

Incidencia de la descentralización administrativa en la prestación de los servicios de salud en Colombia

Impact of administrative decentralization in the provision of health services in Colombia

ALCIRA ISABEL MUÑOZ OSORIO

*Abogada, Especialista en Derecho Administrativo, Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social, Maestranda en Derecho Administrativo Docente del programa de derecho de la Universidad Autónoma del Caribe
alcysamunoz@hotmail.com*

Recibido: 30 de Julio de 2011

Aceptado: 8 de septiembre de 2011

RESUMEN

Siendo la prestación de los servicios de salud un aspecto clave para el desarrollo de cualquier país, ha sido motivo de preocupación de diferentes gobiernos, el dar protección a los habitantes del territorio nacional, mediante la prestación eficiente de este servicio. En este sentido, la descentralización administrativa ha servido de instrumento encaminado a la consecución de tal fin. La descentralización administrativa comenzó a desarrollarse normativamente a partir de la Constitución de 1886, pero realmente su implementación en el país, solamente empezó a darse para los años 60, y se materializó en mayor medida con la Constitución de 1991. De la misma forma, la descentralización en los servicios de salud comenzó a fortalecerse, posteriormente a dicha Constitución, con las leyes 60 y 100 de 1993. En el presente artículo de reflexión se hace un estudio del marco normativo que le da soporte legal a la descentralización administrativa y a la descentralización administrativa en los servicios de salud, con el fin de poder hacer un análisis y comprender el porqué de los resultados obtenidos con la aplicación de dichas leyes.

Palabras clave: *descentralización administrativa, descentralización administrativa en salud, esto social de derecho, modelo neoliberal, incidencia.*

ABSTRACT

The provision of health services is a key aspect for the development of any country, has been a concern of Governments, provide protection to the inhabitants of the national territory, through the efficient provision of this service. In this sense, the administrative decentralization has served instrument aimed at achieving that end. Administrative decentralization began to develop regulation from the Constitution of 1886, but really its implementation in the country, only began to give to the 1960s, and materialized to a greater extent with the Constitution of 1991. In the same way, decentralization in health services began to strengthen, subsequently to the Constitution, laws 60 and 100 of 1993. In this reflective paper, have been done a study of the regulatory framework that gives legal support to the administrative decentralization and administrative decentralization in health services, in order to carry out an analysis and understand the reasons for the results obtained with the implementation of such laws.

Key words: *administrative decentralization, administrative decentralization in health, this social right, neo-liberal model, incidence.*

El problema

En este artículo de reflexión se tratará de dar respuesta al siguiente interrogante ¿Cuáles han sido los resultados de la implementación de la descentralización administrativa del sector salud a partir de la Constitución Política de 1991? Para dar respuesta a este en primer lugar se establecerán los antecedentes en Colombia de la descentralización administrativa en general y de la descentralización administrativa del sistema de salud en particular, para analizar la efectividad de la descentralización administrativa en la prestación de los servicios de salud.

Antecedentes y evolución de la descentralización en Colombia

La descentralización administrativa en Colombia se inició a partir de la centenaria Constitución de 1886, después de permanecer invariable durante mucho tiempo, se redefinió a fines de los años 60, tomó un mayor impulso durante la década de los años 80 y se hizo plenamente explícita en la Constitución de 1991.

En la Constitución de 1886 se definía al estado colombiano como centralizado políticamente y descentralizado administrativamente. Acorde con esto, el presidente era el encargado de nombrar a los gobernadores, quienes a su vez nombraban los alcaldes municipales, en tanto que la descentralización administrativa era básicamente territorial, porque era el poder ejecutivo el que decidía sobre algunas funciones y responsabilidades de los entes territoriales, por ejemplo el cobro de algunos impuestos.

Esta forma de descentralización administrativa prácticamente no tuvo cambios durante la mayor parte del siglo XX, hasta que con la reforma constitucional de 1968 se introdujo el término de descentralización técnica o por servicios con el fin de reconocer la presencia legal de las empresas públicas. Esta se clasificaron en: establecimientos públicos, empresas industriales y comerciales y sociedades mixtas. Dicha reforma introdujo también el término de situado fiscal, que se convirtió en un mecanismo para la transferencia de recursos, de la nación a los departamentos, orientados a la financiación de la salud y educación, el monto del situado fiscal se encontraba relacionado directamente con los ingresos corrientes de la nación. Concordante con la reforma constitucional de 1968, se promulgó la Ley 33, en ese mismo año, que determinó la transferencia de recursos a los municipios, en función del impuesto a las ventas.

En la década de los años 80, se plantearon discusiones alrededor de la descentralización fiscal, encaminadas al fortalecimiento de las finanzas y al desarrollo de los municipios.

Fue así cómo, se promulgaron las siguientes leyes: la ley 14 de 1983, incrementó la autonomía y amplió la base tributaria de los entes territoriales, especialmente el catastro; la ley 12 de 1986, aumentó el porcentaje del impuesto al valor agregado (IVA) traspasado a los municipios, esta ley se complementó con el decreto 07 de 1987 para definir responsabilidades específicas de los municipios, en lo relativo a la prestación de los servicios sociales básicos. El Acto Legislativo 1 de 1986, permitió dar un gran paso en la búsqueda de la descentralización administrativa, puesto que estableció la elección popular de los alcaldes a partir del año 1988.

La situación política que vivió el país durante el siglo XX, y que en la primera mitad de éste, se reflejó en la lucha por el poder entre los dos grandes partidos tradicionales, el liberal y el conservador; que condujo al período de violencia, y finalmente llevó al reparto del poder, con el llamado Frente Nacional, de 1957, que se mantuvo hasta 1978. No obstante, la repartición del poder entre los dos grandes partidos, se mantuvo, en la práctica, hasta el año 1986. Terminado este amplio período de convivencia tranquila, entre el partido liberal y el conservador, por el reparto de las cuotas de poder, se despertó en el país un gran sentimiento a favor de la descentralización política, de una mayor autonomía administrativa y fiscal; a la par con el deseo de las élites políticas locales de tener una mayor presencia y participación en el sistema político. Todos estos sentimientos, tensiones y presiones, concomitantes con la zozobra social y política, que experimentaba el país para finales de la década de los 80 y comienzos de la década de los 90, (reflejada en la expansión del poderío económico y político del narcotráfico), desembocaron en un gran clamor por una nueva Constitución, que se materializó en el año 1991.

Es así, como la Constitución Política de 1991, hace eco de la necesidad de la descentralización administrativa y la expresa claramente en los siguientes artículos:

...Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

...Artículo 299. En cada departamento habrá una corporación administrativa de elección popular que ejercerá el control político sobre los actos del gobernador, secretarios de despacho, gerente y directores de institutos descentralizados y que se denominará asamblea departamental, la cual estará integrada

por siete (7) miembros, en los nuevos departamentos, creados en la Constitución de 1991, y en los demás departamentos por no menos de once (11) ni más de veinticinco (25) miembros.

...Artículo 312. En cada municipio habrá una corporación administrativa elegida popularmente para períodos de cuatro (4) años que se denominará concejo municipal, integrado por no menos de siete, ni más de veintidós miembros según lo determine la ley, de acuerdo con la población respectiva.

...Artículo 356. Modificado por el artículo 2° del acto legislativo 1 de 2001. Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de los Departamentos, Distritos, y Municipios. Para efecto de atender los servicios a cargo de éstos y a proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación, se crea el Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios.

Los Distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos para efectos de la distribución del Sistema General de Participaciones que establezca la ley.

Para estos efectos, serán beneficiarias las entidades territoriales indígenas, una vez constituidas. Así mismo, la ley establecerá como beneficiarios a los resguardos indígenas, siempre y cuando estos no se hayan constituido en entidad territorial indígena.

Los recursos del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura.

Teniendo en cuenta los principios de solidaridad, complementariedad y subsidiariedad, la ley señalará los casos en los cuales la Nación podrá concurrir a la financiación de los gastos en los servicios que sean señalados por la ley como de competencia de los departamentos, distritos y municipios.

La ley reglamentará los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos, y Municipios, de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de estas entidades; y contendrá las disposiciones necesarias para poner en operación el Sistema General de Par-

ticipaciones de éstas, incorporando principios sobre distribución que tengan en cuenta los siguientes criterios:

- a. Para educación y salud: población atendida y por atender, reparto entre población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y equidad;
- b. Para otros sectores: población, reparto entre población y urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y pobreza relativa.

No se podrá descentralizar competencias sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas.

Los recursos del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos, y Municipios se distribuirán por sectores que defina la ley.

El monto de recursos que se asigne para los sectores de salud y educación, no podrá ser inferior al que se transfería a la expedición del presente acto legislativo a cada uno de estos sectores.

Y dispone en el parágrafo transitorio de este artículo lo siguiente:

...El Gobierno deberá presentar el proyecto de ley que regule la organización y funcionamiento del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos, y Municipios, a más tardar el primer mes de sesiones del próximo período legislativo.

Concepto de descentralización

Sobre la descentralización administrativa, dispone el artículo 7° de la ley 489 de 1998 lo siguiente:

...Descentralización administrativa. En el ejercicio de las facultades que se le otorgan por medio de esta ley y en general en el desarrollo y reglamentación de la misma el gobierno será especialmente cuidadoso en el cumplimiento de los principios constitucionales y legales sobre la descentralización administrativa y la autonomía de las entidades territoriales. En consecuencia procurará desarrollar disposiciones y normas que profundicen en la distribución de competencias entre los diversos niveles de la administración siguiendo en lo posible el criterio de que la prestación de los servicios corresponda a los municipios, el control sobre dicha prestación a los departamentos y la definición de planes, políticas y estrategias a la Nación. Igualmente al interior

de las entidades nacionales descentralizadas el gobierno velará porque se establezcan disposiciones de delegación y desconcentración de funciones, de modo tal que sin perjuicio del necesario control administrativo los funcionarios regionales de tales entidades posean y ejerzan efectivas facultades de ejecución presupuestal, ordenación del gasto, contratación y nominación, así como de formulación de los anteproyectos de presupuesto anual de la respectiva entidad para la región sobre la cual ejercen su función

La descentralización es la transfusión de funciones, del sector central hacia la periferia pero sin que el centro pierda la soberanía, quiere esto decir que el sector central otorga a las regiones la facultad de auto gobernarse en lo relativo a los recursos, tomas de decisiones, transferencia del poder político; lo anterior se realiza con base a los lineamientos del Estado.

“Hoy se toma la descentralización como un debilitamiento del gobierno central a cambio de un saludable fortalecimiento del gobierno regional, y todo en beneficio de los ciudadanos” (Lastra, 2007, p.37).

...La descentralización administrativa tiene unas características, las cuales son: Personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio independiente, autonomía, sin decir que son independientes ya que están sometidos al poder central, la doctrina francesa lo ha denominado el control de tutela por parte del centro. En aras de lograr la eficiencia en la prestación de los servicios se produjo lo que hoy se conoce como descentralización (Rodríguez, 2007, p.63)

Modalidades de la descentralización administrativa

La descentralización administrativa puede presentar las siguientes modalidades

- a) **Descentralización territorial.** Es el otorgamiento de ciertas funciones administrativas a las regiones para que ejerzan ciertas actividades bajo su propia responsabilidad lo que permite a las regiones resolver sus propias situaciones sin necesidad de que llegue al centro.

Para que se dé la descentralización administrativa es necesario que existan los siguientes elementos:

Necesidades locales.

Personería jurídica

Autonomía presupuestal y financiera

Autonomía administrativa

Autoridades locales

Control del poder central.

- b) **Descentralización especializada o por servicios.** Es el otorgamiento de funciones a entidades que se crean para una actividad especializada, estas son los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del estado, las sociedades de economía mixta, las superintendencias, y unidades administrativas especiales con personería jurídica, empresas sociales del estado, empresas oficiales de servicios públicos y las demás que autorice la ley y que su objeto principal sea el ejercicio de funciones administrativas, la prestación de los servicios públicos o la realización de actividades industriales o comerciales.
Elementos:
Existencia de una actividad digna de autonomía
Personería jurídica
Autonomía presupuestal y financiera
Autonomía administrativa
Autoridades propias
Control del poder central.
- c) **Descentralización por colaboración.** Es el otorgamiento de funciones a particulares, de parte de la administración para que las ejerzan en su nombre, ejemplo la actividad notarial, el registro público de comercio, delegado a las cámaras de comercio.

Evolución de la descentralización de los servicios de salud en Colombia

La descentralización en salud ha sufrido un proceso que comenzó con la ley 10 de 1990, cuyo objetivo fue la reorganización del sistema nacional de salud, ella definió los servicios de salud como un servicio público a cargo de la nación y que debe prestarse de forma gratuita en los niveles básicos para todos los habitantes del territorio nacional, administrado en asocio con las entidades territoriales, de los entes descentralizados y las personas privadas que estuvieren autorizadas para tal fin, también señalo como principios básicos del sistema nacional de salud la universalidad, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional.

Esta ley le quitó responsabilidades al sector central, mediante la redistribución de las competencias entre los municipios y departamentos.

En cuanto a los recursos financieros dispuso la creación de nuevas fuentes, y hacer más eficientes la existentes, así mismo dispuso que la asignación de los recursos provenientes de la nación no podían ser inferior al 4% de los ingresos corrientes de la nación, se crearon los comités

de participación comunitaria y se indicó la presencia de la participación ciudadana en las juntas directivas de los hospitales.

La Constitución política de 1991, en el capítulo cuarto ordenó la distribución de recursos y de las competencias de la siguiente manera:

Artículo 356°—Modificado. Por el Acto Legislativo No.1 de 2001, art. 2°. Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de los departamentos, distritos, y municipios. Para efecto de atender los servicios a cargo de éstos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación, se crea el sistema general de participaciones de los departamentos, distritos y municipios.

Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos para efectos de la distribución del sistema general de participaciones que establezca la ley.

Para estos efectos, serán beneficiarias las entidades territoriales indígenas, una vez constituidas. Así mismo, la ley establecerá como beneficiarios a los resguardos indígenas, siempre y cuando éstos no se hayan constituido en entidad territorial indígena.

Dispone el Artículo 1 del Acto Legislativo. No. 4 de 2007, lo siguiente: °. El inciso 4° del artículo 356 de la Constitución Política quedará así:

...Los recursos del sistema general de participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándoles prioridad al servicio de salud, los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, y servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, garantizando la prestación y la ampliación de coberturas con énfasis en la población pobre.

Teniendo en cuenta los principios de solidaridad, complementariedad y subsidiariedad, la ley señalará los casos en los cuales la Nación podrá concurrir a la financiación de los gastos en los servicios que sean señalados por la ley como de competencia de los departamentos, distritos y municipios.

La ley reglamentará los criterios de distribución del sistema general de participaciones de los departamentos, distritos, y municipios, de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de estas enti-

dades; y contendrá las disposiciones necesarias para poner en operación el sistema general de participaciones de éstas, incorporando principios sobre distribución que tengan en cuenta los siguientes criterios: a) Modificado. Acto Legislativo No. 4 de 2007, art. 2°. Para educación, salud y agua potable y saneamiento básico: población atendida y por atender, reparto entre población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y equidad. En la distribución por entidad territorial de cada uno de los componentes del sistema general de participaciones, se dará prioridad a factores que favorezcan a la población pobre, en los términos que establezca la ley.

b) Para otros sectores: población, reparto entre población y urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y pobreza relativa.

No se podrá descentralizar competencias sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas.

Los recursos del sistema general de participaciones de los departamentos, distritos, y municipios se distribuirán por sectores que defina la ley.

El monto de recursos que se asigne para los sectores de salud y educación, no podrá ser inferior al que se transfería a la expedición del presente acto legislativo a cada uno de estos sectores”.

En el párrafo transitorio dispone:

...El Gobierno deberá presentar el proyecto de ley que regule la organización y funcionamiento del sistema general de participaciones de los Departamentos, Distritos, y Municipios, a más tardar el primer mes de sesiones del próximo período legislativo”.

El texto del inciso 4° modificado era el siguiente:

...Inciso. 4°—Los recursos del sistema general de participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura”.

El texto del literal a) modificado era el siguiente:

...a) Para educación y salud: población atendida y por atender, reparto entre población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y equidad.

El artículo 357° de la Constitución—Modificado por el Acto legislativo No. 1 de 2001, artículo. 3°. Modificado por Acto Legislativo No.4 de 2007, art. 4° dispone:

El sistema general de participaciones de los departamentos, distritos y municipios se incrementará anualmente en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación durante los cuatro (4) años anteriores, incluido el correspondiente al aforo del presupuesto en ejecución.

Para efectos del cálculo de la variación de los ingresos corrientes de la Nación a que se refiere el inciso anterior, estarán excluidos los tributos que se arbitren por medidas de estado de excepción salvo que el Congreso, durante el año siguiente, les otorgue el carácter permanente.

El diecisiete por ciento (17%) de los recursos de Propósito General del Sistema General de Participaciones, será distribuido entre los municipios con población inferior a 25.000 habitantes.

Estos recursos se destinarán exclusivamente para inversión, conforme a las competencias asignadas por la ley. Estos recursos se distribuirán con base en los mismos criterios de población y pobreza definidos por la ley para la participación de propósito general.

Los municipios clasificados en las categorías cuarta, quinta y sexta, de conformidad con las normas vigentes, podrán destinar libremente, para inversión y otros gastos inherentes al funcionamiento de la administración municipal, hasta un cuarenta y dos (42%) de los recursos que perciban por concepto del sistema general de participaciones de propósito general, exceptuando los recursos que se distribuyan de acuerdo con el inciso anterior.

Cuando una entidad territorial alcance coberturas universales y cumpla con los estándares de calidad establecidos por las autoridades competentes, en los sectores de educación, salud servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, previa certificación de la entidad nacional competente, podrá destinar los recursos excedentes a inversión en otros sectores de su competencia. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Parágrafo Transitorio. 1°—El monto del sistema general de participaciones, -SGP-, de los departamentos, distritos y municipios se incrementará tomando como base el monto liquidado en la vigencia anterior.

Durante los años 2008 y 2009 el sistema general de participaciones -SGP- se incrementará en un porcentaje igual al de la tasa de inflación causada, más

una tasa de crecimiento real de 4%. Durante el año 2010 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3.5%. Entre el año 2011 y el año 2016 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3%.

Parágrafo Transitorio 2°—Si la tasa de crecimiento real de la economía (producto interno bruto, PIB) certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) para el año respectivo es superior al 4%, el incremento del SGP será igual a la tasa de inflación causada, más la tasa de crecimiento real señalada en el parágrafo transitorio 1° del presente artículo, más los puntos porcentuales de diferencia resultantes de comparar la tasa de crecimiento real de la economía certificada por el DANE y el 4%. Estos recursos adicionales se destinarán a la atención integral de la primera infancia. El aumento del SGP por mayor crecimiento económico, de que trata el presente parágrafo, no generará base para la liquidación del SGP en años posteriores.

Parágrafo Transitorio. 3°—El sistema general de participaciones, SGP, tendrá un crecimiento adicional a lo establecido en los párrafos transitorios anteriores para el sector educación. La evolución de dicho crecimiento adicional será así: en los años 2008 y 2009 de uno punto tres por ciento (1.3%), en el año 2010 de uno punto seis por ciento (1.6%), y durante los años 2011 a 2016 de uno punto ocho por ciento (1.8%). En cada uno de estos años, este aumento adicional del sistema no generará base para la liquidación del monto del SGP de la siguiente vigencia.

Estos recursos se destinarán para cobertura y calidad.

Parágrafo Transitorio 4°—El Gobierno Nacional definirá unos criterios y transiciones en la aplicación de los resultados del último censo realizado, con el propósito de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos censales en la distribución del sistema general de participaciones. El sistema orientará los recursos necesarios para que de ninguna manera, se disminuyan por razón de la población, los recursos que reciben las entidades territoriales actualmente.

Texto modificado por el Acto Legislativo 1 de 2001:

...Artículo 357. El monto del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y

Municipios se incrementará anualmente en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación durante los cuatro (4) años anteriores, incluida la correspondiente al aforo del presupuesto en ejecución.

Para efectos del cálculo de la variación de los ingresos corrientes de la Nación a que se refiere el inciso anterior, estarán excluidos los tributos que se arbitren por medidas de estados de excepción, salvo que el Congreso, durante el año siguiente les otorgue el carácter permanente.

Los municipios clasificados en las categorías cuarta, quinta y sexta, de conformidad con las normas vigentes, podrán destinar libremente, para inversión y otros gastos inherentes al funcionamiento de la administración municipal, hasta un veintiocho (28%) de los recursos que perciban por concepto del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios, exceptuando los recursos que se destinen para educación y salud.

Parágrafo Transitorio 1o. El Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios tendrá como base inicial el monto de los recursos que la Nación transfería a las entidades territoriales antes de entrar en vigencia este acto legislativo, por concepto de situado fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación y las transferencias complementarias al situado fiscal para educación, que para el año 2001 se valoran en la suma de diez punto novecientos sesenta y dos (10.962) billones de pesos.

En el caso de educación, la base inicial contempla los costos por concepto de docentes y administrativos pagados con situado fiscal y el fondo de compensación educativa, docentes y otros gastos en educación financiados a nivel distrital y municipal con las participaciones en los ingresos corrientes de la nación, y los docentes, personal administrativo de los planteles educativos y directivos docentes departamentales y municipales pagados con recursos propios, todos ellos a 1o. de noviembre del 2000. Esta incorporación será automática a partir del 1o. de enero de 2002.

Parágrafo transitorio 2o. Durante los años comprendidos entre 2002 y 2008 el monto del Sistema General de Participaciones crecerá en un porcentaje igual al de la tasa de inflación causada, más un crecimiento adicional que aumentará en forma escalonada así:

Para los años 2002, 2003, 2004 y 2005 el incremento será de 2%; para los años 2006, 2007 y 2008 el incremento será de 2.5%.

Si durante el período de transición el crecimiento real de la economía (producto interno bruto) certificado por el DANE en el mes de mayo del año siguiente es superior al 4%, el crecimiento adicional del Sistema General de Participaciones de que trata el presente parágrafo se incrementará en una proporción equivalente al crecimiento que supere el 4%, previo descuento de los porcentajes que la Nación haya tenido que asumir, cuando el crecimiento real de la economía no haya sido suficiente para financiar el 2% adicional durante los años 2002, 2003, 2004 y 2005, y 2.5% adicional para los años 2006, 2007 y 2008.

Parágrafo transitorio 3o. Al finalizar el período de transición, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación destinados para el Sistema General de Participación será como mínimo el porcentaje que constitucionalmente se transfiera en el año 2001. La Ley, a iniciativa del Congreso, establecerá la gradualidad del incremento autorizado en este parágrafo.

En todo caso, después del período de transición, el Congreso, cada cinco años y a iniciativa propia a través de ley, podrá incrementar el porcentaje.

Igualmente durante la vigencia del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos, y Municipios, el Congreso de la República, podrá revisar por iniciativa propia cada cinco años, la base de liquidación de éste¹.

Ley 60 de 1993

Su principal objetivo fue distribuir los recursos de la nación destinados para salud entre los departamentos y municipios, buscaba una distribución equitativa de los recursos públicos de tal suerte que resultase beneficiado el sector que estuviese en condiciones de más pobreza, para el año de 1996 elevo el valor del situado fiscal otorgándole el 20% al sector salud.

Ley 100 de 1993

Entre sus objetivos se puede mencionar: la gestión que se hace en relación con la creación, contratación y ampliación del régimen subsidiado en salud a través de los departamentos y municipios; sustitución progresiva de los

¹ Ver: Constitución Política de Colombia, art. 356, 357.

subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, apoyados en el compromiso directo de los entes territoriales; ordeno la reconversión de los hospitales públicos en empresas sociales del estado (ESES).

Ley 715 de 2001

Establece normas con relación a los recursos y competencias; establece el sistema general de Participaciones (SGP); define las competencias en el sector territorial en el sector salud; dirección del sector salud; prestación de servicios; salud pública; aseguramiento, distribución de recursos para la salud.

Ley 1122 de 2007

Introdujo modificaciones al Régimen Subsidiado en Salud, entre otras, se mencionan las siguientes: el Art. 12, cambió el nombre de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) por el de EPS del Régimen Subsidiado (EPS-S); el Art. 14, lit. a. estableció el subsidio pleno para las personas pertenecientes a los niveles I y II del SISBEN; el Art. 14, lit. g, eliminó los copagos o cuotas moderadoras para el niveles I del SISBEN.²

Efectividad de la descentralización administrativa en la prestación de los servicios de salud

Si bien es cierto que la descentralización de los servicios de salud se inició con la Ley 10 de 1990, también es cierto que los resultados obtenidos con la promulgación de ésta, no fueron los mejores. Al respecto, cabe citar a Rodríguez (2010, p.290):

Fueron escasos los logros reales obtenidos con la puesta en marcha de la Ley 10 de 1990, ya que la descentralización no se materializó en forma efectiva, subsistieron las dificultades financieras y de gestión, determinado la fragilidad institucional del Sistema y, por ende, las metas propuestas de ampliación de cobertura no se lograron". Ante el fracaso obtenido con la Ley 10 de 1990, y luego de la Asamblea Constituyente que creó la Constitución de 1991, se expidió la Ley 60 de 1993, con el fin de avanzar en la descentralización de la prestación de los servicios de salud. Con esta Ley y con la Ley 100 de 1993 se comenzó a aplicar el modelo neoliberal a la salud en el país. El informe del Banco Mundial del año 1993 que formuló recomendaciones a los países de bajos y medianos ingresos para que rediseñaran sus servicios de salud Con base en el infor-

me del Banco Mundial, se trazaron las directrices establecidas en el libro segundo de la Ley 100 de 1993 titulado "Sistema General de Seguridad Social en Salud.

No se puede desconocer que, a partir de la promulgación de la Ley 100 se amplió la cobertura: se pasó de un 24% de la población afiliada al Sistema de Salud, en el año 1993, a un 85% de esta en el año 2008. Sin embargo, conviene mirar otros resultados, para tal efecto se toma en cuenta lo investigado por Rodríguez (2010):

...Hasta finales de 2004 se habían cerrado diez hospitales públicos y setenta y nueve estaban en el mismo camino, esto en veinte departamentos.

Recobro del Instituto de Seguros Sociales (ISS) al Fondo de solidaridad y garantía –FOSYGA-: 53,8% por tutelas y 46,2% por medicamentos no incluidos en el plan obligatorio de salud –POS-; el FOSYGA es el mayor deudor del sistema de salud. Según la Defensoría del Pueblo la deuda superaba los 1.5 billones de pesos; por solo recobros de servicios no POS debía a las aseguradoras algo más de 400.000 millones de pesos. (Rodríguez, 2010. P. 293).

Igualmente señala el autor citado que a finales del 2004, se quejaban los gerentes de los hospitales del tercer nivel que la cartera por atención a vinculados (Régimen subsidiado y desplazados) bordeaba los 634.000 millones de pesos.

...Un informe presentado por un grupo de investigadores, el 23 de junio de 2004, al presidente Álvaro Uribe Vélez y al ministro de la protección social, al de defensa y a otros altos funcionarios, señalaba que cerca del 40% de los dineros administrados por la ARS (alrededor de 2.5 billones de pesos) se quedaba en las manos de los funcionarios públicos corruptos, políticos locales y grupos armados al margen de la ley. (Rodríguez, 2010. P. 294).

Posteriormente con la ley 1122 de 2007 se cambió la denominación de administradoras de régimen subsidiado -ARS - a EPS del Régimen Subsidiado.

...A raíz de una sanción de siete años que le impuso la superintendencia nacional de salud al ISS, este no pudo recibir nuevos afiliados en salud, quedando en franca desventaja frente a las EPS privadas. Las consecuencias de la sanción fueron: desafiliación masiva; concentración de pacientes de alto costo (cáncer, sida, renales) y los crónicos en el ISS (Rodríguez, 2010. P. 294).

² El llamado SISBEN es el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales.

Señala también Rodríguez, que en septiembre de 2005 la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), EL Instituto de Ciencias de la Salud (CES) y la Universidad Javeriana publicaron los resultados de una investigación: hasta ese mes se habían interpuesto en Colombia un millón doscientas mil acciones de tutela, de las cuales el 68% correspondieron a situaciones relacionadas con la seguridad social; de este porcentaje el 75% fueron relacionadas con el sistema de salud, el 18% con el de pensiones y el 7% sobre riesgos profesionales.

...De la anterior investigación se sacan dos grandes conclusiones: la primera es que se presenta mucha dificultad para que los afiliados tengan un fácil acceso al sistema de salud, y la segunda, que los afiliados tienen grandes dificultades para acceder a los medicamentos incluidos en el POS, pero, mucho mayores para aquellos que no lo están. (Rodríguez, 2010. P. 295).

...De acuerdo con un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo, cada hora se presentan en Colombia cuarenta tutelas para reclamar servicios de salud; con el agravante que el 70% de ellas corresponde a servicios que las EPS están obligadas a prestar a sus afiliados (Rodríguez, 2010. P. 295).

Este conjunto de situaciones mencionadas, continuó deteriorándose durante los 8 años de gobierno del presidente Álvaro Uribe Vélez, quien mantuvo en el Ministerio de la Protección Social, durante la mayor parte de su gobierno (desde el 2003 hasta el año 2010, luego del accidente fatal, del ministro Juan Luis Londoño) al ministro Diego Palacio, a pesar de su ineficiente desempeño. Actualmente los acontecimientos relativos al detrimento progresivo del sistema general de seguridad social en salud, se encuentran en pleno desarrollo y agravándose cada vez más. Para una muestra se relacionan los siguientes hechos:

El diario ADN en su edición de mayo 3 de 2011 menciona que las estadísticas oficiales aseguran que los recobros pasaron de 300.000 millones de pesos en el 2007 a 2.4 billones de pesos en el 2010.

El mismo diario cita al senador Jorge Robledo, quien asegura que "el principal problema es que el 90% de los recobros del Fondo de solidaridad y garantía -FOSYGA- se concentran en 14 EPS agremiadas en ACEMI (Asociación Colombiana de Medicina Integral, el gremio que agrupa a las EPS) y nadie hace nada, porque según el gobierno esas entidades se vigilan solas"; y agrego "esto es un problema de la ley 100 diseñada para que la salud sea un negocio y no un servicio".

El 12 de mayo el gobierno nacional intervino a Saludcoop (una de las más grandes EPS del país, alrededor de 3.978.822 afiliados), como resultado de la investigación iniciada en octubre del año 2010. Al respecto, el presidente Juan Manuel Santos asegura: "se ha revisado apenas una muestra del 10% de las irregularidades y ya el robo es de 30.000 millones de pesos (al sistema nacional de salud); agregó que se están investigando unas diez modalidades para realizar desfalcos, donde hay involucrada una red de funcionario del Ministerio de la Protección Social y del FOSYGA (diario ADN, edición del 3 de mayo de 2011, P.8).

El diario el Tiempo en su edición del 12 de mayo de 2011 asegura que la superintendencia de salud, además de intervenir a la EPS Saludcoop, investiga a las EPS Famisanar, Coomeva y Sánitas con el fin de determinar si aplicaron un modelo de integración vertical (consistente en la contratación exclusiva con su propia IPS), además en la resolución de la intervención a Salucoop, la Supersalud, asegura que "por ser entidades que manejan recursos públicos procedentes de la Unidad de pago por Capitación (UPC) se hace necesario revisar la información que suministran a la Cres y al Ministerio de la Protección Social, recobros, tutelas, sobrecostos, sistema de contratación con las IPS, operaciones de tesorería, manejo de indicadores financieros, y administración de bases de datos".

El gobierno nacional a través de la Dijin (División de policía Judicial) y con la ayuda de la Interpol rastrea propiedades de Saludcoop en Panamá, Méjico, Dubái y otros Países, adquiridos con dineros hurtados al Sistema de Salud nacional (diario el tiempo, edición de 12 de mayo de 2011).

El Espectador.com del lunes 23 de mayo de 2011 informaba que

...Este martes habrá movilización nacional por indignación con EPS", "Con el fin de protestar contra la corrupción de las EPS y la privatización de la salud en el país", el martes 24 de mayo de 2011 la organización Pacientes de Colombia hará una gran movilización por las principales ciudades del país. Se le solicitará al gobierno que: asuma medidas de protección de los recursos de la salud; sean embargadas las EPS involucradas en el escándalo del llamado carrusel de la salud de acuerdo con los daños causados; se les obligue a devolver los recursos que recibieron por medicamentos y tratamientos que nunca fueron adelantados; exija el pago inmediato

de las deudas que las EPS tienen con la red pública hospitalaria. (Diario el espectador, edición del 23 de mayo de 2011).

El lunes 23 de mayo de 2011 la prensa nacional reseñaba la información revelada por el vicecontralor, General Álvaro Navas Chacón, acerca de la creación, la semana anterior, de un grupo especial interestructural, con el fin de fortalecer los actuales procesos fiscales y evitar nuevos desangres a la salud (Diario el espectador, edición del 23 de mayo de 2011).

El martes 24 de mayo de 2011 El Espectador.com reseñaba el allanamiento realizado a las EPS Sanitas, Coomeva, Salud Colpatria, Ecoopsos y Nueva EPS, en busca de más evidencias del fraude en el llamado carrusel de la salud. El General Oscar Naranjo, en la misma edición, informaba que: “La investigación tiene en la mira a varios funcionarios del Ministerio de Protección Social, del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), de varias Empresas Promotoras de Salud –EPS- y algunos particulares, que a través de empresas fachadas, se prestaron para robar recursos del sistema. Por ahora, la Fiscalía tiene activas 25 órdenes de captura; la Contraloría, 50 auditorías programadas, y la Procuraduría, un proceso disciplinario en marcha. Naranjo, señaló que la investigación por el caso de corrupción en el sector salud se adelanta en dos nuevos frentes, luego de que la Dijin analizara la información de las bases de datos de las Administradoras de Régimen Subsidiado-ARS- y el hallazgo de documentos que certifican que varias IPS se crearon de manera fraudulenta para el desfalco” (Diario el espectador, edición del 25 de mayo de 2011).

El miércoles 25 de mayo de 2011 El Espectador.com publicaba:

...Encuentran documentos adulterados en allanamientos a cinco EPS”. Luego del “allanamiento que la policía judicial realizó a cinco grandes Empresas Promotoras de Salud (EPS), las autoridades hallaron alteraciones en facturación, enmendaduras en documentos de soporte de gastos y documentos con firmas calcadas, que eran enviados al Fosyga para realizar los llamados recobros”. Por esta defraudación, con recobros inflados o falsos “están en prisión Claudia Patricia Rojas, coordinadora de cobros y reclamaciones del Ministerio de Protección; Luis Andrés Ruiz, encargado de las bases de datos del Ministerio de Protección; Héctor Mauricio Durán Poveda, subgerente de cartera de la EPS Sanitas, y los particulares Édgar Isaías Medina Millán y John Carlos Lemus Rodríguez, que asesoraban a las EPS en los recobros (Diario el espectador, edición del 25 de mayo de 2011).

En la misma edición del 25 de mayo de 2011, El Espectador.com reseñaba:

...Contaduría advierte desorden contable en el FOSYGA. Un preocupante escenario donde impera el desorden contable alertó la **contadora General Rosa Margarita Roldán** al advertir que no allegaron los soportes para avalar una adición de **9,7 billones de pesos. Los soportes no son consistentes** con las cifras reportadas y registradas en el **Sistema Integrado de Información Integrada**, explicó la funcionaria del organismo de control.

“Crisis en la salud motivó renuncia de presidente de Acemi”, titulaba El Espectador.com, en la edición del 2 de junio de 2011 y desglosaba la noticia.

Tras más de cuatro años al frente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz presentó renuncia a la dirección del gremio. Había sucedido a Augusto Galán. El gremio reunido evalúa la solicitud de retiro presentada por Juan Manuel Díaz-Granados, pero él ha manifestado que quiere dejar la presidencia del gremio que agrupa a las EPS tanto del régimen subsidiado como del contributivo.

El Heraldo.com, en su edición del viernes 3 de junio de 2011 titulaba: “Fiscalía investiga 11 mil recobros ilegales desde 2006” y luego desplegabla la noticia:

...La Fiscalía General de la Nación, durante la presentación del escrito de acusación contra los cinco primeros vinculados al cartel de las EPS, informó que hizo un análisis de 14.582 recobros entre 2006 y 2011, por medicamentos y servicios, y encontró 10.914 con irregularidades. Los hombres del Cuerpo Técnico de Investigación, CTI, del ente acusador, examinaron uno a uno los pagos efectuados a Solsalud, Salud Colpatria, Coomeva, Ecoopsos y Famisanar. Las anomalías más comunes entre las halladas, de acuerdo al documento de 36 hojas, fueron falta de sellos de los cancelados, falta de oficios a Fidufosyga, la no existencia de facturas, borran las fechas de radicación, las tachaduras y enmendaduras. En algunas tutelas, además, aparecen cambiados los nombres del paciente o de su apoderado. También hubo casos en los que el medicamento autorizado nunca llegó al usuario o paciente que lo necesitaba. La Fiscalía también halló que se hicieron pagos a personas que ni siquiera estaban afiliadas a las Empresas Promotoras de Salud, EPS. De acuerdo con la investigación, solo 3.672 recobros, es decir el 25 por ciento, están en regla y no poseen observación

alguna. (Diario el heraldo, edición del 3 de Junio de 2011).

Ese mismo día los diarios y noticieros del país reseñaban la petición hecha al Gobierno Nacional por los representantes de ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, el gremio de las EPS), para crear una comisión conjunta que permita subsanar las fallas en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Tremenda desfachatez, después de toda la olla podrida destapada.

Es de esperar que en la medida que sigan avanzando las investigaciones, se continúen dando a conocer nuevos hechos de corrupción que, hoy día, tienen al borde del colapso el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Conclusión

Es indudable que la descentralización administrativa y la descentralización del sistema de salud en Colombia eran indispensables en la búsqueda de un estado moderno y eficiente. También es cierto que estos procesos de descentralización no solamente se llevaron a cabo en el país, sino que hicieron parte de una serie de procesos similares llevados a cabo en toda América Latina. No obstante lo anterior, es necesario tener presente que el modelo de salud que se implementó a partir de la ley 100 de 1993 estuvo fundamentado en el informe del Banco Mundial de 1993 que formuló recomendaciones a los países de medianos y bajos ingresos para que rediseñaran sus servicios de salud. Es decir, las recomendaciones (exigencias de la banca internacional para la renegociación de la deuda externa) propendían al fortalecimiento de un modelo neoliberal.

El modelo neoliberal es totalmente contrario a lo que representa un estado social de derecho, ya que por la esencia misma de las teorías que lo sustentan, éste, pretende reducir al mínimo la intervención estatal en materia económica y social (con todas las consecuencias que esto acarrea y que están a la vista); en tanto que, el estado social de derecho (establecido en la Constitución de 1991), pretende regular el mercado para asegurar que los servicios esenciales estén al alcance de toda la población. Es evidente que, desde el mismo momento en que el artículo 48 de la Constitución de 1991 autoriza de forma clara y precisa la intervención de los particulares en la prestación de los servicios de salud al establecer que "...El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley", se está implementando el modelo neoliberal en la prestación de los servicios de salud. Acorde con esto, desde que entró en vigencia la ley 100 de 1993 la vigilancia e intervención, que ha ejercido el estado Colombiano sobre los actores del sistema, no ha sido la mejor, y por esto los resultados de la descentralización administrativa de los servicios de salud, no son los que se esperaban al momento de la implementación de las leyes 10 de 1990, 60 de 1993 y 100 de 1993. Por el contrario, cada vez más, se destaca la corrupción imperante, crece el descontento de la ciudadanía y se hace urgente la necesidad de reformular nuevamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.



Referencias

- Arenas, G. (2007). *El Derecho Colombiano de la seguridad Social*. Bogotá: Legis.
- García, E y Fernández, T. (2004). *Curso de Derecho Administrativo I*. Madrid. Duodécima Edición. Thomson Civitas.
- Lastra, Á (2007). *La Flexibilidad Conceptual; un camino hacia la regionalización de Colombia*. Barranquilla: Editorial Uniautonoma.
- Molina, G y Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva múltiple en Gestión y Política Pública Revista de la facultad nacional de salud pública. Vol. XVI, núm. 1, recuperado el día 15 de Junio de 2011 de: http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/num_anteriores/Vol.XVI_No.I_1ersem.html
- Vidal, J (1994). *Derecho Administrativo*. Bogotá: Editorial Temis S.A.
- Rodríguez, R (2010). *Estudios Sobre Seguridad Social*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Rodríguez, L (2007) *Derecho Administrativo General y Colombiano*. Bogotá: Editorial Temis S.A.
- República de Colombia, Constitución Política de Colombia de 1991.
- República de Colombia, Constitución Política de Colombia de 1886.
- República de Colombia, Ley 33 de 1968.
- República de Colombia, Ley 14 de 1983.
- República de Colombia, Ley 12 de 1986.
- República de Colombia, Acto Legislativo 1 de 1986.
- República de Colombia, Ley 489 de 1998.
- República de Colombia, Ley 10 de 1990.
- República de Colombia, Acto Legislativo No 1 de 1993.
- República de Colombia, Acto .Legislativo No.1 de 2001.
- República de Colombia, Acto Legislativo. No.4 de 2007 .
- República de Colombia, Ley 60 de 1993.
- República de Colombia, Ley 100 de 1993.
- República de Colombia, Ley 715 de 2001.
- República de Colombia, Ley 1122 de 2007.
- Diario ADN, edición de 3 de mayo 2011 p. 8.
- www.eltiempo.com, edición de 12 de mayo de 2011.
- www.elheraldo.com, edición del viernes 3 de junio de 2011.
- www.elespectador.com, edición 25 de mayo de 2011.
- www.elespectador.com, edición 23 de mayo de 2011.
- www.elespectador.com, edición 25 de mayo de 2011.
- www.elespectador.com, ediciones 12 de mayo de 2011.