidios del Régimen Subsidiado.

Por su parte, la red pública de instituciones prestadoras de servicios sanitarios seguiría a cargo de las direcciones locales, distritales o departamen-

tales de salud en los mismos términos propuestos por las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 y en función de los tres niveles de atención según complejidad, pero bajo el entendido de que a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993 se debería poner en marcha un “programa de conversión gradual” concertado entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales, con el fin de que las entidades territoriales organizaran internamente tanto el manejo de sus competencias sobre el Régimen Subsidiado, como la integración de las instituciones sanitarias públicas a su cargo al SGSSS mediante la conversión de los hospitales públicos en “empresas sociales del Estado” que entrarían a competir como instituciones prestadoras de salud –IPS- con la IPS privadas. La red sanitaria pública seguirá entonces prestando los servicios sanitarios necesarios a aquellas personas no afiliadas ni beneficiarias de los Regímenes Constitutivo y Subsidiado, es decir de aquellos “vinculados” al SGSSS, hasta el momento en que se cumpliera la meta de cobertura universal –año 2000 según señalaba el artículo 157 de la misma Ley-, y cubriendo las prestaciones no contempladas en el POS-S para los beneficiarios del Régimen Subsidiado hasta el momento en que éstas se igualaran con las prestaciones del POS –años 2001, según el artículo 162-. Para participar de la financiación del Régimen Subsidiado la Ley 100 de 1993 estableció que debían ser destinados 15 puntos porcentuales sobre el 25% de las Participaciones de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación destinados a salud (artículo 214.a), y de los recursos del Situado Fiscal, y las rentas cedidas a los departamentos y distritos necesarios para cubrir por lo menos los servicios de segundo y tercer nivel de atención (artículo 214.c). El resto de los recursos se destinarían a la financiación de las demás competencias en materia sanitaria en cada entidad territorial.

3.2. El segundo momento de la descentralización en materia sanitaria. La Constitución de 1991 reformada por los Actos Legislativos 01 de 1996 y 01 de 2001 y los cambios propuestos por la ley 715 de 2001

En los términos en que fueron propuestos, el sistema de descentralización de la salud y el nuevo

SGSSS no arrojaron los resultados esperados. En el Informe “Evaluación de la Descentralización en Colombia: balance de una década” publicado en 2002 por el Departamento Nacional de Planeación, señala que según el diagnóstico del Ministerio de Salud se generaron diversos problemas para el cumplimiento de las funciones asignadas a los gobiernos locales tanto en el campo de la prestación de servicios sanitarios, como en el campo de la administración y garantía de acceso a los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia³⁶. La coexistencia de los tres ejes del SGSSS y de diferentes niveles competenciales para su manejo y administración con la distribución competencial que operaba ya en función de los niveles de atención, obligaban a tener extremo cuidado en la coordinación, vigilancia y control de cada uno para evitar disfuncionalidades. Sin embargo, la falta de claridad en la distribución de competencias, la limitación de la autonomía de las entidades territoriales, las deficiencias técnicas y administrativas, y la falta de claridad sobre la responsabilidad de cada administración, entre otras, llevaron a que el proceso no lograra desarrollarse de la manera esperada, ni desde el punto de vista de la descentralización, ni desde las metas de calidad y cobertura propuestas por la Ley 100 de 1993. La asignación forzosa de porcentajes determinados de los ingresos de las entidades territoriales a rubros específicos, la disfuncionalidad en el engranaje entre los distintos niveles territoriales y la fórmula legal de repartición de competencias limitaban la autonomía y no permitía suficiente claridad en las responsabilidades de cada uno de los niveles, en la medida en que las competencias asignadas a departamentos y municipios se traslapaban produciendo colisiones y poca claridad en los mecanismos de responsabilidad, rendición de cuentas o solución de conflictos.

En el caso específico del sector salud³⁷ se planteaba que la fórmula entonces vigente de asignación

³⁶ Departamento Nacional de Planeación –DNP–, Dirección de Desarrollo Territorial, *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década. Tomo I “Marco Conceptual y resultados del progreso municipal”*. Departamento Nacional de Planeación, PNUD, Agencias Colombiana de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002, pág. 92 y ss.

³⁷ “Exposición de Motivos al Proyecto de Acto Legislativo por el cual se modifican algunos artículos de la Constitución Política [artículos 299,

regional de los recursos derivada del sistema de Situado Fiscal y Participaciones de los municipios en el Ingresos Corrientes de la Nación presentaba inequidades, al punto que en algunos departamentos o distritos se recibían más recursos de los requeridos para atender la prestación del servicio al tiempo que no existían mecanismos de reasignación hacia las entidades que presentaban faltantes. En cuanto a la puesta en marcha del SGSSS, especialmente en lo que se refiere al proceso de transformación de recursos de subsidios de oferta a demanda, se incumplieron los propósitos de manera constante. Estos desajustes derivaron en que los entes territoriales destinaran buena parte de sus propios recursos (rentas cedidas y otros) a la financiación de subsidios a la oferta (financiación de hospitales) lo cual repercutió en el no incremento de la cobertura o en el no mejoramiento de la calidad en las prestaciones sanitarias.

Ante las anteriores dificultades, se planteó la necesidad de una reforma profunda del sistema de financiación basado en el Situado Fiscal y en las Participaciones de los municipios sobre los Ingresos Corrientes de la Nación, y sobre el sistema competencial en el ámbito de los servicios sociales (especialmente educación y salud), la cual se llevó a cabo mediante la expedición del Acto Legislativo 01 de 2001 (reformatorio de los artículos 347, 356 y 357 de la Constitución) y de la Ley 715 del mismo año. La propuesta aprobada por el Congreso y recogida en el Acto Legislativo 01 de 2001, suprimió la fórmula con la que se calculaban las transferencias del Situado Fiscal y las Participaciones de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación (artículos 356 y 357 de la Constitución), y creó una bolsa única de recursos para las entidades territoriales denominada el Sistema General de Participaciones. Posteriormente, la Ley 715 de 2001 definió la naturaleza de este Sistema (artículo 1) y estableció la conformación del mismo en tres componentes, a saber, una participación de propósito específico para educación –que corresponderá al 58.5%–, una para salud –que sería del 24.5%–, y una participación de propósito

303, 312, 314 y 323]”, presentado al Congreso de la República por el Gobierno Nacional, 2001. (Proyecto del posterior Acto Legislativo 20 de 2002)

general de libre destinación –del 17%- (artículos 3 y 4).³⁸

En el campo sanitario la Ley 715 de 2001 pretendió “clarificar las competencias y responsabilidades de cada entidad territorial y asignar los recursos con criterios verificables de eficiencia y equidad, que permitan aplicar mecanismos de reconocimiento o castigo de acuerdo con la gestión”.³⁹ Igualmente la Ley propone la creación de mecanismos de formulación de políticas, planeación y control de la oferta pública y privada de servicios de salud, con el fin de lograr un uso eficiente de los recursos del Estado y de los particulares, para cubrir las necesidades de toda la población en los distintos niveles territoriales y de complejidad médica. La Ley dispone así la creación de las llamadas Redes de Servicios que se articularán a nivel departamental y que permitirán organizar y articular los recursos disponibles para atender a la población, y plantea una transformación del “esquema de organización de los hospitales públicos de manera integrada en redes por grupos georreferenciados de instituciones”, y el diseño de una política de prestación de servicios que garantice “un uso eficiente de los recursos públicos y privados disponibles para financiar la atención de salud de la población.”⁴⁰

3.2.1. La nueva distribución competencial en materia de salud

La existencia simultánea de las Leyes 60 y 100 de 1993 –y su articulación con los postulados vigentes de la Ley 10 de 1990-, no logró ser lo suficientemente armónica, probablemente porque ambas cursaron trámite en el Congreso de manera casi si-

multánea pero independiente, de forma tal que no se puso la atención suficiente a las implicaciones que cada una podría tener sobre la otra. Pues bien, la Ley 715 de 2001 intenta “saldar esta deuda” mediante la integración de la descentralización sanitaria y el SGSSS para lo cual propone un doble criterio de distribución de competencias. En primera instancia, establece una distribución en función de los tres grandes ejes del SGSSS –sistema sanitario público (apara la atención mediante el subsidio a la oferta de la población vinculada), el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo del SGSSS- especificando además los niveles competenciales en materia de salud pública. Adicionalmente señala las competencias específicas que en relación con cada “eje” le corresponderán a cada entidad territorial. Bajo este entendido, la nueva propuesta establece la vinculación de los tres ejes del SGSSS bajo la dirección y coordinación del Estado y mantiene la distribución competencial entre los sub-niveles departamental, distrital y municipal únicamente sobre el manejo del sistema público de sanidad, la salud pública y el Régimen Subsidiado.

El legislador de 2001 dejó de lado la asignación de competencias con base en los niveles de atención sanitaria y optó por entregar las competencias sobre gestión de la prestación de servicios de la red sanitaria pública a los departamentos, con lo cual son ellos los que quedan a cargo de la prestación de los servicios médicos a la población “vinculada” y de la prestación de los servicios no contemplados en el POSS para la población beneficiaria del Régimen Subsidiado. A los municipios les asigna las competencias de afiliación, administración y coordinación del Régimen Subsidiado, lo que incluye el programa de selección e identificación de beneficiarios –SIS-BEN- y la contratación con las ARS, y les asigna además una función de promoción sobre la afiliación al Régimen Contributivo. Esto implica que desaparece el antiguo sistema de certificación de los municipios en el campo sanitario en la medida en que desaparece para ellos la posibilidad de adquirir competencias en materia de prestación de servicios de salud. En cuanto a la salud pública, el artículo 46 de la Ley señala que su gestión es función esencial del Estado y para tal fin “la Nación y las entidades te-

³⁸ Al respecto se puede consultar FINOT, Iván, Descentralización en América Latina: cómo hacer viable el desarrollo local, *Serie Gestión Pública No. 38, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social -ILPES-CEPAL, Santiago de Chile, octubre de 2003, pág. 19*

³⁹ “Exposición e Motivos al Proyecto de Ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política, y se dictan otras disposiciones”, que cursó ante el Congreso de la República bajo la rúbrica de Proyecto de Ley 120 de 2001 en el Senado, *Gaceta del Congreso Número 500 del jueves 27 de septiembre de 2001 Pág. 23.*

⁴⁰ *Exposición de motivos al Proyecto de ley 120 de 2001 en el Senado. Gaceta del Congreso Número 500 del jueves 27 de septiembre de 2001. Pág. 26.*

territoriales concurrirán en su ejecución [...].” En este contexto, buena parte de las actividades de promoción y prevención en salud pública que estaban incluidas en los servicios del POS-S fueron trasladadas a los municipios y distritos⁴¹. Finalmente, a los distritos les asigna las mismas competencias que a los departamentos y municipios⁴².

A partir de esta clara separación entre las competencias de las entidades territoriales sobre los tres ejes del SGSSS y en relación con la salud pública, la Ley 715 de 2001 establece las competencias específicas que en su ámbito corresponde a cada entidad, de la siguiente manera:

En cuanto al sistema sanitario en general, el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 señala que corresponde a la Nación “la dirección del sector salud y del SGSSS en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional”. Para ello, será de su competencia la formulación, reglamentación, coordinación, seguimiento y evaluación de los sistemas de financiación y de las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el SGSSS, y la financiación, cofinanciación, coordinación, y evaluación de programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.

⁴¹ Según el segundo inciso del artículo 46 de la Ley 715 de 2002 “[l]os distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha (...) hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. [...]” El traslado de dichas actividades estará acompañado del traslado de los fondos del RS que antes se destinaban a dichas actividades hacia la correspondiente entidad territorial, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y con el fin de garantizar su financiación. De ello se exceptúan las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas. Por su parte el artículo 4º del Acuerdo No. 229 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud señala taxativamente las actividades de salud públicas que deben ser trasladadas del RS a las entidades territoriales. Las demás actividades de promoción y prevención de la salud no contempladas en tal listado, no han sido transferidas a los distritos y municipios por lo cual continúan radicadas en las ARS (artículo 5 Ley 715 de 2001). Al respecto se puede consultar la sentencia C- 791 de 2002 de la Corte Constitucional, F.j. 5. M.P. Eduardo Montealegre.

⁴² Solamente excluye de las competencias Distritales las que le corresponden a los departamentos en materia de intermediación entre los municipios y la Nación, y aclara que la prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articularán a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos.

En cuanto a los servicios de salud, a la Nación se reserva la competencia sobre la prestación “los servicios especializados a través de las instituciones adscritas: Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y los Sanatorios de Contratación y Agua de Dios⁴³, así como el reconocimiento y pago de los subsidios a la población enferma de Hansen, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. [...]”⁴⁴. En el campo de la salud pública le corresponde a la Nación “definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales”, y “adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial”.

El artículo 43.1 de la Ley 715 de 2001 señala que, atendiendo a las disposiciones nacionales, corresponde a los departamentos “dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción para lo cual habrá de formular sus planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector y “adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos” que para el sector formule y expida la Nación. Será también de su competencia “prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción” y “supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.” Igualmente tendrá las competencias de implementación, administración y coordinación del sistema inte-

⁴³ Sanatorios especializados para enfermos de Hansen.

⁴⁴ Artículo 42.16 Ley 715 de 2001

gral de información en salud en su territorio. Deberá también “adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación” (artículo 43.2.3), al tiempo que “preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud [...]” (artículo 43.2.7). El departamento tendrá además funciones de vigilancia y control sobre el cumplimiento de las “políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud”, y sobre las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción. En cuanto a la prestación de los servicios corresponde al departamento organizar, dirigir, coordinar, administrar, ejecutar y concurrir en la financiación de la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento (artículos 43.2.4 y 43.2.5), efectuar tareas de registro, vigilancia y control sobre las mismas (artículos 43.2.5, 43.2.6 y 43.2.8), gestionar la prestación y, si lo considera pertinente, concurrir en la financiación de los servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda a la población pobre que resida en su jurisdicción mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas (artículos 43.2.1 y 43.2.2), entre otras.

En el campo de la salud pública (artículo 43.3), compete al departamento adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación, garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública, establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento, formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental, monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción, dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, y participar de la vigilancia y control sobre medicamentos, y sobre los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana. En relación con los dos regímenes de aseguramiento del SGSSS, el artículo 43.3.9 le otorga al departamento la competencia sobre la coordinación, supervisión y control de las “acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades trans-

formadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas”. Adicionalmente, el artículo 43.4 le asigna al departamento las competencias de vigilancia y el control del aseguramiento en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993⁴⁵. Y como excepción al sistema general, la propia Ley⁴⁶ establece que para el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991⁴⁷, compete al departamento administrar los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud “destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales⁴⁸, así como identificar y

⁴⁵ El artículo 279 de la Ley 100 de 1993 señala que el Sistema Integral de Seguridad Social contenido en ella “no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto- Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas. Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida. Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente Ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato [...]” Para todos estos casos, y para el referente a la protección sanitaria de los grupos étnicos nacionales se prevé la existencia de Regímenes Especiales de protección de las contingencias en salud.

⁴⁶ Artículo 43.4.2

⁴⁷ La Constitución de 1991 dio carácter de departamentos a las antiguas Intendencias de Arauca, Casanare, Putumayo, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y a las Comisarías del Amazonas, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada. (artículo 309). La antiguas Intendencias y Comisarías eran divisiones territoriales consideradas como “territorios nacionales” que tenían un régimen especial de protección y dependencia del poder central.

⁴⁸ Se entiende por corregimientos departamentales aquellas zonas existentes en los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991 –antiguas Intendencias y Comisarías-, que no estén dentro de la jurisdicción de un municipio o distrito; en el antiguo sistema, los corregimientos “eran espacios que, por su escasa densidad poblacional y falta de actividades económicas, así como por ciertas consideraciones de orden público, no constituían municipios, y por ello dependían directamente de las autoridades encargadas del manejo de los territorios nacionales [Intendencias o Comisariales]”. (Sentencia C- 141 de 2001 Corte Constitucional, M.P. Alejandro Martínez Caballero, F.j. 1). Son divisiones territoriales dentro de un departamento pero que no corresponden jurisdiccionalmente a ningún municipio o distrito de manera que su mayor autoridad local, el Corregidor, es agente del gobernador departamental. El artículo 98 de la Ley 715 de 2001 señala que la población que habita dichos corregimientos se tendrá en cuenta para los cálculos correspondientes para la distribución de los recursos del

seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento”.

Por otra parte, el artículo 44 de la Ley 715 señala que corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el SGSSS en el ámbito de su jurisdicción mediante la gestión y administración de los recursos del Fondo Local de Salud, y gestionar y supervisar el acceso de la población de su jurisdicción a los servicios de salud, entre otras. El fuerte de las competencias municipales en materia sanitaria se centra en el aseguramiento de la población al SGSSS (artículo 44.2) (con las excepciones que se derivan de las competencias que en este campo corresponden a los departamentos), en desarrollo de lo cual corresponde al municipio financiar, cofinanciar y ejecutar los recursos para la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable, celebrar contratos para su aseguramiento y realizar el seguimiento y control sobre ellos; manejar y ejecutar el sistema de identificación y selección de beneficiarios -SISBEN-; promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del SGSSS de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

En el campo de la salud pública corresponde al municipio adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, y formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal. Compete también a los municipios en general formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis y ejercer en su jurisdicción vigilancia y control sanitario sobre los factores de riesgo para la salud, entre otras. En cuanto al sistema de certificación de los municipios, el parágrafo del artículo 44 señala que “[l]os municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servi-

cios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental”.

Los distritos, por su parte, tendrán “las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación”, con la salvedad de que “la prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital” (artículo 45 de la ley 715/2001).

En materia de financiación se establece que los servicios sanitarios serán financiados por las transferencias que para tal fin reciban las entidades territoriales de parte de la Nación y una parte que deberá corresponder a los esfuerzos propios de cada entidad. Complementario a tal determinación, el artículo 54 de la Ley 812 de 2003 (“por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003 – 2006”) establece que conforme a los postulados de los artículos 50 y 70 de la Ley 715 de 2001, corresponde al Consejo Superior de Seguridad Social en Salud definir, previo un análisis con las entidades territoriales, un plan de generación y reasignación de recursos para lograr el aseguramiento universal de la población al SGSSS.

No sobra agregar que a pesar del panorama que se acaba de presentar, la excesiva reglamentación de la sanidad por parte del legislador estatal ha dejado prácticamente anulada la autonomía de las entidades territoriales en este campo, reduciendo su círculo competencial a labores meramente administrativas del SGSSS. Así, la reglamentación de la Ley 100 de 1993 limitó seriamente muchas de las facultades de regulación, planeación y promoción del desarrollo económico y social que consagra la Constitución a favor de las entidades territoriales, lo cual tiene una clara incidencia en el campo de las competencias sanitarias. Ejemplo de ello es la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (artículo 171 de la Ley 100 de 1993), con escasa representación territorial, como ente encargado de definir y regla-

Sistema General de Participaciones. Los recursos para estos corre-gimientos serán administrados por los departamentos, quienes serán los responsables por la prestación de los servicios.

mentar aspectos fundamentales de la administración del SGSSS como el manejo del RS, los consejos regionales de salud, el monto de las cotizaciones para el sistema, los medicamentos esenciales y genéricos, el POS y el POS-S, y el valor de las UPC correspondientes a cada uno de la Planes de Salud. Tras su creación, la competencia reglamentaria y de planeación que constitucionalmente se había consagrado a favor de las entidades territoriales, queda derivada al Consejo.

III. Evaluación de las condiciones del derecho a la salud en Colombia: la eficacia del derecho

Del estudio de los compromisos adquiridos por el Estado en relación con el derecho a la salud, derivados tanto de su adhesión a tratados internacionales como de su propia normativa interna, se desprende que el Estado colombiano está incumpliendo sistemáticamente sus obligaciones en relación con uno y otro sistema normativo. De hecho las actuales condiciones del sistema sanitario colombiano son realmente precarias tanto en términos de garantizar la universalidad y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios como en relación con las metas de salud pública. Según las cifras de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en el año 2003 sólo el 61,7% de la población nacional se encontraba afiliada o era beneficiaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud mientras que un 38,3% carecía completamente de cobertura (estas cifras varían según la fuente y hay sectores que aseguran que el índice de cobertura no supera el 56% de la población –Editorial Diario El Tiempo, 27 de diciembre de 2003, pág. 1-20).

Además de todo lo anterior, y dado que en el contexto de violencia que vive Colombia es imposible una separación entre las dificultades generales del país y aquellas que afectan el ejercicio de los derechos, independientemente de los mandatos internacionales, constitucionales y legales sobre el derecho a la salud, o a pesar de ellos, existen otras dificultades que limitan su ejercicio “universal” por parte de la población colombiana. Entre ellos la violencia constituye hoy en día uno de los principales problemas de salud pública del país, tanto en térmi-

nos de número de muertes, como en términos de dolor, enfermedad, deterioro de la calidad de vida y costes económicos para la sociedad y para el sector salud. El desarrollo del conflicto armado colombiano ha afectado la provisión de servicios sanitarios y ha atentado contra la integridad de la Misión Médica de múltiples maneras, comprometiendo el derecho a la salud de la población civil. Las profundas desigualdades sociales, que entre otras cosas se reflejan en el estado de salud de las personas y en las inequidades que se presentan a la hora de acceder a los servicios sanitarios, y la deplorable situación de los derechos humanos en general se han convertido entonces en consecuencia y causa a la vez del conflicto armado, de la impunidad y de la delincuencia.

Ahora bien, al margen de las breves consideraciones que acabamos de plantear en relación con la vinculación entre la situación política y de violencia que vive el país y las condiciones de eficacia del derecho a la salud (asunto que podría ser por sí mismo tema de un estudio monográfico), existen una serie de factores que afectan y comprometen la vigencia del derecho a la salud en Colombia, los cuales podríamos concretar al menos en tres grandes “bloques”: los problemas equidad –tanto a nivel de las prestaciones como en relación con la cobertura social y territorial que plantea el Sistema General de Seguridad Social –SGSSS– y que se traducen en la incapacidad de garantizar la universalidad del derecho; los diversos problemas financieros que han rodeado la puesta en marcha del SGSSS; y las consecuencias de las dificultades que ha planteado la implementación del proceso de descentralización sanitaria.

1. La universalidad y la equidad en el sistema sanitario

Dentro del primer “bloque” de causas, además de los problemas que equidad o equilibrio territorial en materia sanitaria que no han podido saldarse dentro del proceso de descentralización sanitaria (sobre los que volveremos más adelante), en el marco de la Ley 100 de 1993 se genera de entrada un problema de equidad social que afecta los términos de la cobertura y que obedece a dos factores: de un lado al hecho de que el Plan Obligatorio de Salud –POS– que ofrece el Régimen Subsidiado –RS– es muy infe-

rior al POS que se ofrece a los asegurados en el Régimen Contributivo –RC-, o lo que es lo mismo, que el paquete de servicios previstos por el seguro del RS, esto es el POS-S, es muy inferior al paquete de servicios que ofrece el RC -POS-. Del otro, a que en la regulación de la cobertura del RS se planteó que, inicialmente, sólo los estratos más pobres de la población podrían acceder al subsidio, es decir, podrían ser inscritos en el RS, dejando de lado la posibilidad de asegurar a sectores que, si bien no rozan los límites de miseria, tampoco tienen capacidad de pago, con lo cual no pueden participar del RC, quedando así en una categoría de “vinculados” que, pese a haber sido plantada como transitoria, ha devenido en permanente. Veamos:

En relación con la diferencia de contenidos entre el POS y el POS-S debe decirse que en principio se planteó que esta sería eminentemente transitoria y como mucho duraría hasta el año 2001 en el cual se esperaba haber logrado la cobertura universal de manera que los fondos destinados hasta el año 2000 a la ampliación de la cobertura, podrían ser destinados a partir de dicho momento a la ampliación del catálogo de servicios cubiertos por el POS-S. Pero ello, como lo demuestra las cifras transcritas en el capítulo VI, no ha sido así, al punto que en la reforma contenida en la Ley 715 de 2001 se derogó expresamente el último inciso del artículo 157 de la Ley 100 de 1993 que contenía la previsión de tal transitoriedad. De este contexto se deriva un elemento adicional cual es el de que el monto de la póliza del aseguramiento en el RS, esto es la UPC-S, es, desde el inicio, prácticamente la mitad del monto del RC –UCP-. Y no sólo eso sino que para diciembre de 2003 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió un nuevo acuerdo en el que se aumenta la UPC para el año 2004 en un 7,1% mientras que la UPC-S sólo se aumenta en un 6,2%⁴⁹; es decir, que en lugar de propender por la equiparación de ambas Unidades de Capitalización se sigue abriendo la brecha entre una y otra y por tanto la diferencia en los contenidos de cada uno de los Planes de Salud –v.g. POS y POS-S-. Así las cosas, puede decirse que

en términos de aseguramiento de las contingencias de salud de los beneficiarios, la cobertura del RS equivale prácticamente a la mitad que la cobertura del RC y que la diferencia entre uno y otro paquete de servicios sigue creciendo.⁵⁰

Por otro lado, y en relación con aquella parte de la población que está destinada a permanecer en calidad de “vinculada” del Sistema, podría concluirse que lo que existe es un importante vacío en el diseño de políticas tendientes a lograr la cobertura equitativa y universal en la medida en que de un lado se “permite” la evasión de cotizaciones por parte de un grupo poblacional no vinculado al trabajo formal pero que goza de alguna capacidad de pago, y por el otro no se posibilita la inclusión de la población de estratos medios no vinculada al trabajo formal –que incluye un grupo poblacional sin capacidad de pago que se encuentra por encima de los estratos 1 y 2 del SISBEN- al régimen de aseguramiento. Esta población constituye un grupo poblacional que, dada la lógica con la cual se ha manejado el sistema de distribución del subsidio, se encuentra destinado a ser excluido del régimen de aseguramiento, ya que pese a no tener capacidad de pago, tampoco encaja en el nivel de pobreza que exige el SISBEN para otorgar el subsidio. Para entender este fenómeno, es necesario profundizar un poco en la fórmula adoptada por el legislador para la focalización de los recursos de subsidio a la salud.

El proceso de selección de los beneficiarios del RS del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, así como la priorización de los beneficiarios de acuerdo con los recursos disponibles, se encuentran regulados por los artículos 8°, 9° y 47 del Acuerdo número 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de 1997. Sobre esta base, el Consejo

⁴⁹ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo del 22 de diciembre de 2003.

⁵⁰ Algunos analistas consideran que para lograr una medición real de la cobertura en un Sistema de Seguridad Social en Salud en el cual se da la posibilidad de aseguramientos parciales o diferenciales, como es el caso colombiano según se acaba de explicar, es necesario medir no sólo el número de afiliados, sino también los recursos disponibles para pagar las primas de aseguramiento y el contenido del paquete de servicios ofrecido. Sobre esta base, de ser tenidos en cuenta ambos factores, las cifras de cobertura del SGSSS en Colombia resultan aún más desalentadoras. Ver al respecto RAMÓN GRANADOS TORAÑO y MARÍA C. GÓMEZ MONTOYA, “La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance” en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp> Consultada en septiembre 2003.

Nacional de Política Económica y Social –CONPE- Saprobo el "Documento CONPES Social n. 22"⁵¹, según el cual la selección de beneficiarios mediante el SISBEN debe llevarse a cabo por medio de la focalización geográfica y la individual. La focalización geográfica consiste en la localización de las áreas geográficas en donde se concentra la población más pobre para aplicar allí programas de política social. Como instrumento técnico básico para esta focalización se utiliza la estratificación socioeconómica de la población que, según el documento citado, "es una herramienta técnica de clasificación de la población que permite establecer, con base en las características de las viviendas, distintos grupos (estratos) de personas con características sociales y económicas similares". Pero como esta herramienta resulta insuficiente en algunos casos, el propio CONPES establece que ella debe complementarse con procesos de focalización individual en los cuales se usa como instrumento técnico básico una "Ficha de Clasificación Socioeconómica de Hogares, Familias o Individuos", que "consiste en un cuestionario corto que se aplica a los hogares, familias o individuos pobres para obtener con detalle información relacionada con el empleo, ingresos y características de las viviendas". Con base en tal encuesta se identifica a los potenciales beneficiarios de programas de auxilios como el Régimen Subsidiado de seguridad social en salud (Ley 100/93, artículos 211-217). A partir de ambos elementos de clasificación se asigna un puntaje a cada individuo, con base en el cual se le clasifica en uno de los 6 estratos o niveles reconocidos por el SISBEN, siendo el SISBEN 1 correspondiente al puntaje más bajo, es decir, al estrato más pobre de la población. La normativa correspondiente ha determinado que los programas sociales basados en la entrega de subsidios, como es el caso del aseguramiento en salud al RS, se centrarán en los niveles 1 y 2 del SISBEN.⁵²

Si partimos de la base de que el proceso de focalización individual se lleva a cabo únicamente dentro de un grupo poblacional que ha sido previamente identificado por el sistema de focalización geográfica como pobre, se entenderá con facilidad que todas las personas clasificadas en el SISBEN, tanto aquellas del nivel 1 como aquellas del nivel 6, son personas que se encuentran dentro de la línea de pobreza, lo cual implicaría que deberían poder ser sujeto de subsidio. Sin embargo, como se explicó ya, ello no es así, en la medida en que los subsidios del RS se centran en los niveles 1 y 2 de SISBEN lo cual condena a las personas clasificadas en los niveles 3, 4, 5, y 6 a permanecer como vinculadas al Sistema dada su incapacidad de pago. En términos de Echeverri, si se analiza la diferencia numérica entre la población con NBI, alrededor de 16 millones de colombianos (que por "clasificar" en los niveles 1 y 2 de SISBEN es potencial asegurada del RS), y aquella que se encuentra en la línea de pobreza, alrededor de 26 millones, se encuentra que en términos de la cobertura del aseguramiento para las personas sin capacidad de pago, el SGSSS invisibiliza aproximadamente a 10 millones de colombianos, subestimando así la magnitud y la heterogeneidad de la pobreza de la población colombiana.⁵³

Esta situación, evidentemente no fue diseñada con vocación de perpetuidad, pues, en la medida en que se planteaba un aumento progresivo de la cobertura, se esperaba que una vez cubiertos los niveles 1 y 2 del SISBEN, el subsidio en salud se fuera extendiendo hacia los niveles 3, 4, 5 y 6 hasta llegar a la universalidad. El problema es que, como se ha mencionado ya muchas veces, las previsiones en este sentido están lejos de completarse, con lo cual existe

res cabeza de familia; y 5) demás población pobre y vulnerable (artículos 8, 9 y 47 del Acuerdo n. 77 de 1997).

⁵³ ECHEVERRI López, Esperanza, "La salud en Colombia: abriendo el siglo ... y la brecha de las inequidades", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud* n. 3, Facultad de Ciencias económicas y administrativas, Universidad Javeriana, 2003, pág. 87 a 90. Un estudio más detallado sobre las dificultades que arroja el sistema de focalización del SISBEN y la "línea de corte" para la definición de potenciales beneficiarios del subsidio de aseguramiento en salud, puede consultarse en VEGA Romero, Román, y JARA Navarro, María Inés, "Década de los noventa: discursos de focalización de subsidios en salud", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud* n. 2, Facultad de Ciencias económicas y administrativas, Universidad Javeriana, 2002, pág. 95 a 106.

⁵¹ Documento CONPES Social n. 22 "Misión Social, Focalización del Gasto Social en las Entidades Territoriales", CONPES - Departamento Nacional de Planeación –DNP- UDS (1994)

⁵² Adicionalmente, dentro de los Niveles 1 y 2 del SISBEN habrán de priorizarse los potenciales afiliados así: 1) mujeres en estado de embarazo y niños menores de cinco años; 2) población con limitaciones físicas, síquicas y sensoriales; 3) población de la tercera edad; 4) muje-

un grupo poblacional hasta el momento excluido de las posibilidades de participar del sistema de aseguramiento.

2. La estabilidad financiera del Sistema

Dentro del segundo “bloque” encontramos como causas de la ineficacia del derecho a la salud los problemas que se han presentado para conseguir una estabilidad financiera del sistema sanitario en general. Al respecto son especialmente relevantes las dificultades que ha generado el proceso de descentralización de la financiación sanitaria -que han repercutido en la perpetuación de la categoría de “vinculados al Sistema”-, y aquellas derivadas del incumplimiento por parte del Estado en el abono de los aportes que le corresponden para la financiación de la sanidad y en el pago de los servicios facturados por los hospitales públicos que se mantienen bajo subsidio a la oferta.

En cuanto al primer asunto, las principales complicaciones derivan de la normativa del sistema de descentralización de la financiación sanitaria consagrada en los antiguos artículos 356 y 357 de la Constitución y en el fracaso de las políticas de conversión del subsidio de la oferta en subsidio a la demanda. Por un lado, la asignación forzosa de los recursos del Situado Fiscal y de las Participaciones de los municipios en los Ingreso Corrientes de la Nación y su distribución según los cánones legales para la atención del sector salud no garantizaba que en cada entidad territorial se obtuvieran los recursos suficientes para la adecuada prestación de los servicios: en muchos municipios, por ejemplo, las Participación sobre Ingresos Corrientes de la Nación no lograba cubrir los objetivos de eficiencia ni en relación con la prestación de los servicios, ni en materia de incentivar la generación de recursos propios. Adicionalmente, la fórmula de descentralización de los recursos sanitarios de la que venimos hablando contribuyó a que aumentaran o se mantuvieran las inequidades territoriales ya existentes en materia de salud toda vez que en algunos departamentos o distritos se recibían más recursos de los requeridos mientras que no había mecanismos de compensación para las entidades que presentaban faltantes. Por otra parte el proceso de conversión de subsidios en la

oferta en subsidios a la demanda –que se planteó como un proceso paralelo al de la ampliación de la cobertura hacia los sectores “vinculados”- no se ha desarrollado con éxito y su demora ha afectado seriamente las finanzas del Sistema especialmente porque, como se comentó, ha derivado en que en ciertos casos se termine pagando desde ambos subsidios por la prestación de un mismo servicio.

Además de lo anterior, la inestabilidad financiera del Sistema se ve reforzada por el incumplimiento por parte del Estado en punto a realizar los aportes a que se había comprometido para la financiación del SGSSS lo cual ha apuntalado la imposibilidad de ampliar la cobertura sanitaria. A pesar de las previsiones de la Ley 100 de 1993 según las cuales era obligación del Estado aportar el *paripassu*⁵⁴ igual a un punto por cada punto aportado al RS por el RC durante los años de 1994, 1995 y 1996, el gobierno no realizó los aportes completos, y para el año de 1997, para el cual la misma ley establecía que el aporte del Estado podría ser equivalente al de los años anteriores, parece ser que el gobierno interpretó que el aporte podía ser de nulo.⁵⁵ Al igual que otras previsiones de la Ley 100 de 1993, estas también fueron incumplidas. Así lo señalan las cifras aportadas por Granados y Gómez⁵⁶ según las cuales para el año 2000 tan sólo habían sido aportados por el Estado un 35.8% de los recursos proyectados. Ante tal panorama, en dos ocasiones el gobierno ha intentado rebajar las responsabilidades del Estado colombiano en relación con la financiación del RS. La primera de ellas, mediante el artículo 34 de la Ley 334 de 1996 con el cual se modificaba el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 reduciendo el aporte de la nación a medio punto sobre el aporte del RC a partir de 1997 y

⁵⁴ Según el planteamiento inicial de financiación del sistema el Estado debería aportar a la cuenta de Solidaridad del FOSYGA –aquella que financia el RS- un peso por cada peso aportado por el RC al RS. Este es el llamado *paripassu*. (artículo 221 de la Ley 100 de 1993, actualmente vigente).

⁵⁵ Ver al respecto, CASTAÑO Ramón, ARBELÁEZ José, GIEDION Ursula, y MORALES Luis G. “Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud”, *Serie Financiamiento del desarrollo, CEPAL, Unidad e Estudios Especiales, Santiago de Chile, 2001, pág. 13 y ss.*

⁵⁶ Ver al respecto RAMÓN GRANADOS TORAÑO y MARÍA C. GÓMEZ MONTTOYA, “La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance” en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/Consultada en septiembre 2003>.

como mínimo a un cuarto de punto a partir de 1998. La segunda, mediante el artículo 40.20 de la Ley 715 de 2001 que compartía objeto con el artículo 34 de la Ley 344 de 1996 al pretender reducir el aporte del Estado a un cuarto de punto del realizado por el RC para la financiación del Régimen Subsidiado. Ambas normas fueron declaradas inconstitucionales por la Corte Constitucional al considerar que las medidas señaladas eran incompatibles con la obligación de progresividad en el desarrollo del derecho a la salud que según plantea la Constitución corresponde al Estado (artículo 48 de la Carta).⁵⁷

Así las cosas, es claro que la puesta en marcha del sistema de financiamiento diseñado para el SGSSS, tanto desde el punto de vista de la descentralización financiera como desde lo que atañe a los aportes del Estado central, no está ayudando a la garantía del derecho a la salud. Al respecto, un estudio de la CEPAL⁵⁸ sobre la equidad del sistema de salud en Colombia (2001) señala que la escasez de recursos para la ampliación de cobertura, sumada a la evasión de aquellos trabajadores independientes con capacidad de pago que deciden no afiliarse al RC y al incumplimiento del gobierno nacional de pagar el *paripassu*, condenan el sistema al fracaso. Si a lo anterior se agrega que las proyecciones iniciales del modelo suponían su desarrollo en el marco de un ritmo de crecimiento económico del 5 % en el que disminuiría el desempleo y el empleo informal, a cambio de lo cual se vio un claro decrecimiento económico, especialmente durante los años 1998 y 1999 en los cuales el país sufrió una fuerte recesión, se entenderá la debilidad financiera del sistema. En términos de Restrepo estas condiciones son indicativas de que el sistema de financiación del SGSSS presenta claros síntomas de estancamiento, lo que lleva a que se estanque también la posibilidad de ampliación del RS encargada a las entidades territo-

riales, y lo que sugiere además la imposibilidad de ampliar los subsidios del POS-S para igualarlos al POS.⁵⁹

3. Las políticas públicas de descentralización

El proceso colombiano de descentralización, que en términos generales podemos definir como un proceso híbrido, fue pensado como una salida para la solución de un doble problema: de un lado ha buscado reglamentar u organizar de una vez el ordenamiento territorial en Colombia –lo cual se ha hecho mediante una distribución de competencias con una lógica sectorial-, y por el otro ha pretendido lograr el “buen gobierno” de los diversos territorios, para lo cual ha predominado una lógica territorial.⁶⁰ De tal propuesta se ha obtenido un panorama de descentralización territorial y desconcentración sectorial en el marco del cual se han implementado una serie de políticas públicas que combina elementos de descentralización con elementos de centralismo; unas políticas públicas en las que predomina la lógica sectorial y otras en las que cobra más fuerza la lógica territorial y ambas cohabitan como dos maneras de mantener la cohesión social en el país. Esta condición de modelo híbrido es la que ha propiciado algunas de las dificultades al momento de precisar las competencias, las responsabilidades y la coordinación entre los diferentes entes territoriales, afectando, evidentemente, las condiciones de la prestación de los servicios y con ello la eficacia de los derechos sociales.

Se han detectado al menos cuatro elementos que han dificultado el proceso de descentralización, especialmente el que se inicia con la expedición de la Carta de 1991: la falta de apoyo político tanto desde el gobierno central como desde las entidades territoriales, la escasa participación ciudadana, la debilidad

⁵⁷ Los procesos de inconstitucionalidad de las normas comentadas se resolvieron mediante las sentencias C- 1165 de 2000 para el artículo 34 de la Ley 344 de 1996 y C - 040 de 2004 para el artículo 409.20 de la Ley 715 de 2001.

⁵⁸ CASTAÑO Ramón, ARBELÁEZ José, GIEDION Ursula, Y MORALES Luis G. “Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud”, Serie Financiamiento del desarrollo, CEPAL, Unidad e Estudios Especiales, Santiago de Chile, 2001.

⁵⁹ RESTREPO Zea, Jairo Humberto, “El seguro en salud para los pobres en Colombia: una cuestión de derecho y economía”, en revista Pensamiento en Salud Pública, El derecho a la salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 2001, pág. 179 y ss.

⁶⁰ JOLLY, Jean-Francoise, “Región y Descentralización :enfoque económico versus enfoque político”, Ponencia para el Seminario Nacional Lo Regional en Colombia del Siglo XXI, mesa de trabajo, Descentralización y Región, 4 de octubre de 2001. Versión consultada en Internet en la página del Instituto Internacional de Gobernabilidad de la Universidad de Cataluña en Barcelona como paper n. 50.

institucional de los entes sub-nacionales que se refleja en el deficiente manejo de las relaciones fiscales intergubernamentales, y la determinación centralizada de la gran mayoría de las facultades tributarias subnacionales. Dentro de estos cuatro elementos, la demora en la promulgación de una ley de ordenamiento territorial es la primera señal de la falta de voluntad política realmente descentralizadora y ha derivado en una peligrosa “confusión” en la distribución de competencias y en el aumento de la dispersión de responsabilidades de los diversos entes territoriales. De igual manera, el paralelismo entre el llamado proceso de “descentralización sectorial” y el de descentralización territorial no se ha articulado correctamente, de manera que el accionar del Estado se sigue rigiendo por criterios más sectoriales que territoriales y los proyectos de inversión y las políticas fiscales y financieras siguen dependiendo del gobierno central.

Las dificultades del proceso de descentralización sanitaria, por su parte, responden a dos causas generales: de un lado a las dificultades que platearon las *propuestas normativas* que se desprenden de los contenidos de las Leyes 10 de 1990 y 60 y 100 de 1993 en relación con la descentralización del sector y que obligaron a un replanteamiento de la materia mediante el Acto Legislativo 01 de 2001 y la Ley 715 del mismo año; y del otro a los problemas de *implementación del Régimen Subsidiado de Salud*, que han sacado a relucir los problemas de cobertura del servicio y las dificultades para garantizar la estabilidad financiera del Sistema.

En términos de la propuesta normativa que hasta el año 2001 implicaba la articulación de las normativas derivadas de las Leyes 10 de 1990 y 60 y 100 de 1993, una de las principales dificultades se originó en la falta de armonización entre los tres cuerpos normativos. Así, la que inicialmente fue planteada como una descentralización en función de los niveles de complejidad científica de las instituciones sanitarias según la Ley 10 de 1990, se vio rápidamente reemplazada por un proceso de descentralización basado en los postulados de la Ley 60 de 1993 (complementados por los de la Ley 100 del mismo año) conforme a los cuales la distribución competencial obedecía a criterios más administrativos reser-

vando las facultades legislativas casi por completo al poder central; se descentralizaron básicamente las competencias relacionadas con a la administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre la base de que las instituciones sanitarias públicas se convertirían en empresas sociales del Estado con un alto grado de autonomía y que entrarían a competir con las instituciones privadas en la venta de servicios al sistema de manera, excepción hecha del manejo de la red pública que se mantendría durante el proceso de transición, no se repartirán más competencias relativas a la prestación de los servicios sanitarios.

Pero visto que esta propuesta normativa no se logró articular con la anterior y que esta circunstancia se unió a un nefasto proceso de certificación de los entes territoriales que querían recibir el traspaso de competencias sanitarias que les correspondían, a poco más de 5 años desde la entrada en vigor de las Leyes 60 y 100 de 1993, el legislador colombiano decidió cambiar nuevamente los parámetros del proceso de descentralización. Para ello, y con base en los mandatos de la Ley 715 de 2001, se cambió no sólo el régimen competencial de salud sino también su sistema de financiación. La nueva normativa ordena una distribución competencial en función de los tres grandes ejes del SGSSS -sistema sanitario público (apara la atención mediante el subsidio a la oferta de la población vinculada), el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo del SGSSS- y en relación con la salud pública, entregando las competencias sobre gestión de la prestación de servicios de la red sanitaria pública a los departamentos -que quedan a cargo de la prestación de los servicios médicos a la población “vinculada” y de la prestación de los servicios no contemplados en el POS-S para la población beneficiaria del Régimen Subsidiado- y asignando a los municipios únicamente competencias de afiliación, administración y coordinación del Régimen Subsidiado. Sobre esta base, desaparece el antiguo sistema de certificación de los municipios en el campo sanitario en la medida en que desaparece para ellos la posibilidad de adquirir competencias en materia de prestación de servicios de salud.

De lo anterior se desprende que, en el campo de la descentralización sanitaria, el legislador colom-

biano no se ha centrado. En el brevísimo lapso de 11 años se ha cambiado parcial pero radicalmente el sistema de distribución competencial en materia sanitaria y dos veces el sistema de descentralización de la financiación para el sector salud, lo cual es muestra clara de la inconformidad de los poderes del Estado con las fórmulas de planeación y los resultados del proceso de descentralización, y de la incomprendible “manía” del legislador colombiano de creer que los problemas de las políticas públicas y de los servicios sociales en el país se solucionan simplemente con cambios legislativos, sin analizar a fondo las causas de los descalabros y las mejores vías para su posible solución. Para la muestra, actualmente cursan en el Congreso una serie de proposiciones de reforma de la Ley 100 de 1993 entre las cuales la propuesta por el gobierno pretende cambiar nuevamente el reparto competencial a partir de una profunda reorganización del Régimen Subsidiado mediante un esquema financiero centralizado.⁶¹

⁶¹ Desde 2004 se han inscrito en el Senado y en la Cámara de Representantes más de una decena de proyectos de reforma del SGSSS; entre ellos los más relevantes son los proyectos de ley 19/2004 en el Senado, Por la cual se reforma el libro segundo de la Ley 100 de 1993 y se constituye el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral; 31/2004 en el Senado, Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud; 33/2004 en el Senado, Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las Profesiones de la Salud; 38/2004 en el Senado, Por la cual se adiciona el artículo 157, de la Ley 100 de 1993, para permitir el pago en el exterior de aportes en salud, para la vinculación y atención de nacionales al Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones; 52/2004 en el Senado y 179/2005 Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan normas orgánicas en materia de Recursos y Competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política; 98/2004 en el Senado, Por el cual se reforman los libros segundo y tercero de la Ley 100 de 1993 y se crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA); 115/2004 en el Senado y 081/2004 en Cámara por el cual se amplía la cobertura en la Prestación de Servicios de Salud a los Estratos 1, 2 y 3; 148/2004 en el Senado, por el cual se organiza la prestación de los servicios de salud y saneamiento ambiental en forma descentralizada, se establece el Subsistema de Salud Familiar y Comunitario, se modifica el libro II del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; 151/2004 en el Senado, Por la cual se modifica en lo que compete al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas Orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política; 239/2005 el Senado y 165/2003 en Cámara Por la cual se vincula el núcleo familiar de las madres comunitarias al Sistema

4. Universalidad, equidad social y equilibrio territorial: implementación del Régimen Subsidiado de Salud

En lo que tiene que ver con los servicios sociales y específicamente con la sanidad, las políticas públicas de descentralización en Colombia no parecen haber servido para solucionar los problemas de la eficiencia y cobertura del servicio. De hecho los indicadores utilizados en este trabajo muestran como los índices de cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran prácticamente estancados desde hace varios años y no presentan perspectivas claras de mejorar. Ello se refleja a su vez en los niveles de inequidad que se presentan entre personas y zonas del país en relación con el acceso al Sistema en general y a los servicios sanitarios en particular. De ahí que los niveles de equidad social y de equilibrio territorial en relación con sanidad sigan siendo una de las principales preocupaciones en esta materia.

Así como se han presentado problemas en el campo competencial, el proceso de descentralización sanitaria no parece haber contribuido significativamente en la consecución de la cobertura universal del SGSSS. El “desorden” presupuestario al que hemos hecho mención llevó también a que, entre otras cosas, el proceso de transformación de recursos del subsidio a la oferta en recursos de subsidio a la demanda propuesto por la Ley 100 de 1993 haya sido lento e insuficiente, lo cual ha repercutido naturalmente en el proceso de ampliación de la cobertura del SGSSS. Pese al innegable aumento en la cobertura del sistema de aseguramiento, que se vio claramente incrementado por la entrada en funcionamiento del Régimen

Subsidiado –RS–, las metas de universalización del servicio no se han cumplido aún, cuatro años después de la fecha límite propuesta inicialmente por el legislador.⁶² Así lo demuestra un repaso de los

⁶² Según el último inciso del artículo 157 de la Ley 100 de 1993 “A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162.” Vista la imposibilidad material de cumplir dichas

niveles de cobertura del SGSSS, y especialmente de los niveles de cobertura del aseguramiento del RS en cada uno de los departamentos y distritos del país. Un estudio del nivel de la cobertura de cada uno de los regímenes de aseguramiento y la relación de la cobertura del RS –la que compete a las entidades territoriales- con la población con NBI y con aquella que se encuentra en la Línea de Pobreza –LP- en cada departamento, así como de las cifras globales de afiliación a los Regímenes Subsidiado y Contributivo ofrecidas por las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida –ENCV- de 1997 y 2003 elaboradas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas –DANE-, y la Encuesta Nacional de Hogares –ENH- de 2000 de Profamilia, dejan como resultado que no sólo no se ha logrado un nivel de cobertura universal sino que ni siquiera se ha logrado cubrir mediante el aseguramiento al total de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI-. Tampoco se ha dado cobertura a la población que, si bien no está en los límites de la miseria, si se encuentra dentro de la línea de pobreza. De hecho, hasta el año 2002, sólo en los casos de Bogotá y Quindío el RS había cubierto plenamente al menos a la población con NBI, mientras que el resto de los departamentos y distritos las cifras no superaban, en promedio, el 70% de esta población, siendo la cobertura en algunos casos muy inferior a dicho promedio, como es el caso del 42% en el Vichada o el 48% en Bolívar, Magdalena o Santa Marta. Vale aclarar además que las cifras de cobertura del departamento del Quindío incluyen aquellas derivadas del subsidio del Fondo de Recuperación de Eje Cafetero otorgado de manera extraordinaria a partir de 1999 a raíz de la tragedia natural que tuvo lugar en la zona y que dejó “sin nada” a buena parte de la población⁶³, lo cual quiere decir que el mérito de la ampliación de la cobertura en esta zona no representa un triunfo del SGSSS. Y estas cifras no mejoran para el año 2003 en el cual se calculó que el índice de población con NBI beneficiaria del Sistema tampoco superaba el 70%. Así lo señala el Informe del Consejo Nacional

metas, el inciso en comento fue expresamente derogado por el artículo 113 de la Ley 715 de 2001.

⁶³ En 1999 la ciudad de Armenia, capital del Quindío, sufrió un gravísimo terremoto que devastó buena parte de la región.

de Seguridad Social en Salud –CNSSS- 2003 al Congreso de la República en el cual el Consejo manifiesta que, en relación con el Informe del año 2002, la cobertura de la población con NBI aumentó sólo del 68,5% al 69,7. Por su parte, de acuerdo con los datos ofrecido por el Informe del CNSSS del año 2005, la cobertura del Régimen Subsidiado en 2004 llegaba apenas al 34% de la población.

En relación con el *equilibrio territorial*, además, las cifras de porcentaje de población con NBI cubierta por el SGSSS ponen de presente que en términos generales, son los departamentos más pobres los que sufren menores niveles de cobertura, con lo cual resulta cuanto menos dudoso el beneficio que en tales casos han aportado el nuevo sistema de organización del sistema sanitario y la descentralización del mismo.⁶⁴ Así, en departamentos como Amazonas, Córdoba, Chocó, Guainía, Guaviare, Putumayo, Sucre, Vichada y Vaupés, entre otros, este porcentaje no supera el 60% de la población con NBI, lo cual hace suponer que en conjunto, la cobertura total del SGSSS es igualmente deficiente.

Frente a este panorama, y partiendo de la base de que en Colombia el proceso de descentralización se plantea como una herramienta para lograr mayor eficiencia en la reducción de las diferencias sociales y la mejora de las condiciones de vida de la población⁶⁵ -mediante un reparto más eficiente de las competencias entre los distintos niveles de gobierno en donde la redistribución que implica la descentralización se ve como una forma para suplir efectivamente la canasta básica de los ciudadanos de los diferentes territorios de un Estado-, tendríamos que concluir

⁶⁴ Una reflexión en este mismo sentido, es decir, en cuanto a que la descentralización no había arrojado los resultados esperados en punto a disminuir las diferencias socio-económicas entre las diferentes regiones del país, la hacía en 1984 Villar, al señalar que la mayor parte de los ingresos presupuestales estaban localizados en Cundinamarca, Antioquia, Valle y Atlántico, mientras que las entonces Comisarias del Vichada y Vaupés, y los departamentos de Boyacá, Bolívar, Cauca, Córdoba, Chocó, Huila, Magdalena y Nariño contaban con recursos fiscales y niveles de producción muy inferiores, a pesar de las medidas de descentralización adoptadas. Al respecto se puede consultar VILLAR BORDA, Luis, *Democracia municipal*, Colección: Autores Hispanoamericanos de Derecho Público, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid 1984, pág. 132.

⁶⁵ AYALA CAÑÓN, Luis, MARTÍNEZ LÓPEZ, Rosa, RUIZ-HUERTA, Jesús, 2001, *Op. Cit.*, pág. 7

que, aunque se han presentado mejoras en las condiciones sanitarias nacionales, el país se encuentra aún lejos de cualquier meta de reducción de diferencias sociales y de eliminación de la pobreza. Dado el altísimo porcentaje de la población que se encuentra en situación de NBI y en la línea de pobreza y que aún no cuenta con cobertura del SGSSS, debemos decir que las medidas de descentralización de la salud en tanto servicio público -que como prestación social tiende a satisfacer eficientemente los derechos sociales de los ciudadanos- no ha cubierto las expectativas como medida para propender por el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos y la eliminación de las diferencias sociales; la descentralización sanitaria no parece haber sido hasta ahora efectiva como herramienta para la lucha contra la pobreza.

Ante el evidente “fracaso” en punto a la consecución de la cobertura universal del sistema sanitario, en el marco de la Ley 812 de 2003 (por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003 – 2006), el legislador estableció nuevos mecanismos tendientes a conseguir una ampliación de la cobertura sanitaria, especialmente en el campo del RS. Según dicha norma los recursos percibidos por las entidades territoriales (propios o por transferencia, y aquellos originados en la transformación de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda) deberán destinarse a la reestructuración de la red hospitalaria y a la consecución de las metas de la ampliación de la cobertura que define el propio Plan Nacional de Desarrollo. Los recursos originados en esta transformación, continúa la Ley en comento, no podrán ser utilizados por las entidades territoriales para garantizar la continuidad de los ya beneficiarios del sistema sino únicamente para la ampliación de la cobertura. Adicionalmente dentro de las prioridades de inversión de los departamentos, distritos y municipios se establece la ampliación de la cobertura del RS para lo cual deberán emplear también los recursos procedentes de la liquidación de contratos anteriores de administración del RS y los rendimientos financieros (artículo 54).

Por otro lado, en relación con la *equidad social* ya se ha señalado en otra parte de este texto que además de la confusa distribución de competencias

en materia sanitaria y de los problemas financieros del sistema de salud, existen causas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud que hacen del mismo un sistema inequitativo y con pocas perspectivas en punto a lograr la universalidad de la cobertura que prometía la propuesta legislativa inicial. Al respecto sólo cabría agregar que el “desorden” presupuestario del Sistema originado en la “problemática” normativa de descentralización financiera del servicio (al cual ya hemos hecho mención) llevó también a que el proceso de transformación de recursos de subsidio a la oferta en recursos de subsidio a la demanda haya sido lento e insuficiente, lo cual repercutió en el proceso de ampliación de la cobertura del sistema sanitario. Aunque la cobertura ha crecido, las metas legislativas de universalización del servicio y por tanto de consecución de la equidad social no se han cumplido aún, cinco años después de la fecha límite propuesta inicialmente por el legislador. De hecho, según los datos que se presentan en la investigación no sólo no se ha logrado un nivel de cobertura universal sino que ni siquiera se ha logrado cubrir mediante el aseguramiento al total de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI-, lo cual implica que tampoco se ha dado cobertura a la población que se encuentra dentro de la línea de pobreza.

5. El derecho a la salud en Colombia a la luz de los indicadores del derecho internacional de los derechos humanos

El panorama sobre el desarrollo del Sistema de salud y de las actuales condiciones de cobertura del mismo que hemos presentado, nos permite ahora una evaluación no sólo de dicho panorama sino más globalmente de la eficacia del derecho a la salud en Colombia con base en los indicadores establecidos por el Comité de DESC de la ONU para este fin y que presentamos al inicio de este trabajo (v.g. asequibilidad o disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). Lo anterior sobre la base de que para Colombia, además de las obligaciones que en materia de garantía del derecho a la salud se derivan de la Constitución, existen una serie de deberes que se desprenden de su adhesión a los tratados y convenios internacionales que consagran a la salud como

un derecho de la persona humana y cuya eficacia debe estar garantizada por los Estados, *so pena* de incumplimiento del derecho internacional de los derechos humanos. La vinculatoriedad de dichos deberes está además reforzada por el derecho interno en la medida en que la propia Constitución señala, en su artículo 93, que “[l]os tratados internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en la Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia. (...)” Las normas internacionales sobre derechos humanos ratificadas por Colombia conforman un solo cuerpo normativo con los postulados de la Constitución. Es el llamado *bloque de constitucionalidad*⁶⁶.

5.1. Asequibilidad o disponibilidad

Como tuvimos oportunidad de señalar anteriormente, la obligación de *asequibilidad o disponibilidad* en relación con el derecho a la salud hace referencia a que el Estado debe garantizar, al menos, la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, personal sanitario y centros de atención de la salud, así como de programas de atención sanitaria, según las necesidades de la población de referencia, respecto de los cuales se garantice la igualdad en las posibilidades de acceso. Adicionalmente esta obligación implica la de garan-

tizar la disponibilidad suficiente de los factores determinantes básicos de la salud.⁶⁷

Respecto de la situación del derecho a la salud en Colombia y su relación con este primer indicador, lo primero que hay que decir es que, como se ha visto, las posibilidades de acceso a los establecimientos de salud –de cualquier categoría-, y por consiguiente la posibilidad de acceso a servicios de atención sanitaria profesional en el marco del SGSSS está determinada por la forma de vinculación del usuario al Sistema, es decir, depende de si éste se encuentra como beneficiario del RC o del RS, o si por el contrario se encuentra en calidad de “vinculado”, lo cual de entrada cuestiona la equidad en el acceso a los servicios. Aún cuando se supone que en cualquier caso se debe proporcionar a la persona la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios en igualdad de condiciones, lo cierto es que en la actualidad, dada la diferencia que se presenta entre los contenidos del POS (para el RC) y del POS-S (para el RS), y dadas las diferencias entre ambos Regímenes y el complejo de usuarios “vinculados” al Sistema, la posibilidad de acceso a determinados servicios sanitarios sigue dependiendo, entre otros factores, de la capacidad económica del usuario. Así lo refleja los datos ofrecidos por Jaramillo según los cuales entre un 6% y un 9% de la población total no accede a asistencia sanitaria de ningún tipo, siendo en un 51% de los casos las causas económicas las que disuaden a los usuarios de pretender tal acceso.⁶⁸

⁶⁶ El concepto de bloque de constitucionalidad en Colombia es heredero de la figura homónima en el derecho francés, de manera que se entiende por tal, el conjunto de normas de rango constitucional formado por la propia Constitución y por otras normas de derecho internacional que adquieren tal rango por disposición de la propia Carta. En el derecho francés el concepto de bloque de constitucionalidad tiene su origen en la práctica del Consejo Constitucional y surge de la consideración de que, dado que el Preámbulo de la Constitución de ese país hace referencia al Preámbulo de la Constitución derogada de 1946 y a la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, esos textos son también normas y principios de valor constitucional que condicionan la validez de las leyes. Sobre este concepto se puede consultar FAVOREU, Louis “El bloque de constitucionalidad” en *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, n. 5, Madrid, pág. 46 y ss, y PARDO FALCÓN, Javier, *El Consejo Constitucional Francés, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990, pág. 115 y ss.*

⁶⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, *Observación General 14, párrafo 12*

⁶⁸ JARAMILLO Pérez, Iván “Evaluación de la descentralización en salud en Colombia” informe de Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década Tomo II. *Departamento Nacional del Planeación –DNP-, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, PNUD, Agencias Colombiana de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002, pág. 124 y 125.* Al mismo fenómeno de que la falta de recursos económicos es una de las principales razones por las cuales una parte de la población no accede a los servicios sanitarios, se refieren CÉSPEDES y colaboradores al señalar que cerca de la mitad de la población de los estratos 1 y 2 de 9 ciudades colombianas no utiliza los servicios de salud, aduciendo en un 66% de los casos la escasez de recursos económicos. CÉSPEDES, J.E., JARAMILLO, I. y MARTÍNEZ, M. “Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y a utilización de servicios en salud”, en *Revista de Salud Pública* 2, 2000, pág. 145 a 164. Sobre este punto ver igualmente ECHEVERRI López, Esperanza, “La salud en Colombia: abriendo el siglo ... y la brecha de las inequidades”, en *Revista Gerencia y Políticas de Salud* n. 3, Facultad de Ciencias económicas y administrativas, Universidad Javeriana, 2003, pág. 89

Estas cifras, aunque menores, siguen siendo escandalosas en los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2003 según la cual de las personas enfermas el 39,3% no solicitaron atención médica por falta de dinero.

Lo mismo ocurre en cuanto a la obtención de los medicamentos recetados por los médicos tratantes. Según la Defensoría del pueblo, La entrega de medicamentos es uno de los puntos débiles del Sistema toda vez que los copagos a cargo de los usuarios implican un “gasto de bolsillo” que en muchos casos los usuarios no pueden costear. El 47% de los usuarios [que han instaurado una acción de tutela alegando la violación del derecho a la salud] manifestaron tener problemas con la entrega de medicamentos. El llamado “gasto de bolsillo” se convierte fácilmente, según la Defensoría, “en una barrera de acceso a los servicios de salud y puede ser un gran generador de pobreza dado que puede representar una porción importante de los ingresos de un hogar en un año (...). Si se acepta como “objetivo de un sistema de salud el de la protección financiera de los hogares frente al riesgo de empobrecerse a causa del gasto de bolsillo derivado de la enfermedad o trauma (...), no se justificaría que el gasto de bolsillo en materia de atención sanitaria para las familias pobres ascienda al 6% del total de sus ingresos”.⁶⁹

En cuanto a la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, personal sanitario y centros de atención de la salud, el informe del Departamento Nacional de Planeación señala que entre 1990 y 2000 los hospitales del segundo y tercer nivel tuvieron un mayor desarrollo en infraestructura e incluso aumentaron en número en un 11% y 20% respectivamente, al tiempo que los centros de salud aumentaron en un 5%, mientras que los hospitales del primer nivel no reportaron crecimiento alguno. Lo anterior, sin embargo, no permite afirmar que la infraestructura sanitaria haya crecido de manera acorde con las necesidades poblacionales, si se tiene en cuenta que para el mismo período la población total creció en un 19%, con lo cual, en

términos generales (excepción hecha del caso de los hospitales de tercer nivel) la capacidad de las instituciones sanitarias no creció ni siquiera en proporción al crecimiento poblacional.⁷⁰

En materia de salud pública, que además del denominado Plan de Atención Básica -PAB- de atención a las personas incluye una atención al ambiente tendiente a garantizar condiciones generales de salubridad, el Informe mencionado basa su medición respecto de los resultados de la descentralización en salud en el avance de los índices de vacunación y en general en las actividades de promoción y prevención en el área sanitaria. Al respecto señala que las vacunaciones han crecido de manera sostenida, lo mismo que las visitas domiciliarias, al tiempo que el personal promotor en salud ha crecido casi a la par con el crecimiento poblacional.⁷¹ Así las cosas, la cobertura de vacunación infantil en menores de un año, alcanzaba para 2001 al 85,5% del total de la población de referencia, cifra esta bastante alentadora en términos de universalización del servicio, aunque todavía insuficiente.⁷²

No obstante la bondad de las anteriores cifras, no se puede decir lo mismo en relación con los otros elementos que componen los “factores determinantes básicos de la salud”, esto es el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas. Al respecto las cifras del Ministerio de Salud señalan que sólo un 70% de la población colombiana cuenta con acceso a agua de buena calidad, sobre un total del 94% de la población con cobertura de acueducto, población que es urbana en su gran mayoría. En el

⁷⁰ JARAMILLO Pérez, Iván “Evaluación de la descentralización en salud en Colombia” informe de Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década Tomo II. Departamento Nacional de Planeación -DNP-, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, PNUD, Agencias Colombiana de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002, pág. 120 y 121.

⁷¹ JARAMILLO Pérez, Iván “Evaluación de la descentralización en salud en Colombia” informe de Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década Tomo II. Departamento Nacional de Planeación -DNP-, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, PNUD, Agencias Colombiana de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002, pág. 122 y 123.

⁷² Datos citados en el Informe Situación de la Salud en Colombia: indicadores básicos 2002, apartado “Indicadores de Morbilidad: Cobertura de vacunación 2002.”. Las cifras hacen referencia a la vacunas de DTP, Anti-poliomelítica, BCG, anti-hepatitis B y Anti-maemophilus influenza tipo B.

⁶⁹ Defensoría del Pueblo, “La tutela y el derecho a la salud: causas de las tutelas en salud”, Bogotá, 2004

caso de la población rural (28,2% del total de la población colombiana), sólo un 27% cuenta con servicio de conexión a acueducto. Sólo un 87,3% de la población cuenta con un servicios de alcantarillado, porcentaje sobre el cual el 89% está localizado en las zonas urbanas, y sólo el 84% de la población urbana cuenta con servicios de recolección y eliminación de basuras. Adicionalmente estas cifras muestran desigualdades extremas cuando se estudian en relación con los departamentos y el tamaño de los municipios. A partir de allí se observa que los departamentos de Chocó, Córdoba y Caquetá son los menos favorecidos con sistemas de acueducto en la medida en que del total de su población sólo el 54%, el 43% y el 43,1%, respectivamente, cuentan con este servicio, mientras que Bogotá y Atlántico logran una cobertura del 98.1% y 97%, respectivamente. Bajo estas condiciones sanitarias la población de referencia además de pertenecer a los estratos más pobres de la población colombiana, resulta cada vez más vulnerable a enfermedades físicas derivadas de las precariedad de las condiciones de salubridad que le rodean.⁷³ Así lo indican también las cifras de mortalidad y morbilidad infantil según las cuales la mayoría de los casos de muerte infantil se presentan antes de que los menores cumplan un año de vida y están ocasionadas por infecciones gastrointestinales y de las vías respiratorias relacionadas con la falta de agua potable, de alcantarillado y de condiciones medioambientales sanas, es decir, con la pobreza.⁷⁴

Finalmente, en cuanto hace referencia a la existencia de programas de atención sanitaria y al acceso a los medicamentos definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS, ambos factores han sido contemplados por la Ley 100 de 1993 al consagrar la existencia del POS y del POS-S, de los demás planes de salud (PAB, entre otros), y de los catálogos de medicamentos asociados

a cada uno de los planes. Sin embargo es claro que dadas las deficiencias generales del Sistema (comentadas anteriormente), en la actualidad los planes propuestos por el SGSSS no garantizan posibilidades de acceso equitativas ni a los planes de salud, ni a los medicamentos subsidiados.

Con todo lo anterior llegamos a la conclusión de que, en este campo, el Estado Colombiano se ha limitado al cumplimiento de la obligación de "adoptar medidas" normativas⁷⁵ tendientes a lograr la igualdad en materia de asequibilidad o disponibilidad en el sistema sanitario. Pero los resultados esperados sobre tales medidas son bastante desalentadores, no solamente desde el punto de vista de la disponibilidad de la asistencia sanitaria, sino más aún, en relación con los "factores determinantes básicos de la salud" (agua potable y saneamiento básico) cuyos índices de cobertura son ciertamente precarios y denotan profundas desigualdades. Más allá del cumplimiento de esta primera obligación de adoptar medidas legales, en términos de cumplimientos de mínimos sanitarios, los resultados siguen siendo muy insuficientes.

5.2. Accesibilidad

En estrecha relación con el indicador de asequibilidad, el Comité de DESC de la ONU propone como mínima obligación del Estado la de garantizar la *accesibilidad* de todos, sin ningún tipo de discriminación, a los establecimientos, bienes y servicios de salud, supuesto dentro del cual la accesibilidad presenta dos dimensiones, a saber, la no discriminación en términos de garantizar que la asistencia sanitaria sea accesible para todas las personas - especialmente para los grupos más vulnerables de la

⁷³ Datos extraídos de "La situación de la salud en la población colombiana: análisis desde la perspectiva de la equidad", por ALVAREZ Castaño Luz Stella, en revista *Pensamiento en Salud Pública, El derecho a la salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 2001, pág. 111 y ss.*

⁷⁴ LLERAS de la Fuente, Carlos, y otros *Interpretación y génesis de la Constitución de Colombia, Cámara de Comercio, Bogotá, 1993, pág. 150*

⁷⁵ *Con respecto a la obligación de adoptar medidas, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que es de inmediato cumplimiento y que, en tanto tal, no puede quedar limitado ni condicionado por ninguna otra consideración. Así, según se plantea en la OG 3 del Comité de DESC de la ONU (párrafo 2), esta obligación no es otra que la de comenzar "inmediatamente" a tomar las medidas necesarias para lograr la plena realización de los DESC contenidos en el Pacto "en un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del Pacto". Las medidas a las que se hace referencia, continúa el comité, deben comprender tanto medidas legislativas como judiciales, administrativas, financieras, educacionales y sociales, todas ellas orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones del Estado en relación con los DESC.*

sociedad-, y la accesibilidad material, entendida como la posibilidad material real de acceder a la asistencia sanitaria, lo que implica que la localización geográfica de las instituciones sanitarias debe ser razonable en relación con la distribución de la población.⁷⁶

Con respecto a la no discriminación en el acceso, hemos señalado ya en otro apartado de este trabajo que el SGSSS tal y como ha sido concebido, consagra, *per se*, un sistema discriminatorio, tanto en las posibilidades de acceso al aseguramiento en salud, como en relación con los contenidos de los planes de aseguramiento, el cual, si bien se previó como un asunto transitorio, está condenado a la perpetuidad dentro de las actuales condiciones de funcionamiento y financiamiento del SGSSS.⁷⁷ A este respecto podría incluso ponerse en duda la “conducencia” o la “adecuación” de las medidas normativas adoptadas por el Estado colombiano para lograr un sistema sanitario que garantice condiciones de accesibilidad sin ningún tipo de discriminación.⁷⁸

En cuanto a la posibilidad de acceso determinada por la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios, un informe del diario “El Tiempo” señalaba en 2001 que “hay regiones que no cuentan con un hospital del nivel II para la atención de su población, y sus hospitales permanecen en déficit y cierre inminente, como son el Hospital San Andrés de Tumaco que atiende a toda la costa pacífica del [departamento de] Nariño, o el Hospital Sagrado Corazón de Cartago, única institución de este tipo en todo el norte del [departamento del] Valle del

Cauca”.⁷⁹ Esta situación parece mantenerse según se desprende de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ENCV 2003- del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) según la cual un 4,1% de la población que necesitó de atención médica no accedió a ella porque el centro de atención se encontraba muy lejos de su domicilio; esto es especialmente preocupante en el caso de la zona rural en la cual, según la misma Encuesta, el 9,5% de la población no accede a los servicios sanitarios por la misma razón. Las cifras muestran un aumento en la desatención por esta causa, si se comparan con las ofrecidas por la Encuesta Nacional de Hogares – ENH- de Profamilia del año 2000, según la cual un 3,4% de la población no accede a servicios sanitarios aún teniendo necesidad de ellos por que no existe tal servicio en su localidad o porque se encuentra demasiado lejos. Estas cifras contrastan con las aportadas para el año 1992 por la Encuesta de Hogares 77 -EH- relacionada por Fedesarrollo, según la cual casi un 10% de la población no accedía a servicios sanitarios de ningún nivel por el mismo motivo.⁸⁰

En contraposición con lo que se observa en materia de equidad en el acceso entendida como no discriminación en el contenido y la cobertura de los servicios, se puede decir que se ha avanzado en la ampliación de la cobertura geográfica del servicio, aunque aún existen zonas del país en las cuales el acceso a los servicios sanitarios se ve truncado por el factor geográfico, especialmente en el área rural. Si bien el Estado ha avanzado en el cumplimiento de su obligación en términos de lograr instituciones sanitarias accesibles materialmente para la población, los esfuerzos no han sido suficientes. Las inequidades en esta ámbito son evidentes, especialmente en términos de la localización rural o urbana de la población. Sobre este particular, como se acaba de señalar, según la ENCV 2003, el 9,5 de la población rural no

⁷⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, *Observación General 14*, párrafo 12

⁷⁷ A este asunto nos referimos anteriormente en el apartado dedicado a la evaluación del Régimen Subsidiado, en relación con la desigualdad que se presenta entre el POS y el POS-S, y con el margen poblacional que no puede ser incorporado al RC por carecer de capacidad de pago, ni al RS por no “clasificar” dentro de los beneficiarios de este Régimen según el sistema de focalización de SISBEN.

⁷⁸ Sobre los problemas de acceso que se desprenden de la regulación de la Ley 100 de 1993 se puede consultar también De CURREA-LUGO, Víctor de, “La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho”, en: *La Salud está grave: una visión desde los derechos humanos, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo*, Bogotá, 2000, pág. 251 - 253

⁷⁹ “La situación Hospitalaria” en *El Tiempo*, diario de circulación nacional, 8 de octubre de 2001, pág. 1 y 18.

⁸⁰ Las cifras son las relacionadas en el Informe del Departamento Nacional de Planeación JARAMILLO Pérez, Iván “Evaluación de la descentralización en salud en Colombia” informe de Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década Tomo II. Departamento Nacional del Planeación –DNP-, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, PNUD, Agencias Colombiana de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002, pág. 124 y 125.

cuenta con servicios sanitarios geográficamente accesibles. Aunque estas cifras son claramente favorables en relación con las ofrecidas por ENCV del DANE de 1997, según la cual un 45% de la población rural no tenía acceso a ningún servicio de salud, sólo un 3.2% contaba con atención de médicos o enfermeras titulados, y sólo en el 36.8% de las zonas rurales se disponía de un puesto de salud⁸¹, queda mucho camino para lograr la accesibilidad universal.

5.3. *Aceptabilidad*

La *aceptabilidad* en términos sanitarios hace referencia a las características de la relación entre la calidad de los servicios sanitarios y las propias del contexto donde las personas ejercen su derecho a la salud, dentro de la cual habrán de ser considerados los condicionamientos éticos y culturales que la sociedad asume frente al bienestar físico y mental. La atención sanitaria adecuada es aquella en la cual los establecimientos, bienes y servicios de salud son “respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”. La *aceptabilidad* ha sido utilizada por el derecho internacional de los derechos humanos para fundamentar los mínimos a tener en cuenta en relación con el respeto de la integridad de las personas.⁸²

Al aplicar este indicador al caso colombiano vemos que en materia sanitaria la Constitución Política consagra una protección especial en relación con las madres gestantes, antes, durante y después del parto, y una protección especial para las mujeres cabeza de familia (artículo 43), las cuales, entre otros beneficios, gozan de prioridad al momento de la

asignación de los subsidios del RS del SGSSS. De la misma manera, la propia Carta consagra expresamente el carácter fundamental del derecho a la salud de los niños y hace una mención especial al derecho que asiste a todo niño menor de un año de estar cubierto por algún tipo de protección o seguridad social, y de recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado (artículo 44 y 50). En relación con las personas de tercera edad, la Carta establece una protección especial en su favor garantizándoles los servicios de seguridad social integral y subsidio alimentario, en caso de indigencia (artículo 46). Igualmente, la Constitución consagra que el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social de los disminuidos físicos, a los cuales garantizará también la atención especializada que requieran, y por disposición legal se ha establecido un régimen especial para la protección de la salud de la población indígena. Todas estas previsiones encuentran su desarrollo en las normas que regulan el SGSSS. Adicionalmente, la Corte Constitucional ha consolidado una extensa jurisprudencia en relación con los derechos sanitarios que asisten a los enfermos de SIDA y de otras enfermedades de las llamadas ruinosas o catastróficas, en tanto grupo poblacional especialmente vulnerable en términos de salud y calidad de vida.

Entrar en un estudio detallado sobre el nivel de eficacia de cada una de estas previsiones constitucionales desde el punto de vista de la *aceptabilidad* del Sistema, desbordaría el objeto de este trabajo.⁸³ Sin embargo puede decirse que ellas de alguna manera sufren de las mismas “dolencias” generales del Sistema que se han estudiado ya, además de otras particulares, lo cual implicaría que también en este caso el cumplimiento de las obligaciones por parte del Estado en materia de garantizar un sistema de salud aceptable es cuando menos insuficiente. Para comprobarlo basta con revisar la precariedad de las cifras generales en términos de cobertura del RS y su

⁸¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas –DANE-, *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997, Boletín de Prensa, Santafé de Bogotá, 1998.*

⁸² *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, Observación General 14, párrafo 12 en salud: desigualdad y exclusión*, en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, n. 1, Facultad de ciencia económicas y administrativas, Universidad Javeriana, Bogotá, 2001 pág. 48 a 73.

⁸³ *Sobre la articulación de políticas de género, culturales y etáreas específicas al SGSSS y sus resultados puede consultarse HERNÁNDEZ Bello, Amparo y VEGA Romero, Román, “El sistema colombiano de seguridad social*

relación con las innumerables acciones de tutela que han sido interpuestas por personas que se encuentran dentro de alguno de estos grupos poblacionales y que se han visto excluidas de los beneficios del SGSSS. A manera de ejemplo puede citarse el caso de las mujeres pobres en embarazo o período de lactancia que no han “clasificado” para ser inscritas el RS según los instrumentos de focalización del SIS-BEN⁸⁴, los menores disminuidos físicos o mentales que han tenido que acudir a la acción de tutela para lograr que el SGSSS les preste la atención médica que requieren⁸⁵ y la cifra de enfermos de VIH que han sufrido suspensiones y exclusiones en materia de prestación de servicios médicos o subsidio de medicamentos antirretrovirales y por tanto han acudido a la justicia constitucional⁸⁶ en busca de la garantía de sus derechos sanitarios.⁸⁷ Igualmente pueden citarse

como ejemplo de la deficiencia de la *aceptabilidad* de la atención en salud las altas cifras de desatención prenatal a las mujeres de las zonas rurales del país de las cuales el 15.5% no recibe atención prenatal, y el 22% no es vista nunca por el médico durante el embarazo.⁸⁸

Es claro entonces que estas medidas constitucionales y legislativas en punto a priorizar la protección de la salud de ciertos colectivos (pueblos indígenas, madres, menores, ancianos o discapacitados), en ningún caso servirán por sí solas para solucionar los problemas o dificultades sanitarias que puedan tener estos grupos poblacionales, sobre todo si se piensa en que, como se ha visto, en Colombia hay una gran distancia entre las proyecciones legales y la realidad del sistema sanitario general. Con todo, hay que decir, en honor a la verdad, que como mínimo este es un gran paso en punto a la consecución de un sistema sanitario que cumpla con el requisito de la aceptabilidad. Por lo pronto se puede decir que con la expedición de un régimen especial para la protección de la salud de los indígenas, y con la previsión constitucional y legal de fórmulas especiales de protección para el derecho a la salud de otros grupos poblacionales especiales (v.g. mujeres, niños, discapacitados, etc.), el Estado colombiano ha cumplido al menos con una de sus obligaciones en relación con un sistema de salud *aceptable* cual es la de “adoptar medidas” legislativas tendientes a la efectiva realización de la salud respetando las características culturales y sociales propias de determinados grupos poblacionales. Más allá de esta primera obligación, el cumplimiento de las obligaciones internacionales en términos de la aceptabilidad sanitaria, por parte del Estado colombiano, es cuando menos dudoso.

5.4. Calidad

Finalmente, aparece el indicador de calidad sanitaria el cual hace referencia a que el derecho a la salud no se limita a la capacidad de disponer de un

⁸⁴ Sobre este punto pueden consultarse las sentencias de la Corte Constitucional T-606 de 1995, M.P. Fabio Morón Díaz, T-568 de 1996, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T-694 de 1996, M.P. Alejandro Martínez Caballero, C-470 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-373 de 1998, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T-792 de 1998, M.P. Alfredo Beltrán Sierra, T-177 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz, F.j. 2.2.a., T-177 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz, T-730 de 1999, M.P. Alejandro Martínez Caballero, F.j. 1. T-730 de 1999, M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-1083 de 2000, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T-1181 de 2000, M.P. José Gregorio Hernández y T-231 de 2001, M.P. Alejandro Martínez Caballero, entre muchas otras.

⁸⁵ Sentencias de la Corte Constitucional T-939 de 2001, M.P. Eduardo Montealegre, T-200 de 1993 M.P. Carlos Gaviria Díaz, T-067 de 1994, T-068 de 1994 y T-192 de 1994, M.P. José Gregorio Hernández Galindo, T-204 de 1994 M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-001 de 1995 M.P. José Gregorio Hernández, T-020 de 1995 M.P. Alejandro Martínez Caballero, SU-043 de 1995 M.P. Fabio Morón Díaz, T-131 de 1995 M.P. Jorge Arango Mejía, T-159 de 1995, M.P. Hernando Herrera Vergara, T-640 de 1997, M.P. Antonio Barrera Carbonell, T-556 de 1998, M.P. José Gregorio Hernández Galindo, T-338 de 1999, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa, T-179 de 2000, M.P. Alejandro Martínez Caballero (jurisprudencia reiterada en las T-339 de 1995 y T-620/99), T-179 de 2000, M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-920 de 2000, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T-134 de 2001, M.P. Carlos Gaviria Díaz y T-786 de 2001, M.P. Alfredo Beltrán Sierra, entre muchas otras.

⁸⁶ Sobre estos casos pueden consultarse las sentencias de la Corte Constitucional T-484 de 1992, M.P. Fabio Morón Díaz, T-505 de 1992, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T-505 de 1992, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T-271 de 1995, M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-417 de 1997, M.P. Antonio Barrera Carbonell, SU-480 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero, SU-645 de 1997, M.P. Fabio Morón Díaz, T-328 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz, T-177 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz, T-185 de 2000, M.P. José Gregorio Hernández, T-618 de 2000, M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-523 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda, y T-523 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda, entre muchas otras.

⁸⁷ Una recopilación de la jurisprudencia constitucional en estas materias puede consultarse en ARBELÁEZ Rudas, Mónica, La protección a la salud: línea jurisprudencial y notas constitucionales, Centro de Investigación y Educación Popular – CINEP-, Acción Ecueménica Sueca – EKAKONIA, 2002, y Diez años de protección constitucional del derecho

ONIA, 2002, y Diez años de protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana, en Comisión Andina de Juristas, Red de Información Jurídica, www.cajpe.org.pe/rij/bases/juris-nac/arbelaez.pdf

⁸⁸ PROFAMILIA, Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud 2000, Bogotá, 2000.

sistema de salud accesible y asequible por parte de toda la población. Para su plena realización el Estado debe garantizar además que los establecimientos, bienes y servicios de asistencia sanitaria sean apropiados desde el punto de vista científico y médico. Como se ha mencionado antes, el Estado tiene la obligación de mantener un *sistema sanitario apropiado, en términos de calidad*, para lograr la eficacia del derecho a la asistencia sanitaria y en igualdad de condiciones para toda la población.⁸⁹

Sobre este punto la propia Ley 100 de 1993 señala en su artículo 153.9 que la calidad es la regla general del servicio público en salud y rectora del SGSSS, para lo cual el propio Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios que permitan garantizar a los usuarios una atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y adecuada a los estándares aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales. De la misma manera, el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 señala que es competencia del gobierno expedir “las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud (...)”. En desarrollo de los anteriores postulados fue expedido el Decreto 2174 de 1996⁹⁰, posteriormente reformado por el Decreto 2309 de 2002 “por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del SGSSS”. A partir de lo anterior se puede decir que el Estado colombiano ha cumplido al menos con la obligación de “adoptar medidas” normativas tendientes a garantizar un servicio de salud de calidad, en los términos propuestos por los indicadores internacionales. Sin embargo, son escasos los datos que se han encontrados en relación con la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de asistencia sanitaria desde el punto de

vista científico y médico⁹¹, de manera tal que no nos aventuraremos a hacer una evaluación en este sentido.

Con todo, una pequeña muestra de lo que podría arrojar una evaluación sobre la calidad de los servicios sanitarios en el país se desprende del estudio realizado por un grupo de investigación de la Universidad de Caldas⁹², el cual diseñó y realizó una investigación con el fin de evaluar la calidad de la atención en los servicios de nutrición y dietética, fonoaudiología, terapia respiratoria y fisioterapia, en seis hospitales de primero, segundo y tercer nivel del Departamento de Caldas, sobre la base de que cada tipo de servicio sanitario amerita una metodología específica de evaluación y valoración en términos de calidad. Como resultados el estudio refleja una preocupante situación en los hospitales en términos de la organización y funcionamiento de los servicios estudiados y de la situación de las profesiones comprometidas en ellos. A manera de ejemplo podemos citar que el informe de la investigación señala que en el campo de la nutrición sólo uno de los seis hospitales cuenta con un profesional vinculado medio tiempo y que en uno de ellos ni siquiera existe el servicio; en el campo de la terapia respiratoria todas las instituciones estudiadas presentan serias deficiencias y sólo una de ellas cuenta con un profesional terapeuta en esta área; cuatro de las seis instituciones carecen del servicio de fonoaudiología y dentro de las dos que lo ofrecen éste es prestado a través de estudiantes en prácticas, uno de los cuales cuenta con la tutoría de un profesional de medio tiempo. En cuanto a la calidad en relación con el nivel de complejidad hospitalaria, el informe señala que de los

⁸⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, *Observación General 14*, párrafo. 12

⁹⁰ Con base en los mandatos sobre sistema de garantía de la calidad del servicio de salud contenidos en el Decreto 2174 de 1996, el Ministerio de Salud expidió el documento “Hacia el fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad en las entidades promotoras de salud –EPS- y las que se les asimilen”, contenido de una guía técnica de asesoramiento a las EPS con el propósito de facilitar el proceso de implantación y fortalecimiento de los diferentes componentes del Sistema de garantía de calidad en las diferentes entidades de salud de su jurisdicción.

⁹¹ ROLDÁN y otros señalan que “son escasos los logros en este campo [el del establecimiento de herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios en salud], por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a todas las instituciones, y mejor aún, que puedan ser utilizadas de manera específica a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud”. ROLDÁN y otros, *Universidad de Caldas, Programa de investigación en Salud Pública y Sistema de salud, Proyecto de investigación cofinanciado por Colciencias, Manizales, Informe de investigación publicado en Revista Colombia Médica Vol., 32 n. 1, 2001, pág. 15.*

⁹² ROLDÁN y otros, *Universidad de Caldas, Programa de investigación en Salud Pública y Sistema de salud, Proyecto de investigación cofinanciado por Colciencias, Manizales, Informe de investigación publicado en Revista Colombia Médica Vol., 32 n. 1, 2001.*

dos hospitales de primer nivel estudiados, sólo uno cuenta con un profesional vinculado a la institución en las áreas sanitarias estudiadas, de manera que en general los servicios estudiados son cubiertos por estudiantes en prácticas.

Reflexión final

Los elementos de análisis planteados hasta ahora en relación con la descentralización, la organización competencial y la eficacia del sistema normativo y financiero que sustenta el sistema sanitario en Colombia, y aquellos relacionados con los indicadores internacionales en materia sanitaria, muestran que las actuales condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud son realmente precarias en términos de garantizar la universalidad y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y de salud pública a la población colombiana. Del estudio de los compromisos adquiridos por el Estado en relación con el derecho a la salud, derivados tanto de su adhesión a tratados internacionales como de su propia normativa interna, se desprende que el Estado colombiano está incumpliendo sistemáticamente sus obligaciones en relación con uno y otro sistema normativo. Además, y teniendo en cuenta la demora del Estado en la reglamentación y ejecución de los contenidos de la Ley 100 de 1993, las deficiencias estructurales demostradas dentro del proceso de descentralización en salud, el incumplimiento por parte del Estado en el pago de los aportes que le corresponden en materia sanitaria, los problemas sin resolver que presenta el sistema de identificación de beneficiarios –SISBEN– y todas las demás debilidades del Sistema que se han manifestado a lo largo de éste trabajo, parece claro que, aunque es innegable que con el SGSSS se han logrado avances significativos, lo cierto es que las medidas de implantación del sistema de seguro y el proceso de descentralización dejan bastante que desear tanto en relación con los mandatos constitucionales y legales, como en lo que se refiere a los mandatos e indicadores internacionales sobre el derecho a la salud. De todo ello da fe la proliferación de acciones de tutela que reclaman el derecho a la salud en Colombia las cuales se han convertido en un clarísimo barómetro de medición de las preocupantes

condiciones en que se va desarrollando todo el sistema sanitario en el país.⁹³

Todas las distorsiones señaladas hasta ahora y que se pueden resumir en la constatación de que ninguna de las metas de cobertura y mejoramiento de la calidad del servicio planteadas por la Ley 100 de 1993 han llegado a buen término,⁹⁴ demuestran que, a pesar de las reformas, los tres subsistemas existentes antes de la Ley 100 (aseguramiento en salud dentro de la seguridad social para los trabajadores, sistema público para personas sin capacidad de pago –subsidiado en la oferta– y sistema privado de instituciones sanitarias) persisten actualmente y se mantienen claramente diferenciados, de manera que el aporte clave de la reforma, cual era el sistema de aseguramiento universal y solidario, está aún lejos de las posibilidades del sistema sanitario colombiano. Probablemente esta es la razón de que dentro de la actividad parlamentaria de los últimos años las propuestas de reforma del Sistema de salud (más de una decena) hayan tenido un papel protagónico. Con todo, a pesar de los trabajos parlamentarios en ambas cámaras, aún no se ha logrado consensuar el cambio.⁹⁵

Frente a este panorama, la Corte Constitucional señalaba ya en el año 2002 que aún cuando se reconoce que el derecho a la salud es de “naturaleza programática” y su consagración y la aplicación al sistema general de salud de los principios de solidaridad, universalidad e integralidad, “no apareja la obligación del Estado de diseñar un sistema general de seguridad social que esté en capacidad, *de una sola vez*, de cubrir integralmente y en óptimas condiciones todas las eventuales contingencias que puedan afectar la salud de cada uno de los habitantes del territorio, este hecho “no puede ser obstáculo para lograr esa meta en el menor tiempo posible, pues de

⁹³ Sobre este tema se puede consultar Arbeláez, Mónica, El derecho a la salud en Colombia” capítulo tercero, Institut de Dret Públic de Bracelona -Colciencias – CINEP, Bogotá, 2006.

⁹⁴ Recuérdese que el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 planteaba que para el año 2000 se habría logrado al cobertura universal del SGSSS y que para el año 2001 se habría equiparado el paquete de servicios del POS-S con los del POS.

⁹⁵ Ver *Ut supra* nota 62

no cumplirse con prontitud se estarían desconociendo los fines esenciales del Estado y, por ende, en flagrante violación de los artículos 48 y 49 del Estatuto Supremo”. Y en la misma sentencia señaló la Corte que si bien es cierto que en el marco del SGSSS “el grupo de participantes *vinculados* está llamado a desaparecer, por cuanto para el año 2000 todos los habitantes del territorio nacional deberían estar ya formando parte de alguno de los dos (2) regímenes [de aseguramiento] y para esta época ya no debían existir vinculados al sistema, se observa que aún existe este grupo de personas cuando de hecho ha debido cumplirse la preceptiva legal desde hace dos (2) años, sin que hasta la fecha se haya dado estricto cumplimiento”. En atención a lo anterior, la propia Corte hizo un llamamiento en el sentido de que “es deber del Congreso y del Gobierno adoptar todas las medidas económicas, políticas y administrativas para alcanzar en un término breve la cobertura total de los servicios de salud para toda la población colombiana, destinando cada año mayores recursos para hacer efectivo el derecho irrenunciable a la salud, avanzando en forma gradual pero rápida y eficaz para lograr en un tiempo razonable el bienestar social de todos.”⁹⁶

A pesar de la antigüedad del pronunciamiento, los postulados de esta sentencia tienen hoy total vigencia y por ello no podemos más que compartir esta opinión. El estudio sobre el estado del derecho a la salud en Colombia no permite hacer una evaluación positiva del mismo, no sólo porque los datos en relación la universalidad del derecho a la salud son realmente desalentadores, sino porque el panorama general es tan confuso y lleno de elementos contrapuestos que no permite definir fácilmente cuáles podrían o deberían ser las líneas de acción a seguir. Probablemente lo que se requiere es un cambio radical de todas las estructuras y un replanteamiento completo de las políticas sanitarias que pase por un proceso inicial de planeación serio y cuidadoso y que contemple todos los diferentes factores (orgánicos, administrativos, políticos, sociales, económicos, de

garantía de derechos, etc.) que pueden influir en el desarrollo de un sistema sanitario en condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMOVICH, Víctor y COURTIS, Christian “Fuentes de interpretación de los tratados internacionales de derechos humanos por los órganos internos. El caso de los derechos económicos, sociales y culturales”, en *La universalidad de los derechos sociales: el reto de la inmigración*, Universidad de Valencia, Tirant Lo Blanch, 2004.
- AGHÓN, Gabriel (Director), *Desarrollo económico local y descentralización en América Latina: análisis comparado*, CEPAL – GTZ, Santiago de Chile 2001.
- ALONSO OLEA, Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Editorial Civitas, Madrid, 2ª. Edición 1999.
- ALONSO OLEA, Manuel y TORTUERO PLAZA, José Luis, *Instituciones de seguridad social*, 16 Edición, Civitas, Madrid, 1998.
- ALVAREZ CASTAÑO, Luz Stella, “El derecho a la salud” en *Revista Pensamiento en Salud Pública*, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 2001.
- AÑÓN ROIG, María José, “El test de la inclusión: los derechos sociales”, en *Trabajo, derechos sociales y globalización*, Talasa, Madrid, 2000.
- ARANDIA LEDESMA, Iván Carlos, “Descentralización y relaciones intergubernamentales en Bolivia”, en *Revista Reflexión Política*, no. 8, UNAB, Colombia, diciembre de 2002.
- ARBELÁEZ RUDAS, Mónica, *El derecho a la salud en Colombia*” capítulo tercero, Institut de Dret Públic de Bracelona -Colciencias – CINEP, Bogotá, 2006.
- ARBÓS, Javier y VERNET i LLOBET, Jaume, “Los nuevos federalismos en el constitucionalismo del siglo XXI”, en APARICO, Miguel Ángel (Director), *La descentralización y el fede-*

⁹⁶ Sentencia C- 130 de 2002 -F.j. 12

ralismo. Nuevos modelos de autonomía política, CEDECS, Barcelona, 1999.

- AYALA CAÑÓN, Luis, MARTÍNEZ López, Rosa, RUIZ-HUERTA, Jesús, *La descentralización territorial de las prestaciones asistenciales: efectos sobre la igualdad*, Papeles de trabajo n. 16, Serie economía, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 2001.
- BARR, Nicholas, “Economic and the Welfare State: A Survey and Interpretation”, en *Journal of Economic Literature*, Jun 92, Vol. 30, parte 2.
- BARROS, M.E.; PIOLA, S.; y VIANNA, S.M. “Política de Saude no Brasil: Diagnóstico e perspectivas”, Texto para discusión, n. 4, Instituto de Investigación Económica Aplicada – IPEA-, 1996.
- BISANG, Roberto y CETRÁNGOLO, Oscar, “Descentralización de los servicios de salud en Argentina”, en Di GROPELLO, Emanuela y COMINETTI, Resella (Compiladoras), *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL-, 1998.
- BOBBIO, Norberto, *La descentralización: un tema difuso y confuso*. ILPES, Serie Ensayos, Documento 90/05, 1990.
- BONANATE, Luigi, “El papel de los Estados en el desarrollo internacional de los derechos humanos: derechos, deberes, obligaciones”, en *Derechos y Libertades* n. 8, 2000.
- BORJA, Jordi, *Descentralización y participación ciudadana*, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1987.
- BORRAJO DACRUZ, “Artículo 43. Protección de la Salud”, en VVAA (Dirección de Oscar Alzaga) *Comentarios a las leyes políticas. Constitución española de 1978*, Tomo IV, Editoriales de Derecho Unidas, Madrid, 1996.
- BOSSERT, Thomas J.; RUIZ MIER, Fernando; ESCALANTE, Scarlet; CARDENAS, Marina; GUISANI, Bruno; CAPRA, Katherina; BEAUVAIS, Joel; BOWSER, Diana, *La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia*, LACHSR Initiative Product Inventory n. 35, junio 2000. Consultado en Internet en <http://www.americas.healthsector-reform.org>, “LACHSR Initiative Product Inventory”.
- BOTTARI, Carlo, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Dott. A. Guiuffrè Editore, Milano, 1991
- BREWER-CARÍAS, Allan R, “El proceso de descentralización política en América Latina: la perspectiva federal”, en *Revista Iberoamericana de Administración Pública* n. 1, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 1998.
- _____, “Los problemas de la federación centralizada” en *IV Congreso Interamericano de Derecho Constitucional*, UNAM, México D.F. 1992.
- CAMPBELL, Tim; PETERSON, George; ABRAKARZ, Jose, *Descentralization to local government in Latin America Countries: national strategies and local response un planning, spending and management*. World Bank, Latin America an the Caribbean Technical Department, Report. N. 5, 1991.
- CASTAÑO, Ramón, ARBELÁEZ, José, GIEDION, Ursula, Y MORALES, Luis G. “Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud”, Serie *Financiamiento del desarrollo*, CEPAL, Unidad de Estudios Especiales, Santiago de Chile, 2001.
- CÉSEDES, J.E., JARMILLO, I. y MARTÍNEZ, M. “Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y a utilización de servicios en salud”, en *Revista de Salud Pública* 2, 2000.
- COBREROS MENDOZANA, Eduardo, *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud. Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español*, HSEE/IVAP, Oñati 1988.
- COBREROS MENDOZANA, Edotra, “Reflexión general sobre la eficacia normativa de los principios constitucionales rectores de la política

- social y económica del Estado”, en Revista Vasca de Administración Pública no. 19, 1987.
- COHEN, John M. y PEERSON, Stephen B. *Methodological issues in the analysis of decentralization*, Cambridge, MA: Harvard Institute of International Development, 1996.
 - COLMENARES, Germán (editor); *Historia económica de Colombia, Siglo XXI*, Bogotá, 1987.
 - COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE –CEPAL
 - _____, *Descentralización fiscal: El caso de Chile*, Serie Política Fiscal n. 57, LC/L823-8/E, CEPAL, abril de 1994.
 - _____, *Informe Final de la Misión para la Descentralización titulado Colombia: Descentralización y Federalismo Fiscal*.
 - _____, *Panorama Social de América Latina 2001-2002, Capítulo IV “Agenda Social. Capital social: sus potencialidades y limitaciones para la puesta en marcha políticas y programas sociales, CEPAL, 2002.* <http://www.eclac.cl>
 - COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, *Observaciones Generales n. 1, n. 3, n.5, n. 6, n. 9 y n. 14.*
 - CONCHA, Ximena; PAVEZ, Angélica; RACZYNSKI, Dagmar; ROJAS, Carolina; TOHA, Carolina; WALKER, Eduardo, “Superación de la pobreza y gestión descentralizada de la política y los programas sociales”, en RACZYNSKI, Dagmar y SERRANO, D. (Editoras), *Descentralización. Nudos críticos*, CIEPLAN, Chile, 2001.
 - CRAVEN, M. "The domestic application of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", en *Neetherlands International Law Review*, vol. XL (1993).
 - De CURREA-LUGO, Víctor de, “La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho”, en: *La Salud está grave: una visión desde los derechos humanos*, Plataforma Colombiana de Dere-
 - chos Humanos, *Democracia y Desarrollo*, Bogotá, 2000.
 - _____, *Derecho internacional humanitario y sector salud: el caso colombiano*, Plaza y Janés Ed., Bogotá, 1999.
 - DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*, Bogotá, 2004.
 - DEPARTAMENTO NACIONAL DEL PLANEACIÓN –DNP-, Dirección de Desarrollo Territorial, “Marco Conceptual y resultados del progreso municipal” y “Avances y resultados de la descentralización política en Colombia” en *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década Tomo I y Tomo II*. DNP, PNUD, Agencia de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002.
 - _____, *Departamento Nacional de Planeación, Documento CONPES n. 57, CONPES SOCIAL n. 57 del 28 de enero de 2002.*
 - Di GROPELLO, Emanuela y COMINETTI, Resella (Compiladoras), *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL-, 1998.
 - ECHEVERRY LÓPEZ, Esperanza, “La salud en Colombia: abriendo el siglo ... y la brecha de las inequidades”, en *Revista Gerencia y Políticas de Salud n. 3*, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Javeriana, 2003.
 - FAJARD Ortiz, Guillermo, “La descentralización de los servicios de salud en México (1981 – 2000)”, en *Revista Elementos, ciencia y cultura*, n. 53, Vol. 11, Marzo-Mayo 2004, <http://www.elemntos.buap.mx/num53/htm/45/htm>
 - FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicios público de sanidad: El marco constitucional*, Cuadernos Civitas, Madrid, 1984.
 - FERNÁNDEZ SEGADO, Francisco, “El federalismo en América Latina” en *Kverfassung und Recht in Ürbersee*. “Law and politics in Africa,

Asia and Latin America”, n. 36 Jahrgang-
1.Quartal, 2003, Nomos Verlagsgesellschaft,
Baden-Baden

- _____, “El Federalismo en Iberoamérica (1ª parte)”, en Revista Iberoamericana de Administración Pública n. 7, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, julio – diciembre de 2001.
- _____, “El Federalismo en Iberoamérica (2ª parte)”, en Revista Iberoamericana de Administración Pública n. 8, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, enero – junio de 2002.
- FINOT, Iván, CEPAL ILPES, Descentralización en América latina: teoría y práctica, Serie Gestión Pública, Santiago de Chile, mayo 2001(1).
- _____, Descentralización y participación en América Latina: una mirada desde la economía, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación económica y social –ILPES-, LC/IP/L.195, Boletín del Instituto n. 9, noviembre de 2001(2).
- _____, “Descentralización en América Latina: ¿cómo conciliar eficiencia y equidad?”, en Revista Reforma y Democracia n. 10, CLAD, Febrero de 1998.
- _____, “Elementos para una reorientación de las políticas de descentralización y participación en América Latina”, en Revista Reforma y Democracia n. 15, CLADCEPAL, Santiago de Chile, 1999.
- _____, “La corrupción en los procesos de adquisición del Estado. La descentralización del Estado como política contra la corrupción”, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES-, Artículo presentado a la Octava Conferencia Internacional Anticorrupción (IACC) realizada en Lima, Perú, en 1997.
- _____, Descentralización en América Latina: cómo hacer viable el desarrollo local, Serie Gestión Pública n. 38, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social -ILPES-CEPAL, Santiago de Chile, octubre de 2003.
- GARCÍA, González-Posada, “La organización del Sistema Sanitario español” en VVAA, Lecciones de derecho sanitario (Directores, José M. Gómez y Díaz-Castreverde y Francisco J. Sanz Larruga), Colección Cursos, Congresos y Simposios, Universidad de La Coruña, 1999.
- GARCÍA-PELAYO, Manuel, “Consideraciones sobre las cláusulas económicas de la constitución” en RAMÍREZ, M. (Director) Estudios sobre la Constitución española de 1978, Pórtico, Zaragoza, 1979.
- GARGARELLA, Roberto, “Primeros apuntes para una teoría sobre derechos sociales. ¿Es posible justificar un tratamiento jurídico diferenciado para los derechos sociales individuales?”, en Jueces para la Democracia n. 31, 1998.
- _____, La dificultad de defender el control judicial de las leyes, en Interpretación jurídica y decisión judicial, Fontamara, México, 1998.
- GARRIDO FALLA, Fernando, “Comentario al artículo 43” en VVAA Comentarios a la Constitución española, Madrid, 2ª edición, 1986.
- GONZÁLEZ MORÁN, Luis, "Introducción al derecho a la asistencia sanitaria", en El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos, Javier Gafo (editor), Universidad Pontificia ICAI-ICADE, Comilla, Madrid 1999.
- _____, “Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad”, en Revista Gerencia y políticas de salud n. 2, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Javeriana, 2002.
- GRANADOS Toraño, Ramón y GÓMEZ MONTOYA, María C., “La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance” en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp> Consultada en septiembre 2003.
- GUASTINI, Ricardo, “La Gramática de la Igualdad”, en Distinguiendo, Gedisa, Barcelona, 1999.

- HAEFNER, Carlos, “La descentralización y la planificación del desarrollo regional: ¿ejes de la modernización de la gestión Pública? Algunas notas sobre su discusión”, en Revista MAD n. 3, 2000, Departamento de Antropología de la Universidad de Chile.
- HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario, “El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización”, www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp.
- _____, “El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización”, en *La salud está grave, una visión desde los derechos humanos*, AAVV, Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo - Provea, Bogotá, 2000.
- HERNÁNDEZ BELLO, Amparo y VEGA ROMER, Román, “El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión”, en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, n. 1, Facultad de ciencia económicas y administrativas, Universidad Javeriana, Bogotá, 2001
- HESSE, Conrad, “Significado de los derechos fundamentales” en *VVAA, Manual de derecho constitucional*, Instituto Vasco de Administración Pública, Marcial Pons, Madrid, 1996
- HINESTROSA, Fernando, “Notas sobre la descentralización en Colombia”, en *IV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional*, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.
- JARAMILLO PÉREZ, Iván “Evaluación de la Descentralización SMS”, Fescol, Programa Harvard, Bogotá, 1996
- _____, “Evaluación de la descentralización en salud en Colombia” informe de Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década Tomo II. Departamento Nacional del Planeación –DNP-, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, PNUD, Agencia de Cooperación Internacional, GTZ, FONADE, Bogotá 2002.
- _____, Evaluación de la descentralización en salud en Colombia, Documento para el Desarrollo Territorial n. 48, Dirección de Desarrollo Territorial, Departamento Nacional de Planeación, 2001.
- _____, “Evaluación del Régimen subsidiado y la Descentralización en Salud”. Encuesta sobre 130 municipios realizada por el CIDER-REUNIRSE de la Universidad de Los Andes, Bogotá, 1997
- El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. FESCOL, Bogotá, 1999.
- _____, “El derecho a la salud, estado actual y perspectivas”, en SARMIENTO, Libardo (compilador), *Los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia: balance y perspectivas*, Bogotá, Consejería presidencial para la política social – PNUD, 1995.
- JOLLY, Jean-Francoise, “Región y Descentralización: enfoque económico versus enfoque político”, Ponencia para el Seminario Nacional Lo Regional en Colombia del Siglo XXI, mesa de trabajo, Descentralización y Región, 4 de octubre de 2001.
- JORDANA, Jacint, *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional*; Proyecto conjunto Endes – Unión Europea, INDES – Banco Interamericano de Desarrollo –BID-, Serie de Documentos de Trabajo I-22UE, Abril 2001
- MALDONADO, Alberto: “Resultados del proceso de descentralización territorial: muchos indicios y poca evidencia”, en *Territorios, Revista de Estudios Regionales y Urbanos* n. 4, enero-junio de 2000, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- MARIÑO, Fernando, “Avances jurídicos en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales dentro del marco de las Naciones Unidas”, en *Derechos y Libertades*, n. 6, 1998.
- MARTÍNEZ, Alejandro, “El derecho a la salud”, en *Ética y reformas a la salud*, Seminario Internacional, Ministerio de Salud de Colombia, Bogotá, julio de 1998.

- MASSIRIS CABEZA, Ángel, “Ordenación del territorio en América Latina”, en Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Scripta Nova Vol. VI, n. 125, octubre de 2002, consultado en Internet en febrero de 2004 en www.ub.es/geocrit/sn/sn125.htm
- Ministerio de Salud. Informe Situación de la Salud en Colombia: indicadores básicos 2002, apartado “Indicadores de Morbilidad: Cobertura de vacunación 2002.”.
- MORALES Sánchez, Luis Gonzalo, El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, Proyecto CEPAL/GTZ Reformas financieras del sector salud en América Latina, Serie Financiamiento y Desarrollo n. 55, LV/L.1037, CEPAL, Santiago de Chile, 1997.
- MORELLI RICO, Sandra y SANTOFIMIO, Jaime Orlando, El centralismo en la nueva Constitución Colombiana, Colección: Temas de Derecho Público, n. 28, Universidad Externado de Colombia, Instituto de Estudios Constitucionales Carlos Restrepo Piedrahita, Bogotá, 1993.
- MORELLI RICO, Sandra, La autonomía territorial en Colombia, Colección: Temas de Derecho Público, n. 43, Universidad Externado de Colombia, Instituto de Estudios Constitucionales Carlos Restrepo Piedrahita, Bogotá, 1996.
- _____, “La autonomía territorial en Colombia”, en Jornadas colombovenezolanas de derecho público, Universidad Externado de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Central de Venezuela, Universidad Católica del Táchira y Católica Andrés Bello, 1995.
- MUÑOZ MACHADO, Santiago, La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos” Alianza Editorial, Madrid 1995.
- _____, “La organización, las prestaciones y otros problemas jurídicos actuales de los servicios sanitarios”, en Revista Vasca de Administración Pública no. 57, 2000
- NAVARRO, Andrés, Derecho a la protección de la salud y Sistema Sanitario Integrado, Tesis Doctoral, Departamento de Derecho Administrativo, Universidad de Barcelona, 2001, mimeo.
- NOHLEN, Dieter, “Descentralización política. Perspectivas comparadas”, en Descentralización Política y consolidación democrática, Ed. Nueva Sociedad, Santiago de Chile, 1991.
- OCAMPO, José Antonio, “Centralismo, descentralización y federalismo en la historia de Colombia”, en OCAMPO, José Antonio y MONTENEGRO, Santiago, Crisis mundial, protección e industrialización: Ensayos de historia de Colombia, CEREC, Bogotá, 1984.
- _____, Colombia y la Economía Mundial: 1830-1910, Siglo XXI, México, 1984.
- _____, Ponencia Inaugural, “Seminario Internacional sobre descentralización fiscal en América Latina: Mejores prácticas y lecciones políticas”, ONU, CEPAL, Serie Política Fiscal n. 84, 1995.
- _____, “Fortalezas, debilidades y desafíos del pacto fiscal”, en Reforma y Democracia n. 13, 1999.
- ORLEANS, Carlos, “La descentralización de los servicios de educación y salud en México”, en Di GROPELLO, Emanuela y COMINETTI, Resella (Compiladoras), La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana, Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL-, 1998.
- PALMA, Eduardo; RUFÍAN, Dolores, Las nociones de centralización y descentralización. ILPES Santiago de Chile, 1989, Documento CPS-48.
- _____, “Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: enfoque institucional”, en Seminario Internacional sobre la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales, Santiago de Chile, ILPES, LC/IP/R.81, 1991.

- PARDO FALCÓN, Javier, El Consejo Constitucional Francés, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990.
- PAREDES Natalia, “A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano, ¿qué a pasado con el derecho a la salud?, en La salud está grave, una visión desde los derechos humanos, AAVV, Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo - Provea, Bogotá, 2000.
- _____, El derecho a la salud: su situación en Colombia, GTZ, CINEP, Bogotá, 2003.
- _____, Situación del derecho a la salud en Colombia: Una mirada a parir de la reforma a la seguridad social de 1993. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia, 2001, mimeo.
- _____, “La salud, ni se compra, ni se vende” en Revista Cien Días vistos por CINEP, Vol. 10, n. 44, abril – julio 1999.
- _____, “Pronostico reservado” en Revista Cien Días vistos por CINEP Vol. 10, n. 42, Julio – Noviembre 1998.
- _____, “Seguro Social frente a las EPS: La ley del embudo” en Revista Cien Días vistos por CINEP, Vol. 10, n. 41, abril–junio, 1998.
- PAREJO ALFONSO, Luciano. El Estado social y administración pública, Civitas, Madrid, 1983.
- _____, "Constitución y valores del ordenamiento”, en Estudios sobre la Constitución Española, Civitas, Madrid, 1991.
- _____, “El Estado social y administración prestacional”, en Revista Vasca de Administración Pública no. 57, 2000.
- _____, Estado social y administración pública. Los postulados constitucionales de la reforma administrativa, Civitas, Madrid, 1983.
- PEMÁN GAVIN, Juan, Derecho a la Salud y Administración Sanitaria, Real Colegio de España, Bolonia, 1989.
- _____, “Del seguro obligatorio de enfermedad al sistema nacional de salud”, en Revista Aragonesa de Administración Pública, no. 13, 1998.
- _____, “La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes” en Revista Derecho y Salud Vol. 9, n. 2, 2001.
- _____, Derecho a la salud y administración sanitaria, Publicaciones del Real Colegio de España, Bolonia 1989.
- PEREIRA ANDRADE, Antonio, "Hacia una potenciación del derecho constitucional a la protección de la salud" en Revista Actualidad Administrativa n. 10-11, 1992.
- Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Así van los DESC, Bogotá, 2000.
- PROFAMILIA, Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud 2000, Bogotá, 2000.
- RESTREPO, Mauricio, “Elementos para una doctrina del derecho a la salud en Colombia”, en GIRALDO VALENCIA, Juan Carlos (compilador), El ejercicio del derecho a la salud en Colombia, Defensoría del Pueblo. Bogotá, 2000.
- RESTREPO ZEA, Jairo Humberto, “El seguro en salud para los pobres en Colombia: una cuestión de derecho y economía”, en Revista Pensamiento en Salud Pública, El derecho a la salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 2001.
- RIBERO LAMAS, Juan, Protección de la salud y Estado social de derecho, Real Academia de Medicina de Zaragoza, Zaragoza, 2000.
- RITTER, Gerhard, El Estado social, su origen y desarrollo en una comparación internacional, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1991.
- ROLDÁN y otros, Universidad de Caldas, Programa de investigación en Salud Pública y Sistema de Salud, Proyecto de investigación confi-

nanciado por Colciencias, Manizales, “Informe de investigación” en Revista Colombia Médica Vol. 32 n. 1, 2001.

- RONDINELLI, D., NELLIS, J. Y CHEEMAN, G. S. , Decentralization in Developing Countries: a Review of Recent Experiences World Bank Staff, Working Papers, n. 581, Washington, D.C., 1986.
- RONDINELLI, Dennis A. “Analysing decentralization policies in developing countries: political-economy framework”, en Development and Change Vol. 20. n. 1, enero 1989.
- ROZO ACUÑA, Eduardo, Desarrollo político en Colombia, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1974.
- RUIZ-MIER, Fernando y GIUSSANI, Bruno, “La descentralización y el financiamiento de la provisión de los servicios de educación y salud en Bolivia”, en Di GROPELLO, Emanuela y COMINETTI, Resella (Compiladoras), La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana, Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL-, 1998.
- SALINAS, Jorge, Descentralización y desarrollo económico local: una visión general del caso en Bolivia”, CEPAL, LC/R.1971/E, 2000.
- SÁNCHEZ MORENO, Francisco, “Descentralización y salud”, Diario El Peruano, miércoles 12 de febrero de 2003, <http://www.editoraperu.com.pe/edc/03/02/12/opi.asp>
- SÁNCHEZ, Fabio, OLIVERA, Mauricio y CORTÉS, Giovanni, “Ahorro, inversión y transferencias en estructura territorial colombiana” en Planes de Desarrollo: Cómo va la descentralización, Vol. XXVIII, n. 3, julio – septiembre de 1997, DNP, Bogotá.
- TORRES TOVAR, Mauricio, Editor, ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud”, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo – Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida – ALAMES, Bogotá, 2001.
- URIBE, Alirio, “Presentación”, en La salud está grave: una visión desde los derechos humanos, Plataforma Colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo, Bogotá, 2000.
- VILLAR BORDA, Luis, Democracia Municipal, Colección: Autores hispanoamericanos de derecho público, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1984.
- VON HALDENWANG, Christian (1990). “Hacia un concepto politológico de la descentralización del Estado en América Latina”, en EURE Vol. XVI, n. 50, Santiago de Chile.
- WEBER, Max, Economía y Sociedad, Fondo de Cultura Económica, México, 1994.
- WIESNER, Eduardo, La descentralización, la estabilidad macroeconómica y la integración económica regional: enlaces de política y mecanismos de transmisión”, Inter-American Development Bank: Integration, Trade, and Hemispheric Issues Division, Bogotá, 2003. Documento presentado para el Taller Técnico: Impacto Fiscal de la Integración Económica organizado por el Instituto para la Integración de América Latina y el Caribe y la Comunidad Andina en Marzo de 2003 en Lima, Perú.
- _____, La descentralización, el gasto social y la Gobernabilidad en Colombia, DNP – ANIF, Bogotá, 1995.
- YEPES ARCILA, Hernando, La reforma Constitucional de 1968 y el régimen político colombiano. Biblioteca de autores caldenses, Manizales, 1973.

