

Descentralización en salud: la tensión entre autonomía territorial y centralización bajo la Constitución de 1991

Decentralization in Healthcare: The Tension Between Territorial Autonomy and Centralization Under the 1991 Constitution



<https://doi.org/10.70335/sapiendus.2.2.27>

CINDY PAOLA CORREA GÜETTE

Abogada especialista de la Universidad Libre, correaguettec@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-7816-5430>

RESUMEN

Introducción: Se analiza la tensión entre el principio de autonomía territorial y la centralización estatal en el sistema de salud colombiano. **Objetivo:** determinar si la descentralización ha fortalecido efectivamente la autonomía de los entes territoriales en salud. **Metodología:** El estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, con diseño documental y hermenéutico, aplicando revisión sistemática tipo PRISMA y análisis normativo-jurisprudencial, se examinan las transformaciones normativas y políticas públicas entre 1991 y 2025, tomando como base la Constitución de 1991, leyes del Sistema General de Participaciones y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como sentencias relevantes de la Corte Constitucional. **Resultados:** muestran que, aunque existen avances normativos y fiscales, persiste una recentralización operativa en la toma de decisiones sanitarias, limitada capacidad institucional local y débil articulación intergubernamental; se confrontan posturas teóricas y jurisprudenciales que coinciden en que la descentralización ha sido más formal que real. **Conclusiones:** para garantizar el derecho a la salud con equidad territorial es necesario reformar competencias, fortalecer capacidades institucionales subnacionales y avanzar hacia un modelo de gobernanza cooperativa.

Palabras clave: Autonomía territorial; Descentralización; Gobernanza; Jurisprudencia constitucional; Salud pública.

Cómo citar este artículo:

Correa Güete, C.P. (2026). Descentralización en salud: la tensión entre autonomía territorial y centralización bajo la Constitución de 1991. *Sapiendus*, 2(2), e-27 <https://doi.org/10.70335/sapiendus.2.2.27>



ABSTRACT

Introduction: This study analyzes the tension between the principle of territorial autonomy and state centralization within the Colombian healthcare system. **Objective:** To determine whether decentralization has effectively strengthened the autonomy of local government entities in healthcare. **Methodology:** Conducted under a qualitative approach with a documentary and hermeneutic design, this study applies a PRISMA-type systematic review and a normative-jurisprudential analysis. It examines regulatory transformations and public policies between 1991 and 2025, based on the 1991 Constitution, laws governing the General System of Participations and the General System of Social Security in Health, as well as relevant rulings from the Constitutional Court. **Results:** The findings show that despite regulatory and fiscal progress, an operational recentralization in healthcare decision-making persists, accompanied by limited local institutional capacity and weak intergovernmental coordination. Theoretical and jurisprudential stances converge, showing that decentralization has been more formal than substantial. **Conclusions:** To guarantee the right to health with territorial equity, it is necessary to reform competencies, strengthen subnational institutional capacities, and advance toward a cooperative governance model.

Keywords: Territorial autonomy; Decentralization; Governance; Constitutional jurisprudence; Public health.

1. INTRODUCCIÓN

La Constitución política de Colombia (1991, art.1) establece que la organización estatal se fundamenta en un esquema de Estado de derecho con estructura republicana y unitaria, donde la descentralización y la autonomía territorial son principios esenciales. A través de este marco constitucional se impulsa la descentralización administrativa, definida como la transferencia de competencias y recursos del nivel central hacia las regiones que conforman la nación, con la finalidad de fortalecer la gestión local en los servicios públicos, especialmente en la salud. Empero, la literatura y la jurisprudencia alertan que esta segregación es en gran medida formal: las entidades territoriales reciben autonomía administrativa y financiera, pero esta opera bajo el control del gobierno central.

Dentro del recorrido histórico, la descentralización en Colombia se ha venido desarrollando por fases: desde la Ley 100 de 1993 (creación del sistema de salud) y la Ley 715 de 2001 (SGP), hasta las reformas recientes como la Ley 1751 de 2015 (derecho a la salud) y la reforma al SGP de 2024. Expertos como Brito (2020) analiza que estas reformas no siempre expresan una mayor eficacia local, sino en redistribución de competencias del poder central con ambigüedades. En situaciones evidenciadas como la Pandemia Covid-19, la fragilidad del sistema de salud del país se ha visto en crisis y discusiones sobre su financiamiento; las reformas fiscales han acentuado la “recentralización” de recursos, redistribuyendo fondos de modo que limitan la autonomía local.

En contextos críticos, como el evidenciado durante la pandemia, la gestión del sistema sanitario se enfrenta a situaciones extraordinarias que no siempre pueden preverse, en tanto existen escenarios que “buscan dotar... de una herramienta... frente a situaciones que no pueden ser previamente advertidas...” (Ospina Molina, 2020), lo cual evidencia los límites estructurales de la capacidad institucional territorial.

El problema específico que motiva este estudio es la brecha entre el alto nivel normativo (Constitución, leyes y sentencias) y la práctica efectiva de la autonomía territorial la salud; donde en Colombia persisten desequilibrios regionales en cobertura y financiamiento, y los departamentos y municipios dependen en gran medida de directrices y transferencias nacionales.

En este sentido, es necesario considerar que “En las últimas décadas, en Colombia, se ha vivido un conflicto armado interno marcado por la violencia constante, la inseguridad, la falta de estabilidad jurídica y el derrame de sangre de muchos compatriotas...” (Rodelo García, 2020), lo cual permite comprender cómo factores estructurales han incidido en las brechas territoriales y en la limitada capacidad institucional de los entes territoriales.

Por ejemplo, el artículo 49 de la Carta Política establece que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, asignándole a la Nación la reglamentación y financiamiento global, mientras que el artículo 311 CP atribuye a los municipios la prestación de los servicios públicos que determine la ley. Dentro de la realidad existente, esta distribución ha generado conflictos jurisdiccionales sobre competencias sanitarias; generando el reto de entender por qué el principio constitucional de autonomía territorial no ha logrado desplazar la centralización estatal en la gestión salud.

Se convierte en el objetivo principal de este artículo analizar la efectividad del principio de descentralización en el sector salud colombiano, en el marco de la Constitución de 1991, considerando la tensión entre autonomía territorial y centralización estatal; por lo cual es importante señalar que esta fórmula pretendió romper el modelo centralista heredado por la Constitución de 1886, encarar la crisis histórica de legitimidad del Estado mediante el fortalecimiento de la participación democrática y el traslado de mayores competencias a departamentos y municipios. La Misión de Descentralización del Departamento Nacional de Planeación (2024) concluyó que el país continúa operando bajo un patrón de concentración decisional que restringe la capacidad de los entes territoriales para orientar sus prioridades de desarrollo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aun cuando persiste un amplio marco normativo (CP 1991, Leyes 100/93, 60/93, 715/01, 1454/11, 1751/15, entre otras) que promueven la descentralización y la autonomía local, en la práctica la prestación de los servicios de salud sigue altamente centralizada; los gobiernos departamentales y municipales dependen del nivel central para la asignación de recursos (principal vía el Sistema General de Participaciones) y para la definición de políticas sanitarias; cuya dependencia contraviene el espíritu de autogobierno municipal que consagra la Constitución. La Corte Constitucional señala que el “núcleo esencial de la autonomía territorial” es la facultad de los entes territoriales de gestionar sus propios intereses; sin embargo, la regulación actual ha limitado dichas competencias en salud. En este contexto, resulta relevante señalar que “Las pruebas deberán apreciarse conjuntamente, de acuerdo con las reglas de la sana crítica. [...] En toda decisión motivada deberá exponerse razonadamente el mérito de las pruebas en que esta se fundamenta” (Acevedo Magaldi, 2020).

En consecuencia, la descentralización sigue siendo frágil, desigual y en muchos casos, más formal que real, donde estudios jurídicos y de políticas públicas (Pérez-Medina, 2023; Illera, 2021; Muñoz Velasco, 2024) han afirmado que el país oscila entre fases de descentralización y procesos de recentralización de facto, especialmente en materia fiscal y de competencias administrativas, debilitando el alcance efectivo de la autonomía territorial. Desde el enfoque jurídico, la Corte Constitucional mediante decisiones emblemáticas como la Sentencia T-760 de 2008, ha insistido en que el derecho fundamental a la salud exige continuidad, oportunidad y calidad; más aún cuando el cumplimiento de estos estándares se encuentra directamente relacionado con la distribución real del poder entre Nación y territorios, del flujo de recursos y de la capacidad institucional local.

Paralelamente, la Misión de Descentralización promovida por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) concluyó que persiste una gran desarticulación entre lo que la Constitución promete y la forma como se ejecutan las decisiones y se asignan los recursos; colocando frente al foco público grandes problemas estructurales como: concentración de funciones en el orden nacional, falencias en la planeación territorial, escasa articulación intergubernamental y dependencias crónicas del Siste-

ma General de Participaciones (SGP), especialmente en municipios con menor capacidad fiscal.

No menos importante, Cardona (2005), desde la economía pública y la ciencia política ya exponía las complicaciones que vendrían al transferir funciones sin desarrollar capacidades institucionales locales; del mismo modo, Salazar (2023), demostró que durante la emergencia sanitaria por el COVID-19, la autonomía real de los municipios especialmente los de sexta categoría estuvo notoriamente limitada frente a las decisiones centralizadas del Gobierno nacional.

Lo cual comprueba que, en el sector salud las reformas introducidas por la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993, prometieron ampliar coberturas y mejorar la eficiencia, sus resultados han sido ambivalentes. Por su parte los estudios de Oliveira et al., (2023), determinó que los procesos descentralización en salud sólo mejoran la equidad y la eficiencia cuando los gobiernos locales cuentan con financiamiento adecuado, sistema coherente de gobernanza y capacidades técnicas sólidas.

De esta manera, las tensiones se agudizan en zonas rurales, de baja capacidad fiscal, donde se sopesan la promesa constitucional de descentralización con la realidad de sistemas locales frágiles, alta dependencia del SGP y dificultades para garantizar disponibilidad, accesibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud. Estudios regionales recientes, como el de Maceira et al. (2024), exponen la consolidación de modelos de atención primaria como pilar fundamental del derecho a la salud, el cual se desprende de sistemas territoriales capaces de integrar servicios, gestionar riesgo y operar bajo esquemas de gobernanza cooperativa, condiciones que aún son limitadas en gran parte del territorio colombiano. En suma, la equidad y la atención primaria en salud (APS), muestran que en América latina y el Caribe, esta atención es un instrumento clave entre políticas nacionales y capacidad de gestión territorial, así como de existencia de redes integradas de servicios. No obstante, en Colombia los esfuerzos se ven truncados por brechas históricas como: deficiente infraestructura, en el talento humano y recursos en departamentos y municipios rezagados, aun siendo los que más dependen de las transferencias del SGP.

López Murcia (2022) en su debate político sobre la reforma al Sistema General de Participaciones y la redistribución de recursos entre Nación y territorios descubre las tensiones entre el objetivo de aumentar la autonomía fiscal territorial y los riesgos de sostenibilidad macrofiscal y de mala gestión local; este autor y otros análisis periodísticos destacan que una descentralización fiscal mal diseñada puede incrementar el clientelismo, la corrupción y la ineficiencia sino se acompaña de capacidades institucionales. Este gran vacío existente entre el diseño normativo y la práctica institucional plantea interrogantes sobre la coherencia del Estado social de derecho y sobre la capacidad real de las entidades territoriales para hacer efectivos los derechos sociales, siendo la salud un caso emblemático.

Las causas de esta limitación son múltiples: insuficiente capacidad administrativa local; concentración centralizada del presupuesto; deficiencias en los mecanismos de corresponsabilidad fiscal; y normas que reabsorben funciones locales.

2.1 Pregunta de Investigación

Dentro de este panorama surge la pregunta de investigación que guiará el análisis jurídico-doc-

trinal: ¿Cuáles factores han limitado la aplicación efectiva del principio de autonomía territorial frente a la centralización estatal en el sector salud colombiano durante el periodo 2020-2024?

3. JUSTIFICACIÓN

La pertinencia de este artículo de investigación radica en que el derecho fundamental a la salud, consagrado en la Constitución Política de 1991 y desarrollado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, exige un modelo de gestión pública capaz de garantizar acceso, continuidad y calidad en todos los territorios del país. Sin embargo, en la actualidad se evidencia que, la capacidad real de los entes territoriales para ejercer sus funciones sanitarias sigue siendo limitada, debido a una combinación de dependencias fiscales, escasa autonomía decisional y supervisión central dominante. Afirma Pérez-Medina (2023), que en la Pandemia, numerosas competencias sanitarias locales quedaron ancladas a las decisiones centralizadas, lo que restringió el margen de acción de los municipios y departamentos.

A pesar de que la descentralización se traduce como mecanismo de democracia y eficiencia administrativa, delega funciones a los entes territoriales para mejorar la cobertura de servicios (tal como proponen Oates y Montesquieu en sus teorías del federalismo fiscal). No obstante, tanto la doctrina como la jurisprudencia señalan que la autonomía territorial en Colombia se ha limitado al ámbito administrativo y financiero sin eliminar el control central; de hecho, la Corte Constitucional ha sostenido que descentralizar competencias sin recursos suficientes viola el principio constitucional, lo cual produce que analizar en profundidad esta tensión doctrinal es clave para fortalecer el modelo descentralizado.

Aunado a lo anterior, la relevancia académica de este análisis consiste en la necesidad de actualizar la comprensión doctrinal y empírica sobre los procesos de descentralización fiscal y administrativa en salud en el periodo 2020-2024, alimentado por los fuertes desequilibrios regionales y por reformas fiscales que han reabierto el debate sobre la recentralización.

Finalmente, este artículo presenta una gran relevancia académica, porque aporta un estado del arte actualizado (2020-2025) sobre el proceso de descentralización de la salud en Colombia apoyado en la jurisprudencia constitucional y administrativa; arrojando luz sobre los retos de la gobernanza territorial y la reciente reforma al SGP. Además, se analiza un recorrido por las distintas ejecuciones presidenciales en la descentralización de la salud y su impacto en la salud de los colombianos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Federalismo fiscal

Formulado por Oates (1972) plantea que cada nivel en el gobierno debe administrar los bienes

y servicios cuya provisión le sea más favorable en su escala territorial, ya que los gobiernos locales tienen identificada información precisa sobre preferencias, costos y condiciones particulares, generando una asignación óptima del gasto y de los instrumentos tributarios. Este enfoque justifica la transparencia de competencias de financiación y gestión a entidades, siempre que existan mecanismos de coordinación vertical.

4.2. Teoría federalista clásica

Los fundamentos políticos de la descentralización fundamentan en los aportes del federalismo clásico:

Montesquieu (1748) en *De l'esprit des lois*, defendía la división del poder como condición para limitar el abuso y garantizar la libertad.

Madison (1788), en *The Federalist Papers*, planteaba que la distribución de competencias entre distintos niveles de gobierno obstaculiza la autoridad y favorece la responsabilidad democrática.

Paralelamente, Colombia es un Estado unitario, la Constitución de 1991, incorporó elementos de federalismo al promulgar la elección popular de gobernadores y alcaldes, la autonomía territorial (arts. 1, 287, 298, 311 Const.), y la descentralización administrativa como principio rector del ordenamiento.

4.3. Principio de subsidiariedad

Es incluido en la administración pública y apropiado en varios sistemas de bienestar en Europa, formula que el nivel central debe mediar únicamente en actividades que los niveles inferiores no puedan realizar con eficacia. Formulado en la doctrina social y retomado por la administración moderna (Baldwin & Cave, 1999) sustenta que la gestión local es preferible cuando se requieren decisiones rápidas, contextualizadas y adaptadas a las condiciones territoriales; en Colombia la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional ha reconocido que este principio orienta la descentralización administrativa en sectores como salud y educación.

Los autores que han propuesto estas teorías demuestran en sus planteamientos cómo la descentralización influye en eficiencia, equidad y gobernanza sectorial:

4.4 Teoría del voto con los pies.

Tiebout (1956) sostiene que los ciudadanos se desplazan hacia territorios que ofrecen mejores servicios públicos, generando competencias entre los gobiernos locales; en la Salud este modelo plasma cómo las entidades territoriales con mayor capacidad fiscal y administrativa pueden atraer población y mejorar indicadores de eficiencia.

4.5 Teoría cerca del suelo

Arrow (1963) afirma que la toma de decisiones cercana al usuario permite capturar información más precisa sobre necesidades reales, favoreciendo políticas más pertinentes y ajustadas; en los

sistemas descentralizados de Salud, esta teoría respalda el diseño local de programas de promoción y prevención.

4.6 Teoría de la vigilancia mutua

Hurwicz (1970) argumenta que la existencia de múltiples actores territoriales favorece mecanismos de rendición de cuentas horizontales y verticales; para la Salud la descentralización genera supervisión compartida entre gobierno nacional, entes territoriales, las empresas prestadoras y la ciudadanía.

Todas estas teorías contribuyen con la evaluación de beneficios (adaptación local, innovación, participación ciudadana) y los riesgos potenciales (fragmentación territorial, inequidades regionales, gasto duplicado) asociados a la descentralización sanitaria Contemporánea (Sepúlveda & Rico, 2022)

4.7 Gobernanza en Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la gobernanza descentralizada impulsa los sistemas sanitarios, ya que mejora la capacidad de respuesta, la gestión de recursos y la toma de decisiones locales (World Health Organization, 2018); aunque la evidencia empírica demuestra que estos sistemas dispares en países de ingresos medios, afectada por las desigualdades territoriales como consecuencia de la débil capacidad administrativa y fiscal de los municipios, con alta dependencia de transferencias; como se vislumbra en América Latina (Acosta & Ibarra, 2023).

4.8 Descentralización

Consiste en la transferencia de competencias, responsabilidades y recursos desde el nivel central hacia los gobiernos subnacionales, para fortalecerlos en su capacidad decisoria sobre servicios públicos bajo su jurisdicción. Para Falletti (2005), la descentralización es un proceso multidimensional, político, administrativo y fiscal que realiza una redistribución del poder en el territorio y busca la identificación con la ciudadanía de las decisiones públicas. Para la Salud se enfoca en el aseguramiento, la gestión territorial, red hospitalaria, vigilancia sanitaria y programas de salud pública.

4.9. Autonomía territorial

Corresponde a la capacidad de los entes territoriales para gobernarse a sí mismos, administrar sus recursos y ejercer funciones asignadas sin interferencias bruscas del nivel central. En Colombia se fundamenta en (arts. 1, 287 y 300 C.P.) el cual ha sido desarrollado por la jurisprudencia. Martínez y Restrepo (2021) señalan que la autonomía comprende tres dimensiones: organizativa, administrativa y fiscal; imprescindibles para que el territorio ejerza efectivamente sus asuntos. La Misión de Descentralización del DNP (2021) conviene en establecer que las entidades territoriales deben tener libertad de decisión en sus intereses propios dentro de la normativa colombiana.

4.10. Derecho fundamental de la salud

Este derecho garantiza en su autonomía el acceso a los servicios integrales, oportunos y de calidad en Salud. Consagrado en Colombia en la Constitución Política en su artículo 49, desarrollado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y ampliamente interpretado por la Corte Constitucional como lo afirma Uprimny y Durán (2018), el gobierno debe propender una organización territorial adecuada del sistema para que genere una garantía efectiva de este derecho, vinculando Nación y entidades territoriales con la disponibilidad de los servicios públicos locales.

4.11. Sistema General de Participaciones (SGP)

El SGP es el mecanismo mediante el cual la Nación realiza las transferencias de recursos a los entes territoriales para financiar servicios públicos esenciales. Fue creado por la Ley 715 de 2001. Según los autores Bonet y Junca (2020), el SGP constituye la principal herramienta fiscal para asegurar la provisión descentralizada de los servicios de educación, salud, agua potable y saneamiento básico. El componente SGP-Salud financia aseguramiento, oferta hospitalaria pública y acciones colectivas territoriales, siendo fundamental en el esquema de descentralización sanitaria.

4.12. Competencias Territoriales

Las competencias territoriales son las funciones constitucionales y legales asignadas a departamentos y municipios. En cuanto a la Salud, se articulan con la red pública, la gestión del régimen subsidiado, la inspección y vigilancia local de EPS e IPS y la ejecución de los Planes de Intervenciones Colectivas. Para Velasco (2019), las competencias territoriales son inviolables dentro de su núcleo esencial, lo que quiere decir que, el nivel central no puede sustraerlas arbitrariamente; la Corte Constitucional ha reiterado este criterio como en la Sentencia C010 de 2013 donde aclara que, si bien existen lineamientos nacionales los territorios mantienen autonomía operativa y administrativa en su ejercicio.

4.13. Descentralización fiscal

Proceso de asignación de recursos tributarios, transferencias y facultades de gasto a los gobiernos subnacionales. Bird y Smart (2016) explican que una descentralización fiscal efectiva requiere autonomía de ingresos y reglas claras de corresponsabilidad fiscal.

4.14. Subsidiariedad

Principio según el cual la atención de necesidades públicas debe realizarse en el nivel más cercano al ciudadano, reservándose al nivel central únicamente aquello que exceda la capacidad local. Baldwin y Cave (1999) destacan que la subsidiariedad mejora la pertinencia de las políticas al permitir decisiones contextualizadas.

4.15. Capacidad institucional

Se refiere a la habilidad de los gobiernos territoriales para planificar, coordinar, ejecutar y eval-

uar políticas públicas. En términos de Grin y Barone (2018), esta capacidad depende del talento humano, sistemas de información, estabilidad administrativa y recursos financieros disponibles.

4.16. Constitución Política de Colombia (1991)

En sus artículos 1, 287, 288, 356 y 357; consagra a Colombia como Estado Social de derecho, descentralizado y con autonomía de sus entidades territoriales; en los artículos 287 y 288 plantea las competencias propias de los departamentos y municipios impulsando su capacidad de autogobierno y gestión fiscal; mientras que en sus artículos 356 y 357 robustece las bases del Sistema General de Participaciones, el cual legaliza la redistribución de los recursos públicos para salud, educación y saneamiento, reafirmando el principio de equidad territorial y solidaridad estatal.

4.17. Ley 100 de 1993. (Sistema General de Seguridad Social en Salud).

Esta ley organizó el modelo de salud colombiano sobre los pilares de universalidad, eficiencia y solidaridad, entregando funciones a las entidades territoriales para la administración del servicio. Su visión descentralizadora pretendía acercar la gestión sanitaria a la población, generando la participación de los departamentos y municipios en la planeación y vigilancia del sistema. Sin embargo, la práctica ha mostrado desigualdades en la gestión y control, lo que reabre el debate sobre la verdadera autonomía territorial en la garantía del derecho a la salud.

4.18. Ley 715 de 2001 (Normas orgánicas de recursos y competencias)

Esta Ley hace una redefinición de las competencias entre Nación y las entidades territoriales, orientando la asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP); se centra en garantizar una gestión eficiente y equitativa de los recursos para educación, salud y otros sectores sociales. En el caso de la Salud, impone responsabilidades concretas a los entes locales para la prestación y control del servicio, reafirmando el deber del Estado central de supervisar el cumplimiento de los estándares de calidad y cobertura.

4.19. Ley 1454 de 2011. (Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT))

Esta ley consolidó el marco de la descentralización político-administrativa del país, promoviendo la coordinación, concurrencia y subsidiariedad entre los diferentes niveles de gobierno; buscando la manera de fortalecer la autonomía de las regiones, impulsando asociaciones intermunicipales y regionales que fortalezcan la planeación y la gestión compartida de políticas públicas. Para el caso específico de la Salud, pretende mejorar la articulación territorial con la prestación eficiente de servicios reduciendo las brechas territoriales.

4.20. Ley 136 de 1994 y Ley 1551 de 2012 (Modernización de la organización municipal)

Ambas leyes actualizan el régimen municipal, reconociendo al municipio como la cédula esencial del Estado y reforzando su autonomía en la administración local. La Ley 136 establece las bases de su estruc-

tura política y administrativa, mientras que la Ley 1551 amplía sus competencias, promoviendo la gestión descentralizada de servicios públicos; particularmente en la Salud se les entrega a los municipios un papel activo en la planeación y vigilancia sanitaria, siempre bajo la supervisión normativa del nivel central.

4.21. Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico del Presupuesto)

El cual consolida y unifica las normas presupuestales del Estado, estableciendo reglas para la administración, ejecución y control de los procesos públicos; para efectos de la descentralización se fijan los parámetros del gasto territorial, los mecanismos de transferencia y control financiero entre la Nación y las entidades subnacionales. Su importancia radica en que promulga cómo los recursos del sistema de salud son asignados y fiscalizados, evitando desequilibrios y promoviendo la responsabilidad fiscal.

4.22. Reforma del Sistema General de Participaciones (2024) (ampliación de transferencias a entidades territoriales)

Su esquema de reforma SGP de 2024, busca actualizar el modelo de distribución de recursos intergubernamentales, aumentando las transferencias a los entes territoriales y priorizando sectores estratégicos como salud y educación; este ajuste pretende corregir las inequidades históricas del sistema y fortalecer la capacidad administrativa local. El éxito dependerá del equilibrio entre autonomía y control estatal, aun cuando la realidad es que sigue siendo un gran desafío del Estado colombiano en materia de descentralización fiscal y sanitaria.

5. METODOLOGÍA

Este artículo de investigación se desarrolla bajo el modelo PRISMA 2020 (Moher et al., 2020), aplicado comúnmente en revisiones sistemáticas, pero adaptado al contexto del análisis jurídico cualitativo; donde se siguieron los criterios de rigor metodológico propuestos por Hernández-Sampieri y Mendoza (2023), Creswell y Poth (2023) y Flick (2022), garantizando validez, transparencia y replicabilidad del proceso. El estudio se enmarca dentro del enfoque cualitativo, orientado a comprender los significados y las relaciones entre los conceptos de autonomía territorial, descentralización y salud pública. Este enfoque permite interpretar textos jurídicos, normativos y doctrinales, como también contextualizar su aplicación práctica en la administración pública, se realiza la interpretación crítica sobre la medición estadística, con el propósito de identificar los matices normativos y políticos que inciden en la efectividad de la descentralización en salud (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

El diseño es de revisión documental sistemática, con un alcance descriptivo-analítico. A diferencia de una revisión tradicional, este tipo de estudio organiza, filtra y sintetiza la información siguiendo criterios de inclusión y exclusión explícitos, permitiendo clasificar las fuentes y el análisis

posibilita establecer relaciones entre la normativa, la doctrina y los resultados empíricos reportados en investigaciones recientes (Creswell & Poth, 2023). Lo cual genera una visión estructurada del fenómeno jurídico sin perder la profundidad interpretativa.

El método lógico-deductivo se combina con el hermenéutico-documental, siguiendo la propuesta de Flick (2022). El proceso inicia con los principios constitucionales sobre descentralización y autonomía, deduciendo su aplicación en la gestión sanitaria. Posteriormente, mediante la hermenéutica, se interpretan leyes, sentencias, doctrinas y estudios empíricos para contrastar el marco jurídico con la realidad institucional; este método permite revelar tensiones, contradicciones y coherencias entre la norma y la práctica estatal.

5.1. Estrategia PRISMA

La revisión siguió las fases del protocolo PRISMA 2020, adaptado a investigaciones jurídicas:

Identificación. Búsqueda sistemática de documentos publicados entre 2020 y 2025 en bases académicas como Scielo, Redalyc, Dialnet, Google Scholar, y en revistas especializadas de la Universidad Externado, UNAL, ESMIC, además de fuentes institucionales como el DNP, Ministerio de Salud y la Contraloría General.

Selección. Se aplicaron criterios de inclusión (fuentes académicas o institucionales con autor identificado, acceso completo y pertinencia temática) y exclusión (textos sin autor, notas de prensa o anteriores a 2020, salvo clásicos doctrinales).

Elegibilidad. De 57 documentos iniciales, se analizaron 25 y se seleccionaron 15 por su relevancia para el objeto de estudio (artículos científicos, leyes, sentencias e informes técnicos).

Inclusión. Los hallazgos se organizaron en seis categorías temáticas: (1) Competencias y funciones, (2) Recursos fiscales, (3) Capacidad institucional, (4) Control estatal, (5) Cobertura y equidad, y (6) Liderazgo presidencial.

5.2. Desarrollo del tema

Tabla 1.

Revisión de la literatura según autores (2020–2025)

Nº	Autor (año)	Resumen breve	Categoría analítica
1	Oliveira, R., Santinha, G., & Sá Marques, T. (2023)	Revisión (scoping) internacional que sintetiza evidencia sobre los efectos de la descentralización en equidad, eficiencia y efectividad en salud; identifica condiciones contextuales que determinan resultados.	Cobertura y equidad / Marco teórico comparado.
2	Pérez-Medina, A. G. (2023)	Análisis jurídico sobre cómo la pandemia mostró tensiones entre centralismo y autonomía territorial; discute límites competenciales y efectos sobre la gestión local.	Competencias / Control estatal.
3	Albornoz Sánchez, M. et al. (2023)	Estudio sobre la territorialidad en el Modelo Territorial de Salud de Bogotá; aporta evidencia sobre diseño local de APS y retos de implementación.	Cobertura y equidad / Gestión local.

N°	Autor (año)	Resumen breve	Categoría analítica
4	Arias-Monsalve, N. (2023)	Evaluación de la gobernanza del sistema de salud colombiano a la luz de la pandemia; identifica fallas en coordinación intergubernamental y lecciones para descentralización.	Gobernanza / Capacidad institucional.
5	Restrepo-Zea, J. H., & Zapata-Cortés, O. L. (2022)	Análisis de actores en la gobernanza del sistema de salud: mapea actores relevantes y describe cómo influyen en la implementación territorial.	Control estatal / Participación ciudadana.
6	Departamento Nacional de Planeación – Misión de Descentralización (2024)	Informe técnico nacional que evalúa la arquitectura fiscal y propone reformas al SGP; presenta datos sobre concentración y recomendaciones para autonomía fiscal.	Recursos fiscales / Liderazgo político.
7	Ministerio de Salud y Protección Social (ASIS-Colombia, 2023/2024)	Informe de implementación y monitoreo del Plan Territorial de Salud: evidencia sobre capacidades locales, retos técnicos y avances en modelos territoriales.	Capacidad institucional / Gestión local.
8	Asociación Colombiana de Salud Pública / OPS (2023)	Documento colectivo con aportes técnicos y retos de la reforma del sector; recomendaciones sobre equidad territorial y financiación.	Cobertura y equidad / Políticas públicas.
9	Ortiz-Ruiz, N. (2021)	Estudio metodológico aplicado a desigualdades en Cali; presenta herramientas y hallazgos sobre brechas territoriales en indicadores de salud.	Cobertura y equidad / Resultados en cobertura.
10	Instituto Nacional de Salud — Observatorio Nacional de Salud (2022)	Informe nacional sobre desigualdades sociales en salud: indicadores por territorio y determinantes sociales que condicionan la equidad.	Cobertura y equidad / Recursos fiscales.
11	PAHO / Revista Panamericana (2022)	Número / dossier sobre determinantes de inequidades en salud en la región; contextualiza desafíos de países descentralizados.	Marco comparado / Cobertura y equidad.
12	Mercado-Marrufo, C. E. (2024)	Revisión conceptual sobre cartografías de la descentralización desde enfoque territorial; útil para afinar categorías analíticas y definiciones.	Marco teórico / Metodología.
13	Zúñiga, A. B. (2024)	Trabajo sobre transparencia y gestión pública en territorios; propone indicadores y prácticas para control local y rendición.	Control estatal / Participación ciudadana.
14	Monsalvo-Herrera, A. E., & Jiménez-Barbosa, W. G. (2025)	Estudio de caso (Cundinamarca) que vincula planeación territorial con eficacia de la descentralización; evidencia empírica reciente (2025).	Capacidad institucional / Planificación territorial.
15	Olmeda, A. P. (2023)	Reflexiones comparadas sobre modelos territoriales de salud y retos administrativos; análisis aplicable a reformas y SGP.	Marco comparado / Recursos fiscales.

Fuente. *Elaboración propia (2025)*

Tabla 2.*Avances y retrocesos en la Descentralización sanitaria en Colombia 2020-2024*

Categoría	Avances - características	Retrocesos	Autor	Balance (¿avance > retroceso?)
Financiamiento (SGP y transferencias)	1) Incremento de transferencias específicas al sector salud (2024). 2) Introducción de criterios de focalización para municipios vulnerables. ~+18% recursos SGP-Salud (relativo al año base).	1) Rigidez en la destinación y condiciones de uso (limitando discrecionalidad local). 2) Concentración de recursos en un subconjunto de entidades (desigual distribución). ~-22% margen de autonomía efectiva (estimado).	Bonet & Junca (2020); López Murcia (2022); Restrepo (2024).	Retrocesos > Avances, aunque aumentaron recursos, la autonomía real disminuye por condicionamientos.
Cobertura y equidad	1) Expansión de oferta en municipios intermedios (clínicas primarias, campañas vacunación). 2) Programas focalizados reducen brechas en zonas urbanas marginales. Mejora promedio cobertura: +6-10%.	1) Persistencia de brechas rurales (acceso, infraestructura). 2) Fragmentación de redes (EPS/IPS) que dificulta integración de servicios. Déficit en rurales: -20-30% respecto a urbano.	Gómez & Rodríguez (2023); Oliveira et al. (2024); Maceira et al. (2024).	Retrocesos > Avances, avances localizados, pero no suficientes para cerrar brechas rurales.
Capacidad institucional	1) Algunos municipios fortalecieron infraestructura y sistemas (mejora en hospitales locales). 2) Crecimiento de proyectos de capacitación técnica y cooperación intermunicipal. Fortalecimiento: +10-15% capacidad observable.	1) Déficit persistente de talento especializado (médicos, gestores); 2) Sistemas de información fragmentados y procedimientos administrativos lentos. Déficit técnico real: -25%.	Cardona Ríos (2023); Muñoz Velasco (2024); Grin & Barone (2018).	Retrocesos > Avances, mejoras puntuales, pero insuficiente masa crítica técnica en muchos municipios.
Gestión local / gobernanza	1) Buenas prácticas municipales en APS (modelos de atención primaria con resultados locales). 2) Experiencias de gestión transparente y alianzas público-privadas locales. Impacto local positivo: +8-12% en indicadores locales.	1) Capacidad de planeación y ejecución limitada en muchos territorios. 2) Fragmentación interinstitucional (duplicidad de funciones). Pérdida de eficacia: -15% promedio.	Castillo & Velasco (2021); García Becerra (2025); Castiblanco (2025).	Empate técnico / Retrocesos levemente superiores — buena innovación local, pero cobertura desigual.
Control estatal y rendición de cuentas	1) Fortalecimiento de controles y auditorías (más supervisión sobre ejecución SGP). 2) Mejora en mecanismos de transparencia en algunas transferencias. Mayor fiscalización: +20% controles reportados.	1) Supervisión centralizadora que reduce discrecionalidad territorial. 2) Duplicidad de auditorías que sobrecarga la gestión local. Efecto restrictivo en autonomía: -18%.	Salazar Ramírez (2023); Sánchez Pardo (2023); Supersalud/ Contraloría (informes).	Retrocesos > Avances — controles necesarios, pero con efecto centralizador fuerte.

Categoría	Avances - características	Retrocesos	Autor	Balance (¿avance > retroceso?)
Liderazgo político y marco normativo	1) Reformas recientes (propuesta/reforma SGP 2024) que aumentan transferencias. 2) Mayor debate público y académico sobre redistribución fiscal. Potencial político favorable (ganancia discursiva).	1) Falta de ley de competencias clara: ambigüedad normativa. 2) Volatilidad según orientación presidencial — alternancia entre descentralización y recentralización. Incertidumbre legal: alta (–significativo).	Brito Ruiz (2020); Restrepo (2024); López Murcia (2022).	Indeterminado / tendencia a Retrocesos — el impulso político existe, pero sin seguridad jurídica real los retrocesos predominan.

Fuente. *Elaboración propia (2025)*

Tabla 3.

Categorías analíticas para evaluar la autonomía territorial en Salud (2020-2025)

Dimensión Analizada	Indicador o Pregunta Clave	Ejemplo aplicado (Santa Marta)	Características en Colombia (2020-2025)	Autor
Competencias	¿Qué funciones ejerce el municipio directamente?	Se realizaron convenios intermunicipales con equipos locales para la Atención primaria y promoción de la salud	Descentralización administrativa formal, pero con alta dependencia técnica de los entes nacionales. - Los municipios ejecutan menos del 30 % del gasto en salud sin delegación plena de competencias.	González (2022); Hernández-Sampieri & Mendoza (2023); López Murcia (2022).
Recursos fiscales	¿Qué proporción del presupuesto en salud es propio?	Inferior al 10 % del presupuesto proviene de fuentes propias; dependencia del SGP.	SGP representa el 86 % de la financiación territorial en salud. - Escasa autonomía tributaria: solo 15 % de los municipios generan ingresos propios sostenibles.	Misión DNP (2024); Bonet & Junca (2020); Restrepo (2024).
Capacidad institucional	¿Cuenta con personal técnico calificado y sistemas de información?	Déficit de recurso humano en salud (médicos rurales) y fragmentación en bases de datos.	Persisten brechas de personal especializado (déficit ≈ 22 %). - Avances en interoperabilidad del SISPRO y sistemas departamentales desde 2022.	Gómez & Rodríguez (2023); Muñoz Velasco (2024); OMS (2018).
Supervisión estatal	¿La Nación regula procedimientos clave?	Protocolos y compras centralizadas desde el Ministerio.	-Supersalud y Minsalud mantienen funciones de vigilancia vertical. - Aumento de auditorías: +20 % 2023-2024, pero con sobrecarga administrativa local.	López Murcia (2022); Salazar Ramírez (2023); Contraloría General (2024).
Participación ciudadana	¿Existen mecanismos locales para definir prioridades en salud?	Juntas locales de salud con participación limitada y baja incidencia decisoria.	Solo 41 % de los COVISA y Consejos Territoriales de Salud se reúnen con regularidad. - Avances en plataformas digitales de participación ciudadana en 9 departamentos.	Castillo & Velasco (2021); Pérez-Medina (2023); García Becerra (2025).

Dimensión Analizada	Indicador o Pregunta Clave	Ejemplo aplicado (Santa Marta)	Características en Colombia (2020–2025)	Autor
Resultados en cobertura	¿Hay mejoras sustanciales en salud preventiva y acceso rural?	Mejora parcial en cobertura, pero persistencia de barreras geográficas.	Cobertura en salud 97 % urbana vs. 79 % rural (brecha 18 p.p.). - Avance de +6 % en vacunación y +4 % en atención primaria 2020–2024.	González (2022); Oliveira et al. (2024); DNP (2024).

Fuente. *Elaboración propia (2025)*

Tabla 4.

Jurisprudencia relevante sobre descentralización y salud (2008–2025)

Sentencia	Año	Tema	Aporte clave
T-760	2008	Derecho fundamental a la salud	Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo. Ordena al Estado garantizar accesibilidad, calidad y continuidad; exige la adopción de políticas públicas para eliminar barreras administrativas y financieras.
C-317	2024	Competencias entre Nación y entidades territoriales	Define los límites de la intervención nacional en la gestión territorial de la salud. Reafirma que la Nación solo puede intervenir en funciones locales con habilitación legal y respetando la autonomía fiscal y administrativa.
T-243	2024	Principio de integralidad en la atención en salud	Establece que la atención debe prestarse de manera continua e integral, sin interrupciones injustificadas. Refuerza la obligación estatal de garantizar tratamientos y suministros esenciales, incluso si no están en el plan básico.
Auto A-875 (Seguimiento T-760/08)	2024	Cumplimiento de órdenes estructurales en salud	Evalúa avances y rezagos en la ejecución de las órdenes estructurales derivadas de T-760/08. Reitera la responsabilidad del Ministerio y las EPS en asegurar el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.
T-314	2025	Tutela en salud y continuidad del servicio	Confirma la vigencia del precedente sobre el derecho fundamental a la salud. Protege la continuidad de tratamientos y la atención oportuna de pacientes en zonas rurales bajo el principio de igualdad territorial.

Fuente. *Elaboración propia (2025)*

Nota. La Tabla 4 presenta una síntesis de las principales sentencias de la Corte Constitucional de Colombia que han definido el alcance del derecho fundamental a la salud y la autonomía territorial en la gestión sanitaria (2008–2025). Se incluyen únicamente fallos verificados oficialmente en la Rectoría de la Corte Constitucional, excluyendo decisiones no confirmadas o con datos incompletos.

Las sentencias seleccionadas reflejan la evolución jurisprudencial desde el reconocimiento de la salud como derecho fundamental (T-760/08) hasta los pronunciamientos más recientes que consolidan los principios de descentralización responsable, integralidad y continuidad del servicio público de salud.

Tabla 5.

Evolución presidencial y descentralización del sector salud en Colombia (1991–2025)

Presidente	Orientación frente a la descentralización y la salud	Resultados en autonomía territorial y descentralización
C. Gaviria (1990-1994)	Impulsó la Constitución de 1991 y la Ley 60 de 1993, que fortalecieron la descentralización política y fiscal (Vega-Vargas et al., 2012). La Ley 100 de 1993 consolidó el modelo de aseguramiento público-privado y reasignó funciones de rectoría a la Nación (Jaramillo Pérez, 2001; Calderón et al., 2011).	Se estableció el fundamento jurídico del Estado descentralizado, con ampliación de competencias territoriales; sin embargo, la creación de EPS generó recentralización regulatoria y desigualdades territoriales (Molina & Spurgeon, 2007; Calderón et al., 2011).
E. Samper (1994-1998)	Continuó la implementación de la Ley 100 de 1993, priorizando ampliación del régimen subsidiado y reorganización hospitalaria (Vega-Vargas et al., 2012). El Plan Nacional de Salud 1994-1998 reforzó lineamientos centrales de política sanitaria (Presidencia de la República, 1994).	Se amplió cobertura, pero persistieron brechas regionales y debilidad de la capacidad territorial para gestionar redes hospitalarias (Calderón et al., 2011; Vega-Vargas et al., 2012).
A. Pastrana (1998-2002)	Expidió la Ley 715 de 2001, que redefinió competencias y ajustó el SGP con reglas nacionales para uso de recursos locales (Jaramillo Pérez, 2001; Velasco, 2002).	La Ley 715 generó mayor claridad funcional, pero incrementó la dependencia territorial de normas y techos definidos por la Nación (Molina et al., 2008; Calderón et al., 2011).
Á. Uribe (2002-2010)	La Ley 1122 de 2007 modificó el SGSSS, fortaleció control central y aumentó exigencias de vigilancia y auditoría nacional (Restrepo Villa, 2007; Restrepo, 2007).	Mejóro la cobertura, pero aumentó la recentralización decisoria y la desigual capacidad de gestión entre municipios (Guerrero et al., 2011; Franco-Giraldo, 2012).
J. M. Santos (2010-2018)	La Ley 1438 de 2011 impulsó APS, integración de redes y reforzó la rectoría nacional (Congreso de la República, 2011). El Plan Decenal de Salud Pública obligó a articular planes territoriales con lineamientos nacionales (Ministerio de Salud, 2012; Franco-Giraldo, 2012).	Persistió fragmentación del modelo y dependencia técnica-administrativa de los entes territoriales respecto al nivel central (Franco-Giraldo, 2012; Molina & Spurgeon, 2007).
I. Duque (2018-2022)	El PND 2018-2022 definió centralización de lineamientos sanitarios y manejo unificado de la pandemia COVID-19 mediante decretos nacionales (DNP, 2019; Minsalud, 2020; Innos, 2021).	Se amplió infraestructura y vacunación, pero la respuesta estuvo altamente centralizada y con limitada participación territorial en toma de decisiones (Calderón et al., 2011; El País, 2025).
G. Petro (2022-2025)	Impulsó la reforma al SGP (2024), orientada a incrementar recursos territoriales, y presentó proyecto de reforma sanitaria para fortalecer APS y disminuir intermediación (López Murcia, 2024; Ministerio de Salud, 2024; DNP, 2023).	Aumento histórico de transferencias, pero sin ley clara de competencias; expertos advierten riesgos de captura política y persistencia de debilidad institucional local (López Murcia, 2024; Federación Nacional de Departamentos, 2024).

Fuente. *Elaboración propia (2025)*

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Análisis de resultados

Después de realizar un análisis integrado de las cinco tablas se puede observar cómo la descentralización sanitaria en Colombia se desarrolla entre avances normativos y retrocesos prácticos que mantienen una tensión estructural entre el principio de autonomía territorial y el control central del Estado. Las fuentes revisadas en la matriz PRISMA (tabla 1) evidencian un consenso amplio: la descentralización ha sido más formal que efectiva; estudios como el de Oliveira et al. (2023), Pérez-Medina (2023) y Albornoz Sánchez et al. (2023) convergen en que la arquitectura del sistema al estar articulada mediante reglas nacionales rígidas limita el margen decisorio local, pese a los discursos de autonomía promovidos desde la Constitución de 1991. La divergencia no está en el reconocimiento de la autonomía, sino en su bajo contenido operativo, que depende de capacidades fiscales, técnicas y administrativas que son profundamente desiguales en el territorio.

Dentro de este mismo contexto, la tabla 2 confirma este hallazgo al mostrar que, aunque existe un aumento de recursos para salud en los últimos años, sobre todo con la reforma al SGP en 2024, la autonomía fiscal no mejora proporcionalmente debido a la destinación específica y a las restricciones normativas que acompañan las transferencias. Fenómeno que ya advertido por Bonet y Junca (2020) y López Murcia (2022), sobre el incremento de recursos que no se traduce automáticamente en mayor libertad territorial, convirtiendo la descentralización financiera en una fórmula condicionada donde el centro conserva la rectoría. Los retrocesos identificados en la tabla como la limitada capacidad institucional, las brechas rurales persistentes o la sobrecarga de auditorías verticales concuerdan con los hallazgos de Muñoz Velasco (2024), Gómez y Rodríguez (2023) y Grin y Barone (2018), quienes muestran que, sin talento humano suficiente, sistemas de información robustos y gobernanza cooperativa, la descentralización pierde eficacia.

Se puede señalar, que la tabla 3 confirma que la autonomía territorial depende más de la capacidad institucional real que del reconocimiento legal. Santa Marta, tomada como caso ilustrativo, presenta condiciones típicas de un territorio con descentralización frágil: baja generación de ingresos propios, dependencia del SGP superior al 85 %, debilidades en infraestructura sanitaria y participación ciudadana con incidencia limitada. Esta situación se replica en numerosos municipios del país, particularmente en aquellos de categorías inferiores, como lo describen la Misión de Descentralización del DNP (2024) y la OMS (2018). A pesar de ello, también se registran avances relevantes: mejoras en los sistemas de información, fortalecimiento de la APS en algunos territorios, y un aumento en plataformas de participación digital, aunque estas aún no transforman de forma sustantiva la toma de decisiones.

Sin embargo, la tabla 4 centrada en jurisprudencia constitucional revela un elemento crítico del análisis: la Corte Constitucional ha consolidado la salud como derecho fundamental exigible (T-760 de 2008) y ha reiterado que la autonomía territorial no puede ser vulnerada sin justificación legal suficiente (C-317 de 2024). Se ha revelado la intervención nacional en escenarios donde exista riesgo

para la continuidad o integralidad del servicio, lo que confirma que la tensión entre autonomía y centralización es inherente al modelo colombiano: la Constitución reconoce la autonomía, pero también confiere a la Nación la función de garante último del derecho. Esta dualidad explica por qué, a pesar de avances legislativos, el Estado central mantiene el control estratégico del sistema.

Finalmente, la tabla 5 sintetiza el comportamiento de los gobiernos entre 1991 y 2025. El recorrido histórico muestra un patrón pendular: administraciones que impulsan la autonomía local (Gaviria, Pastrana, Petro) seguidas de gobiernos que recentralizan decisiones clave (Uribe, Santos, Duque). Este vaivén confirma lo que plantean Restrepo (2024), Brito Ruiz (2020) y Molina & Spurgeon (2007): la descentralización en salud ha sido vulnerable a los cambios de orientación política, carece de una ley de competencias estable y se implementa en un contexto de profundas asimetrías territoriales.

6.2 Discusión

Los hallazgos del estudio revelan una contradicción estructural entre el ideal normativo de descentralización y la realidad administrativa del país. Desde la teoría, modelos como el federalismo fiscal de Oates (1972), la subsidiariedad (Baldwin & Cave, 1999) y la teoría de la vigilancia mutua (Hurwicz, 1970) sustentan la superioridad del gobierno local para adaptar servicios y responder a necesidades comunitarias. No obstante, cuando estos postulados se contrastan con la evidencia empírica colombiana, surgen discrepancias importantes.

En primera instancia, la realidad demuestra que la descentralización solo produce mejoras cuando los territorios cuentan con capacidad técnico-administrativa suficiente. Oliveira et al. (2023) y Maceira et al. (2024) identifican que la descentralización puede aumentar la equidad en salud cuando existe financiamiento estable y sistemas de gobernanza consolidados. Pero en Colombia la mayoría de municipios especialmente rurales o de sexta categoría carecen de estas condiciones, dicha insuficiencia genera una autonomía “incompleta”, donde las funciones son delegadas pero los medios para ejercerlas no lo son en igual medida.

Agregado a lo anterior, se confirma que la descentralización colombiana ha estado marcada por una recentralización silenciosa, especialmente durante crisis sanitarias como la pandemia COVID-19. Pérez-Medina (2023) y Salazar Ramírez (2023) coinciden en que las decisiones nacionales, aunque necesarias para enfrentar la emergencia, evidenciaron la limitada capacidad territorial para coordinar acciones críticas; se estable un patrón que respalda lo planteado por Bossert & Mitchell (2020): cuando los gobiernos locales carecen de “espacio decisorio”, el nivel central retoma el control, incluso si la norma reconoce autonomía.

Otro elemento clave es la tensión entre autonomía fiscal y autonomía administrativa; autores como Bonet y Junca (2020) muestran que el SGP financia más del 80 % de la salud territorial, lo cual indica que la descentralización en Colombia sigue siendo altamente dependiente del presupuesto nacional. Además, la falta de ingresos propios limita la capacidad de innovación local y refuerza la dependencia de lineamientos nacionales. La teoría del federalismo clásico (Montesquieu, Madison) proponía que la distribución del poder debía equilibrar la autonomía territorial y la cohesión estatal;

sin embargo, la realidad colombiana ha derivado en un equilibrio inclinado hacia la centralización operativa.

En suma, la discusión evidencia coincidencias y desacuerdos; mientras Restrepo (2024) y López Murcia (2024) ven en la reforma al SGP una oportunidad para fortalecer la autonomía fiscal, otros autores citan la Misión DNP (2024) advierten que, sin consolidación institucional, mayor autonomía podría elevar riesgos de gestión ineficiente o capturas políticas. Se deja claro que la descentralización en salud ha avanzado en su marco jurídico y en mecanismos de transferencia, pero su consolidación efectiva se mantiene condicionada por desigualdades estructurales, centralización operativa y capacidades territoriales aún insuficientes.

7. CONCLUSIONES

La descentralización sanitaria en Colombia ha sido predominantemente formal, pues, aunque el marco jurídico reconoce amplias competencias territoriales, la autonomía real se ve limitada por la dependencia fiscal del SGP, la sobre-regulación nacional y la baja capacidad institucional de buena parte de los municipios y departamentos. El análisis histórico evidencia un comportamiento pendular entre centralización y autonomía, determinado por la orientación política de los gobiernos. Ninguna administración ha logrado consolidar un modelo estable: algunas han ampliado el rol territorial, mientras otras han reforzado la rectoría central, impidiendo continuidad en las políticas de descentralización.

Las brechas territoriales persisten pese a aumentos en las transferencias, pues los recursos adicionales no se traducen automáticamente en mejor gestión local. La evidencia muestra que sin talento humano calificado, sistemas de información integrados y gobernanza articulada, la descentralización no genera los impactos esperados en equidad y calidad de los servicios.

La autonomía territorial en salud seguirá siendo limitada mientras no exista una ley clara de competencias, acompañada de fortalecimiento técnico-administrativo y mecanismos de financiamiento que reduzcan la dependencia del nivel central. La reciente reforma al SGP representa una oportunidad, pero su éxito dependerá de la capacidad de los territorios para ejercer un autogobierno responsable y eficiente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo Magaldi, J. (2020). Prueba trasladada y cadena de custodia en el Código General Disciplinario (Ley 1952 de 2019). *Advocatus*, (34), 48-59. <https://doi.org/10.18041/0124-0102/a.34.6589>

Acosta, L., & Ibarra, A. (2023). Descentralización, equidad territorial y sistemas de salud en América

- Latina. *Revista de Salud Pública*, 25(2), 145–160. <https://doi.org/10.15446/rsap>
- Albornoz Sánchez, M., Martínez, M., Cepeda-Gil, M. C., Martínez-Álvarez, E., Cadena-Camargo, Y., & Rodríguez, V. (2023). Aproximaciones y debates de la territorialidad en el Modelo Territorial de Salud de Bogotá (Colombia). *Universitas Médica*, 64(1), 1–12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-1.terr>
- Andino-González, P. (2023). Estudio Bibliométrico sobre Empleabilidad. *Ad-Gnosis*, 12(12), 1-25. <https://doi.org/10.21803/adgnosis.12.12.605>
- Arias-Monsalve, N. (2023). Desafíos de la gobernanza del sistema de salud colombiano: lecciones de la pandemia. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 23(1), 123–141. <https://www.scielo.org.co/pdf/rcsp/v23n1/0124-0064-rcsp-23-01-123.pdf>
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973. <https://www.jstor.org/stable/1812044>
- Asociación Colombiana de Salud Pública & OPS. (2023). Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud en Colombia. <https://www.saludpublicacolombia.org/wp-content/uploads/2023/05/Aportes-y-desafios.pdf>
- Baldwin, R., & Cave, M. (1999). *Understanding regulation: Theory, strategy, and practice*. Oxford University Press.
- Bird, R., & Smart, M. (2016). Taxation and decentralized governance. *International Center for Public Policy Working Paper Series*, 16(3), 1–35. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2736192>
- Bonet, J., & Junca, C. (2020). El Sistema General de Participaciones en Colombia: Avances, desafíos y perspectivas. Banco de la República. <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/10064>
- Bossert, T., & Mitchell, A. (2020). Health sector decentralization and decision space in low and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05356-w>
- Brito Ruiz, F. (2020). Estructura del Estado colombiano y de la administración pública nacional. Legis.

- Calderón, C. A. A., Cardona Botero, J., Ortega-Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817–2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Cardona Ríos, M. (2023). El reto de la descentralización en los sistemas de salud locales. *Revista Salud y Derecho*, 15(2), 33–50. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7834562>
- Castiblanco, J. C. (2025). Descentralización y buen gobierno local: análisis desde el derecho público colombiano. *Revista Justicia y Equidad*, 9(1), 21–42. <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/justiciaequidad/article/view/11548>
- Castillo, M., & Velasco, P. (2021). Autonomía y gestión local en salud. *Gestión y Política Pública*, 30(1), 45–72. <https://revistas.colmex.mx/gpp/article/view/4096>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 60 de 1993. Diario Oficial No. 40993. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=274>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41148. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=526>
- Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001. Diario Oficial No. 44564. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6504>
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. Diario Oficial No. 46506. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=23676>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Diario Oficial No. 47957. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41510>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Diario Oficial No. 49427. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59916>
- Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución política de Colombia. Diario Oficial No. 41576. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41246>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). Sentencia T-760 de 2008. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

- Corte Constitucional de Colombia. (2024). Sentencia C-317 de 2024. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/C-317-24.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2024). Sentencia T-243 de 2024. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/T-243-24.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2024). Auto A-875 de 2024. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/A-875-24.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2025). Sentencia T-314 de 2025. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/T-314-25.htm>
- Departamento Nacional de Planeación. (2023). Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026: Colombia potencia mundial de la vida. <https://www.dnp.gov.co>
- Falleti, T. (2005). A sequential theory of decentralization. *American Political Science Review*, 99(3), 327–346. <https://doi.org/10.1017/S0003055405051695>
- Grin, E., & Barone, L. (2018). Institutional capacity and local government performance in Latin America. *Public Administration Review*, 78(4), 546–559. <https://doi.org/10.1111/puar.12812>
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). *Sistema de salud de Colombia*. *Salud Pública de México*, 53(s2), s144–s155. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6185>
- Hurwicz, L. (1970). On the concept and possibility of informational decentralization. *The American Economic Review*, 60(2), 1–24. <https://www.jstor.org/stable/1815778>
- Innos. (2021). Balance en materia de salud del gobierno de Iván Duque Márquez. <https://www.innos.com.co>
- Jaramillo Pérez, I. (2001). Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. <https://colaboracion.dnp.gov.co>
- López Murcia, J. (2022). Recentralización en Colombia: desafíos del Sistema General de Participaciones. El País. <https://elpais.com/america-colombia/2024-11-09/julian-lopez-murcia-exper-to-en-descentralizacion-la-reforma-al-sgp-descentraliza-mal.html>

- Martínez, J., & Restrepo, M. (2021). Autonomía territorial en Colombia: alcances y límites constitucionales. *Revista de Derecho Público*, 52, 45–70. <https://doi.org/10.15425/rdp>
- Molina, M. G., & Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia: Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y Política Pública*, 16(1), 171–202.
- Montesquieu. (1748). *De l'esprit des lois*. Paris: Barillot.
- Moher, D., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Liberati, A., & PRISMA Group. (2020). PRISMA 2020 statement: An updated guideline for systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Muñoz Velasco, L. M. (2024). La descentralización fiscal y el desarrollo regional en Colombia. *Revista de Derecho y Sociedad*, 39(2), 55–73. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/derechoysociedad/article/view/10892>
- Oates, W. E. (1972). *Fiscal federalism*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Oliveira, R., Santinha, G., & Sá Marques, T. (2024). The impacts of health decentralization on equity, efficiency and effectiveness: A scoping review. *Sustainability*, 16(1), 386. <https://doi.org/10.3390/sul6010386>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Health governance and leadership in decentralized systems. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326592>
- Ospina Molina, P. (2020). Análisis de la fuerza mayor y el caso fortuito como causal de suspensión del contrato de trabajo. *Advocatus*, (34), 25 – 35. <https://doi.org/10.18041/0124-0102/a.34.6586>
- Peláez, O. A., Echeverri, L. F., & Castrillón, E. F. (2022). La percepción instrumentalizada del inglés para la competitividad: un caso de estudio. *Pensamiento Americano*, 15(29), 45-57. <https://doi.org/10.21803/penamer.15.2>
- Pérez-Medina, A. G. (2023). Centralismo y autonomía territorial en Colombia. *Jurídicas*, 20(2), 184–206. <https://doi.org/10.17151/jurid.2023.20.2.10>
- Quintero Núñez, H., Cano García, M., Gaspar Cartagena, D., & Martín, R. (2022). Validación de la escala FoMOs (Fear of Missing Out scale) en el contexto colombiano. *Pensamiento Americano*, 15(30), 1-11. <https://doi.org/10.21803/penamer.15.30.4909.416>

- Restrepo, D. F. (2024). Reformas al Sistema General de Participaciones: oportunidades y riesgos. *Revista Estudios Constitucionales*, 22(3), 45–66.
- Rodelo García, M. (2020). Aproximación crítica al conflicto armado en Colombia: normatividad interna – el reto del postconflicto. *Advocatus*, (34), 83 – 106. <https://doi.org/10.18041/0124-0102/a.34.6591>
- Salazar Ramírez, K. S. (2023). Análisis del principio de descentralización administrativa en los decretos emitidos por el Gobierno Nacional durante la emergencia sanitaria causada por COVID-19. *Revista Códex*, 9(16), 105–121. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/codex/article/view/8520>
- Sánchez Pardo, J. (2023). Centralización y crisis del sistema de salud: tensiones entre autonomía y eficiencia. *Revista Derecho y Realidad*, 21(2), 44–62. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/derecho_realidad/article/view/15344
- Sepúlveda, G., & Rico, A. (2022). Governance challenges in decentralized health systems: Evidence from Latin America. *Global Health Research and Policy*, 7(18), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s41256-022-00269-y>
- Tiebout, C. (1956). A pure theory of local expenditures. *Journal of Political Economy*, 64(5), 416–424. <https://doi.org/10.1086/257839>
- Uprimny, R., & Durán, J. (2018). El derecho fundamental a la salud en Colombia. *Revista de Derecho Público*, 40, 1–25. <https://doi.org/10.15425/rdp>
- Velasco, A. (2019). Competencias territoriales y autonomía local en Colombia. *Revista de Administración Pública*, 230, 121–150.
- Vega-Vargas, M., Eslava-Castañeda, J. C., Arrubla-Sánchez, D., & Hernández-Álvarez, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 58–84. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.rscf>