

LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD  
EN LOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA

JOSE ALIRIO SALAMANCA SALAMANCA

Autor

CODIGO: 3500910

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
DIRECCION DE POSTGRADOS EN DERECHO  
FACULTAD DE DERECHO  
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO  
SEMINARIO DESARROLLO DEL TRABAJO DE GRADO  
BOGOTÁ, 2014

LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD  
EN LOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA

Trabajo de grado para obtener el título de  
Especialista en Derecho Administrativo  
(Ensayo Argumentativo)

JOSE ALIRIO SALAMANCA SALAMANCA

Autor

CODIGO: 3500910

Tutor Temático y metodológico: Dr. Diego Escobar Perdigón

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
DIRECCION DE POSTGRADOS EN DERECHO  
FACULTAD DE DERECHO  
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO  
SEMINARIO DESARROLLO DEL TRABAJO DE GRADO  
BOGOTÁ, 2015

## Resumen

En este trabajo se pretende dar a conocer al lector, las posibles causas por las que determinados municipios de Colombia, que teniendo el presupuesto y la capacidad financiera y además la voluntad política del administrador local, no pueden legalmente utilizar sus recursos propios para crear una Empresa Social del Estado (Hospital), que preste el servicio de salud en su municipio, estando en un modelo de Estado descentralizado. El objetivo general es encontrar esas probables causas y señalar una solución al problema. Para el desarrollo de este trabajo se emplea el método científico de recolección y análisis cualitativo e interpretativo, de artículos y datos científicos, textos, leyes, normas y sentencias.

### Palabras Claves

Causas, descentralización, Hospital, Municipios, recursos propios.

### **Abstract**

*This job shows the possible causes by some Colombian towns cannot legally use their own resources to create a State Social Company, which could offer health service in his town and be part of the Decentralized State Model; taking into account those towns have economic and financial capacity and also the political own way from the local manager. The general objective is to find those causes describing a solution for this problem too.*

*For development of this job, it used the recollection method and qualitative analysis of articles and scientific datum texts, laws, regulations and sentences, which are demonstrated by the interpretation way.*

**Key words:** *causes, decentralized, Hospital, Towns, own resources*

## INTRODUCCIÓN

La eficiencia del servicio de salud, la calidad y la atención a los usuarios son pilares importantes para la vida, *ad hómitem*, es por esto que se nota la ausencia de la estructura física e instrumental de las Empresas Sociales del Estado (ESE), prestadoras del servicio de salud, es así que la presencia de la administración estatal debe ser con empresas de salud competitivas, en atención de calidad y eficiencia en el servicio.

Son estos los hospitales o (ESE), que el Estado necesita crear, para salvaguardar la salud y la vida de los asociados, sin descuidar la calidad profesional y la vigilancia por parte de las entidades de control de la administración del Estado.

En Colombia existe un sin número de municipios que cuentan con los recursos económicos, capacidad financiera y voluntad política de la primera autoridad, para crear una Empresa Social del Estado, para prestar el servicio de salud a su comunidad, pero a la hora de decidir se encuentran con impedimento legal que les impiden desarrollar este proyecto de gran importancia para la salud y la vida de sus comunidades.

Este ensayo argumentativo se construye bajo una investigación socio jurídica, tendiente a encontrar causas que impiden a determinados municipios invertir sus propios recursos, a la hora de crear un Hospital o ESE, utilizando el método científico, Iniciando con la presentación de la pregunta de investigación, la hipótesis y continua con el análisis y argumentos de los documentos recopilados, que contienen información científica al respecto y arrojando al final unos resultados.

El problema es importante, pues de una atención médica de urgencias oportuna, puede depender la vida de un asociado.

### Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son las causas por las que determinados municipios de Colombia, no pueden invertir sus propios recursos, en la construcción de hospitales?

### Hipótesis:

Una de las causas, estaría en la falta de recursos y capacidad financiera de los municipios para la prestación del servicio de salud, para ello la posible solución es que se desarrolle en el país la descentralización de este servicio, que el Congreso de la República cree una nueva ley, por medio de la cual asigne nuevos y máximos porcentajes de los recursos nacionales y departamentales a los entes territoriales locales, para el rubro de prestación del servicio de salud y que dé una nueva oportunidad a los municipios; al menos para los de categorías uno, dos y tres, para así gestionar la certificación de capacidad económica y financiera y poder decidir construir y crear un hospital o empresa social del Estado (ESE).

### Método:

El utilizado para el desarrollo de este trabajo, es el método mixto, en razón a que nos brinda la oportunidad de tomar datos generales de investigaciones científicas de diferentes autores (inductivo) que deducen razones valederas y se complementa con lineamientos o directrices normativas (inductivo) que validan su aplicación.

### Antecedentes

En diferentes Municipios de Colombia, que están en categoría 2 o 3, que cuentan con los recursos suficientes para construir un hospital o ESE, no lo pueden hacer, puesto que existe la norma vigente que le da la potestad a la Nación y Gobernaciones únicamente, hablamos de la ley 715 de 2001; Municipios afectados entre otros, Funza, Cota, Tocancipá, etc. donde la burocracia política permea y la falta de un hospital para atención a sus conciudadanos es una constante que vulnera el derecho a la salud pública.

## Argumentos:

El derecho a la salud, en conexidad con el derecho a la vida, es un derecho fundamental, *La Corte Constitucional desde la Sentencia T-402 de 1992, dispuso que: “la salud es un derecho fundamental cuando se pone en riesgo la vida o tiene conexidad con ésta.”* Con este pronunciamiento, el Estado tiene la obligación de prestar un eficiente y eficaz servicio de salud pública a sus asociados, generar posibilidades y espacios tanto jurídicos como políticos, para que en cada municipio del país, que tenga el presupuesto y la capacidad financiera, exista un hospital de por lo menos nivel uno; de lo contrario podría poner en riesgo inminente la vida de los asociados.

La descentralización de La salud comienza antes de la constitución del 91, como lo indica el siguiente artículo:

La Descentralización del Salud en Colombia se inició con el Decreto 77 de 1987, cuando se entregó a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales; en 1990 la ley 10 asignó todas las competencias de funcionamiento del primer nivel de atención a los Municipios y del segundo y tercer nivel a los Departamentos.

Posteriormente la Constitución Política avaló la perspectiva descentralista y entregó recursos de transferencia desde el presupuesto nacional para los municipios y departamentos (Art. 356 y 357); en ese marco la ley 60 de 1993 desarrolló la Constitución en materia de competencias y recursos descentralizados y en particular del sector salud. Posteriormente la ley 100 de 1993, que reformó la Seguridad Social en Salud, le delegó a los municipios y departamentos la administración del Régimen Subsidiado de Salud y creó mecanismos para convertir los subsidios de oferta en subsidios a la demanda.(Jaramillo I, 2001, p.3)

La carta política, impulsa la descentralización y desconcentración del servicio de salud en el país, en el entendido que la descentralización de servicios implica el reconocimiento de competencias a entidades territoriales locales y la posibilidad de decidir. Por lo tanto, los administradores del Estado y locales tienen que preocuparse por conseguir los ideales trazados en la constitución y la ley, con el fin de buscar una buena prestación del servicio de salud a los residentes en el país.

De igual manera, al indagar sobre la trayectoria de la fijación de competencias y de asignación de recursos se encontró que:

La Constitución Política de 1991, estructuró las transferencias de recursos económicos de la Nación a las entidades territoriales, (...) la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación (...) se debía efectuar los ingresos de acuerdo al art. 358 constitucional, comprenden los ingresos tributarios y no tributarios (...) para la atención de los servicios públicos de salud y educación de la población. En consideraciones de la sala del servicio civil del Consejo de Estado en concepto 1737 de 2006, (...) a raíz de una serie de graves problemas fiscales y de deficiente cobertura de los servicios de salud(...) que se estaban presentando con el modelo de transferencias diseñado por la Carta del 91, el gobierno presentó al congreso un proyecto de reforma constitucional, para cambiar el esquema y alcanzar el fin esencial de garantizar la estabilidad de los recursos asignados a dos sectores fundamentales para el desarrollo económico y social del país, la educación y la salud.

En la misma mencionan también como fines del nuevo sistema, recuperar el espíritu de la Constitución de 1991, en que la Nación y las entidades territoriales son "socias", garantizar la estabilidad de los recursos (...) El proyecto se materializó en el acto legislativo No. 01 del 30 de Julio de 2001, (...) la sala consideró importante precisar los conceptos de situado fiscal y Sistema General de Participaciones, donde el situado fiscal involucraba únicamente a los departamentos y distritos y el sistema general de participaciones está integrado por los departamentos, los distritos y los municipios, concepción que condujo a cambiar los parámetros que contenida la ley 60 y regular la materia integralmente en la ley 715 de 2001,(...) y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de salud. (García J, 2007, p.484)

Con base en lo anterior, se puede deducir que las normas dictadas no han cumplido con su objeto, ni han logrado su eficacia a la hora de su aplicación, pues la sala civil del Consejo de Estado, advierte sobre varios problemas graves que generó el desarrollo de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política del 91, donde se plasma claramente la deficiencia de la administración del Estado en la prestación del servicio de salud y el manejo de los recursos fiscales; también explica que los recursos para la salud de los municipios, están incluidos en el Sistema General de Participaciones.

Adicionalmente, en desarrollo de las disposiciones constitucionales, nace la Ley 715 de 2001, la cual impuso unos criterios muy altos para que los municipios puedan certificarse, en aspectos económicos y financieros, para poder prestar el servicio de

salud y materializar así la descentralización, como lo observamos en el siguiente informe:

La ley 715 de 2001, en su art. 4, Distribución Sectorial de los recursos. El monto total del sistema general de participaciones (...) y descontando los recursos a que se refieren los art. 2, se distribuirán las participaciones así: Una participación para el sector educativo corresponderá al 58.5%, la participación para el sector salud corresponderá al 24.5%.

Sobre la certificación, (p. 44) se encuentra que en el art. 20 de la 715. La distinción legal entre las entidades certificadas y las no certificadas, y que esta certificación obedece principalmente al criterio de población, dice: son entidades territoriales certificadas en virtud de la presente ley, los departamentos y los distritos, la Nación certificara a los municipios con más de cien mil habitantes antes de finalizar el año 2002;/ Todos aquellos municipios con menos de 100 mil habitantes que cumplan los requisitos que señale el reglamento en materia de capacidad técnica, administrativa y financiera, podrán certificarse, le corresponde a los Departamentos decidir sobre la certificación a estos municipios y si pasados 6 meses la petición no ha sido resuelta o ha sido rechazada, el municipio podrá acudir a la nación para que decida sobre la respectiva certificación. (Herrera, 2010, p.181)

Es así que la expedición de esta Ley, pareciera confirmar que Colombia es un país centralizado, pues no hace otra cosa que ordenar a alcaldes y a gobernadores ejecutar las órdenes del ejecutivo central, desconociendo la autonomía de los entes territoriales locales, como lo indica el siguiente artículo:

La distribución porcentual de los recursos por sectores convierte a las entidades territoriales en simple agentes de política y vulnera sensiblemente la autonomía. Las necesidades básicas susceptibles de atención en el plano local se ven sometidas a un sistema inflexible en el cual tanto alcaldes como gobernadores se limitan a ejecutar los recursos en sectores determinados por la ley. (Soto, 2001, p.142)

Los recursos asignados se distribuyen para la salud pública entre los distritos, municipios y corregimientos, porcentaje que viene siendo inferior al necesitado por los entes territoriales locales:

Los recursos para salud (24.5% del total del SGP) se destinan a financiar los subsidios a la demanda (hasta lograr el 100% de la cobertura) y las diferentes acciones de salud pública y se distribuyen entre distritos, municipios y corregimientos departamentales de acuerdo con la población en el régimen subsidiado del año inmediatamente anterior. Los recursos producto del crecimiento real del SGP (es decir, adicionales a la inflación causada), servirán para el financiamiento de nueva población por atender (urbana y rural) en el Régimen Subsidiado. (Zapata J., 2013)



También, la reforma al art. 49 de la Constitución Política, que se desarrolla en el Acto Legislativo 02 de 2009, nos afirma en el artículo primero que:

“La atención a la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del Estado, se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La corte Constitucional nos explica el alcance de este artículo de la siguiente manera:

“El artículo 49 es el que le da la doble caracterización,(...) , pues por una parte señala que se trata de un servicio público a cargo del Estado y acto seguido garantiza a los ciudadanos el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

En esa medida la propia redacción del texto constitucional evidencia la interrelación entre el derecho a acceder a prestaciones en materia de salud[34] y el carácter de la salud como servicio público a cargo del Estado, es decir, la salud como derecho esencialmente prestacional[35] implica la existencia de un régimen jurídico y organizacional específico para su provisión, precisamente el de un servicio público, con las implicaciones que este concepto implica en el modelo de Estado social de derecho adoptado por la Constitución de 1991,(...),

baste citar, el artículo 365 de la Carta según el cual “*Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional*”. (Sentencia C-791 de 2011)

Ahora, en desarrollo de la constitución política y con el objetivo de optimizar el servicio de salud, el congreso de la república aprobó la ley 1751 de 2015, cuyo objeto esencial es garantizar el derecho fundamental a la salud, como encontramos enunciado en su art. 1º., que de acuerdo a esta ley , es un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, en su art. 5º hace responsable al Estado de respetar, proteger, y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, imponiéndole unos deberes al Estado, entre otros, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo de este derecho en todo el territorio Nacional, adoptar la regulación y las políticas indispensables, para financiar de manera sostenible los servicios de salud, garantizar el flujo de recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud en la población.

Para cumplir con estas políticas públicas, dirigidas a una buena prestación del servicio de salud, es necesario trazar políticas con el objetivo de coadyuvar a los municipios, para que puedan construir sus propios hospitales, ESE., de otra manera se estaría descuidando la prevención, la protección y la recuperación de la salud, de los habitantes en los municipios que no cuentan con al menos un hospital de primer nivel

Si el problema consiste en la capacidad financiera, el sistema general de participaciones debe asignar un mayor porcentaje a la salud pública, y al calificar el sistema de salud implementado actualmente, donde la meta es la de lograr que todos los asociados colombianos estén afiliados a la seguridad social con su respectivo aporte, no hay resultados negativos como lo comenta el siguiente informe:

Aunque aún es pronto para evaluar el efecto de las innovaciones introducidas a partir de 2007, en términos de cobertura se puede adelantar que las metas planteadas parecen adaptarse mejor a las posibilidades reales de afiliación universal.

La menor dependencia del gasto privado (y del gasto de bolsillo), en comparación con el periodo previo a la reforma, es un indicio de que el sistema provee una mayor protección frente al riesgo financiero asociado a la enfermedad. La existencia de un plan explícito de servicios y la asignación de presupuestos con base en la capitación han reducido las inequidades en el financiamiento entre regiones y grupos de la población. Las brechas en el acceso a los servicios entre los grupos más pudientes y más pobres de la población se han reducido consistentemente en las dos últimas décadas, periodo en el cual se ha incrementado la cobertura del seguro. Finalmente, la afiliación a la seguridad se asocia con mejoras en el acceso a los servicios (García J, 2007, p.484)

También podría ser una solución al problema de la falta de recursos para la prestación del servicio de salud pública, la realización y ejecución de un proceso calificado, tendiente a generar dividendos del mismo presupuesto y replantear el procedimiento de la redistribución del pago, y sin lugar a dudas, los asociados tienen la obligatoriedad de apoyar económicamente el sistema de salud, efectuando la afiliación a la seguridad social y haciendo sus respectivos aportes, para lograr una buena prestación del servicio, con base en el principio de la solidaridad,

Solidaridad, es la expresión del fenómeno natural de interdependencia entre los seres vivos, entre los grupos sociales o entre miembros de una comunidad. De alguna manera usted es responsable del otro por compartir una misma sociedad. En el sector salud, la solidaridad esta reducida al aporte de un punto de la cotización de los trabajadores afiliados al Régimen contributivo, porque el Estado progresivamente ha desmontado esta responsabilidad al no cumplir con sus aportes con destino a la atención de los más necesitados. (C. Herrera, 2010 (p. 49)

La descentralización de la prestación del servicio público de salud, debe estar encaminada a la competencia de las empresas sociales del Estado ante las entidades privadas. Iván Finot, (2001) afirma: *“En primer lugar la descentralización es apropiada para la competitividad, sería el medio por excelencia para que el estado desempeñe las funciones de manera eficiente”* (p. 17).

El autor explica en el siguiente artículo, que si la administración del Estado pone en marcha el proceso de descentralización en la prestación del servicio de salud pública, llevándolo a cabo un proceso de competencia con las entidades privadas, por medio de atención de alta calidad y eficacia en la prestación del servicio, donde cada ente territorial municipal que tenga capacidad económica, para la creación de hospitales constituidos en Empresas Sociales del Estado (ESE), competitivas, se obtendrán beneficios, económicos y de alta calidad :

*“Los servicios de salud en Colombia no han sido ajenos a esta tendencia global, ya que el auge del modelo de competencia administrada, que entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado”* (Guzmán, 2005,).

Estrategia que sería posible nombrando a las autoridades locales, a personas con alta experiencia y titulados en administración pública, que daría como resultado una prestación de servicio de salud eficaz y eficiente, cumpliendo así con la función que constitucionalmente le corresponde y que se trata de la buena prestación del servicio a los asociados y generando utilidades importantes para el sistema:

En Alemania y otros países Europeos existe un modelo de competencia por comparación, con este sistema es básico generar incentivos para el mejoramiento en la eficiencia en el tiempo con la estructura y la casuística hospitalaria, es un sistema donde si se introduce una forma de competencia, pues se tiene como competencia los hospitales eficientes. (Zapata, 2013 p.12)

Se puede deducir que es un modelo que le ha traído ventajas claras a estos países, a su población y a su sistema de salud, el cual es uno de los ítems más importantes; si adaptaran dicho modelo en los municipios que lo requieren se realizarían proyectos para competir por ser mejores cada día en el manejo del sistema de salud y no luchar por el ideal de tener al menos uno.

En atención a lo prescrito en la Constitución Política de Colombia de 1991:

El modelo de Estado que se tiene, es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República Unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entes territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que integran y en la prevalencia del interés general, son fines esenciales del estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general, garantizar la efectividad de los derechos y deberes consagrados en la carta política. (Constitución Política de 1991 art. 1°)

De acuerdo a este texto, se puede inferir que la administración del Estado, no está cumpliendo con la directriz de la Carta Política y la proyección de la ley, orientado a generar un Estado descentralizado en la prestación de servicios públicos esenciales, como es el servicio de salud pública.

Así mismo, la ley 1551 de 2012 en su artículo 2°, prescribe que los municipios gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, bajo los límites que les impone la constitución y la ley.

En lo referente a esta autonomía, se ha quedado en la sola letra de la constitución y la ley, como dice: *“Tanto las oportunidades como las limitaciones para el desarrollo local quedaron planteadas esperando el desarrollo legal posterior, el cual fue elaborado en un proceso que no desarrolló las potencialidades, pero sí resaltó sus limitaciones”*. (Ospina, 2002. p.51)

Por lo tanto, se podría pensar que la administración pública, no tiene intención de desarrollar o llevar a cabo el proceso de descentralización del servicio de salud, al parecer el temor a asignar buena parte del presupuesto nacional, departamental, municipal y regalías para este fin, no deja que se concrete las directrices plasmadas en la constitución y la ley, ya que la descentralización se viene dando desde antes de la Constitución del 91, como lo comenta el autor en el siguiente artículo:

Los primeros pasos a esta descentralización, se dieron con la ley 10 de 1.990, la cual fue acogida por la carta política del 91, la cual consagro un proceso de descentralización en el cual los municipios y departamentos tendrían una mayor autonomía política, fiscal y administrativa. (Rodríguez, 2003. p- 16)

En adición, la carta política del 91 y la ley 10 del 90, elevan al rango de servicio público la salud, según nos comenta el siguiente artículo:

La salud mediante ley 10 de 1990, se eleva al rango de servicio público. En adelante será obligatorio del Estado garantizar la prestación de los servicios, con calidad, oportunidad y cobertura para toda la población, Para ello el Estado debe formular las políticas, coordinar, dirigir, planificar, vigilar e intervenir en caso necesario su prestación. (Redondo & Guzmán, 2000, p. 81)

A *Contrario sensu*, la orden de esta Ley, no se ha cumplido en determinados municipios de Colombia, el servicio de salud, debe ser pronto y diligente, pues en un caso de manifiesta urgencia, se debe contar con una entidad prestadora de salud del estado cercana al asociado, es importante conocer mas sobre que es salud en el ser humano, si se analiza el concepto normativo de salud, como desarrollo de capacidades y potencialidades encontramos:

Una definición normativa de salud en el pensamiento de (Canguilhem 2001) permite entender la salud como el desarrollo de las capacidades y potencialidades del cuerpo humano, la capacidad respiratoria, la capacidad cardo vascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual la capacidad digestiva, la capacidad afectiva , la capacidad intelectual, la capacidad sexual) desde el recién nacido hasta el adulto joven , así mismo la conservación de esas potencialidades el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la sociedad y el desarrollo científico y tecnológico ( Martínez J. 1998)

Por esta razón la descentralización del servicio de salud, debe ser aplicada en Colombia, máxime cuando se define en el siguiente sentido: *“hay descentralización cuando la ley otorga a los órganos elegidos por las colectividades, un poder de decisión en asuntos locales”* (Usta, P. 2.012. p-12).

Examinado este comentario de la autora, se encuentra que la Ley 10 de 1990, daba ese impulso a la voluntad política para que se aplicara la descentralización, existe en este momento total desobedecimiento y desconocimiento a la ley por parte de la administración del Estado, respecto a la decisión que se toma en el ejercicio del derecho fundamental al voto: por cuanto cuando se eligen los gobernantes locales, es para que cumplan unas funciones dirigidas a prestar un buen servicio al conglomerado local.

Para ilustrar un poco más sobre la descentralización encontramos lo siguiente:

La descentralización debe reunir ciertos requisitos a saber: - Debe haber una distinción entre el conjunto de necesidades que la administración debe suplir; - Debe tener una personalidad Jurídica propia, independencia económica y recursos propios para administrar los asuntos propios de la comunidad. – Los órganos encargados de los asuntos locales deben emanar de la colectividad y no del Estado, Existen dos modalidades de descentralización, la Territorial y Por Servicios, la territorial se expresa en las entidades territoriales y permite los niveles de estado, nivel nacional y nivel territorial. La descentralización por servicio en cada uno de los niveles del Estado, nos da lugar a las entidades descentralizadas y constituye la base de los sectores administrativos – sector central y sector descentralizado, las relaciones de descentralización por servicios se presentan entre la administración central y las entidades descentralizadas. (Usta P. 2012, p.13)

Observando estos requisitos que exige la descentralización, un ente territorial municipal los reúne sin dilación alguna, pues es claro que la prestación del servicio de

salud es una necesidad que la administración debe suplir, que el municipio tiene personería jurídica propia, independencia económica y recursos propios, el municipio tiene un órgano encargado de estos asuntos elegido por la colectividad que es el Alcalde, entonces cuales son las causas que detiene al Estado, a la hora de implementar la descentralización de la prestación de este servicio esencial.

De igual manera, el servicio de salud debe estar a cargo de los entes territoriales municipales junto al nivel nacional y departamental, que reúnan las condiciones y requisitos que la ley exija, los municipios con categorías uno, dos y tres, tienen la capacidad económica y financiera para crear sus propios hospitales o Empresas Sociales del Estado (ESE), *“El art. 320 de la carta política permite crear categorías de municipios de acuerdo con su población recursos fiscales, importancia económica y situación geográfica y señalara distinto régimen para su organización, gobierno y administración”* (Soto, 2001, p. 142),

La categoría de los municipios está reglamentada actualmente en la ley 1551 de 2012, teniendo como criterios importantes, el número de población y los ingresos corrientes de libre destinación, expresados en salarios mínimos mensuales vigentes, como lo muestra el siguiente:

Cuadro Nro. 1. explicativo de la categorización de los municipios en Colombia, de acuerdo a la ley 1551 de 2012:

Categoría	Nro. de habitantes requeridos	Ingresos Corrientes
Especial	Igual o superior a 500.001 habitantes	Mayores a 400.000 SMLM
Primera	Entre 100.001 y 500.000 habitantes	Entre 100.000 y 400.000 SMLM
Segunda	Entre 50.001 y 100.000 habitantes	Entre 50.000 y 100.000 SMLM

Tercera	30.001 y 50.000 habitantes	Entre 30.000 y 50.000 SMLM
Cuarta	Entre 20.001 y 30.000 habitantes	Entre 25.000 y 30.000 SMLM
Quinta	Entre 10.001 y 20.000 habitantes	Entre 15.000 y 25.000 SMLM
Sexta	Igual o inferior a 10.000 habitantes	Menos de 15.000 SMLM

Fuente: Autor del ensayo

Este cuadro muestra los requisitos para categorizar los Municipios en Colombia, la primer casilla señala la categoría a la que pertenece el municipio, la segunda casilla nos indica el número de habitantes que debe tener ese municipio para poder pertenecer a la categoría indicada en la primer casilla y la tercer casilla muestra uno de los requisitos para obtener esa categoría, donde exige que el municipio debe tener ingresos activos por cuatrocientos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

La competitividad, en calidad y eficiencia en la prestación del servicio de las entidades públicas prestadoras del servicio de salud, con las entidades privadas, es punto esencial para lograr la descentralización:

Desde 1990 se estableció una estrategia que combina la descentralización territorial hacia los Municipios, distritos y departamentos, articulada simultáneamente con la descentralización institucional de los hospitales, convirtiéndolos en empresas sociales, se exige a los departamentos y municipios que organicen a los hospitales como entidades autónomas patrimonial y gerencialmente, aun desde 1.993 la legislación estableció la figura de empresas sociales del estado, que permite a los hospitales públicos ser manejados como si fueran empresas privadas para poder entrar en ambientes de competencia. (Jaramillo, 1997, pág. 13)



Para comparar experiencias, se referencia a Chile, Ecuador y otros países latinoamericanos, que han puesto en práctica la descentralización del servicio de salud, para su estudio analizamos el siguiente texto:

El sistema de salud y de seguro de salud chilenos han sido pioneros en su creación y sus reformas en el curso del presente siglo, sus hitos más importantes fueron: a) crearon el seguro obrero en 1924, el programa Reposo pre y Pos Natal para la mujer obrera, B) la creación de Servicio Nacional de Salud y la separación de aseguramiento financiero y de prestaciones de salud, c) Servicio Nacional de empleados, ley de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el nuevo código sanitario y el formulario nacional de medicamentos.

Con estas medidas obtuvieron una mejora sostenida en los indicadores tradicionales de salud, como mortalidad infantil, mortalidad materna, y desnutrición.

Se logró una situación de salud privilegiada, d) en los años ochenta se llevó a cabo una descentralización de atención primaria de Salud, pasándola a los municipios y se establecieron los seguros privados de salud.

El sistema de salud que se estableció a partir de la segunda guerra mundial constituye uno de las experiencias más exitosas de adaptación en Sud América del modelo de salud Ingles, está compuesto por un subsector público y un subsector privado, con participación del ámbito de seguros como de las prestaciones. Ambas ofrecen una amplia gama de servicios y son regidos por el ministerio de salud.

En el sector público las acciones se realizan través del Sistema Nacional de Salud así como una red de establecimientos de atención primaria bajo la administración Municipal. (Jaramillo, 1996, p-27)

Ecuador, según informe de revista especializada, este país, cuenta con un sistema de salud, que se encuentra situado dentro de los 20 mejores del mundo, superado en Suramérica únicamente por Chile que lo ubican en el puesto número 13, esto lo logra asignando grandes porcentajes del presupuesto en inversión social, cuando en el año 2006 la inversión social era de 1.934 millones de dólares, para el año 2013 la proyección de la inversión exclusivamente para el sector salud fue de 7.000 millones de dólares, el mejoramiento de la calidad de vida de los profesionales de la salud, médicos y enfermeras fue muy notorio, los hospitales de la red pública de salud fueron equipados con tecnología de punta, para lograr un eficaz y eficiente prestación del servicio a todos los habitantes de esa nación.(Revista especializada: los Andes. 20011)

También se encuentra que La tendencia latinoamericana en la prestación del servicio de salud, es la descentralización, como lo enuncia el siguiente artículo:

Los países de Latinoamérica y del Caribe han previsto la atención en salud en sus constituciones un servicio público o de una función del Estado.

Cada país ha legislado de acuerdo con sus propias características y necesidades y han producido sistemas nacionales de salud o sistemas de seguridad social.

A fin de entregar los servicios de salud los países de la región han desarrollado una red completa de hospitales públicos y centros de salud, para la cual los gobiernos han realizado inversiones importantes en infraestructura hospitalaria y en los recursos humanos requeridos para la prestación de servicios de salud.

También en la región, en respuesta al proceso de descentralización, los hospitales han sido delimitados dentro de un área de influencia geográfica. Por esta razón, no es raro encontrar instituciones de salud para municipios, departamentos, distritos o nación.

Hoy, existe consenso en que los hospitales se integren en redes de asistencia social que optimicen la utilización de recursos y potencialicen la calidad en la atención. Se retoma el concepto de "Funciones Esenciales de Salud Pública" y se reaviva el interés por el rol de rectoría del Estado para corregir las imperfecciones del mercado de la salud. (Scott Jervis D, Orozco J & Olivares F. 2007)

Esto indica que, basados en la experiencia de países latinoamericanos, sí es viable que cada municipio de Colombia tenga su propio hospital o empresa social del estado (ESE).

Se necesita decisión política para la asignación de recursos a los entes territoriales municipales, según Redondo & F. Guzmán, (2000): *"Los recursos para la salud, se constituyen los fondos locales y seccionales, organizados por las entidades territoriales como una cuenta especial de su presupuesto, con una unidad de caja, bajo la administración de la dirección seccional o local de salud"*, (p.82). Es la parte donde el la administración falla, ya que las actividades irregulares que se presentan a la hora de administrar los recursos son varias, es importante la actividad de control por parte de las entidades encargadas.

Por otro lado, los recortes presupuestales no deben existir para el servicio de salud, es aquí cuando surge la siguiente pregunta: ¿De dónde proviene el recorte presupuestal a los municipios? El siguiente texto nos ilustra:

La crisis económica global, el endeudamiento de los gobiernos regionales y locales y a partir de 1998 la crisis del Estado Nacional, puso en agenda pública la preocupación por el déficit fiscal, para el gobierno Pastrana (1.998- 2002) la preocupación fue recuperar flexibilidad en el gasto poniendo un freno, por cuatro años, a las transferencias de ingresos a las regiones, para el gobierno 2002- 2006 se trataba de reducir el déficit obligando a un ahorro a todo el gobierno pero principalmente al nivel nacional, el resultado del primer gobierno de 2001 se sintetiza en el acto legislativo 01 de 2001 que modifica la Carta Política, y la ley 715 de diciembre de 2001 que crea el sistema global de participaciones, unificando en una sola bolsa el situado fiscal que iba a los departamentos y las participaciones en los ingresos corrientes de la nación que iba a los municipios.(Sarmiento G, 2001, p. 7)

El municipio, primer eslabón de nuestra división política territorial, no debió ser desconocido por el gobierno central y al contrario generarle más recursos para la prestación de los servicios públicos en esencia el de la salud, derecho fundamental de los asociados.

La preocupación del gobierno en el déficit fiscal, degeneró en el atropello y tropiezo a la descentralización de la prestación del servicio de salud pública. En lo corrido de estos largos 23 años desde la nueva Constitución Política., el Congreso de la República, la Cámara de Representantes y las Asambleas Departamentales, no se han preocupado por legislar a favor de la prestación de un buen servicio de salud pública; es hora de realizar cambios radicales en la legislación colombiana y proponer una reforma impulsando la descentralización de la prestación de este servicio.

Volviendo a una de las problemáticas de los municipios, la cual es la falta de recursos de los municipios para poder certificarse y construir sus propios hospitales, es un buen sistema de distribución de impuestos, como dice Castro, (1984): *“Un buen sistema de distribución de los impuestos, permite alcanzar una seria política de descentralización fiscal.”* (p. 88)

Uno de los factores, que obstaculiza a los municipios, para no tener su propio hospital, está en la mala distribución en el acceso a los ingresos del país, como nos muestra el siguiente párrafo:

En 1.998 el 18% de la población total del país es la más pobre y solo tiene acceso a un 3.6 % del ingreso total del país, el 10% de la población más rica tiene acceso al 40% y el 20% de los hogares más pudientes se queda con el 55% de dicho ingreso y el 19% de la población no recibe atención médica. Alrededor de la mitad de la población urbana no está afiliada a seguridad social y el 80% de la población Rural. (Ahumada, 1998)

Desde otro punto de vista otra de los factores que ha llevado a que los municipios no puedan construir su propio hospital, es la falta de voluntad política por parte de los administradores de turno, que les falta ser equitativos a la hora de tomar decisiones en la aplicabilidad de mantener el equilibrio entre la igualdad y la desigualdad.

Así mismo, la Ley 100 de 1.993, aviva la descentralización de la prestación a la salud pública, cuidando de la calidad de atención al usuario, como nos dice *Roldán, (2001): "la ley 100 de 1993 la calidad en la atención es relevante, fija para los proveedores la obligación de establecer mecanismos para medirla, que respondan de forma efectiva a las metas en salud y al desafío de la competitividad"* y hace énfasis en el control y vigilancia, a las entidades encargadas de la prestación del servicio, disponiendo un buen número de sanciones, tanto administrativas como penales, igual que deberes y obligaciones, también encontradas en diferentes normas legales,, es importante esta vigilancia y control por parte del Estado, ejerciendo la función por medio de los entes de control y las veedurías ciudadanas, como lo enuncia el autor en el siguiente artículo:

Por medio de la cual se crea condiciones de acceso a todos los niveles de atención, con un sistema destinado a la dirección, regulación, control y vigilancia del servicio esencial de salud y que permite garantizar a todas las personas el derecho fundamental a la salud, a la vida y la seguridad social, con esta finalidad el Estado debe crear las condiciones para hacer efectivo el acceso de todos a la atención básica en salud, garantizando la protección y la recuperación de la salud a todos los habitantes del territorio nacional. De otra parte, habida cuenta de los orígenes de los recursos económicos destinados al régimen subsidiado, bien puede la., ley establecer reglas tendientes a proteger la red pública hospitalaria sin que se afecten los principios de la seguridad social en salud. (Herrera, 2010, p. 181).

El espíritu de la constitución política del 91 y La ley 100 del 93, ha sido el de proteger a la población más vulnerable, pero no se logra materializar su objetivo, para lo cual no se tienen claras las causas; así mismo muestra que la legislación impulsa la descentralización de la prestación del servicio de salud, brindando herramientas

necesarias a los administradores del Estado, que al asignar recursos y rubros presupuestales, descuidan los entes territoriales municipales y sus fines esenciales para lo que están constituidos.

Ahora bien, en los que respecta a la autonomía propia de los entes territoriales municipales es mínima, si se tiene en cuenta que los programas y proyectos deben ser aprobados por las gobernaciones, y ejecutados en base a planes y programas nacionales o departamentales.

También se encontraron los derechos de los municipios, en esencia los tres principales, de los cuales habla Robledo (2010): *“Uno es el derecho a administrar sus recursos y establecer los atributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones, el segundo es el derecho a participar en las rentas nacionales; y por último, el derecho a elaborar su propio presupuesto”*.

Este texto indica que el legislador ya se ocupó de establecer unos derechos mínimos a los municipios, los cuales son indispensables para su funcionamiento con el objetivo de cumplir con su fines esenciales, sin embargo, ya que las causas son desconocidas, no los han podido desarrollar en su totalidad; estos derechos igualmente los encontramos en la Ley 1551 de 2012 art.2°, así:: ejercer su competencia, establecer tributos, administrar las rentas de participación, elegir a sus autoridades, adoptar una estructura administrativa financiable.

Dentro del marco jurídico, se encuentran normas suficientes que dan lugar a la aplicación de la descentralización del servicio de salud en Colombia, así mismo se existen normas que apartan esta posibilidad a los Municipios del país, aparece un factor demasiado influente en nuestro sistema de gobierno, la debilidad en la estructura y organización del sistema, hace que continuamente se estén proyectando reformas como lo enuncia el siguiente artículo:

Con la La Ley 10 de 1990, con la Constitución de 1991 y con la Ley 100 de 1993, el sector de la salud fue sometido a una doble o quizás triple descentralización:

Primero, una descentralización territorial, que les dio a las entidades territoriales un papel relevante; Segundo, una descentralización institucional complementaria que otorgó autonomía a la gestión hospitalaria, tercero, una descentralización (o desmonopolización) del aseguramiento y la irrupción de más de 60 entidades promotoras de salud, o EPS.

Primero, con la Ley 715 de 2001, se intentó hacer compatibles la descentralización territorial y la desmonopolización del aseguramiento; luego, con la Ley 1122 de 2007, se buscó rescatar la salud pública, la atención primaria y el mejoramiento de la calidad, conceptos que habían quedado en tela de juicio ante el embate del “aseguramiento”; 4 años más tarde, la Ley 1438 de 2011 creó un sistema de “giros directos” a los hospitales para eludir las múltiples intermediaciones en el manejo de los recursos (Jaramillo I. 2014)

En las regiones apartadas del país, es evidente la ausencia del Estado en la accesibilidad al servicio de salud:

El servicio de salud y el acceso oportuno a los mismos constituyen un cuarto factor que influyen en la salud de las personas, los servicios de salud son el resultado de las políticas y planes de salud de las naciones, la sociedad puede adaptar el medio ambiente, orientar las costumbres hacia estilos de vida saludables, fomentar la medicina, la salud ocupacional, y la seguridad industrial, y sobre todo puede tomar decisiones políticas que se traduzcan en la accesibilidad a los mejores servicios de salud con calidad, suficiencia y oportunidad. (H. Redondo & F. Guzmán, 2000, p.43).

El conglomerado colombiano elige al legislador para que organice, distribuya y haga eficaz las normas y reglamentos, con el propósito de que se realice una buena prestación de un servicio, en este caso la prestación del servicio de salud pública.

Es así que el Estado debe proteger a los más débiles, es imprescindible que se dé acceso fácil y oportuno al asociado y/o a una Empresa Social del Estado, que sea eficiente a la hora de prestar el servicio de salud.

La competencia que le corresponde a los entes territoriales municipales, debe ser ejercida por su administrador, en este caso, el Sr. alcalde, y dentro de ella está la de prestar un buen servicio a su comunidad, gestionar y administrar los recursos que necesite para lograr los fines esenciales del Estado, como por ejemplo, el hecho de velar por el interés común, en este caso, la vida y la integridad de la salud de las personas, también aplicar y dirigir unas políticas públicas encaminadas a cubrir las necesidades urgentes y básicas en la prestación del servicio de salud pública;

gestionando la certificación económica y financiera para construir un hospital en su localidad, el cual necesita recursos para su sostenimiento, los cuales puede ser por parte de los aportes del sector privado empresarial, como lo comenta:

Actualmente el pago depende del contrato de trabajo. La idea es que la gente que contribuye hoy lo siga haciendo, pero pensamos que las empresas deberían aportar por su tamaño medido en ingresos y no por el número de empleados. Esto llevaría a que no tengan problema en contratar más personas porque no les afectaría sus aportes. Ayudaría a combatir la informalidad, uno de los principales problemas. Y para los independientes e informales podría ser atractivo contribuir, quizás no con el 12,5 por ciento de sus ingresos, pero sí con el cinco por ciento y, con esto, el sistema atraería a nuevos contribuyentes (anónimo, 2011)

Existen otras opiniones para concretar recursos, como lo es la idea de generar un solo paquete de recursos para la salud de los colombianos, eliminando el régimen de prestadoras y aseguradoras, como se expone el siguiente informe:

Es necesario eliminar la existencia de dos regímenes de afiliación, de tal forma que todos los colombianos tengan acceso al mismo paquete, prestador y asegurador. La atención primaria en salud debe constituirse en el modelo de atención para seguir, con un enfoque renovado que incluya como puerta de entrada a los servicios de salud los ámbitos de vida cotidiana. Este modelo debe incluir todos los niveles de atención desde primer a cuarto nivel de complejidad, en un enfoque de redes de atención integradas. Se recomienda un sistema de prestación diferencial para zonas apartadas y poblaciones vulnerables como los indígenas. (Revista indexada Universidad de los Andes, 2014)

En cuanto a recursos para los hospitales, es importante mencionar que la ley 1438 de 2011, en su articulado, nro. 69, da una opción para que el gobierno pueda asignar recursos adicionales para los hospitales o ESE, así:

**Artículo 69. Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos.** El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención.(ley 1438/ 2011).

Buscando calidad, acceso real, sostenibilidad, la disminución de barreras y todo lo necesario y oportuno para que el sistema de salud pueda ofrecer un mejor servicio, encontramos el siguiente informe:

Los hospitales son actores que tienen una gran importancia en el sector de la salud, en particular, porque son ellos quienes tienen un contacto directo con el paciente y quienes influyen de manera explícita en los precios de los productos médicos ofrecidos. Su estrategia para competir depende del entorno en el que se desenvuelve y de las estrategias utilizadas por sus competidores. Rev. Científica Unidades (2014).

Si cada municipio de Colombia cuenta con su propio hospital público o ESE, indica que la sociedad no está tan atrasada, pues la calidad y la esperanza de vida de los colombianos es mayor, por eso, es importante buscar las causas que tropiezan la oportunidad a los entes territoriales y/o locales de tener su propio hospital; además, si bien es cierto, la capacidad financiera de los municipios incide en esta decisión de darle la competencia de prestar el servicio de salud, también es cierto que los recursos que se deben asignar por parte de la nación y del departamento no son suficientes.,

Las ESE, deben existir en todos los municipios de Colombia, ya que su labor fundamental debe ser el desarrollo de programas de atención a urgencias y tratamiento preventivo de las enfermedades, pues es la manera fácil de reducir los grandes costos de un tratamiento a una enfermedad crónica o avanzada.

Adicionalmente, el temor a la mala administración de estas ESE, puede ser un punto relevante que el administrador del Estado, haya tenido en cuenta a la hora de fijar las reglas para certificar a los municipios que quieran prestar el servicio de salud, o de tomar la decisión de descentralizar la salud, como lo comenta el siguiente artículo:

Las reglas del juego que introdujo la reforma no fueron asimiladas por los distintos agentes de la misma forma, y ello permite profundizar en su efecto sobre las conductas irregulares. Es conveniente revisar los tipos de corrupción detectados en los hospitales:

Actividades corruptas derivadas de la relación entre médicos y pacientes. La primera trata de la utilización indebida de tiempo, instalaciones, equipos o insumos para atender



pacientes con el interés de generar ingresos adicionales al profesional de la salud distintos a los que recibe de parte del hospital público. La segunda es la solicitud de pagos informales, para efectuar ciertos servicios o acortar tiempos de espera. La tercera es la inducción de demanda innecesaria. La cuarta es la derivación indebida de pacientes hacia servicios propios o hacia aquellos de los cuales el profesional recibe beneficios personales, se conoce en el medio como el “robo de pacientes” entre profesionales o de las listas de espera de las instituciones, hacia sus propios servicios.

Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-financiador. Este tipo de corrupción se refiere a la falsificación o adulteración de facturaciones reportando servicios nunca entregados o modificando la severidad de los mismos

Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-proveedor de insumos. Se trata de la exigencia por parte del personal hospitalario o el ofrecimiento por parte de los proveedores de insumos y equipos de cualquier tipo de beneficios personales a cambio de efectuar determinadas adquisiciones.

La ausencia injustificada del personal médico, contratado para cumplir con un horario y una programación en el hospital, se considera también una forma de corrupción, en no pocos casos tolerada y justificada por los tradicionalmente bajos salarios del personal médico.

Otra forma de corrupción, es el robo abierto de insumos por parte del personal hospitalario. (Giedion, González, & Acosta, 2011, p.10)

Como se puede observar, existen un sin número de conductas irregulares por parte de los administradores de las ESE u hospitales públicos, si las entidades de control y vigilancia encargados por el Estado, no cumplen su función debida, no hay esperanza de contar con un sistema de salud público que atienda los interés de los colombianos, en especial la población de escasos recursos.

Pero igual se diría, de todas las entidades del Estado, donde la corrupción aflora en sus máximas expresiones; *O sea: Abusus non set usus, sed corruptela*. Para empezar lo que se debe hacer es, educar a los asociados, inculcando el daño que se hace a las comunidades presentes y futuras al realizar conductas que conllevan al debilitamiento económico de las entidades públicas, resaltar los principios y valores de una sociedad y por ende una ejemplar actuación por parte de los ciudadanos como de las buenas prácticas de los deberes sociales, podría ser esta una solución junto con el fortalecimiento por parte del Estado, a las instituciones judiciales y administrativas, la

implementación de acciones de control de legalidad y las sanciones penales que se puedan incrementar para contrarrestar estas conductas irregulares.

En el siguiente informe encontramos las responsabilidades y funciones de los distintos niveles de gobierno, respecto al servicio de salud:

En lo relativo al sector salud, la Nación tiene la función de formular políticas y programas de interés para el sector, ejecutar las políticas cuando sean de su competencia, y evaluar el desempeño del sector. Además, la Nación debe impulsar, financiar y evaluar los programas, planes y proyectos de inversión con recursos distintos a los del SGP; evaluar y hacer control técnico, financiero y administrativo a las distintas entidades territoriales e instituciones prestadoras del servicio.

Por su parte, en el sector salud los departamentos deben dirigir, coordinar y vigilar el sector y los recursos del SGP de los municipios no certificados de su jurisdicción

Los municipios bajo ley 715 de 2001 deben dirigir y coordinar el sector y administrar los recursos del SGP en su jurisdicción a través de la formulación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de salud en consonancia con las políticas departamentales y nacionales; gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación para salud del municipio y administrar los recursos del Fondo Local de Salud; financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de los más pobres y ejecutar de manera eficiente los recursos destinados para este objetivo; y promover la afiliación al Régimen Contributivo del SGP en su localidad. (Rodríguez J, 2002, p.15- 16)

Ahora bien, los recursos propios de los municipios, no son otros de los que la ley de Régimen municipal describe como: los adquiridos de venta de servicios, impuestos prediales, impuestos a las ventas de insumos

Las entidades territoriales locales, deben materializar sus competencias, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Constitución, la ley orgánica de ordenamiento territorial y la ley de distribución de recursos y competencias en desarrollo del art. 356 de la Constitución Política, siempre buscando el bien común, debiendo ejecutar sus funciones observando los principios de coordinación, concurrencia, subsidiaridad, complementariedad, eficiencia responsabilidad y

transparencia, sostenibilidad, asociatividad, economía y buen gobierno.(ley 1551-2012-art.1).

Es entonces cuando se observa que las condiciones legales están dadas para que los municipios puedan crear sus propias ESE, solo falta la voluntad política de la administración nacional, para que en desarrollo la descentralización del servicio de salud, apruebe sin tropiezos las solicitudes de los municipios que se quieren certificar y de esta forma darles la oportunidad de crear sus propias ESES.

## Conclusiones

De la investigación ejecutada y del análisis a las normas legales, como: la Ley 715 de 2001, que desarrolló del art. 356 y 357 de la Constitución Política de 1991, de la ley 10 de 1990, la ley 60 de 1993, de la ley 100 de 1993 y normas reglamentarias, se puede colegir, que hay normatividad suficiente, existente en el Estado Colombiano, que impulsa la descentralización del servicio de salud, pero que la competencia y recursos los tiene distribuidos, solo al nivel nacional y departamental, dejando de lado a los municipios.

En el desarrollo del trabajo, se encuentra que la competencia y autonomía de los municipios es muy débil para ejercer su función, lo mismo que el porcentaje de los recursos asignados para invertir en salud, esta recopilación de datos nos lleva a concluir, que el legislador se debe pronunciar al respecto y crear una ley que faculte y le de competencia a los municipios para invertir sus recursos en la construcción y creación de hospitales o ESE, y que la administración Estatal, debe impulsar la descentralización al respecto, asignar unos recursos suficientes a los entes

territoriales locales, reglamentar su competencia y autonomía para que puedan desarrollar los proyectos de creación de empresas sociales del Estado y así puedan prestar un servicio de salud con calidad y eficiencia a los conglomerados.

Que la verdadera causa no está en el aspecto económico, sino en la prioridad que se le ha dado a la distribución y asignación de los recursos presupuestales, en la falta de una verdadera política de control a la administración de los recursos públicos y a una falta de interés y voluntad política de los representantes de los asociados, a la hora de invertir buena parte del presupuesto nacional en inversión social.

También se puede concluir, que no existe hasta la fecha, una verdadera política de construcción hospitalaria, por cuanto la tendencia es prestar el servicio de salud pública, con redes administrativas prestadoras del servicio, compuestas por el sector público y privado, poniendo de lado el interés en fortalecer económicamente a las instituciones hospitalarias del Estado.

Al respecto también podemos inferir, que con las buenas prácticas administrativas de los recursos asignados, observando la ley y los reglamentos, existiendo la voluntad política de los administradores del Estado, la participación concurrente de los ciudadanos, sería posible que los municipios con capacidad económica y financiera, si puedan crear y construir sus propias ESE, para la prestación esencial del servicio de salud pública a sus comunidades en Colombia, de esta forma brindar una buena prestación del servicio y protegiendo así el derecho fundamental de la salud, derecho que dignifica la vida *ad hóminen*.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ahumada C. (1998). *Política Social y Reforma de Salud en Colombia*. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/politicas/publicaciones/documents/1.POLITICASOCIALYREFORMA>. Consultado el: 12 de Mayo de 2014}
2. Castro J., (1984) *La Democracia Local*. Oveja Negra. Bogotá. Colombia.
3. Colombia, 1991, *Constitución Política y reformas*, Bogotá D.C. Leyer.2014.
4. Colombia, Corte Constitucional, (Junio 1992) Sentencia T- 402, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
5. Finot I. (2001), *Descentralización en América Latina*. Ilpes Naciones Unidas, Cepal, Santiago de Chile . Recuperado de <http://www.eclac.cl>, el 27 de Agosto de 2014.
6. García J. (2007) *Transferencias de recursos a Entidades Territoriales*. Recuperado de la página de internet : Fedesarrollo.com link <http://publications.iadb.org/>
7. Giedion U, González L & Acosta O, 2001, *Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos*, Ed. Red de Centros de Investigación Banco Interamericano de Desarrollo Washington, D.C. 20577 Recuperado de la página de internet Fedesarrollo.com link <http://publications.iadb.org/>
8. Herrera, C. (2010). *Distribución de competencias y Recursos Territoriales*, Leyer. Bogotá. D.C.
9. Jaramillo I. (1.996), *Reformas Sociales en Acción de salud*. Santiago de Chile.
10. Jaramillo I. (2001) *Archivos de Economía. Evaluación de la descentralización en salud en Colombia*, Edit. la Dirección de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de la página de internet. <http://economia.uniandes.edu.co/es>
11. Jaramillo I. (2014), artículo, *En espera de una ley ordinaria*. Razón Pública.com, primer párrafo, Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/7556-la-ley-ordinaria-de-la-salud-%C2%BFqu%C3%A9-podemos-esperar.html>
12. Ley 10. *Se reorganiza el Sistema Nacional de Salud*. Diario oficial 39137. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. D.C. 10 de Enero de 1990.
13. Ley 100. *Crea la Seguridad Social Integral*. Diaria oficial – 41.148. Congreso de Colombia. Bogotá, D.C. Diciembre 23 de 1993.
14. Ley 715, *En materia de recursos y competencias y organización de la prestación de los servicios de Educación y Salud*. Diario oficial- 44654. Congreso de Colombia. Bogotá, D.C. Diciembre 21 de 2001.
15. ley 1438, *Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial 47957. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. D.C. Enero 19 de 2011.
16. Ley 1551. *Moderniza la organización y funcionamiento de los municipios*. Diario oficial 48.483. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. D.C. Julio de 2012.

17. Ley 1751. Regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial nro. 49427. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. D.C. Febrero 16 de 2015.
18. Martínez J., (1.998).Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>.
19. Otálora M. & Rodríguez A., (2007). Revista de la Universidad del Valle, *Calidad del Servicio de Salud*, Recuperado de [www.univalle.edu.co/](http://www.univalle.edu.co/)
20. Redondo Gómez Hernán & Guzmán Mora Fernando,(2.000) LA REFORMA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA, Edit. Biblioteca Jurídica Diké. Medellín. Colombia.
21. Revista indexada de la Universidad de los Andes, 2014, Que Hacer con el Sistema de Salud en Colombia, recuperada de <http://www.uniandes.edu.co/xplorer/especiales/salud/como.mejorar-el-sistema-de-salud/html>.
22. Revista, La Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, (2008) recuperada de [www.medicina.unal.edu.co](http://www.medicina.unal.edu.co), vista el 5 de Mayo de 2014.
23. Revista informativa los Andes (20011) Ecuador. Recuperada el 17 de Mayo de 2015, en la página de internet: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/sistema-salud-ecuador-ubica-entre-20-mejores-mundo.html>
24. Rodríguez L, (2003) La descentralización territorial del sistema de salud en Colombia, Recuperado de [www.escholar.google.es](http://www.escholar.google.es), el 26 de Agosto de 2014.
25. Robledo S P., (2010) La Autonomía Municipal en Colombia. Universidad Externado de Colombia.
26. Rodríguez J, (2002) Características instituciones y gobernabilidad en municipios pequeños de Colombia Banco Interamericano de Desarrollo –BID, recuperado de <http://www.cielo.org>
27. Sánchez F. (2006) DOCUMENTO CEDE 2006-15 ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica) recuperado de internet <http://economía.uniandes.edu.co/es/content/2130/12699/fle/>
28. Soto David, (2001) La descentralización en Colombia: Centralismo o Autonomía, recuperado de recuperado de la internet. El 7 de mayo de 2014. Pagina: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Soto+David%2C+2001%2C+La+descentralizacion+en+Colombia&btnG=&lr=>
29. Sarmiento G. (2001) Sobre La Salud en Colombia. Recuperado de la página de internet: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=NlybO8Cs1R0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=Sarmiento+G,+2001,+sobre+la+salud+en+colombia&ots=>
30. Scott D, Orozco J & Olivares F. (2007) Tendencias Internacionales en Hospitales Públicos. Recuperado de la página de internet el 17 Abril, 2015,; [http://www.eumed.net/librosgratis/2012a/1168/tendencias\\_internacionales\\_en\\_hospital\\_es.html](http://www.eumed.net/librosgratis/2012a/1168/tendencias_internacionales_en_hospital_es.html).
31. *Usta P.*, (2.012) Revista de Derecho Público Nro..28.,2012.,recuperado de la página de internet: <http://www.leyex.info/magazines/EditorialDerPubNo28.pdf>
32. Zapata J., (2013) Reformas hospitalarias en el sistema de salud. disponible en la página internet [www.Fedesarrollo.org.co](http://www.Fedesarrollo.org.co), revisado el 15 de Octubre de 2014.