

**CONVENIENCIA JURIDICA DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**ADRIANA PATRICIA LOPEZ GUERRERO  
SAMANTHA NARVAEZ VILLARREAL**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS  
PROGRAMA DE DERECHO DIURNO  
SAN JUAN DE PASTO  
2008**

**CONVENIENCIA JURIDICA DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**ADRIANA PATRICIA LOPEZ GUERRERO  
SAMANTHA NARVAEZ VILLARREAL**

**Doctor:  
JUAN ANDRES VILLOTA RAMOS  
Asesor**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS  
PROGRAMA DE DERECHO DIURNO  
SAN JUAN DE PASTO  
2008**

Las ideas y conclusiones aportadas en el presente trabajo de grado son  
responsabilidad exclusiva de sus autores.

Artículo 1 del Acuerdo Número 324 del 11 de octubre de 1966, emanado del  
Consejo Directivo de la Universidad de Nariño

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, Marzo 4 de 2008

*A Dios, mi guía y fortaleza,  
A mi Familia, apoyo y compañía,  
A Juliana, mi niña; mi inspiración y permanente motivación.  
Adriana Patricia López G.*

*La buena vida es aquella iluminada por la Divinidad,  
Inspirada en el amor, guiada por la inteligencia,  
Consolidada en la familia y acompañada por amigos verdaderos*

*Samantha Narvárez Villarreal*

*Al Doctor Juan Andrés Villota:  
Nuestra gratitud por su disposición y compromiso.*

## TABLA DE CONTENIDO

1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA	17
1.1 PREHISTORIA.....	17
1.2 CONQUISTA (1499-1550) .....	18
1.3 LA COLONIA (1550-1810).....	21
1.4 LA INDEPENDENCIA (1810-1819).....	23
1.5 LA REPÚBLICA (1819 en adelante).....	27
2. ALCANCES DEL CONCEPTO “AUTONOMIA UNIVERSITARIA”	39
3. ANTECEDENTES, CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO	53
3.1 ANTECEDENTES DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO.....	54
3.2 ORGANIZACIÓN FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD UNIVERSIDAD DE NARIÑO. ....	56
3.3 POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO.....	59
3.4 FINANCIAMIENTO DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO.....	62
3.5 PLAN DE BENEFICIOS, PLAN COMPLEMENTARIOS Y POS LEY 100.....	64
4. PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD APLICADO AL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO	68
CONCLUSIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	80

## LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Población Afiliada al Fondo por Grupos Etareos Fecha de Corte Octubre de 2007	59
Cuadro 2. Población Afiliada Desde 1989	60
Cuadro 3. Valor de la UPC	61
Cuadro 4. Estado Financiero Fondo Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño Años 2000 a 2006	62
Cuadro 5. Destinación de Recursos por Parte de la Universidad de Nariño al Fondo de Seguridad Social en Salud Años 2000 al 2006	62
Cuadro 6. Servicio Odontológico	64
Cuadro 7. Servicios Medicina General Y Especializada	65
Cuadro 8. Servicios Adicionales	65
Cuadro 9. Medicamentos Y Otros	66

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Organigrama Fondo de Seguridad Social en Salud	56



## GLOSARIO

**Acto legislativo:** Actuación deliberada de competencia formal y material del Poder Legislativo, orientada a la creación de derecho positivo. Implica un proceso complejo y colegiado toda vez que genera situaciones jurídicas de aplicación general abstracta, impersonal y obligatoria. El acto legislativo también puede crear situaciones jurídicas particulares y concretas como es el caso de los decretos.

**Adecuación:** Acto o disposición general deberá que debe ser adecuado para alcanzar los fines que lo justifican, existiendo una relación de causalidad entre medios y fines.

**Afiliados:** Personas que según la ley 100 de 1993 pueden pertenecer al Sistema general de salud, sea en el régimen contributivo o régimen subsidiado. Dentro de los afiliados tenemos los afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios.

**Autonomía universitaria:** Derecho que se le otorga a las universidades quienes podrán darse sus directivas y regirse por sus propios estatutos, de acuerdo con la ley.

**Beneficiarios:** Aquellas personas que se encuentran dentro del grupo familiar básico del cotizante.

**Cajas de compensación:** Entidades privadas, sin ánimo de lucro organizadas como corporaciones de carácter civil, vigiladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar, cuya principal función es redistribuir una parte del ingreso de toda la fuerza de trabajo entre los trabajadores de menores ingresos.

**Castrense:** Término que se aplica a todo lo relativo al ámbito de las fuerzas armadas militares, como sus leyes propias, actividades, organización, disciplina y valores.

**Centralización:** Actividades administrativas que se realizan directamente por el órgano u órganos centrales, que actúan como coordinadores de la acción estatal. El órgano local carece, entonces, de libertad de acción, de iniciativa, de poder de decisión, los que son absorbidos por el órgano u órganos centrales.

**Constitución:** Es la norma fundamental, escrita o no, de un Estado soberano, establecida o aceptada para regirlo. La constitución fija los límites y define las relaciones entre los poderes del Estado (modernamente legislativo, ejecutivo y judicial) y de estos con sus ciudadanos, estableciendo así las bases para su

gobierno y organización de las instituciones en que tales poderes se asientan. También garantiza al pueblo derechos y libertades.

**Constitucionalismo:** Proceso de institucionalización del poder "mediante una constitución escrita, cuya supremacía significa la subordinación a sus disposiciones de todos los actos emanados de los poderes constituidos que forman el gobierno ordinario".

**Copagos:** Sumas de dinero que solamente los afiliados beneficiarios deberán cancelar cuando el servicio que requieren incluye hospitalización o cirugía

**Cotización:** Monto de dinero que se paga a la E.P.S por parte del empleador y trabajador del régimen contributivo para acceder a la prestación del servicios.

**Cuota moderadora:** Aporte en dinero definido por la ley que debe ser cancelado por afiliados cotizantes y beneficiarios cuando se asiste al medico general, especialista, odontólogo, o cuando se recibe atención de personal paramédico cuando se reciben medicamentos, al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios y también cuando se utiliza el servicio de urgencias.

**Democracia:** Como técnica gubernamental, es el gobierno del pueblo, o el gobierno del pueblo por el pueblo mediante mecanismos institucionales que aseguran: la participación y, el control del pueblo en y sobre el gobierno.

**Derechos fundamentales:** Derechos inherentes a la persona humana. Usualmente se les ha identificado con los derechos individuales, sin embargo en Colombia han sido reconocidos por la Corte Constitucional algunos derechos pertenecientes a la llamada segunda generación, es decir, ha reconocido como derechos fundamentales ciertos derechos sociales que son necesarios para que la persona humana cuente con una vida digna.

**Descentralización:** Actividades administrativas que se llevan a cabo en forma indirecta, a través de órganos dotados de cierta competencia que generalmente es ejercida dentro de un ámbito físico.

**Estado:** Unidad política, con instituciones objetivas diferenciadas que declaran y sostienen el derecho y aseguran el orden mediante el monopolio de la obligatoriedad incondicionada. Una entidad soberana y abstracta, a quien se confía la titularidad del poder.

**Estatuto:** Régimen jurídico que gobierna determinada actividad o ramo especializado, el cual puede estar integrado por normas de distintas leyes, decretos u otros textos jurídicos que guarden entre sí homogeneidad en relación con el área de que se trata.

**Federalismo:** Doctrina política que busca que una entidad política u organización esté formada por distintos organismos (Estados, asociaciones, agrupaciones, sindicatos, etc.) que se asocian delegando algunas libertades o poderes propios a otro organismo superior, a quien pertenece la soberanía, (Estado federal o federación) y que conservan una cierta autonomía, ya que algunas competencias les pertenecen exclusivamente.

**Igualdad:** Principio subjetivo según el cual todos los individuos, sin distinción de personas (por nacimiento, clase, religión o fortuna), tienen la misma vocación jurídica para el régimen, cargas y derechos establecidos por la ley.

**Integralidad:** Cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población.

**Ley:** Norma expedida por el Congreso de la República en el ejercicio de su función legislativa, que tiene carácter general y obligatorio y cuya finalidad es desarrollar la Constitución Nacional.

**Participación:** Intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

**Plan obligatorio de salud:** Plan de beneficios al que se tiene derecho al ingresar como afiliado al sistema general de seguridad social en salud y comprende los beneficios, la atención, la protección integral de la salud con atención preventiva, medicoquirúrgica y de rehabilitación así como de medicamentos esenciales.

**Ponderación:** Manera de aplicar los principios y resolver las colisiones que puedan presentarse entre ellos y los principios o razones que jueguen en sentido contrario.

**Proporcionalidad:** Principio según el cual la sanción disciplinaria debe corresponder a la gravedad de la falta cometida.

**Providencia:** Pronunciamiento mediante el cual el operador disciplinario impulsa el trámite del proceso o adopta decisiones.

**Recursos:** Actuaciones procesales a través de las cuales se faculta a los sujetos procesales, y en algunos eventos al Ministerio Público y al quejoso, para que ejerzan los derechos de contradicción o impugnación frente a las decisiones disciplinarias, con la finalidad de que las mismas sean revisadas, total o parcialmente, por el mismo funcionario que las profirió o por uno de superior jerarquía

**Seguridad social:** Servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

**Sentencia:** Decisión o resolución llevada a cabo por el órgano jurisdiccional que pone fin a un procedimiento judicial.

**Sistema general de seguridad social en salud:** Conjunto de entidades publicas y privadas, normas y procedimientos destinadas a garantizar a toda la población el servicios de salud en todos los niveles de atención.

**Solidaridad:** Práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

**Unidad:** Articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

**Universalidad:** Garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

## RESUMEN

Derechos fundamentales como la igualdad y la salud por vía de conexidad, se constituyen hoy en día en parte determinante para los legisladores y operadores judiciales al momento de crear, modificar o interpretar una ley, ya que del ejercicio consciente y responsable de estas actividades depende que estos derechos se respeten y se garanticen para propiciar de este modo un trato equitativo y justo para todos los Colombianos y más aún en un Estado Social de Derecho.

Uno de los principios derivados del Estado Social de Derecho es el principio de autonomía universitaria, el cual ha ocasionado la creación de un número considerable de pronunciamientos, estudios doctrinarios y también producción legislativa. Basada en este principio se expidió la ley 647 de 2001 la cual permitió a las Universidades Públicas crear su propio Sistema de Seguridad Social en Salud, lo cual ocasionó en primer lugar un desbordamiento de este principio y, en segundo lugar una clara transgresión al derecho a la igualdad al existir ya un Sistema General de Seguridad Social en Salud regulado a partir de la ley 100 de 1993.

Una de las universidades que acogió este Sistema fue la Universidad de Nariño en el año 2002, cuando establece el Fondo de Seguridad Social en Salud como lo reglamenta la ley (sin desconocer que este fondo ha existido desde el año 1989). El estudio realizado en este ejercicio académico al Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, nos dio la posibilidad de determinar lo innecesario de conservar este Fondo en la Universidad por todas las implicaciones jurídicas y financieras que representa.

## **ABSTRACT**

Fundamental rights as the equality and the health by way of “conexidad”, are constituted now a day in a determinant part for the legislators and judicial operators to the moment to create, to modify or to interpret a law, since of the conscious exercise and responsible for these activities it depends that these rights are respected and they are guaranteed to propitiate an equal treatment this way and I joust for all the Colombian ones and stiller in a Social State of Right.

One of the derived principles of the Social State of Right is the principle of university autonomy, which has caused the creation of a considerable number of pronouncements, doctrinal studies and also legislative production. Based on this principle the law it was sent 647 of 2001 which allowed to the Public Universities to create their own System of Social security in Health, that which caused an overflow of this principle in the first place and, in second place a clear transgression to the right to the equality when already existing a General System of Social security in Health regulated starting from the law 100 of 1993.

One of the universities that welcomed this System was the University of Nariño in the year 2002, when it establishes the Fund of Social security in Health like it regulates it the law (without ignoring that this bottom has existed from the year 1989).

The study carried out in this academic exercise to the Fund of Social security in Health of the University of Nariño, gave us the possibility to determine the unnecessary thing of conserving this Fund in the University for all the juridical and financial implications that it represents.

## INTRODUCCIÓN

Desde el principio de los tiempos hasta la actualidad, el hombre, en su constante lucha por mejorar su condición de vida, se ha apoyado en instrumentos de diferente índole en aras de alcanzar este objetivo, y lograr así, el bienestar que desde siempre ha deseado.

Por ello, a través de hechos y mecanismos concretos como el reconocimiento y protección de los derechos fundamentales, los colombianos han encontrado el respaldo para materializar aquellas garantías que se constituyen como inherentes e imprescindibles al ser humano y que además se establecen en medios esenciales para poder desarrollarse en condiciones dignas y justas

Relacionado a lo anterior, los derechos fundamentales a la igualdad y a la salud, este último considerado fundamental por vía de conexidad, se convierten en puntos clave para el Estado y a la vez para la sociedad, ya que para el Estado se constituyen en fines que deben ser cumplidos y optimizados en los diferentes ámbitos donde tengan aplicabilidad y, además, deben ser respetados por los legisladores y operadores judiciales frente a cualquier Ley que se pretenda crear, o en la actividad judicial cuando se lleva a cabo el ejercicio de la interpretación y argumentación jurídica, ya que esto garantiza que el trato para los ciudadanos de una sociedad sea equitativo y justo, como el mismo Estado ordena, y para la sociedad porque se constituyen en garantías inmediatas.

Partiendo de una visión constitucional que busca comprender la armonía que debe existir entre los principios y normas que conforman la base del ordenamiento jurídico colombiano, fácilmente se puede encontrar contraposiciones surgidas por las disposiciones que se derivan de cada uno de ellos, y que en diferentes ocasiones colisionan; esto conlleva a generar normas y Leyes inconstitucionales ajustadas a la Constitución por falta de compromiso y seriedad en los debates que anteceden a la sanción de las Leyes en las corporaciones legislativas que las promulgan.

Consecuencia de lo antedicho es lo generado a partir del principio de autonomía universitaria, cuando a través de este concepto se crea la Ley 647 de 2001, permitiendo a las Universidades oficiales y estatales adoptar su propio Fondo de Seguridad Social en Salud, ocasionando con ello una trasgresión al derecho a la igualdad y a lo establecido en la Constitución Nacional con relación al derecho a la salud.

Por todo lo mencionado, con la finalidad de mostrar qué tan conveniente es para la Universidad de Nariño la existencia de un Fondo de Seguridad en Salud propio, se

decidió realizar el siguiente ejercicio académico denominado “Conveniencia del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño”; esta investigación se estructura en cuatro capítulos, el primero denominado Historia y Evolución de la Seguridad Social en Colombia; el segundo, Alcances del concepto “Autonomía Universitaria”; el tercero, Antecedentes, Creación y Funcionamiento del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño; y el cuarto, Principio de proporcionalidad aplicado al Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño.

Dada la importancia que ha ido obteniendo el estudio de la Seguridad Social en la Facultad de Derecho y su íntima relación con la Universidad de Nariño fundada en la existencia del Fondo de Seguridad Social en Salud, y por el interés que motivó adelantar esta investigación a quienes la realizaron, a continuación se presenta el resultado de este estudio, con la confianza de que se constituirá en un elemento de mucha utilidad para la administración que dirige la Universidad, debido a los resultados obtenidos, así como para toda y cada una de las personas que conforman la comunidad universitaria.



# 1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

## 1.1 PREHISTORIA

Para analizar la evolución de la seguridad social en salud en Colombia es necesario remontarnos a su origen y práctica a partir de la pre-historia del país, pasando por etapas trascendentales en la historia de Colombia como la Conquista, Colonia, La Independencia, llegando hasta lo que hoy en día conocemos como República y, donde en esta última etapa, y precisamente a partir del año 1993, el sistema de seguridad social en salud es trastocado a partir de un contexto constitucional y legal.

Todo este panorama se aborda teniendo en cuenta que la salud ha sido una preocupación que se vislumbra desde el origen del hombre, desde cuando surgió el concepto de salud y al mismo momento el de enfermedad, y también a partir de las contingencias derivadas de estar en contacto con el medio ambiente y con los integrantes de la sociedad, es decir, desde el mismo momento en que se adquiere la vida.

Desde los orígenes de la sociedad primitiva, la preocupación por el mantenimiento de óptimas condiciones de vida, se ha postulado como una de las premisas fundamentales (sin que ello signifique que la atención, procedimientos y mecanismos hayan sido los mejores y principalmente garantizados), y se han buscado y establecido mecanismos para sortear los detrimentos de salud que se puedan ocasionar por diversos motivos.

En América, la historia de la seguridad social en salud, o mejor, la solución de problemas ocasionados por la enfermedad en cualquiera de sus manifestaciones, ha sido tratada a partir de la realidad y el contexto social de la época, es así, como antes de la Conquista se atribuía a agentes divinos y mágicos el adquirir cualquier clase de enfermedad, y del mismo modo, la forma de combatirlos eran la divinidad y la magia.

Posteriormente, con la evolución de estas comunidades, se fue recurriendo a mecanismos empíricos usados para la curación de enfermedades, los cuales estaban bajo la responsabilidad de personas con cargos específicos dentro de la jerarquía de las sociedades aborígenes.

En América los encargados de la salud de los habitantes de una tribu eran los sacerdotes, hechiceros, chamanes etc., quienes recibían sus conocimientos de sus antecesores y de los espíritus ancestrales que les proporcionaban el poder y el *status* dentro de la misma tribu, donde se convertían en personajes privilegiados en todos los aspectos de la vida social.

Por tanto, se puede decir que el tema de salud y su organización no estaba desarrollado como sistema, sino que únicamente tenía como fin el tratamiento de situaciones circunstanciales.

## **1.2 CONQUISTA (1499-1550)**

La llegada de los excursionistas al nuevo mundo ocasionó un enriquecimiento cultural, pero a la vez una pérdida y choque con las tradiciones indígenas, que aunque, inicialmente se complementaron, luego fueron erradicadas por considerarlas menos valiosas que las introducidas por los Conquistadores en América.

Entre Europa y América se dieron mezclas en las experiencias de los unos y de los otros, por ejemplo, en el tema que nos atañe, se complementó parte de la medicina tradicional compuesta por hierbas curativas y conocimientos ancestrales con el saber de los Conquistadores basado en ciencias teóricas y probadas para el tratamiento de enfermedades.

Los Conquistadores al arraigarse en estas nuevas tierras tuvieron que afrontar graves circunstancias para su propia vida, de un lado la resistencia de los indígenas a que los Españoles cumplan con su objetivo de Conquistar estos territorios, que se evidenciaba en constantes ataques hacia ellos, y de otro lado el ocasionado por las enfermedades que comenzaban a padecer en el nuevo mundo, resultado de las nuevas circunstancias en las que se hallaban, específicamente al encontrarse en medio de la selva expuestos a un ambiente desconocido al que tal vez no estaban acostumbrados.

De igual forma, los habitantes autóctonos de América adquirieron enfermedades nuevas que contraían por la presencia de los españoles, las que en su momento diezmaron notablemente la población indígena; por esto y lo anterior es obvio que la campaña Conquistadora ocasionó la reducción de ambas poblaciones.

Por otra parte, debido a las muertes numerosas que se presentaban en los campos de batalla a medida que los españoles avanzaban hacia el interior del territorio, se dio la necesidad de abordar un tema que al parecer hasta el

momento no era de importancia: la asistencia médica, ya que ni siquiera los altos mandos españoles contaban con ella cuando resultaban heridos en combate o cuando padecían alguna enfermedad, debido a que su atención estaba centrada principalmente en la evangelización y adoctrinamiento de los indígenas, además, de la colonización de territorios todavía no explorados.

Con respecto a lo que empezaba a constituirse como preocupación por la salud de los Conquistadores, la Corona Española el 10 de abril de 1495 decidió enviar a un físico (nombre dado anteriormente a los médicos), un boticario y un herbolario para los viajes que presidirían al descubrimiento, reafirmado en una providencia proferida el 15 de junio de 1547 en la Villa Castellana del Campo en la que también se ordenaba llevar a bordo de los barcos el personal suficiente y competente para atender las necesidades sanitarias, aunque esto no se acató por el desconocimiento de la norma, dadas las dificultades de comunicación y actualización de información de la que eran víctimas por la distancia entre territorios.

Ahora bien, en cuanto a los indígenas puede decirse que no solamente las enfermedades de las que fueron víctimas desencadenaron la mortalidad indígena, el principal hecho fue el desconocimiento de procedimientos médicos o curativos para tratar infecciones y epidemias.

Al respecto Vicente Rodríguez Cuenca señala:

Las epidemias desatadas inmediatamente después de la llegada de los Españoles fueron tan devastadoras y desmoralizadoras, que además del efecto físico produjo un impacto psicológico tan profundo y terrorífico, que los indígenas en su confusión ante la impotencia de sus dioses y médicos nativos en curarles, y al ver la inmunidad de los españoles preferían dejarse morir por las enfermedades y el hambre antes que encontrarse en estado de postración.<sup>1</sup>

La etapa de la Conquista tuvo marcadas características en cuanto a la administración de los asuntos de la Corona en América, con el fin de tener una mayor estabilidad y afianzamiento y con miras a posesionar un dominio pleno en el nuevo mundo Conquistado:

En enero de 1503 crearon los reyes de Sevilla la Casa de Contratación. Esta inauguró un nuevo sistema de administración; sus funciones fueron muy extensas; dispuso justicia, atendió al comercio y fue centro de investigaciones geográficas. Dicha casa quedó luego sometida (1528) al

---

<sup>1</sup> RODRIGUEZ CUENCA José Vicente. Los Chibchas: Pobladores antiguos de los Andes Orientales: Aspectos bioantropológicos 1999. Disponible en internet <<http://www.colciencias.gov.co/seial/documentos/dajvrc04.html>>. Noviembre de 2007.

supremo Consejo de Indias el cual gozó de atribuciones inmensas; la historia y geografía americanas le son acreedoras a servicios muy considerables; perduró hasta la emancipación de las Colonias españolas en América.

El Consejo de Indias nombraba a los altos funcionarios que habían de gobernar en América.

En el régimen administrativo de los españoles en nuestro suelo durante la Conquista, predominó en un principio la voluntad despótica de los Conquistadores, los soberanos de España a fin de impedir esos abusos crearon los cargos de adelantados o de gobernadores. Al fundarse una Colonia se establecía en ella el cabildo que administraba los negocios de la insipiente población y miraba por el progreso de ella; estaba integrado por varios regidores y alcaldes; de estos uno atendía los asuntos civiles y otro los judiciales<sup>2</sup>

La Corona, en su afán disfrazado de proveer seguridad a los nativos, organizó una figura denominada Encomienda en la cual: “se confiaba un territorio o población a un individuo –encomendero- quien debía amparar a los indios a él confiados, cristianizarlos y civilizarlos; así mismo, percibía los tributos o servicios personales que los habitantes debían rendir a la Corona”<sup>3</sup>

Cuando se habla que el encomendero debía amparar al indígena se habla entre otras cosas de brindarle atención cuando estaba enfermo, procurando las medicinas y tratamientos que le sean necesarios para su recuperación y, aunque con esta figura se buscó mejorar la calidad de vida del indígena, la figura tergiversada, como siempre por parte de sus aplicadores, la convirtió en un régimen de abuso y explotación, al remunerarse del trabajo exagerado y en malas condiciones del indígena, buscando principalmente el lucro propio.

A la par de instituciones como la encomienda, enmarcadas dentro de la explotación y abuso del indígena, aparecía una nueva forma de explotación aún más drástica: “La Esclavitud”, donde los negros serían víctimas de los atropellos e injusticias derivadas del trato deshumanizado de los Conquistadores.

El fundamento de que los negros llegarán a América provenientes del África se justifica en la poca población útil que laboralmente se encontraba en América, debido a las enfermedades y matanzas de las que fueron víctimas los indígenas y porque el negro se consideraba más fuerte y su mano de obra más productiva.

---

<sup>2</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA., p 76 (copias)

<sup>3</sup> Ibíd., p. 77

Durante esta época los frailes y misioneros se convirtieron en la única voz de apoyo de los esclavos e indígenas enfermos, viéndose en la necesidad de sumar las prácticas curativas: la medicina tradicional de los indígenas, las creencias y tradiciones de los africanos y la medicina popular extraída de Europa, para proporcionar atención (aunque precaria) a todos los indígenas.

Dadas las necesidades y exigencias de la población se hizo necesario, para brindar una “mejor” atención, la creación de establecimientos en los que se pudiera concentrar la atención a enfermos; ese es el caso del primer hospital fundado en el Nuevo Reino de Granada: “Hospital de Santa María la Antigua del Darién, bajo la protección del Apóstol Santiago”<sup>4</sup>

Este establecimiento no tuvo la capacidad suficiente para atender la cantidad de enfermos que arribaron al hospital: “Habían llegado cien enfermos al hospital que había resultado insuficiente para las necesidades de la población, de manera que muchos no habían encontrado cupo en él, y estaban muriéndose en las calles de la ciudad”<sup>5</sup>

En vista de la carencia y la imposibilidad de satisfacer todas las necesidades de salud que presentaba la población, y con el propósito de garantizar el bienestar máximo a los Conquistadores, quienes no podía estar ajenos a los quebrantos de salud, se evidenció la exigencia de establecer hospitales que proporcionaran a todos los enfermos garantías para su atención y recuperación, y aunque los recursos no eran los suficientes para el funcionamiento y sostenimiento de estos entes, la imperiosa necesidad de su existencia hizo que se establecieran hospitales a lo largo del territorio de las Indias.

Un aspecto importante en el servicio de salud se produjo en 1541, cuando por exigencia del rey se concretó la inclusión de un médico, boticario, cirujano y un barbero para que se encarguen de los quebrantos de salud de los militares ocasionados por epidemias o por consecuencias mismas del combate, y de ser insuficiente la atención que les brindaban éstos, debían ser atendidos en hospitales que les proporcionara el cuidado adecuado.

### **1.3 LA COLONIA (1550-1810)**

Seguido a la etapa de la Conquista y tras múltiples variaciones en la organización política y administrativa, aparece en el panorama, una nueva fase determinante

---

<sup>4</sup> SORIANO LLERAS Andrés. La Medicina en el Nuevo Reino de Granada, Durante la Conquista y la Colonia. 2ª Ed. Bogotá: Imprenta Nacional, 1972 p. 38

<sup>5</sup> Ibíd., p. 38.

para la población de la época: La Colonia, correspondiente a la tercera época de la historia que se “inaugura con el establecimiento en Santafé de la Real Audiencia en 1550 y finaliza con los sucesos de La Independencia en 1810”<sup>6</sup>

La Real Audiencia fue un tribunal que se fundó como necesidad de la Corona para instaurarse como organismo de control, en un territorio en dónde los intereses políticos estaban divididos en tres partidos y por tanto en tres intereses que correspondían a: “el de los venezolanos, o partidarios de Federmann; el de los peruleros o partidarios de Belalcazar, y el de los quesadas, partidarios del fundador de Santafé”<sup>7</sup>.

La instauración de este tribunal no fue acogido con agrado por parte de los Conquistadores, encomenderos y dirigentes españoles, quienes estaban acostumbrados a gozar de autonomía y libertad en la toma de decisiones con relación a asuntos que involucraban nativos.

Dentro de las funciones de este tribunal se encontraba la responsabilidad de argumentar y resolver conflictos civiles y criminales de la época. Las decisiones que se tomaban, solamente eran sujeto de apelación ante el Consejo de Indias cuando se consideraban de suma trascendencia.

El Consejo de Indias era el organismo que expedía las Leyes que regularían el territorio de las Indias tras los acontecimientos de los que fueran testigos o de los que se enteraran por los informes que a este llegaban. La legislación emanada por este cuerpo fue “grandiosa y tiene como base el espíritu cristiano. Se elaboró durante un siglo (XVI) y consta de más de seis mil disposiciones sobre el gobierno del nuevo mundo; en ellas tratase sobre asuntos de economía, justicia, culto, instrucción, artes, letras, higiene, etc.”<sup>8</sup>

En cuanto a la protección de los indígenas, las Leyes de Indias dispusieron un capítulo completo dedicado a la protección de estos, donde la principal preocupación se basó en la creación y conservación de centros hospitalarios a favor de la comunidad. Al respecto, la normatividad referida contenía la siguiente disposición:

“Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores, que con especial cuidado provean, que en todos los Pueblos de Españoles e Indios de

---

<sup>6</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA. Op.cit., p. 87.

<sup>7</sup> Ibíd., p.88

<sup>8</sup> Ibíd., p 77

sus Provincias y jurisdicciones, se funden Hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad Cristiana”<sup>9</sup>

Es importante resaltar que el papel de la Iglesia en esta época fue trascendental ya que “ella fue la fundadora o al menos la impulsadora de las obras de este género; a su amor maternal débense los varios hospitales fundados durante el tiempo de la Colonia y los valiosos servicios médicos prestados por numerosos miembros del clero, sobre todo la clase pobre”<sup>10</sup>. Existieron comunidades religiosas que se dedicaron arduamente a la búsqueda de la protección de la población de ese momento: “los servicios de los jesuitas a la Colonia habían sido grandes, ellos fueron los primeros en enseñar filosofía, teología y medicina en nuestra patria”<sup>11</sup>

El panorama que se presentaba durante la culminación de esta etapa dejaba ver que “La población del Nuevo Reino ascendía a dos millones de habitantes; el país se hallaba en vía de creciente progreso; la pléyade de hombres preclaros en él nacidos, auguraba el porvenir de una patria grandiosa. Notábase marcado descontento con el régimen Español y acentuado antagonismo entre españoles y americanos: el día de la libertad alboreaba en la mentes de los próceres”<sup>12</sup>

#### **1.4 LA INDEPENDENCIA (1810-1819)**

Tratar el tema de La Independencia del Reino de la Nueva Granada de la Corona Española, implica no solamente un análisis objetivo en la configuración de esta etapa con todo el contexto que lo antecede, sino también, adentrarse en los sentimientos de libertad que se albergaban en los corazones de los pobladores sometidos a una cultura ajena, introducida abruptamente por los españoles y que por más de tres siglos había dejado nefastas consecuencias para su forma de pensar y de vivir.

Por lo anterior, “La Revolución de Independencia se presenta también como la culminación de una crisis que tuvo gestación y maduración en la sociedad Colonial, en un proceso histórico que surgió en el mismo siglo XVI y se manifestó

---

<sup>9</sup> RECOPIACION DE LEYES DE LOS REYNOS DE INDIAS, libro VI”Titulo Cuarto. De los Hospitales y Cofradías“. Ley primera. Disponible en Internet <<http://www.congreso.gob.pe/ntLey/LeyIndiaP.html>>. Noviembre de 2007.

<sup>10</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA. Op.cit., p. 123.

<sup>11</sup> ibíd, p. 106

<sup>12</sup> Ibíd., p.127

en un sentimiento de aversión a la sociedad dominante y el cual creció y adquirió conciencia en la segunda mitad del siglo XVIII.”<sup>13</sup>

Fue en 1810 cuando la campaña por la libertad de un pueblo oprimido que empezaba a desbordar su deseo de verse soberano de su propio territorio, rechazando toda manifestación del gobierno Colonial a la que estaban sujetos y en el cual solo eran esclavos en su propia tierra, se materializaba.

La atención de los dirigentes estaba enteramente direccionada a la organización de una nascente República y a la mejor forma de gobernarse; por la importancia dada a este objetivo los temas de salud no incidían notoriamente en las preocupaciones de los patriotas.

Ante la inexistencia de un sistema sanitario y al no existir políticas generales del gobierno para prestar un servicio de salud frente a las consecuencias que la guerra de independencia dejaba a su paso, un gran número de muertos, heridos y enfermos quedarían desamparados.

Debido a las circunstancias que se presentaban en este contexto histórico, se adelantaron soluciones para atender a los soldados y brindarles los más mínimos cuidados con el fin de garantizar su recuperación; pero este tema que a pesar de tener vital importancia incluso para la conclusión de los otros objetivos, no hacían eco y no se pregonaban en las ideas revolucionarias y liberales importadas desde Francia como consecuencia de la revolución Francesa, ni en las ideas propias como resultado de los abusos y atropellos a los que eran sometidos los criollos y nativos.

Para este momento Francia ya había aportado para el mundo un compilado de 16 Artículos haciendo referencia a los Derechos Humanos que tienen cada persona por el simple hecho de su nacimiento: “DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL HOMBRE Y DEL CIUDADANO” que se convirtió en la directriz para la liberación de las Colonias que comenzaban a sublevarse en América. Es importante manifestar que en esta declaración no aparece siquiera alguna referencia en cuanto al derecho a la salud.

Pero serían las mismas circunstancias las que más tarde generarían un contexto en el que, si bien, la salud no era un tema de vital importancia, como si lo era el excesivo y oneroso régimen tributario, las exigencias de temas de salud por necesidad se implementarían en cuanto a curación y prevención de enfermedades, estableciendo que fueran los dirigentes quienes asuman, aunque,

---

<sup>13</sup> CIRCULO DE LECTORES. Manual De Historia De Colombia. 2ª ed. Bogotá: Circulo de lectores, 1982. p 17.



precariamente las primeras medidas sanitarias, aún muy lejos de un sistema de seguridad social en concreto.

La primera luz en referencia a medidas y legislación en salud, se presentó (precariamente) en la redacción de la Constitución de Cundinamarca, decretada a nombre del Rey Fernando VII, en la cual solo se encuentran dos artículos que configuran los primeros pasos con respecto al desarrollo de este tema: el primero se refiere a los militares en los tiempos de paz, aconsejándoles se conserven vigorosos y en buen estado de salud, aunque de igual manera esta era una condición dejada al arbitrio de cada militar.<sup>14</sup>

Art. 13. Las tropas veteranas en tiempos de paz no podrán estar acantonadas en un solo punto y para que no se enerven con la ociosidad, después de dejar en las poblaciones principales el número de tropas que se considere bastante para conservar su orden y policía, **el resto podrá aplicarse en trabajos vigorosos y útiles que les conserven la salud**, quedando sus rebajas a beneficio del Tesoro Público, y turnando en sus destinos la guarnición y los trabajadores.<sup>15</sup>

El segundo Artículo se refiere a la vigilancia del ejercicio de la profesión médica el cual señala:

“Art. 2. La Ley supervigilará particularmente aquellas profesiones que interesan a las costumbres públicas, a la seguridad y sanidad de los ciudadanos.”<sup>16</sup>

De igual manera, cuando los representantes de Antioquia, Cartagena, Neiva, Pamplona y Tunja, firmaron el “Acta de las provincias Unidas de la nueva Granada” el 27 de Noviembre de 1811, en la que se intentó definir instituciones nacionales propiamente dichas, aunque, el tema de la salud no se mencionaba en forma expresa, si se concede a las provincias la facultad de elaborar su propio estatuto constitucional para que rija hacia su interior, lo cual determinó un punto de partida para la implementación de medidas y disposiciones en salud.

El 9 de diciembre de 1811 se promulgó la Constitución de Tunja, depositando el máximo poder legislativo en manos de un magistrado conocido como “Presidente

---

<sup>14</sup> URIBE VARGAS Diego. Las Constituciones de Colombia. Textos 1810-1876. Constitución de Cundinamarca (30 de marzo de 1811, y promulgada el 4 de abril de 1811) Decreto de promulgación de la Constitución de Cundinamarca, 4 de abril de 1811. 2ª ed. Madrid España: Cultura Hispánica Instituto de Cooperación Hispanoamericana 1895. p. 385.

<sup>15</sup> Ibíd. Artículo 13. p. 395 y 396

<sup>16</sup> Ibíd. Artículo 2. p. 400.

Gobernador”, quien entre las muchas funciones otorgadas por la Carta, tenía la obligación de visitar los hospitales, cuidando de su arreglo y de que se observen exactamente las ordenanzas prescritas para su buena administración, aunque también podía comisionar a otros para que cumplan esta misma función;<sup>17</sup> era la primera vez que los hospitales, tan descuidados en esta época de independencia y consolidación de la nueva República, recibían tratamiento a través de una norma, pero que duró poco tras la violenta reconquista española.

Cartagena de Indias, a través de la Serenísima Convención General, expidió su Constitución como Estado, en la que dejan ver su preocupación por los temas sociales desde su preámbulo, especialmente en uno de sus artículos, cuando en materia sanitaria pretende “impedir que los esclavos enfermos o viejos sean liberados por sus amos a fin de evadir la responsabilidad de protegerlos”<sup>18</sup>

Después de estas innovaciones en materia de salud, por necesidad, rápidamente se reformaría la Constitución de Cundinamarca en 1812, cuya recomendación que brindaba a los militares en tiempo de paz se concretaba en una verdadera protección a los soldados, con la “creación de hospitales castrenses.”<sup>19</sup>

El 13 de Julio de 1815 Cundinamarca promulga una nueva Norma Fundamental, que es complemento de la anterior, conocida como “Plan de reforma o revisión de la Constitución de la provincia de Cundinamarca del año de 1812”<sup>20</sup>; esta Carta incluye una norma que procuró la prevención de la viruela, “depositando en manos del Teniente Gobernador la conservación y entrega de la vacuna”.<sup>21</sup> “La salud de las personas privadas de su libertad también tiene lugar, por primera, vez en esta Carta”.<sup>22</sup>

Luego de numerosos cambios en la organización y administración del Estado, tanto en la lucha libertadora de la corona española, así como en la reconquista de América, por medio de los métodos mas violentos y crueles, la salud se relegó nuevamente en un plano de indiferencia ante los ojos de los dirigentes, ya que la lucha contra los españoles y la organización de la nación eran la principal preocupación; incluso la educación y la medicina se vieron afectadas por la guerra, cuando los médicos debieron abandonar las aulas de clase y los consultorios para adentrarse en los campos de batalla.

---

<sup>17</sup> Ibíd. Artículo. 1 p. 446.

<sup>18</sup> Ibíd. Artículo 6. p. 653

<sup>19</sup> Ibíd., Artículo 13. p. 695.

<sup>20</sup> Ibíd. p. 719.

<sup>21</sup> Ibíd., Artículo 59. p., 725

<sup>22</sup> Ibíd., Artículo 79. p., 728

Las epidemias, por su parte, cobraron un gran número de víctimas a pesar de la extensa campaña de vacunación, pero en esa época la salud no era una preocupación relevante sino para quienes padecían las desgracias de la enfermedad; esta situación se veía agravada por la desnutrición de los habitantes, debido a la escasez de alimentos y a la ausencia de medidas básicas para la atención de los enfermos y de saneamiento ambiental que se vieron agravadas cuando los cementerios fueron insuficientes para albergar tantos cadáveres. Tan grave fue la situación, que prontamente se observarían cadáveres en medio de los caminos y no solo de los soldados combatientes, sino de los civiles y de españoles, debido a la grave situación social, civil y militar que aquejaba en ese momento el territorio patrio.

Por los sucesos anteriormente descritos, se volvió una necesidad el consuelo físico de los combatientes y del pueblo, por lo que entre febrero y marzo de 1819 tras las órdenes generales del ejército, se nombraría a un oficial para que visitara los hospitales. Este oficial debía turnarse todos los días y era uno de los mayores generales del ejército y debía informar por escrito el estado de los hospitales, para que no se presentaran más negligencias y contratiempos que dieran como resultados mas muertes.

## **1.5 LA REPÚBLICA (1819 en adelante)**

**1.5.1 Gran Colombia (1819-1830).** Entre 1819 y 1830 aparecen nuevamente sucesos importantes, pero efímeros, en la historia de Colombia. Como primer suceso trascendental y relevante Francisco Zea anuncia el nacimiento de la Gran Colombia en el Congreso de Angostura el 17 de diciembre de 1819 con esta expresión: “La República de Colombia queda constituida ¡Viva la República de Colombia!”<sup>23</sup>, de igual forma, el Libertador en el mismo Congreso exclamó: “Viva el Dios de Colombia”<sup>24</sup>

La Gran Colombia estaría integrada por Venezuela, Cundinamarca y Quito. El 30 de Agosto de 1821 se firma en Cúcuta la Constitución de la República de Colombia

Durante el Congreso de Angostura, Simón Bolívar pronunció, por primera vez, el término de Seguridad Social, y se comenzaría a visibilizar su posible tratamiento a partir de un sistema estructurado: “El sistema de Gobierno más perfecto es aquel

---

<sup>23</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA. Op. Cit., p. 179.

<sup>24</sup> *Ibid.*, p. 179.

que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de seguridad política”<sup>25</sup>

En dirección de Francisco de Paula Santander, vicepresidente del Departamento de la Nueva Granada, papel asumido en circunstancias difíciles, ya que tuvo que direccionar la patria sobre los escombros que la guerra a su paso dejaba, y por estar su papel centrado principalmente en la parte militar, en “el Congreso de Cúcuta creó la Universidad Central y como sección de ella una facultad de medicina que comenzó a funcionar el año siguiente”<sup>26</sup>

Aunque en este periodo se pudo visibilizar la existencia de algunos hospitales para atender a los militares, la asistencia de los civiles aún estaba en manos de la Iglesia, significando esto, que la preocupación por el tema de la salud no era demasiado trascendental para las autoridades de la República con relación a la sociedad civil.

Una de las causas para que este tema fuera abordado y materializado posteriormente, se debió a la gran cantidad de seres humanos víctimas del conflicto bélico con los españoles. De igual forma los militares, actores expuestos directamente en la guerra y a las enfermedades, recibieron atención médica, procurando la prevención de enfermedades como la viruela, por medio de inmunizaciones.

El panorama vivido durante la época de la Nueva Granada en materia sanitaria estaba principalmente enmarcado en la presencia de enfermedades contagiosas que ocasionaban altos índices de mortalidad entre los habitantes; enfermedades como la lepra y la viruela no pudieron ser erradicadas únicamente por medio de inmunización, por falta de cobertura y porque las vacunas llegaban de manera tardía o prácticamente dañadas.

Es importante mencionar en este punto el papel desempeñado por el hospital Lazareto de la ciudad de Cartagena, un hospital creado durante la Colonia, que tenía como principal objetivo la curación de leprosos, y pese a la situación caótica y la dificultad económica, pudo sobrevivir.

Durante los primeros años de la Gran Colombia la inversión en el tema de salud se vio reflejada en un ahorro constante, por tanto, la asistencia médica para la población vulnerable estuvo, al igual que en época de la Colonia, en manos de la Iglesia: “La mayor parte de los hospitales civiles de Colombia se hallan a cargo de

<sup>25</sup> BLANCO José Félix y AZPURUA Ramón. Documentos para la historia de la vida pública del Libertador. 2 ed. Caracas: Presidencia de la República de Venezuela, 1977. p. 538.

<sup>26</sup> MARTÍNEZ ZULAICA Antonio. La Medicina en el Siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada. Tunja: La Rana y el Águila, 1973. p. 196

San Juan de Dios. Sus fondos provienen de capitales impuestos por algunas personas piadosas para la curación de los enfermos pobres y del noveno y medio que de todos los diezmos se aplican para los hospitales.”<sup>27</sup>

Retomando lo anterior, se puede afirmar, sin lugar a dudas que el tema de salud, para la época, no tuvo un impacto importante como lo hacía prever el Libertador, cuando pronunció aquellas palabras que quedarían inmortalizadas en el Congreso de Angostura. En la práctica la asistencia médica y social continuaban siendo abordadas a partir de comunidades que cumplían funciones de beneficencia o caridad, nada lejos a lo vivido en la Colonia.

La vida de la Gran Colombia fue efímera, apenas contó con diez años de existencia, para que en 1830 se produjera su nefasto final. Todo su proceso estuvo rodeado de diferencias ideológicas entre los dirigentes “desde el año de 1826 se hicieron ostensibles las desavenencias entre Bolívar y Santander; ellas fueron creciendo hasta el punto de verse separados los dos próceres por una enemistad profunda. En la contienda influyeron malas inteligencias entre ambos, imprudencias mutuas y veneno de chismes para indisponerlos”<sup>28</sup>

Para dar paso a la terminación total de la Gran Colombia, el 17 de Diciembre de 1830 en la quinta de San Pedro Alejandrino, el Libertador Simón Bolívar, sus sueños y su ilusión de construir una República unificada y solida moriría

**1.5.2 La Nueva Granada (1831-1858).** Con la muerte de Simón Bolívar y con el proceso de la Gran Colombia desvanecido totalmente, se da comienzo a la etapa de la Nueva Granada. “El 17 de noviembre de 1831 se dictó la “Ley Fundamental del Estado de la Nueva Granada” según la cual, en su artículo 1, “las provincias del Centro de Colombia forman un Estado con el nombre de Nueva Granada”<sup>29</sup>

El 29 de Febrero de 1832 se decretó la Constitución del Estado de la Nueva Granada, que “consagra el régimen unitario; prevalecen los principios del liberalismo moderado; las libertades públicas se limitan racionalmente y acata la tolerancia religiosa; se debilita el poder ejecutivo en tiempo de paz y se le dan grandes prerrogativas para el tiempo de guerra. Con la nueva Constitución se legalizó la disolución de Colombia la Grande.”<sup>30</sup>

Pese a su corte liberal y principalmente influenciada por las directrices adoptadas en Europa, a partir de la Declaración del los Derechos del Hombre y del

---

<sup>27</sup> LOPEZ Luis Horacio. Administraciones De Santander (1820-1825). Bogotá: Nomos, 1990, p. 116

<sup>28</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA. Op. Cit., p. 192.

<sup>29</sup> CÍRCULO DE LECTORES. Op. Cit., p. 328.

<sup>30</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA, Op. Cit., p. 206 y 207.

Ciudadano, esta Constitución no trae estipulación expresa frente al tema de salud.

Para el mandato de la Nueva Granada fue elegido Francisco de Paula Santander, quien desempeñaría el cargo desde 1832 a 1837. Durante su administración “distinguen en él al estadista y al político. Considerado bajo el primer aspecto, alaban en él la diligencia en organizar la hacienda pública, en afirmar las relaciones con los países extranjeros, en arreglar la deuda colombiana y en fundar institutos de educación.”<sup>31</sup>

Uno de los triunfos más destacados acaecidos durante su jefatura, fue la normalización de las relaciones entre el Estado y la Iglesia, pese a la existencia de algunas tensiones.

Tras la muerte de Santander, José Ignacio de Márquez tomó las riendas de la Nueva Granada y se encargó de encaminar a la República por las vías del progreso, dando impulso a la industria y al aumento en las exportaciones.

Durante su gobierno entre 1839 y 1841 se presenta nuevamente un panorama de Guerra y Tensiones Políticas, teniendo como pretexto para ello la clausura de varios conventos en Pasto. El líder de esta lucha fue el general José María Obando “quien se engalanó con el pomposo título de Supremo director de la guerra en Pasto, general en jefe del ejército restaurador y protector de la religión del Crucificado”<sup>32</sup>

Vencido Obando, se pensaba que la guerra había llegado a su final, lo cual no fue así; nuevamente el terror había rodeado las calles de toda la República y lo que se había presentado como un simple pretexto, se convertía en un huracán que se extendía por toda la República.

Este periodo de revolución volvería a ser el móvil para que la Nueva Granada tuviera que afrontar la pérdida de seres humanos inocentes y una gran cantidad de heridos.

“Quedó la República en postración lastimosa. Pobreza, suspensión de industria, inseguridad, bandalaje. A tantos infortunios añadióse en la guerra la calamidad de las epidemias: el tifo, la disentería, y sobre todo la viruela, causan estragos en la infortunada patria”<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> *Ibíd.*, p. 207

<sup>32</sup> *Ibíd.*, p. 212

<sup>33</sup> *Ibíd.*, p. 214.

Por lo anterior y frente a la situación que afrontaban los militares en combate, se presenta la necesidad de fortalecer los hospitales militares: “Seguramente, los trastornos políticos que no han dado tiempo al gobierno para arreglar nada, no le han permitido tampoco fijar su atención en el establecimiento y arreglo de buenos hospitales militares. No los hay en los departamentos y lo más notable es que ni en la capital. Generalmente lo que se ha llamado hospital es una verdadera casa de tormento y de muerte, en vez de ser de consuelo y de vida, tanto por lo material de su construcción como por su administración de servicios”<sup>34</sup>

De otro lado, la asistencia a los civiles considerados también como víctimas dentro del conflicto no contaba con mejor suerte, su atención continuaba siendo relegada a hospitales de caridad sin recursos, sin implementos necesarios y administración deficiente.

En el año de 1845 es elegido como presidente Tomás Cipriano de Mosquera, quien centraría su mandato en el progreso de la República, estableciendo la navegación a vapor en el río Magdalena; inició la construcción del ferrocarril del Istmo, la construcción del capitolio nacional, unificó el sistema monetario, fundó el Colegio Militar.

Como consecuencia de la navegación a vapor por el río Magdalena, dos nuevas enfermedades catastróficas aquejarían a los granadinos “la fiebre amarilla y el cólera”. Notables dificultades fueron las vividas durante la época; una situación inmanejable e incontrolable para un país novato, y prácticamente ignorante en materia de medicina y en políticas sanitarias.

En 1853 con el gobierno de José María Obando se produjo la creación de una nueva Constitución, la cual consagró varias reformas políticas “los gobernadores fueron elegidos por voto popular y a las provincias les fueron concedidas atribuciones de Estados Federales, a consecuencia de lo cual quedaron abiertas las puertas del federalismo, y la autoridad del supremo mandatario quedó notablemente amenguada”<sup>35</sup>. Esta Constitución no hizo ninguna consideración en materia de salud.

Lo anterior significa el comienzo de una descentralización del poder, generando los primeros pasos hacia la consecución de la confederación granadina.

---

<sup>34</sup> LOPEZ Op. Cit., p.83.

<sup>35</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA. Op. Cit., p. 220.

**1.5.3 La Confederación Granadina (1858-1861).** Debido a la nueva forma de Estado adoptado, La Confederación, se hizo necesario reestructurar la Constitución de 1853, por no ajustarse a la realidad y al contexto político y social que en ese entonces atravesaba el país. Por tanto en 1858 se sanciona la nueva Constitución que adoptó para el país el nombre de Confederación Granadina.

Es importante resaltar que frente al tema de salud en esta nueva Constitución no se hace ninguna referencia, dejando notar que el tema aún era considerado irrelevante, pese a las consecuencias sufridas por el país en épocas precedentes dejando los resultados nefastos que anteriormente se han relatado, al no contar con un sistema estructurado de salud o al menos políticas sanitarias.

Al darse esta nueva forma de administración, la responsabilidad frente a temas relacionados con el bienestar social estaban bajo el cuidado de cada uno de los estados, (dentro de estos temas el de la salud), por tanto el gobierno central no asumía responsabilidad directa en el asunto.

El periodo de la Confederación Granadina no tuvo gran solidez, fueron apenas cinco años de presencia, y no generó grandes avances para el país, por el contrario, debilitó los lazos con la iglesia, los cuales en algún momento se habían recuperado y habían generado algunos beneficios para el país, ocasionando una persecución religiosa injustificada por parte de una dictadura arbitraria al mando del general Mosquera.

**1.5.4 Estados Unidos De Colombia (1863-1886).** Por medio de la Convención de Rionegro el 18 de febrero de 1863 se reestructuró nuevamente la organización del país, creando los Estados Unidos de Colombia, y lo que tal vez se pretendía en la Confederación Granadina, con este nuevo proyecto se materializó. Mosquera estaría encargado del gobierno de manera transitoria.

La Constitución de Rionegro dio plena soberanía a los Estados, en cuanto a los principios no se puso limitación alguna a los derechos individuales, Declaró a las comunidades religiosas incapaces para adquirir bienes raíces. “Atribuyó a cada Estado un voto para la elección del presidente; éste gobernaría por un período de dos años. En síntesis, predominaban en ella el federalismo y las libertades individuales exageradas y se hostilizaba a la Iglesia”<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> *Ibíd.*, p. 234 y 235



Terminado el mandato de Mosquera y al haber sido derrocado, la dirección de los Estados Unidos de Colombia fue asumida por el General Santos Acosta. De su administración se resalta como base para el desarrollo académico y científico de la salud en Colombia la creación de la Universidad Nacional (Ley 66 de 1867), la escuela privada de medicina y el hospital San Juan de Dios.

El 9 de diciembre de 1861 es expedido un decreto por medio del cual los hospitales y cualquier establecimiento dedicado a la asistencia médica serían propiedad exclusiva del Estado, sin embargo, las dificultades en la atención a indigentes, enfermos y en general a toda la población seguía siendo mínima.

La guerra continuaba siendo una acompañante del país, en 1861 llegaría al poder Mosquera, y como consecuencia de los enfrentamientos armados de ese entonces, “la atención de numerosos heridos se haría necesaria en los Hospitales existentes, sobre todo en el hospital San Vicente de Paul. A pesar de ello, en 1872 las mejoras hechas al Hospital San Juan de Dios precisaron el cierre del San Vicente de Paul”<sup>37</sup>

El periodo de Los Estados Unidos de Colombia, no dejó a un lado el tema de la salud, indirectamente a través de la creación de la Universidad Nacional y la Facultad de Medicina, la escuela privada de medicina y el hospital San Juan de Dios este tema fue abordado, sin embargo, aún se hacía visible la falta de establecimientos hospitalarios a lo largo de todo el país y principalmente estructurados de manera adecuada.

**1.5.5 La República (1886-2007).** Tras una deslegitimación y aborrecimiento por parte de la sociedad de la época hacia los Estados Unidos de Colombia, surge una transformación política y social con la dirección de Rafael Núñez: “La Regeneración” al declarar que la Constitución de Ríonegro había caducado y con ello la persecución hacia la iglesia, dictaduras devastadoras, desorganización en materia de recursos y conflictos armados.

El 5 de Agosto de 1886 fue sancionada la nueva Constitución, que dio el nombre de República de Colombia a la nación; esta Constitución “organizo la República de forma unitaria; la religión católica fue declarada la de la nación, obligándose los poderes públicos a protegerla y respetarla (...) en síntesis, la Constitución del 86 estableció la unidad nacional, vigorizó la autoridad, dio libertad a la Iglesia y definió con claridad las libertades individuales”<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> *Ibíd.*, p. 331

<sup>38</sup> *Ibíd.*, p. 253

Frente al tema de salud, se puede decir que la Carta hace alusión a algunos puntos clave administrativamente, es así como en el artículo 185 de la Constitución se estipula que “Corresponde a las Asambleas dirigir y fomentar, por medio de ordenanzas y con los recursos propios del departamento, la instrucción primaria y la beneficencia”<sup>39</sup>

A partir de la promulgación de la Ley 30 de 1886, durante la etapa de la regeneración se crea la Junta Central de Higiene: “A esta junta le correspondió enfrentar las epidemias, producir medidas y acciones de saneamiento ambiental y, muy especialmente, la aplicación de las políticas de las Convenciones Sanitarias internacionales, en el marco de un mercado hemisférico controlado por los Estados Unidos”<sup>40</sup>

A pesar de existir un ente público que ya comenzaba a hacer frente al tema de salud, (principalmente al tema de vacunación) problemas financieros, de infraestructura y de administración serían ahora el obstáculo para prestar el óptimo desarrollo de este servicio.

Un acontecimiento que marcaría la historia de Colombia, por la numerosa pérdida de seres humanos, miles de heridos y un panorama desolador es la Guerra de los Mil Días. Este suceso nuevamente pondría a prueba al Estado en materia de asistencia médica, donde el resultado dejó notar la deficiencia de los hospitales existentes, la falta de cobertura en materia de atención y la falta de recursos para lograr unos establecimientos acordes a las necesidades presentadas en ese entonces.

Superada las consecuencias de la Guerra de los Mil Días, la clase obrera colombiana se constituiría en el nuevo talón de Aquiles para la Nación; este sector presentaban los más extraños hábitos de vida y de salud, sus costumbres se convertían en el trampolín para adquirir distintas clases de enfermedades.

Por lo anterior surge la iniciativa de llevar a cabo campañas de higiene en este sector, a través de una política pública de higienización de la población. Por medio de iniciativa legislativa igualmente se sanciona una Ley de salubridad pública.<sup>41</sup>

En 1930 ascendería a la presidencia de la República de Colombia Enrique Olaya Herrera, quien se preocuparía en su administración por mejorar la situación

---

<sup>39</sup> CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA 1886. Disponible en internet <<http://www.banrep.gov.co/Documentos/Historia.html>>. Noviembre de 2007

<sup>40</sup> MIRANDA CANAL Néstor. Gran Enciclopedia de Colombia Temática. Bogotá: Printer Colombiana, 1996. p. 220.

<sup>41</sup> Ley 46 de 1918.

económica del país e imponer fin a las consecuencias que dejaba la crisis económica mundial que afectaban directamente a la nación.

Durante su administración fue creado el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, creación que obedece principalmente a la atención que debía brindarse a la población que se encontraba afectada por enfermedades venéreas, y para asumir un control y prevención de estas enfermedades.

En 1936 se produjo la reforma constitucional la cual abarcó puntos de marcada importancia para el país en el tema administrativo, sin que haya un rompimiento total en el fundamento ideológico que direccionaba la nación con la Constitución de 1886: “en lugar de una descentralización más definida se reforzaron los principios centralistas con el robustecimiento de la autoridad ejecutiva y un marcado intervencionismo en la economía y en la instrucción pública, aunque aceptaron la fórmula concordataria, borraron las fórmulas constitucionales que reconocían a la religión católica como esencial elemento del orden social”<sup>42</sup>

En materia de asistencia pública se consagra en el Acto legislativo Nro. 1 del 5 de Agosto de 1936, en el artículo 16, que ésta será función del Estado, y será prestada a quienes carezcan de medios y de derecho para exigirla de otras personas o que estén imposibilitados físicamente para trabajar; la Ley se encargará de determinar la forma de prestar la asistencia y cómo y en qué casos el Estado debe otorgarla.

En esta época surge para el sector público la creación de la Caja Nacional De Previsión Social con la ley 6 de 1945 y también la creación de cajas y fondos a nivel Departamental y Municipal.

Para el sector Privado a través de la Ley 90 de 1946 se crea el Instituto Colombiano de Seguridad Social Durante el Gobierno de Alberto Lleras Camargo.

El ICSS funcionaria como entidad central que vigilaría y controlaría el seguro en los aspectos de la administración, el orden técnico, científico, financiero y contable, beneficiaria al Trabajador asegurado, su esposa o compañera en caso de maternidad y el hijo con los servicios de lactancia; además crea una sección de medicina preventiva.

El ICSS no entro a funcionar inmediatamente, se crea provisionalmente el Departamento de Nacional de Seguros Sociales que funciono por mas de un año y en junio de 1949 se inaugura el ICSS como tal, para septiembre de ese año estaba prestando los servicios médicos para enfermedades no profesionales para

---

<sup>42</sup> HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA., Op. Cit., p. 282.

los trabajadores de la capital del país, a la par se fueron construyendo los centros de atención en Medellín, Quindío y Valle del Cauca.

Encontrando un camino más sólido y claro frente al tema de salud, y visibilizando la importancia de este tema para la nación, se creó para el año de 1946 el Ministerio de Higiene a través de la ley 27 de 1946, materializando así, el bienestar de los ciudadanos colombianos.

El contexto político y social vivido en Colombia a partir de los años 50 mostraba nuevamente el surgimiento de luchas y diferencias políticas, lo cual trajo como consecuencia, el fortalecimiento de grupos guerrilleros con el fin de debilitar a los gobiernos de turno y convertirse ahora en el grupo ideológico de oposición.

Ahora, el punto central de cada gobierno sería rescatar legitimidad, solidez y reconocimiento, por ello, con el afán de respetar la “democracia”, se instaura el Frente Nacional (1958-1974) donde el poder estaría alternado para los partidos tradicionales. Los mandatarios que tuvo el país durante el Frente Nacional fueron: Alberto Lleras Camargo, Guillermo León Valencia, Carlos Lleras Restrepo y Misael Pastrana Borrero.

Durante esta época, los intereses de cada mandato estuvieron centrados en el cese de la guerra; y principalmente a finales del Frente Nacional ocasionado por los grupos armados insurgentes de aquel entonces, ELN, FARC, M-19, y por tanto, temas como la asistencia pública, que anteriormente venían en línea ascendente, dejaron de ser importantes para el país.

En Colombia durante las dos últimas décadas del siglo XX se presentaba un panorama que no podía ser más triste y desalentador: guerrilla, narcotráfico, magnicidios, y un ente estatal invisible y debilitado ante estas circunstancias.

Este fue el móvil para que a comienzos de la década de los noventa se promulgara una nueva Constitución, teniendo la esperanza que bajo estos postulados el País encontrara el camino de la paz y del progreso social. Esta Constitución traería consigo una transformación trascendental para el país al definir a Colombia como Estado Social de Derecho.

La Carta política de 1991 contemplaría un capítulo específico para señalar los derechos fundamentales de los colombianos, los derechos de segunda y tercera generación que por conexidad adquieren la categoría de fundamentales, un capítulo donde se señala la estructura económica del País.

Entre los derechos de segunda generación se encuentra el derecho a la seguridad social, el cual cabe mencionar:

Art 48 C.N “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad, en los términos que establezca la Ley (...)”

Así como la Constitución de 1991 consagra un artículo que estipula la seguridad social como derecho para los colombianos y obligación de otorgarla por parte del Estado, de igual forma por medio de la Ley 10 de 1990 se reorganiza el Sistema Nacional de Salud Colombiano. Esta Ley, antecesora de lo que será el sistema general de seguridad social para Colombia (Ley 100 de 1993) dio la categoría de servicio público a la salud, estando a cargo de la Nación. Descentralizó este servicio desde toda óptica, reestructuró la parte financiera de todas las entidades públicas y privadas que prestaran servicios de salud, permitió la prestación de servicios de salud a través de entidades de medicina prepagada.

Consagrada la Constitución de 1991 y acogiendo en gran medida los fundamentos y postulados de esta Ley, se considera ahora a la seguridad social como un derecho y un servicio público a cargo del Estado.

Con los cimientos de la carta política de 1991, con un sistema de salud existente, si bien no totalmente incluyente, pero mejor estructurado a lo que había existido antes en materia de salud en el país, surge el sistema de seguridad social en Colombia a través de la Ley 100 de 1993, bajo el mando del Presidente César Gaviria Trujillo.

Este nuevo sistema se erige bajo los principios de universalidad, solidaridad e integralidad y bajo la dirección de los fines del Estado Social de Derecho; el principal objetivo de la Ley 100 de 1993 es garantizar el acceso a la atención en salud a la población colombiana, con independencia de su condición socioeconómica, protegiéndoles, a través de su afiliación al sistema de seguridad social, del empeoramiento de sus condiciones de salud y/o de su capacidad de pago si, como consecuencia de una enfermedad, ella debe pagar de su propio bolsillo los costosos servicios que requiera.

“Esta nueva Ley causa impacto en el proceso económico y en la organización social de Colombia. Abre un vasto panorama de equidad social, pero implica peligros en cuanto a calidad, que en última instancia se traduce en una nueva ética, o tal vez, en una reconceptualización de la moral social”<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> PATIÑO, José Félix. La Ley 100 de 1993: Encrucijada de la Medicina. (copias)

Ahora, el sistema general de seguridad social en salud a partir de la Ley 100 de 1993 contempla la siguiente estructura:

- Afiliados y beneficiarios del sistema
- Régimen de beneficios
- Administración del servicio
- Financiamiento
- Control y Vigilancia

La salud, con la expedición de la Ley 100 de 1993, se fundamenta a partir de la existencia de dos regímenes: Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado; donde la atención, financiación, administración y control de cada uno se desarrolla de manera diferente, sin que deje de existir puntos congruentes entre los dos.

Este nuevo sistema alabado por unos y criticado por otros, se ha convertido en el centro de constantes estudios a partir de su instauración, dejando notar que las debilidades financieras, estructurales y de asistencia son evidentes, y que por vía de tutela han sido de alguna manera superadas.

Por todo el análisis anterior se puede concluir que durante la historia de Colombia la notable despreocupación por parte del Estado frente al tema de salud ha hecho que los integrantes de la sociedad evidencien la necesidad de implementar un servicio de salud que incluya a todos los sectores sociales, independientemente de su capacidad de pago, de su posición social y, garantizado bajo condiciones de igualdad, dignidad y respeto.

## 2. ALCANCES DEL CONCEPTO “AUTONOMIA UNIVERSITARIA”

Adoptar la Constitución de 1991 en Colombia trajo consigo innumerables cambios en la organización política, económica y administrativa del país, instituyendo nuevos conceptos y desarrollándolos teórica y prácticamente.

Los fines perseguidos por esta nueva Constitución son más ambiciosos, pues no se enmarcan únicamente en la consecución de una organización política, sino que comprende además, una serie de principios derivados o fundamentados en la declaración de los derechos humanos, ya que los fines de esta Constitución se proyectan a garantizar una serie de derechos considerados en Colombia como fundamentales, protegidos y llevados a cabo a través de procesos o medios jurídicos constitucionales.

Como cambio trascendental, se encuentra la adopción del Estado Social de Derecho, el cual “busca una nueva dimensión de la libertad, dirigida hacia la consecución de los derechos sociales, económicos y culturales, acordes con la dignidad del hombre, mediante prestaciones efectivas y positivas de parte del poder público”<sup>44</sup>

Acorde a lo anterior, se manifiesta que los fines esenciales del Estado son “servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación (...)”<sup>45</sup> *paréntesis fuera del texto.*

Otra visión importante del Estado Social de Derecho es la que sostiene Jorge Reinaldo Vanossi “El Estado Social de Derecho es la forma jurídico-institucional que corresponde al estadio de la democracia social, entendiendo a ésta como forma y como sustancia política de un régimen basado en la concepción personalista de la dignidad del hombre, con pleno rechazo de toda teoría o interpretación transpersonalista que anteponga otros fines que el hombre mismo”<sup>46</sup>

Colombia, como Estado Social de Derecho, “se organiza como República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática,

---

<sup>44</sup> CABALLERO SIERRA, Anzola Gil, Teoría Constitucional. Bogotá: Temis S.A., 1995. p. 93.

<sup>45</sup> BALLÉN, Rafael. Constitución Nacional de 1991, art 2. Constitución Política de Colombia, Concordada, compilada y comentada. Bogotá: Editorial El Foro de la Justicia Ltda, 1991.

<sup>46</sup> VANOSSI Jorge Reinaldo. El Estado De Derecho En El Constitucionalismo Social. Buenos Aires: Depalma, 1982. p. 262 a 263.

participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de todas las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”<sup>47</sup>

Hoy en día, se considera que muchos entes que forman parte del Estado, se han encargado de legitimar y desarrollar aún más el fundamento del Estado Social de Derecho. Dentro de estos entes se destaca el papel desempeñado por la Universidad, encargada de dar cumplimiento a los principios que fundamentan al Estado Social de Derecho, ya que desde su razón de ser, es decir, la educación, su estructura y organización, se han forjado las principales ideologías que han dado paso al fortalecimiento del modelo actual del Estado; además, se ha dado una importante relevancia y respeto a los derechos fundamentales, a principios y procesos democráticos en aras del bienestar general, todo esto apoyado en el principio constitucional que dirige y sustenta el contexto universitario: “La Autonomía Universitaria”

En 1991 El Constituyente consagró el principio de autonomía universitaria “que en las sociedades modernas se considera como uno de los pilares del Estado democrático, pues sólo a través de ella las Universidades pueden cumplir la misión y objetivos que les son propios y contribuir al avance y apropiación del conocimiento, el cual dejando de lado su condición de privilegio, se consolida como un bien esencial para el desarrollo de los individuos y de la sociedad”<sup>48</sup>. Este principio se fundamenta en el reconocimiento que se hace a las instituciones de educación superior para que a través de una libertad jurídica se autogobiernen y autodeterminen, sin desconocer los lineamientos que el ordenamiento superior pueda señalar.

Conceptos que hoy fundamentan a la autonomía universitaria como autogobierno y autodeterminación ya fueron abordados por filósofos como Kant, quien atribuye a los entes universitarios una “*libertad jurídica*”, entendida como el poder que tiene una colectividad unida por la academia y que le da potestades para autogobernarse y autolegislarse, sin detrimento a los Derechos Fundamentales y las Cartas Constitucionales.

El lineamiento principal fundamentado en la Constitución Nacional en torno a la autonomía universitaria “es el de reconocer y respetar la libertad de acción de las mismas; no obstante, esa libertad de acción no puede extenderse al punto de propiciar una Universidad ajena y aislada de la sociedad de la que hace parte y, en el caso de las públicas, emancipada por completo del Estado que las provee de recursos y patrimonio”<sup>49</sup>

<sup>47</sup> BALLÉN, Op.cit., p. 25.

<sup>48</sup> PEREZ ESCOBAR, Billy. Una Aproximación A La Noción Jurídica De Autonomía Universitaria. Disponible en internet. <<http://www.unimexcent/documentos/juridicos/html>>. Diciembre de 2007.

<sup>49</sup> MORON DIAZ, Fabio. Sentencia C-220 de 1997 M. P. Bogotá: Corte Constitucional, 1997.



Ahora, es importante precisar el concepto de autonomía a partir de la visión constitucional y, su relación indivisible con los entes universitarios: “La autonomía es la facultad inherente a una persona de derecho público de darse su propio derecho y ese es un poder político por excelencia. La autonomía implica siempre competencia legislativa, pero no se puede señalar que las entidades autónomas sean necesariamente soberanas –solamente el Estado lo es-“<sup>50</sup>

La Corte Constitucional Colombiana define a la autonomía con relación a la Universidad como “una figura que busca mantener a estos entes como aquel generador y propagador de ideas que contribuyan a la construcción de un orden justo y alejarlo de cualquier intervención política que haga el poder ejecutivo para que este no intervenga de manera ilegítima en el proceso de creación y difusión del conocimiento”<sup>51</sup>

La autonomía universitaria en Colombia ha tenido un desarrollo legal indirecto a partir de la década de los ochenta, pero en 1991 su tratamiento se aborda desde un contexto constitucional, jurisprudencial y legal de manera directa. En 1980 se expide el decreto 080 que define a la educación superior como un servicio público que cumple una función social e indicó que su prestación estaba a cargo del Estado y de los particulares que recibieran autorización de él, además, señaló que existían facultades de control de reserva bajo su dirección.

De igual forma, el Decreto 080 indicó cuáles eran las facultades concretas de los entes de educación superior basadas en la autonomía universitaria, entre estas se encontraban: desarrollar sus programas académicos y de extensión o servicio, designar su personal, admitir a sus alumnos, disponer de sus recursos y darse su organización y gobierno. Pero no se desconoce que las restricciones eran numerosas de modo que el ámbito de autonomía se ejercía limitadamente.

En la década de los noventa, la autonomía universitaria se caracteriza por su consagración constitucional, por la elaboración y expedición de la Ley 30 de 1992 que le da aplicación directa y, por la multiplicación y diversidad de los fallos judiciales dedicados a su estudio. En Colombia, el lazo indivisible entre Autonomía y Universidad nace a partir de la expedición de la Constitución de 1991 a través del artículo 69 que estipula:

Se garantiza la autonomía universitaria. Las Universidades podrán darse sus directivas y regirse por sus propios estatutos, de acuerdo con la Ley.

La Ley establecerá un régimen especial para las Universidades del Estado. El Estado fortalecerá la investigación científica en las Universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo.

<sup>50</sup> CABALLERO, Op. Cit., p. 104,105

<sup>51</sup> NARANJO MESA, Vladimir. Corte Constitucional Sentencia C-195 de 1994. Bogotá: Corte Constitucional, 1994.

El Estado facilitará mecanismos financieros que hagan posible el acceso de todas las personas aptas a la educación superior.

Dada la elevación de la autonomía universitaria como principio constitucional, se hizo necesario (como el mismo artículo lo promulga) un cuerpo normativo que diera vida al régimen especial de las Universidades oficiales y los límites en el ejercicio que se derivan de la autonomía; por ello en el año de 1992 se expide la Ley 30 que desarrolló todo el marco de la educación superior en Colombia.

El proyecto previo de la Ley 30 de 1992:

fue elaborado por un grupo de cinco expertos y posteriormente discutido en una comisión de concertación en la que participaron representantes de instituciones de educación superior. Tanto estos procesos como el curso del texto en el Congreso estuvieron signados por una discusión entre autonomía y calidad, que se movía entre quienes proponían una autonomía académica diferenciada o exclusiva para las instituciones de mayor calidad o excelencia, y una administrativa, para el conjunto de Universidades (Caro, 1993: 56). Al final, se consagró la autonomía sin distinciones institucionales para el caso de las Universidades, y se enunciaron las competencias específicas que surgían de su reconocimiento. Finalmente, la Ley creó una categoría de instituciones públicas, con el fin de responder a la especificidad requerida por la Constitución: los entes universitarios autónomos.<sup>52</sup>

La Ley 30 de 1992 fundamenta su razón de ser en el siguiente margen de acción:

- Título I: Fundamentos de la educación superior
- Título II: Consejo Nacional de Educación Superior (CESU) y al Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES)
- Título III: Régimen especial de las Universidades del Estado y otras instituciones de educación superior públicas, naturaleza jurídica, organización y elección de directivas, personal docente y administrativo, sistema de Universidades estatales, régimen financiero, régimen de contratación y control fiscal
- Título IV: Instituciones educativas de carácter privado y de economía solidaria
- Título V: Régimen estudiantil.

La Ley 30 del 1992 se encargó de propiciar una autodeterminación a las Universidades como eje fundamental de la autonomía universitaria, pero generó a su vez, una serie de conflictos conceptuales que la jurisprudencia colombiana ha

---

<sup>52</sup> *Ibíd.*, p. 25.

tratado de subsanar a partir de la limitación de dicho principio. Limitación resumida en que

cada institución universitaria ha de contar con sus propias reglas internas (estatutos), y regirse conforme a ellas; designar sus autoridades académicas y administrativas; crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir, y organizar sus labores formativas, académicas, docentes, científicas y culturales; otorgar los títulos correspondientes, seleccionar a sus profesores, admitir a sus alumnos, adoptar sus correspondientes regímenes y establecer, arbitrar y aplicar sus recursos para el cumplimiento de su misión social y de su función institucional<sup>53</sup>,

Es importante resaltar, que si bien, la autonomía universitaria permite una autorregulación y una autodeterminación en la organización, estructura y manejo de los entes universitarios a partir de una disposición legal, en ningún momento puede sobrepasar la estructura Kelseniana que el ordenamiento jurídico colombiano posee, y mucho menos, ir en detrimento de los cimientos del Estado Social de Derecho, que se encuentran consagrados en los principios y fines esenciales del Estado y, en la positivización y materialización de los Derechos Fundamentales contenidos en la Constitución Nacional.

La Corte Constitucional ha expresado lo siguiente:

“La autonomía universitaria es un “derecho limitado y complejo”. Limitado porque el ejercicio de este derecho se conjuga con otros derechos y garantías que persiguen fines sociales”<sup>54</sup>

La autonomía universitaria es un derecho que goza de protección constitucional, sin embargo su ejercicio no puede comprometer el derecho a la educación ni contribuir a su detrimento cuya prestación se considera un servicio social, lo que conlleva a que el ámbito de discrecionalidad de las Universidades aún garantizado por el reconocimiento constitucional de su autonomía “se encuentra limitado por el respeto de los derechos fundamentales de los miembros de la comunidad académica y las garantías que comprometen el servicio de la educación”<sup>55</sup>.

Por otra parte, en lo que atañe a los cambios y reformas constantes que se producen en la legislación existente de educación superior, soportada en la autonomía universitaria, se observa que:

---

<sup>53</sup> TAFUR GALVIS, Álvaro. Corte Constitucional, Sentencia C-1053 de 2001. Bogotá: Corte Constitucional, 2001.

<sup>54</sup> CIFUENTES MUÑOZ, Eduardo. Corte Constitucional, Sentencia T-574 de 1993. Bogotá: Corte Constitucional, 1993.

<sup>55</sup> MAYA VILLAZÓN, Edgardo. Concepto 3790 del Procurador General de la Nación. Bogotá: Procuraduría General de la nación, 2005.

Por omisión o por acción, las normas sobre autonomía universitaria son cargadas de responsabilidades. Desde antes de la expedición del Decreto 080 de 1980, se reclama la falta de constitucionalización de la autonomía como un desconocimiento a la especificidad del papel social de las Universidades.

Una vez emitido el Decreto, se dijo que la definición legal que había hecho de la autonomía era insuficiente y que era preciso reformar su contenido, pero fundamentándolo en una reforma constitucional previa. Ese fin se logró en 1991, cuando la Carta Política de ese año consagró la autonomía universitaria y avivó su desarrollo legal y jurisprudencial, así como su estudio en los círculos académicos y aun la discusión pública sobre su alcance. Ese cambio no evitó la crítica a las últimas normas, que hoy son acusadas de sobredimensionar la capacidad de las Universidades para responder a la sociedad y, por lo tanto, de conceder facultades excesivas.<sup>56</sup>

Una de las reformas que desborda y excede las facultades derivadas de la autonomía universitaria concedidas a los entes universitarios oficiales o estatales es la originada por la Ley 647 de 2001, la cual reformó el inciso 3 del artículo 57 de la Ley 30 de 1992. Antes de la reforma, el inciso 3 del artículo 57 de la citada Ley declaraba lo siguiente:

Art 57 Inc. 3. El carácter especial del régimen de las Universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las Universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal, de acuerdo con la presente Ley.

A partir de la reforma, el inciso 3 del art 57 de la Ley 30 de 1992 se encuentra de la siguiente manera:

Art 57 Inc. 3. El carácter especial del régimen de las Universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las Universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal y su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la presente Ley". (Subrayado fuera del texto)

---

<sup>56</sup> ARDILA VILLAMIL Carol, Alcance de la autonomía universitaria en Colombia, 1980-2002, Una reflexión desde la evolución legislativa y jurisprudencial. Bogotá: Legis Editores S.A, 2003. p. 244.

Parágrafo: El sistema propio de seguridad social en salud de que trata este artículo, se regirá por las siguientes reglas básicas:

a) **Organización, dirección y funcionamiento.** Será organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto. Sin embargo, las Universidades podrán abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes y sus pensionados o jubilados elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993;

b) **Administración y financiamiento.** El sistema se administrará por la propia Universidad que lo organice y se financiará con las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. El sistema podrá prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud; (Subrayado fuera del texto)

c) **Afiliados.** Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad. Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las Universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas;

d) **Beneficiarios y plan de beneficios.** Se tendrán en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993;

e) **Aporte de solidaridad.** Los sistemas efectuarán el aporte de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993”.

La citada reforma consiste en que las Universidades estatales u oficiales pueden contar con base en el principio de la autonomía universitaria y la Ley 30 de 1992, con su propio sistema de seguridad social en salud. Es importante mencionar lo expresado por la Corte Constitucional: “Ciertamente, confrontado por la Corte el contenido material de la Ley 30 de 1992 se observa que la misma se limita, como expresamente lo describe en su epígrafe, a organizar el servicio público de educación superior, ocupándose de regular aspectos que si bien tocan con la organización académica y administrativa de las instituciones, son por completo ajenos al objetivo propuesto por la reforma legal impugnada: la posibilidad de que las Universidades diseñen sus propios regímenes de seguridad social en salud”<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> PARDO SCHLESINGER, Cristina. Corte Constitucional, Sentencia 1435 de 2000 M.P. Bogotá: Corte Constitucional, 2000.

El proyecto de Ley que antecedió a lo que hoy se conoce como Ley 647 de 2001 fue el proyecto número 118, presentado el día 4 de octubre de 1999 por la Honorable Representante Emith Montilla Echavarría ante la Cámara de Representantes. Dentro de la exposición de motivos de este proyecto, señalados por la Honorable Representante, se encuentran principalmente los siguientes:

La autonomía universitaria abarca todos los aspectos de la administración y manejo de las Universidades, incluso la Seguridad Social y el bienestar del personal vinculado por ser un concepto integral que no puede ser restringido, porque se supeditaría al mero aspecto académico.

Las actividades académicas de las Universidades tienen íntima relación con el servicio de su propia seguridad social toda vez que dichos programas en sus actividades de investigación, docencia y extensión, tienen allí un amplio campo de práctica, además de las posibilidades claras de manejo de programas académicos encaminados al montaje de nuevos modelos basados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los convenios con los hospitales universitarios, en la actualidad no permiten una relación docente asistencial fluida, dadas las condiciones económicas de los mismos, lo que ocasiona serios traumatismos académicos y problemas en la formación de los estudiantes.

Al ampliarse dicha relación docente asistencial a programas preventivos y de promoción, ya no dentro del contexto de la enfermedad, sino teniendo como eje un nuevo modelo de salud con énfasis en la prevención, se logra un manejo racional no sólo del recurso económico, sino de la salud misma de la población.<sup>58</sup>

El trámite legislativo que tuvo El proyecto de Ley 119/99 Cámara – 236/00 Senado que se debatió en el Congreso de la República fue el siguiente:

El 4 de octubre de 1999, la representante a la Cámara Emith Montilla Echavarría presentó ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes el proyecto de Ley número 118/99, "POR LA CUAL SE MODIFICA EL INCISO TERCERO DEL ARTÍCULO 57 DE LA LEY 30 DE 1992", siendo repartido en la misma fecha a la Comisión Sexta Constitucional Permanente de esa célula legislativa quien designó como ponentes a los honorables Representantes Plinio Edilberto Olano Becerra, Alfonso López Cossio, Armando Amaya Álvarez y Marino Paz Ospina.

---

<sup>58</sup> MONTILLA ECHAVARRÍA, Emith. Proyecto de Ley. En: Gaceta Del Congreso, Bogotá: ( 7 de Octubre de 1999); p. 3,

- El día dos de diciembre de 1999, el proyecto fue debatido y aprobado por la Comisión Sexta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y el día quince de diciembre de la misma anualidad, se debatió y aprobó por la plenaria de la Cámara de Representantes.

- Mediante oficio del 11 de febrero de 2000, el presidente de la Cámara de Representantes remitió al Senado de la República el proyecto de Ley 118/99 para que dicha célula legislativa completara el trámite legislativo exigido por el artículo 157 de la Constitución Política. El 16 de febrero del mismo año, dicho proyecto fue recibido y radicado por la Secretaría General de la Cámara alta bajo el número 236/2000 Senado. En la misma fecha, el proyecto fue repartido a la Comisión Sexta Constitucional Permanente quien designó como ponente al honorable Senador José Kemel George González.

- El día nueve de junio de 2000, el proyecto de Ley fue debatido y aprobado por la Comisión Sexta Constitucional Permanente del Senado de la República y el día diecinueve de junio de 2000, se debatió y aprobó por la plenaria del Senado de la República.

- En cumplimiento de lo ordenado por los artículos 165 de la Constitución Política y 196 de la Ley 5ª de 1992, el día veintiuno de junio de 2000 la presidente de la honorable Cámara de Representantes envió al Presidente de la República, para su respectiva sanción, el proyecto de Ley 118/99 Cámara – 236/2000 Senado. El 27 de julio de 2000, el Gobierno Nacional, aduciendo razones de inconstitucionalidad material, procedió a devolver el referido proyecto sin la correspondiente sanción ejecutiva.

- Las mesas directivas del Senado de la República y de la Cámara de Representantes, ante la tacha de inconstitucionalidad del proyecto de Ley por parte del Ejecutivo, nombraron sendas comisiones accidentales para que rindieran el concepto de rigor. Así, en sesiones de los días 6 y 26 de septiembre de 2000, las plenarios de la Cámara y Senado, respectivamente, aprobaron por unanimidad los informes sobre las objeciones presidenciales en los que se insistió en la constitucionalidad del proyecto de Ley.

- De esta manera, invocando el mandato contenido en el inciso 3° del artículo 167 de la Constitución Política, el presidente del Senado de la República puso a disposición de esta Corporación el proyecto de Ley 118/99 Cámara – 236/2000 Senado, para que sea éste organismo de control constitucional el que decida sobre su exequibilidad<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> PARDO., Op. Cit.,

En el trámite de exequibilidad suscitado en la Corte frente al mencionado proyecto, El Presidente de la República, doctor Andrés Pastrana B, objetó la constitucionalidad del proyecto al considerar que la expresión "*y su propia seguridad social en salud*" está en contravía a lo estipulado en los artículos 13 y 48 la Carta Política.

El principal argumento que sostiene el Presidente para manifestar la inconstitucionalidad es que "si bien la Carta Política garantiza la autonomía universitaria (art. 69), la cual se traduce en la facultad que tienen las instituciones de educación superior para darse sus propios estatutos y designar sus directivas, tal autonomía no reviste un carácter absoluto que permita reconocerle a las Universidades estatales y oficiales un sistema especial de seguridad social en salud"<sup>60</sup>

Adicional a lo anterior, manifiesta que dicho proyecto "establece un tratamiento diferente a favor de los entes universitarios que comporta eximirlos de la aplicación de los principios y normas que forman parte del Sistema de Seguridad Social Integral, sistema éste que no solo comprende obligaciones a cargo del Estado, sino también de la sociedad, de las instituciones y de los ciudadanos en condiciones de igualdad."<sup>61</sup>

Consecuencialmente expresa que se estaría actuando "en contravía de los principios de universalidad y solidaridad que, al orientar el desarrollo del servicio público a la seguridad social, promueven la práctica de ayuda mutua entre las personas, las generaciones, sectores económicos y comunidades bajo el precepto del más fuerte hacia el más débil"<sup>62</sup>

Por su parte el Rector General de la Universidad Nacional, manifiesta que "la autonomía universitaria, en la forma como está consagrada en el artículo 69 de la Constitución, abarca también el campo administrativo donde está enmarcado el tema de la seguridad social. Igualmente, considera constitucional el proyecto de Ley objetado, toda vez que en los artículos 48 y 49 de la Carta, no se consagra un único tipo o sistema de seguridad social en salud, pues ésta puede ser prestada por organizaciones públicas o privadas"<sup>63</sup>

Frente al punto de la vulneración al principio de igualdad el Señor Rector de la Universidad Nacional afirma que:

No se encuentra vulnerado pues el sistema de seguridad social que llegaren utilizar las Universidades públicas se aplicará de manera igualitaria a todos los miembros de la comunidad educativa universitaria.

---

<sup>60</sup> *Ibíd.*,

<sup>61</sup> *Ibíd.*,

<sup>62</sup> *Ibíd.*,

<sup>63</sup> *Ibíd.*,



Del mismo modo, sostiene que con la organización de los sistemas de seguridad social se busca otorgar y garantizar a las personas el derecho a la seguridad social, así pues, el autorizar que las Universidades públicas decidan establecer sistemas de seguridad social no ocasiona desigualdad alguna<sup>64</sup>

La Corte Constitucional en reiteradas ocasiones ha manifestado que las Universidades no pueden ser calificadas a partir de la autonomía universitaria como...

Órganos soberanos de naturaleza supraestatal -ajenos al mismo Estado y a la sociedad a la que pertenecen-, ni les otorga una competencia funcional ilimitada que desborde los postulados jurídicos, sociales o políticos que dieron lugar a su creación o que propendan por mantener el orden público, preservar el interés general y garantizar el bien común. Cualquier entidad pública [o privada] por el simple hecho de pertenecer a un Estado de derecho, se encuentra sujeta a límites y restricciones determinados por la Constitución y la Ley.<sup>65</sup>

Por otra parte, la Corte ha sido clara en sostener que “la facultad para diseñar los regímenes de seguridad social en salud ha sido atribuida en forma exclusiva al legislador quien, so pretexto de desarrollar el referido principio de autonomía académica, no puede delegarla en entidades de naturaleza netamente administrativas”<sup>66</sup>

“Podría sostenerse incluso que la competencia asignada al Congreso en el campo de lo social, comporta en realidad un deber jurídico de origen constitucional, ineludible e intransferible, que persigue hacer realidad, en forma armónica y coherente, la aplicación material de los principios que gobiernan la regulación del sistema de seguridad social en salud”<sup>67</sup>

Frente a los argumentos sustentados por el Gobierno y el Ministerio Público, la Corte no considera que son fundamento suficiente para declarar la inexecutable del citado proyecto, pero acoge parcialmente la objeción referida al alcance de la autonomía universitaria, en cuanto encuentra esta Corporación que el Congreso, al delegar en los centros públicos de enseñanza superior la facultad para diseñar sus propios regímenes de seguridad social en salud, deslegalizó la competencia constitucional reconocida para esos efectos y, por contera, actuó en abierta contradicción con lo ordenado en los artículos 48, 49 y 150-23 del Estatuto Fundamental.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> *Ibíd.*,

<sup>65</sup> *Ibíd.*,

<sup>66</sup> *Ibíd.*,

<sup>67</sup> *Ibíd.*,

<sup>68</sup> *Ibíd.*,

Por esta razón la Corte decidió declarar parcialmente inexecutable el proyecto, inexecutable subsanada

... En la medida en que el Congreso de la República, en estricta sujeción a los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad, adicione la iniciativa legislativa con un contenido regulador básico sobre el régimen de seguridad social aplicable a las Universidades del Estado. En este sentido, la Ley deberá consagrar aquellos aspectos generales aplicables al nuevo sistema como pueden ser los relacionados con: (i) su organización, dirección y funcionamiento; (ii) su administración y financiación; (iii) las personas llamadas a participar en calidad de afiliadas y beneficiarias; (iv) su régimen de beneficios y (v) las instituciones prestadoras del servicio de salud.<sup>69</sup>

Acogiendo estas manifestaciones de la Corte Constitucional, el proyecto de Ley fue modificado, por tanto, confrontando

... Las anteriores indicaciones consignadas en la Sentencia C-1435 de 2000, con el contenido dispositivo del proyecto de Ley en su nueva versión, la Corte encuentra que el mismo, aunque es mínimo, cumple con los requerimientos formulados al legislador de conformidad con la Constitución. En efecto, mediante el artículo segundo del nuevo proyecto, el Congreso adiciona el artículo 57 de la Ley 30 de 1992 con un párrafo que contiene las reglas básicas del sistema de seguridad social en salud que podrán organizar las Universidades estatales u oficiales. En dicho párrafo se contemplan normas sobre organización, dirección y funcionamiento del nuevo sistema, así como sobre su administración y financiamiento, aspecto este último respecto del cual remite a lo previsto en la Ley 100 de 1993. De igual modo, señala quiénes podrán figurar como afiliados y se garantiza el principio de libre afiliación. Respecto a la regulación sobre beneficiarios y plan de beneficios, el nuevo párrafo remite a lo dispuesto por la Ley 100 de 1993, remisión que también se hace en lo referente a los aporte de solidaridad. En cuanto a las instituciones prestadoras del servicio de salud, la nueva reglamentación legal indica que los servicios de salud podrán ser prestados directamente por las Universidades que decidan organizar su régimen propio, o que podrán ser contratarlos con otras instituciones prestadoras de tales servicios.<sup>70</sup>

La Corte considera que el nuevo proyecto acoge los requerimientos formulados por esta corporación de manera mínima, razón por la cual, hace que el proyecto

---

<sup>69</sup> *Ibíd.*,

<sup>70</sup> PARDO., *Op. Cit.*, p. 20.

se considere exequible, concepto del cual diferimos totalmente. Tal vez la Corte decidió declarar la exequibilidad de la Ley encontrando que las Universidades Estatales podrían prestar este servicio ajustadas al marco de la Ley 100 de 1993, pero desconoció los alcances que posteriormente al interior de las Universidades que los implementarían llegarían a surgir, este es el caso de la Universidad de Nariño que más adelante se podrá observar y comentar.

Como anteriormente se expresó, la razón de ser de la Universidad, desde su creación, ha sido es y será la educación, para conseguir a través de ella la consecución de un Estado organizado política y socialmente. Es claro que la función desempeñada por la Universidad no puede relegarse únicamente al campo académico, por algo el término Universidad procede del latín *universitas*, formado sobre el adjetivo *universus-a-um* el cual significa "todo", "entero", "universal". La Universidad es el lugar donde confluyen diferentes mundos, la cultura, el deporte, la ciencia, la investigación, el bienestar..., que forman un solo cuerpo.

Entendida la Universidad como generadora del saber, se le ha atribuido a través de la historia el carácter de "*Alma Mater*" en el sentido de transformar al hombre a partir de la ciencia y el saber. Lo que no puede aceptarse es que la Universidad siendo una institución que históricamente ha buscado la ilustración de los hombres se convierta en un escenario donde se presenten y aprueben conceptos desdibujados y fuera de contexto, justificados bajo el concepto de autonomía universitaria.

Que una Universidad estatal u oficial cuente con un sistema propio de seguridad social en salud, puede entenderse en un comienzo como un fin positivo, pero a la luz de la Constitución y del principio de igualdad, tal vez este fin puede hallarse como inconstitucional.

La Ley 647 de 2001 es clara en señalar quiénes pueden ser los afiliados al sistema de seguridad social en salud universitario, manifestando taxativamente que a él, pueden pertenecer miembros del personal académico, empleados, trabajadores y pensionados de la Universidad, generando una clara discriminación frente a las demás personas que integran la comunidad universitaria y la sociedad en general, y ¿bajo qué criterio puede estar justificada esta discriminación?

El proyecto de Ley 118 de la Cámara de Representantes señala que la existencia de un sistema de seguridad social en salud universitario permite una confluencia entre los docentes y los estudiantes que cursen programas relacionados con el área de la salud, implementar programas preventivos y de promoción y, fortalecer el área de la investigación.

Hasta qué punto puede ser realidad lo anterior, si los servicios prestados por el sistema de seguridad social en salud universitario se basan en atención de primer

nivel (consulta externa, odontología) dada en un espacio físico apto para ello, y los demás procedimientos (segundo, tercer y cuarto nivel) son llevados a cabo por medio de las entidades que las Universidades contratan para tal fin.

¿Es posible que los estudiantes realicen proyectos investigativos, programas de promoción y prevención a partir de un sistema que presta servicios de primer nivel en las instalaciones y con los insumos que para ello se necesita (consultorio, instrumentos de consulta), si tal vez lo requerido para llevar a cabo estos proyectos, la Universidad lo contrata con entidades externas, a las cuales los estudiantes no tendrían acceso para realizar las prácticas investigativas?

Quizá, la discusión más importante que se puede presentar en torno a la existencia del sistema de seguridad social en salud universitario basado en la Ley 647 de 2001 es la contraposición generada con la Ley 100 de 1993 la cual reglamenta en Colombia el Sistema General de Seguridad Social, ocasionando con este choque el detrimento al principio de igualdad.

Todo lo anterior conlleva a realizar un estudio detallado de lo que ha sido la existencia, funcionamiento, evolución, administración y financiamiento del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño a partir de su creación.

### **3. ANTECEDENTES, CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

La Ley 30 de 1992 surge por la necesidad de regular el servicio público de la educación en el país, encaminada a garantizar derecho fundamental a la educación bajo criterios de calidad, excelencia e igualdad. La calidad en la educación superior, como principio y fin de la misma, implica el despliegue continuo de políticas, acciones, estrategias y recursos, con el objetivo de promover el cumplimiento de una misión y de un ideal de excelencia, que solo puede ser alcanzado con la cooperación efectiva de todos los involucrados con la comunidad universitaria, con el manejo y destinación transparente de los recursos y con la preparación responsable de docentes y estudiantes.

En aras de construir una Universidad independiente a intereses políticos o conceptos desdibujados o fuera del contexto democrático e igualitario que caracteriza a la Universidad, el legislador dotó a este ente de autonomía para autorregularse, sin perder de vista el respeto que debe existir hacia las normas que integran el ordenamiento jurídico colombiano y principalmente la Constitución Nacional y los derechos fundamentales.

El concepto de autonomía universitaria creado por el constituyente (más como fundamento filosófico que práctico) fue desbordado, cuando con la Ley 647 de 2001 se reformó el artículo 57 de la Ley 30 de 1992, otorgando a las Universidades la facultad de crear su propio Fondo de Seguridad Social en Salud, sosteniendo que la Universidad es un cuerpo que no puede estar relegado únicamente al campo académico.

La facultad dada por la Ley 647 de 2001 a las Universidades oficiales y estatales, tal vez, fue otorgada sin hacer un estudio detallado de las consecuencias jurídicas y financieras que traía consigo sostener un fondo de seguridad social en estos entes, ya que así lo muestra la exposición de motivos del proyecto de Ley que antecedió a la sanción de la Ley 647 de 2001, considerado teórica, conceptual y materialmente insuficiente.

La existencia de el Fondo de Seguridad Social en Salud en la Universidad de Nariño, ha causado un detrimento en la parte jurídica al menoscabar el derecho a la igualdad de los funcionarios de la Universidad que no tienen acceso a dicho fondo y frente a los demás integrantes de la sociedad; ha generado un claro detrimento en la parte financiera, ya que sostener este fondo implica elevados costos, que no son asumidos únicamente por medio de las cotizaciones realizadas por los afiliados como ordena la Ley, sino también, con recursos de la Universidad, recursos que tal vez deberían ser destinados a la razón de ser de esta institución: la investigación, bibliotecas, insumos de laboratorios, equipos mobiliarios.

El Fondo de Seguridad Social en Salud en la Universidad de Nariño, es un claro detrimento a los intereses financieros de la misma y de la comunidad estudiantil, porque en Colombia ya existe un sistema de seguridad social en salud creado por la Ley 100 de 1993, al cual pueden acceder sin restricción los afiliados al fondo y en consecuencia, invertir los recursos destinados por la Universidad en esta dependencia al área académica.

### **3.1 ANTECEDENTES DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**3.1.1 Reseña histórica Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño.** “El Fondo Prestacional hoy Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño se creó en el año de 1989 mediante Acuerdo número 187 del Honorable Consejo Superior Universitario”<sup>71</sup> y operaba como una dependencia técnica administrativa.

Este fondo asumía la tramitación de prestaciones económicas y la prestación de servicios médicos al personal administrativo, docente, pensionado, vinculado a la Universidad de Nariño y a sus respectivos beneficiarios.

“El artículo 236 de la Ley 100 de 1993, reglamenta que los servicios de salud de las Universidades estatales u oficiales deben transformarse en una Empresa promotora de salud, adaptarse al sistema de Seguridad Social en Salud o liquidarse”.<sup>72</sup>

Por lo anterior, el Fondo Prestacional de la Universidad de Nariño “mediante Decreto No 0489 del 13 de marzo de 1996 del Ministerio de Salud se transforma en Entidad Adaptada al Sistema de Seguridad Social y continua prestando servicios de salud”<sup>73</sup>. Que este fondo se haya constituido como Entidad Adaptada al Sistema de Seguridad Social en Salud regulado por la Ley 100 de 1993 implicó que únicamente se prestaran los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados al respectivo Fondo en la fecha de iniciación de la vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el periodo de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que puedan realizar nuevas afiliaciones, con excepción a aquellas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados.

Posterior a esto, “el 28 de febrero de 2001 el Congreso de Colombia expide la Ley 647 por la cual se modifica el inciso 3 del Artículo 57 de la Ley 30 de 1992

---

<sup>71</sup> CALVACHE, María Isabel. Informe Fondo de Seguridad Social en Salud. San Juan de Pasto: Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, 2007. p. 25.

<sup>72</sup> *Ibíd.*, p. 26

<sup>73</sup> *Ibíd.*, p. 27

autorizando a las Universidades estatales u oficiales manejar y organizar su propio Sistema de Seguridad Social en Salud y se determinan las reglas básicas de su funcionamiento de acuerdo con el contenido de la mencionada Ley”<sup>74</sup>, y consecuentemente permitiendo la realización de nuevas afiliaciones, las cuales hasta el momento habían sido suspendidas por lo ordenado en el Decreto 0489 de 1996.

### **3.1.2 Creación Fondo de Seguridad Social en Salud con la Ley 647 de 2001.**

La Corte Constitucional, como se vio en el capítulo anterior, al realizar el control de exequibilidad de la Ley 647 de 2001 expresó la necesidad de cumplir unos requerimientos para que dicha Ley tuviera aplicabilidad, y se permitiera la creación de dichos fondo en los establecimientos de educación superior, entre estos requerimientos estableció la necesidad de que los Fondos de Seguridad Social en Salud de las Universidades se constituyeran como entidades especializadas, administradas por la misma Universidad, financiadas con las cotizaciones dentro de los términos establecidos por la Ley 100 de 1993, siendo beneficiarios y teniendo como plan de beneficios los contenidos previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993 y, realizando el aporte de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

“El Honorable Consejo Superior de la Universidad de Nariño a través del Acuerdo No 015 de marzo 26 de 2001 crea el Fondo de Seguridad Social en Salud como una dependencia especializada para la prestación de los servicios de seguridad social en salud.”<sup>75</sup> Igualmente, por medio del acuerdo Número 083 de diciembre 2 de 2002 la misma instancia, expide el Estatuto del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño.

No se puede dejar de mencionar y de aclarar que el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, al implementarse en la Universidad no cumplió cabalmente con lo exigido por la Ley 647 de 2001 (sin aceptar que estemos de acuerdo con la existencia de esta Ley), ya que en el Acuerdo donde se firmó su creación, en primer lugar se estableció que esto no se financia únicamente con las cotizaciones realizadas por los afiliados, como lo exige la Ley, sino que además se financia con recursos destinados por la Universidad para cumplir con los desbordados y extralimitados planes complementarios; en segundo lugar, el Fondo cumple con el plan de beneficios contenido en el capítulo III de la Ley 100 de 1993, pero curiosamente ofrece otros servicios denominados planes complementarios (beneficios fuera del POS), los cuales financieramente están a cargo de la Universidad y que no son permitidos por la Ley 100 de 1993.

---

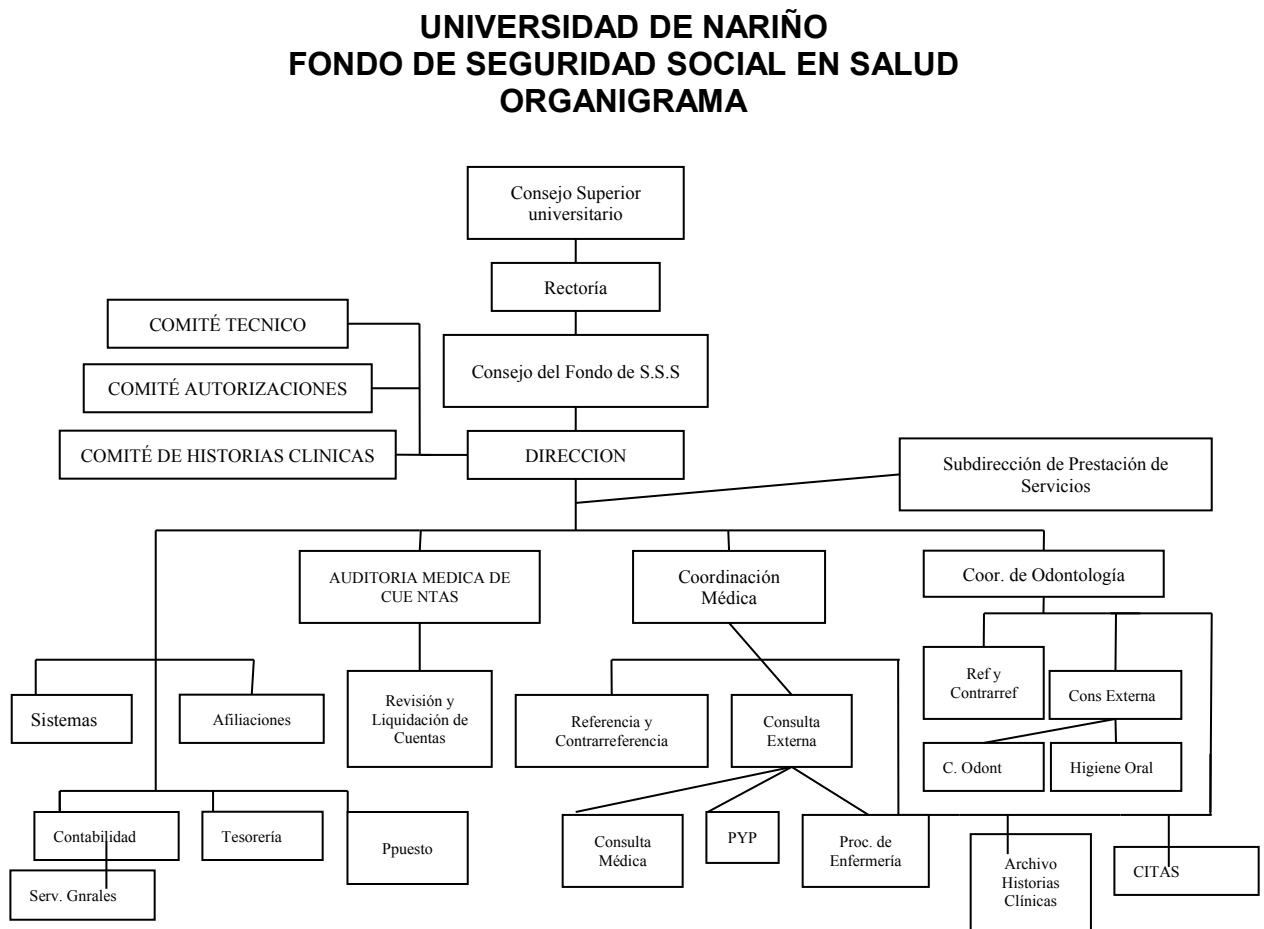
<sup>74</sup> *Ibíd.*, p. 30

<sup>75</sup> Acuerdo No 015 de marzo 26 de 2001 del Consejo Superior de la Universidad de Nariño.

### 3.2 ORGANIZACIÓN FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD UNIVERSIDAD DE NARIÑO.

El Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño tiene la siguiente Estructura Orgánica.

**Figura 1. Organigrama Fondo de Seguridad Social en Salud**



**3.2.1 Estructura orgánica y funciones.** Según el artículo 5 del acuerdo Nro. 083 de diciembre 2 de 2002 “los cargos en el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño se encuentran clasificados por niveles jerárquicos, determinados de acuerdo a la naturaleza general de sus funciones, la índole de



sus responsabilidades y los requisitos exigidos para su desempeño: Directivo, Asesor, Profesional, Técnico, Auxiliar y Operativo”.

La estructura orgánica del fondo es la siguiente:

- A) Consejo Superior de la Universidad de Nariño.
- B) Rectoría de la Universidad de Nariño.
- C) Consejo del Fondo de Seguridad Social en Salud: Su campo de acción se encuentra ajustado al diseño de las políticas de acción; reforma de estructura orgánica del fondo; modificación de estatutos; exigir y controlar la oportuna transferencia de los aportes correspondientes al Fondo de Seguridad Social en Salud; presentar al Consejo Superior Universitario para su aprobación la planta de personal y presupuesto para el año correspondiente; presentación de terna al rector para el nombramiento del Director del Fondo de Salud; presentar al Rector terna para el nombramiento de coordinadores médico, odontológico y auditor de servicios de salud; reglamentar sistemas y procedimientos para la Administración y ejecución de los recursos del Fondo; estudio y presentación de estados financieros, control y vigilancia del funcionamiento general del Fondo de Salud; aprobar y organizar programas de educación de promoción en salud y de evaluación del riesgo; seleccionar y recomendar la contratación del personal médico y odontológico; fijación de tarifas que reconoce el Fondo con respecto a medicina general, odontología general, medicina especializada, hospitalización; autorizar la publicación y operativización de indicadores de gestión en los que se demuestre la situación financiera y la calidad de los servicios del Fondo de salud; Adoptar su propio reglamento.

El consejo se encuentra integrado por:

Rector

Un representante del Consejo Superior

Dos representantes de ASPUNAR

Dos representante trabajadores oficiales

Dos representantes de Empleados de Carrera Administrativa

Dos representantes de la Asociación de Jubilados

Dos representantes del Liceo Integrado de Bachillerato

El Director del Fondo de Salud (con voz, pero sin voto)

Dirección del Fondo de Seguridad Social en Salud: Llevada a cabo por medio del Director del Fondo de Salud quien es responsable de la planeación, organización, coordinación y dirección en la prestación de servicios médicos y asistenciales a los usuarios, de conformidad con las Leyes, decretos, convenciones y acuerdos vigentes, bajo los principios de eficiencia, racionalidad y equidad.

### **3.2.2 Estructura interna del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño.**

A) **Área de Calidad Auditoría y Control:** Es el área de apoyo y asesoría de la dirección, encargada del desarrollo y la implementación del sistema obligatorio de garantía y calidad y la auditoría en servicios de salud. Esta área esta constituida por:

- Comité Técnico
- Comité de Auditoría Médica
- Control Interno

B) **Área Administrativa:** Encargada de la planeación, dirección, organización, coordinación, control, evaluación y administración del Fondo de Salud, del manejo y suministro de la información estadística, de la seguridad social en salud, de las actividades financieras, de las labores de secretaría, archivo y servicios generales. Las siguientes secciones hacen parte de esta área:

- Coordinaciones Médica-Odontológica
- Sección de Atención al Usuario
- Sección de Afiliación y Registro
- Sección de liquidación y revisión de cuentas
- Sección financiera (Presupuesto – Contabilidad - Tesorería)
- Sección de Sistemas
- Sección de Servicios Generales

C) **Área Asistencial:** Es la encargada de la organización, coordinación, control y evaluación en la prestación de los servicios de salud en todas sus modalidades a los usuarios del Fondo de Seguridad Social en Salud. Esta área presta los siguientes servicios:

- Servicios Médicos
- Servicios Odontológicos
- Servicios de Promoción y Prevención
- Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

D) **Área de Control Externo:** Es la encargada de la vigilancia y control del sistema integrada por:

- Superintendencia Nacional de Salud
- Contraloría Departamental

- Secretaría de Salud departamental y municipal

### 3.3 POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO

De acuerdo a lo establecido en el artículo 2 literal c de la Ley 647 de 2001 “los fondos de seguridad social en salud de las Universidades estatales u oficiales únicamente podrán tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores y jubilados de la respectiva Universidad”.

En el caso concreto de la Universidad de Nariño el Fondo de Seguridad Social en Salud tiene como afiliados únicamente a los docentes de tiempo completo, empleados de carrera, trabajadores oficiales y jubilados. De igual manera son beneficiarios del sistema los y las cónyuges no cotizantes, compañeros y compañeras permanentes no cotizantes y los hijos solteros hasta los 18 años y hasta los 25 si se encuentran cursando estudios superiores.

Hasta Octubre de 2007 “el Fondo de Seguridad Social en Salud cuenta con 1640 afiliados de los cuales 738 son afiliados cotizantes y 902 son afiliados beneficiarios”<sup>76</sup> Es necesario aclarar que los afiliados que hacen parte del Fondo desde su creación, es decir, desde el año 1989 adquirieron una serie de privilegios, a partir del año 2002 los nuevos afiliados que pertenecen al fondo no cuentan con ellos, debido a que los afiliados iniciales adquirieron estos beneficios a través de convenciones consideradas como derechos adquiridos; por el contrario, los afiliados actuales ingresaron al fondo en el momento en el que ya se habían realizado ajustes al plan de beneficios, el cual no contempla los servicios ofrecidos inicialmente.

**Cuadro 1. Población Afiliada al Fondo por Grupos Etareos Fecha de Corte Octubre de 2007**

GRUPO ETAREO	AFILIADOS		BENEFICIARIOS		TOTAL USUARIOS
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
De 0 a 1	0	0	3	25	28
De 2 a 4	0	0	8	6	14
De 5 a 14	0	0	78	63	141
De 15 a 44	52	23	219	251	545
De 45 a 64	302	153	21	181	657
Mas de 65	124	54	10	67	255

<sup>76</sup> CALVACHE, Op. Cit., p. 40.

<b>TOTAL</b>	<b>478</b>	<b>230</b>	<b>339</b>	<b>593</b>	<b>1640</b>
--------------	------------	------------	------------	------------	-------------

Fuente. Informe Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño, 2007

## **Cuadro 2. Población Afiliada Desde 1989**

POBLACIÓN AFILIADA	AFILIADOS		BENEFICIARIOS		TOTAL
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
NUEVOS	74	30	71	76	251
ANTIGUOS	407	227	262	493	1389
<b>TOTAL</b>	<b>481</b>	<b>257</b>	<b>333</b>	<b>569</b>	<b>1640</b>

Fuente. Informe Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño, 2007

Según los cuadros anteriores, se deduce que la mayoría de los afiliados al Fondo se encuentran dentro del rango de edad de 45 a 64 años; por otra parte el mayor número de población afiliada corresponde a afiliados antiguos.

Esto implica que el Fondo debe garantizar a sus afiliados y beneficiarios antiguos, quienes son la mayoría, la prestación de los servicios contenidos en el Plan de Beneficios en los porcentajes establecidos, de igual forma los planes complementarios y medicamentos; en consecuencia, al ser mayoritario el número de afiliados antiguos es obvio que el sostenimiento económico del Fondo se hace más exigente, como se verá más adelante.

Con relación a la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los rangos de edad, el Ministerio de la Protección Social, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo número 360 de 2007, estableció lo siguiente:

El Ministerio realizó un estudio de gasto por grupo etario, cuyos resultados evidencian que en los grupos correspondientes a los menores de un año, personas de 45 a 59 años y mayores de 60 años, se presenta un mayor gasto respecto de la UPC (unidad por capitación) correspondiente a cada uno de tales grupos, mientras que en los grupos de edad de 1 a 4 años, de 5 a 14 años y en el de mujeres de 15 a 44 años, presentan un menor gasto, respecto de la UPC correspondiente a cada uno de tales grupos.<sup>77</sup>

<sup>77</sup> Acuerdo número 360 de 2007 Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

El valor de la UPC según el grupo etáreo está constituido para el régimen contributivo de la siguiente manera:

### Cuadro 3. Valor de la UPC

Grupo etáreo	Estructura de costo	Valor año
Menores de 1 año	2.4936	1,007,967.60
De 1 a 4 años	1.2800	517,395.60
De 5 a 14 años	0.6800	274,867.20
De 15 a 44 años (Hombres)	0.6000	242,528.40
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.2400	501,228.00
De 45 a 59 años	0.8605	347,846.40
Mayores de 60 años	2.4223	979.124.40

Esta comparación lleva a determinar que el sostenimiento financiero del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, según los costos evaluados a partir del rango de edad clasificado por el Ministerio de la Protección Social, se convierte en la principal debilidad, ya que la mayoría de población afiliada oscila entre los edad de 45 a 64 años, rango de edad considerado por el Ministerio como el más costoso para el sistema.

Es importante mencionar, que el Fondo de Seguridad Social de la Universidad de Nariño no cuenta con el criterio de Unidad de Pago por Capitación para diferenciar los costos anuales de la población afiliada teniendo en cuenta los grupos etáreos, lo cual no permite al Fondo obtener un cálculo de los gastos generados por cada persona afiliada.

Otra falencia que está perjudicando directamente al Fondo es la inexistencia del recaudo de cuotas moderadoras y copagos para la prestación de los servicios, ocasionado en primer lugar, un uso desmedido y a veces innecesario de los servicios por parte de los usuarios, y en segundo lugar, se ha propiciado un detrimento en la estabilidad económica del Fondo, que a futuro implicará una mayor inversión de recursos destinados por la Universidad con la finalidad de cumplir con los Planes de Beneficios y Planes Complementarios a los afiliados y beneficiarios y, más aún, a los que tienen la categoría de afiliados o beneficiarios antiguos.

Diferente a lo que sucede con el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño en el tema de recaudo de cuotas moderadoras y copagos, en el Sistema de Seguridad Social en Salud regulado por la Ley 100 de 1993, todos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) pagan unas pequeñas sumas llamadas “cuotas moderadoras” establecidas para evitar la demanda innecesaria

de servicios; estas cuotas se pagan cuando se hace uso de un servicio y varían de acuerdo con el ingreso base de cotización y son actualizadas cada año por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La cuota moderadora debe ser cancelada para recibir los servicios de: Consulta externa medica, odontológica, consulta especializada, exámenes de laboratorio, formulas prescritas por el médico tratante, exámenes de imagenología (radiografías). Se encuentra exento de este pago: Consultas de enfermedades de alto costo, consultas educativas, consultas de promoción y prevención, urgencias

Solamente los afiliados beneficiarios deberán cancelar unos “Copagos”, cuando el servicio que requieren incluye hospitalización o cirugía. Estos Copagos se rigen también por el Ingreso Base de Cotización y tienen un tope máximo por evento (entendiendo por evento el manejo de una enfermedad en el mismo año calendario) y un tope máximo acumulado por año.

### 3.4 FINANCIAMIENTO DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO

**Cuadro 4. Estado Financiero Fondo Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño Años 2000 a 2006**

<b>Año.</b>	<b>Apropiación Inicial.</b>	<b>Presupuesto Definitivo.</b>	<b>Cotizaciones de salud.</b>	<b>Aporte Nacional.</b>
2000	920.618.598	2.154.839.824	674.267.188	200.000.000
2001	1.207.421.116	3.408.105.950	1.540.604.624	1.107.421.116
2002	0	2.345.658.634	1.423.345.604	400.000.000
2003	1.570.345.604	1.570.345.604	1.552.345.604	0
2004	1.468.345.604	2.158.314.298	1.448.345.604	0
2005	1.559.252.179	2.173.701.004	1.549.252.179	0
2006	1.559.252.179	2.557.433.286	1.549.252.179	0

Fuente. Informe Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño, 2007  
**Cuadro 5. Destinación de Recursos por Parte de la Universidad de Nariño al Fondo de Seguridad Social en Salud Años 2000 al 2006**

<b>Año.</b>	<b>Cotizaciones de salud.</b>	<b>Aporte Nacional.</b>	<b>Aporte de la Universidad.</b>

2000	674.267.188	200.000.000	1.280.572.636
2001	1.540.604.624	1.107.421.116	760.080.210
2002	1.423.345.604	400.000.000	522.313.030
2003	1.552.345.604	0	18.000.000
2004	1.448.345.604	0	709.968.694
2005	1.549.252.179	0	624.448.825
2006	1.549.252.179	0	1.008.181.107

Fuente. Informe Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño, 2007

Teniendo en cuenta los anteriores valores, tomados de las ejecuciones presupuestales del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño a partir del año 2000 a 2006, es posible determinar que los recursos transferidos por la Universidad de Nariño a esta entidad no han sido valores constantes; de otra parte se deduce que se han constituido como recursos indispensables, ya que las solas cotizaciones no son suficientes para cubrir los gastos totales del fondo, tal como se observa en los cuadros, como consecuencia de los planes complementarios que en ningún momento la Ley 647 de 2001 contempló en sus disposiciones.

Por ello, financiar los planes complementarios, (que tal vez es lo que ocasiona el gasto desmedido del Fondo), como obligación que recae en la Universidad de Nariño, ha implicado la transferencia de recursos que oscila entre los dieciocho (18) y los mil doscientos ochenta millones de pesos (1.280.000.000) anuales para hacer posible el cumplimiento de estos planes a los afiliados y beneficiarios del Fondo.

Puede afirmarse también, que el comportamiento de los recursos representados en las cotizaciones antes y después del año 2002, fecha en la cual se reestructuró el fondo y se abrieron nuevas afiliaciones, ha sido estable y constante y no ha reflejado variaciones considerables en el ingreso de recursos.

### **3.5 PLAN DE BENEFICIOS, PLAN COMPLEMENTARIOS Y POS LEY 100**

El Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño presta a sus afiliados los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, a partir de lo estipulado en el capítulo III de la Ley 100 de 1993 y los servicios adicionales complementarios según con lo establecido en el Acuerdo 087 de diciembre 2 de 2002 “Reglamento de Prestación de Servicios de Salud”.

En el artículo 10 del mencionado acuerdo se estipula que el Fondo prestará a sus afiliados los siguientes planes de acuerdo al tipo de afiliación:

- Plan de Beneficios Afiliados Cotizantes Antiguos (PBACA)
- Plan de Beneficios Afiliados Beneficiarios Antiguos (PBABA)
- Plan Obligatorio de Salud Ampliado nuevos afiliados (POSA)

Los servicios de primer nivel de atención médico asistenciales los presta a través de su personal profesional en las instalaciones del Fondo, los servicios de segundo y tercer nivel de atención se contratan con la red de oferentes de servicios de salud adscrita al Fondo y el cuarto nivel de atención se presta en otras ciudades a través de convenios realizados con los servicios de salud de las Universidades Públicas.<sup>78</sup>

Con el objetivo de tener un conocimiento amplio acerca del plan de beneficios otorgado por el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño y el POS regulado a partir de la Ley 100 de 1993, se hace a continuación una relación entre estos dos sistemas:

#### **Cuadro 6. Servicio Odontológico**

<b>Servicios</b>	<b>Plan de Beneficios Afiliados Cotizantes Antiguos</b>	<b>Plan de Beneficios Afiliados Beneficiarios Antiguos</b>	<b>Plan de Beneficios Nuevos Afiliados</b>	<b>Plan de Beneficios Nuevos Beneficiarios</b>	<b>POS LEY 100 DE 1993</b>
<b>Odontología General</b>	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	SI
<b>Periodoncia</b>	100% Asumida por FSS	NO	NO	NO	NO
<b>Endodoncia</b>	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	SI
<b>Cirugía Oral</b>	100% Asumida	100%	100%	100%	Únicamen

<sup>78</sup> CALVACHE, Op. Cit., p. 15.



	por FSS	Asumida por FSS	Asumida por FSS	Asumida por FSS	te Cordales
<b>Ortodoncia Preventiva</b>	A menores de 12 años en un 30% del valor total del Servicio	Interceptiva hasta los 12 años	NO	NO	NO
<b>Rehabilitación Oral</b>	100% Asumida por FSS	NO	NO	NO	NO
<b>Ayudas diagnósticas</b>	Panorámicas	Panorámicas	NO	NO	NO

### Cuadro 7. Servicios Medicina General Y Especializada

Servicios	Plan de Beneficios Afiliados Cotizantes Antiguos	Plan de Beneficios Afiliados Beneficiarios Antiguos	Plan de Beneficios Afiliados Nuevos	Plan de Beneficios Nuevos Beneficiarios	POS LEY 100 DE 1993
<b>Medicina General: Consulta médica, PyP, Proc. de Enfermería</b>	100% Asumida por FSS (sin cuota moderadora)	100% Asumida por FSS (sin cuota moderadora)	100% Asumida por FSS (sin cuota moderadora)	100% Asumida por FSS (sin cuota moderadora)	Servicio prestado por IPS con pago de cuota moderadora
<b>Medicina Especializada</b>	Procedi/ médico y/o quirúrgico con cobertura del 100%	Procedi/ médico y/o quirúrgico con cobertura del 100%	100% POS Y 30% No POS	100% POS Y 30% No POS	Únicamente los incluidos en el POS. Pago de copagos para beneficiarios
<b>Queratomía Radial</b>	Auxilio para el proc.del 30%	No se incluye	No se incluye	No se incluye	No
<b>Medicina Alternativa y medicamentos alternat.</b>	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	100% Asumida por FSS	No

### Cuadro 8. Servicios Adicionales

Servicios	Plan de Beneficios Afiliados Cotizantes Antiguos	Plan de Beneficios Afiliados Beneficiarios Antiguos	Plan de Beneficios Afiliados Nuevos	Plan de Beneficios Nuevos Beneficiarios	POS LEY 100 DE 1993
<b>Hospitalización</b>	Habitación Unipersonal	Habitación Unipersonal	Habitación Unipersonal	Habitación Unipersonal	

<b>Apoyo diagnóstico</b>	100% asumido por el FSS de todos los procs	100% asumido por el FSS de todos los procs	100% asumidos por el FSS proc POS y 30% NO POS	100% asumidos por el FSS proc POS y 30% NO POS	Únicamente los incluidos en el POS
<b>Apoyo Terapéutico</b>	100% asumido por FSS	100% asumido por FSS	100% asumidos por FSS proc POS y 30% prc NO POS	100% asumidos por FSS proc POS y 30% prc NO POS	100% de los contenidos en el POS
<b>Suministro</b>	Aux lentes 25% SMDLV	Aux lentes 25% SMDLV	Aux lentes 15% SMDLV	Aux lentes 15% SMDLV	\$15.000
	Aux lentes de Contacto 50% SMDLV	Aux lentes de Contacto 50% SMDLV	Aux lentes de Contacto 30% SMDLV	Aux lentes de Contacto 30% SMDLV	NO
	Aux Monturas: 25 SMDLV	Aux Monturas 25 SMDLV	Aux Monturas 15 SMDL	Aux Monturas 15 SMDL	\$15.000
	Aux Audifonos: Convencional 100% Intracanal 30%	Aux Audifonos: Convencional 100% Intracanal 30%	Aux Audifonos: Convencional 100% Intracanal 30%	Aux Audifonos: Convencional 100% Intracanal 30%	Aux Audifonos Convencional: 100% Intracanal No
<b>Órtesis</b>	Sillas de ruedas, muletas en calidad de préstamo	Sillas de ruedas, muletas en calidad de préstamo	Sillas de ruedas, muletas en calidad de préstamo	Sillas de ruedas, muletas en calidad de préstamo	Sillas de ruedas, muletas en calidad de préstamo

### Cuadro 9. Medicamentos Y Otros

<b>Servicios</b>	<b>Plan de Beneficios Afiliados Cotizantes Antiguos</b>	<b>Plan de Beneficios Afiliados Beneficiarios Antiguos</b>	<b>Plan de Beneficios Afiliados Nuevos</b>	<b>Plan de Beneficios Nuevos Beneficiarios</b>	<b>POS LEY 100 DE 1993</b>
<b>Medicamentos</b>	Propio vademécum: medicamentos genéricos y de laboratorio	Propio vademécum: medicamentos genéricos y de laboratorio	Propio vademécum: medicamentos genéricos y de laboratorio	Propio vademécum: medicamentos genéricos y de laboratorio	Los contenidos en el acuerdo 208 de 2002
<b>Incapacidades</b>	El 67% del total de la incapacidad será asumido por	No	El 67% del total de la incapacidad será asumido por la	No	67% del IBC conforme a la Ley

	la Universidad y el 33% por el Fondo		Universidad y el 33% por el Fondo		
<b>Comisión de Estudios en el Exterior</b>	100% del seguro de servicios médico asistenciales	60% del seguro de servicios médico asistenciales	No	No	No

De la anterior relación se puede deducir fácilmente que los beneficios ofrecidos por el Fondo de Seguridad Social en Salud a sus afiliados y beneficiarios son sin lugar a dudas superiores a los ofrecidos por el POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud regulado a través de la Ley 100 de 1993.

Sin embargo, la prestación de estos servicios requieren mayor inversión de recursos por parte de la Universidad, ya que la cotización de los afiliados es del 4.0% del salario y del empleador 8.5% (que en este caso es la misma Universidad) del salario y del 12.5% de la mesada pensional, es insuficiente para sostener el gasto que estos servicios generan; además, es necesario precisar que con los recursos obtenidos a través de las cotizaciones de los afiliados se realiza el financiamiento del plan de beneficios, sin embargo, en lo concerniente a los planes complementarios éstos se constituyen como responsabilidad financiera de la Universidad de Nariño.

#### **4. PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD APLICADO AL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

En los anteriores capítulos se realizó un importante estudio sobre la evolución del servicio de salud en Colombia y su vinculación a los entes universitarios, específicamente en la Universidad de Nariño, fundado en el principio de autonomía universitaria, Ley 30 de 1992 (art 57 inciso 3) y con la expedición de la Ley 647 de 2001, lo cual permitió en conjunto la creación de los Fondos de Seguridad Social en Salud en las Universidades Públicas.

A continuación, partiendo del estudio realizado al Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, tanto en la parte jurídica como financiera, se llevará a cabo una ponderación a través del principio de proporcionalidad, realizando dicha ponderación entre el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño y el derecho fundamental de igualdad a partir de la existencia del Sistema de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993.

Como punto de partida para la aplicación de esta metodología es importante precisar qué es la ponderación, cuál es su objetivo y cómo se aplica.

La ponderación es la manera de aplicar los principios y resolver las colisiones que puedan presentarse entre ellos y los principios o razones que jueguen en sentido contrario. La palabra ponderación deriva de la locución latina *pondus* que significa peso. Esta referencia etimológica es significativa, porque cuando el juez o el fiscal ponderan, su función consiste en pesar o sopesar los principios que concurren al caso concreto. Ponderar consiste en determinar cuál es el peso específico de los principios que entran en colisión.<sup>79</sup>

En Colombia, a través de la metodología de la ponderación, se ha llevado a cabo un ejercicio importante basado en la ponderación de los Derechos Fundamentales y de las normas que en algún momento puedan afectar estos derechos por su posible inconstitucionalidad.

Ahora bien, la metodología del principio de proporcionalidad, (creación del constitucionalismo europeo) como una de las tres formas existentes para llevar a cabo la ponderación, es utilizada principalmente como técnica de control de constitucionalidad a las normas que al ser aplicadas pueden afectar directamente un derecho fundamental, como también a los principios que entran en colisión frente a una situación concreta. Es importante precisar los criterios por medio de

---

<sup>79</sup> BERNAL PULIDO, Carlos. El Derecho De Los Derechos. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2005. p. 96 y 97

los cuales se lleva a cabo el ejercicio de control de constitucionalidad por medio del principio de proporcionalidad:

“El control de constitucionalidad por medio del principio de proporcionalidad no es más que una relación entre medios y fines, éste sólo se aplica a las acciones de los poderes públicos y no a las acciones entre particulares, que no deben someterse al principio de proporcionalidad”<sup>80</sup>

De lo antedicho se deducen dos puntos de referencia importantes para llevar a cabo el control constitucional a través del principio de proporcionalidad: La relación entre el fin y el medio.

Frente al fin se establece lo siguiente: “hay que señalar que cada acción estatal tiene que perseguir un fin legítimo y éste debe tener ciertas características; entre otras; no estar prohibido, ya que si la Constitución tiene un fin prohibido la Ley que lo persigue es inconstitucional. Debe ser además un fin constitucionalmente permitido y relevante”<sup>81</sup>

Con relación al medio (criterio de donde se desprende el principio de proporcionalidad) se ha dicho: “El medio utilizado (la Ley que se somete al control constitucional) tampoco debe estar prohibido. Además de estar permitido, el medio debe además ser adecuado para lograr el fin que se persigue. Este requisito apunta a la idoneidad del medio utilizado. Si este no llega al fin que se persigue, porque es inocuo o no es idóneo, la norma debe ser declarada inconstitucional, pues no sirve para el fin que se persigue”<sup>82</sup>

“El medio, además de no estar prohibido y ser idóneo, debe ser necesario, de tal manera que, si es idóneo pero no necesario, la norma debe ser declarada inconstitucional. El concepto de necesidad es muy importante, ya que si existe otro medio alternativo que permita lograr el mismo fin con una menor limitación o restricción del derecho fundamental y el legislador no lo emplea, la norma debe ser declarada inconstitucional”<sup>83</sup>

En este punto específico, es decir, frente al criterio de necesidad “Queremos señalar aquí que la Corte Constitucional de Colombia ha aplicado mal el principio de proporcionalidad, ya que en muchos casos se ha limitado a controlar que el medio sea adecuado, sin hacer el control de necesidad, “lo que ha permitido que

---

<sup>80</sup> ARAUJO RENTERÍA, Jaime. Los Métodos Judiciales De Ponderación Y Coexistencia Entre Derechos Fundamentales Crítica (Biblioteca Jurídica Virtual Del Instituto De Investigaciones Jurídicas De La Unam) Disponible en Internet, <[http:// www. bibliotecajuridica.unam.mx/doc.html](http://www.bibliotecajuridica.unam.mx/doc.html)>, Enero de 2008. p. 853

<sup>81</sup> *Ibíd.*, p. 853

<sup>82</sup> *Ibíd.*, p. 854

<sup>83</sup> *Ibíd.*, p. 855

muchas Leyes inconstitucionales se hayan encontradas ajustadas a la Constitución”<sup>84</sup>

Por tanto, el principio de proporcionalidad queda resumido en la siguiente estructura:

- **“EL JUICIO DE ADECUACIÓN:** El acto o disposición general deberá ser adecuado para alcanzar los fines que lo justifican, existiendo una relación de causalidad entre medios y fines.
- **EL JUICIO DE NECESIDAD:** El acto o disposición general deberá ser la medida menos lesiva posible para alcanzar los fines que lo justifican.
- **EL JUICIO DE PROPORCIONALIDAD EN SENTIDO ESTRICTO:** El acto o disposición general no restringirá los intereses del particular de forma desproporcionada, en relación con los beneficios generales que se pretende alcanzar. (La “Ley de la ponderación”, o postulado rector del juicio de proporcionalidad en sentido estricto, enseña que el detrimento del derecho o interés jurídico que se hace retroceder, se sacrifica o se afecta en un caso concreto, debe ser correlativo o ha de corresponderse con el beneficio, la utilidad o el resultado positivo que se obtenga respecto del bien, derecho o interés jurídico que se hace prevalecer, a través de la “regla de precedencia condicionada” que soporta la alternativa de decisión elegida para resolver el supuesto específico. cuanto mayor es el grado de la no satisfacción o de afectación de un principio, tanto mayor tiene que ser la importancia de la satisfacción del otro”<sup>85</sup>

El control de constitucionalidad a partir del principio de proporcionalidad debe realizarse con base en estos tres criterios, porque de no ser así se consideraría como “un control deficiente, que permite que se vulneren los derechos fundamentales de los ciudadanos”<sup>86</sup>

En Colombia, la aplicación del principio de proporcionalidad como control de constitucionalidad se ha visto estrechamente relacionado con la expedición de la Constitución de 1991, donde se realizó el reconocimiento de los derechos fundamentales, motivo por el cual, la expedición de normas, Leyes, decretos deben ir ajustados a la Constitución y al respeto y garantía de los derechos fundamentales

---

<sup>84</sup> *Ibíd.*, pág. 855

<sup>85</sup> ALEXY, Robert., *Teoría de los derechos fundamentales*, traducción de E. Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997. p. 161-167.

<sup>86</sup> *Ibíd.*, p. 855

Específicamente, en tratándose del derecho fundamental de igualdad es posible indicar que este ha sido uno de los más estudiados y desarrollados a partir del principio de proporcionalidad.

El derecho de igualdad se encuentra consagrado en el artículo 13 de la Constitución Nacional donde estipula:

“Todas las personas nacen libres e iguales ante la Ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellos se cometan”

El concepto de igualdad, se debe resaltar, ha generado intensas discusiones por su consideración más como valor que como norma. La Corte Constitucional ha sentado algunos criterios al respecto:

“la igualdad designa un concepto relacional y no una cualidad. Es una relación que se da al menos entre dos personas, objetos o situaciones. Es siempre resultado de un juicio que recae sobre una pluralidad de elementos, << términos de comparación>>. Cuáles sean estos o las características que los distinguen, no es cosa dada por la realidad empírica sino determinada por el sujeto, según el punto de vista desde el cual lleva a cabo el juicio de igualdad. La determinación del punto de referencia, para establecer cuando una diferencia es relevante, es una determinación libre pero no arbitraria, y solo a partir de ella tiene sentido cualquier juicio de igualdad.

El primer problema que plantea una nueva concepción del principio de igualdad hace relación con cuál es el criterio de diferenciación al que ha de acudir el juez, en contraste con el legislador, para aceptar o rechazar el que este incorporó en la norma. La Constitución menciona alguna de las razones o situaciones fácticas para prohibir que el legislador las adopte como factor de diferenciación. No obstante, la mención de los factores considerados discriminatorios para establecer una diferenciación de protección o trato no es suficiente. El juez ha de buscar fuera de la Constitución el criterio de diferenciación con el cual juzgar la validez

constitucional de una norma que atribuye relevancia jurídica a cualquiera de las infinitas diferencias fácticas que la realidad ofrece”<sup>87</sup>

Posteriormente, la Corte Constitucional afirma sobre este punto:

“La igualdad material es la situación objetiva concreta que prohíbe la arbitrariedad. El operador jurídico, al aplicar la igualdad con un criterio objetivo, debe acudir a la técnica del juicio de razonabilidad que, en palabras del tratadista italiano MORTATI, << consiste en una obra de cotejo entre hipótesis normativas que requieren distintas operaciones lógicas, desde la individualización y la interpretación de las hipótesis normativas mismas hasta la comparación entre ellas, desde la interpretación de los contextos normativos que pueden repercutir, de un modo u otro, sobre su alcance real, hasta la búsqueda de las eventuales disposiciones constitucionales que especifiquen el principio de igualdad y su alcance ”<sup>88</sup>

Explicada la metodología del principio de proporcionalidad y su íntima relación con los derechos fundamentales y específicamente con el derecho a la igualdad, se encuentra necesario realizar una ponderación entre el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño regulado por la Ley 30 de 1992 y la Ley 647 de 2001, frente al significado y contenido del derecho fundamental de igualdad y el Sistema de Seguridad Social en Salud regulado a partir de la Ley 100 de 1993.

Para iniciar con la aplicación del principio de proporcionalidad es indispensable conocer los límites que tiene el legislador frente al principio de igualdad como lo manifiesta la Corte Constitucional:

“El principio de igualdad vincula a todos los poderes públicos y en especial a la rama legislativa, cuya actuación queda entonces sometida a un control de constitucionalidad que debe tomar en cuenta la igualdad como parámetro para enjuiciar la correspondencia de las Leyes con el Estatuto Superior. El legislador, en consecuencia, está obligado a observar el principio, de modo que las diferencias normativas por él establecidas encuentren un fundamento justificado y razonable y por otra parte, se orienten a la consecución de un fin constitucionalmente lícito”<sup>89</sup>

**Juicio De Adecuación.** A partir de la Constitución Nacional se ha establecido que el derecho a la salud se considera como un derecho de segunda categoría, pero

---

<sup>87</sup> CIRO ANGARITA Barón y MARTÍNEZ CABALLERO. Sentencia C-546 de 1992 Santafé de Bogotá: Corte Constitucional, 1992.

<sup>88</sup> Ibid., p. 20.

<sup>89</sup> GAVIRIA DIAZ, Carlos. Sentencia C-410 de 1994. Santafé de Bogotá: Corte Constitucional, 1994.



por conexidad con el derecho a la vida, igualdad, dignidad humana puede adquirir la categoría de fundamental.

La Ley 647 de 2001 amparada bajo el principio de autonomía universitaria y la Ley 30 de 1992 (art 57 inciso 3), facultó a las Universidades Públicas para implementar su propio Fondo de Seguridad Social en Salud.

De esto se define que el fin perseguido por el legislador con la expedición de esta Ley es legítimo, ya que la misma Constitución Nacional considera a la salud dentro de la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que estará bajo la dirección, control, coordinación del Estado.

Hablando específicamente del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño como medio adecuado para la prestación del servicio de salud a los afiliados y beneficiarios que pueden tener acceso a este, se concluye que es un medio idóneo para proporcionar los servicios de salud que la población afiliada al fondo requiere.

**Juicio De Necesidad.** Como anteriormente se expresó el criterio de necesidad es muy importante, ya que evidencia la existencia o no de un medio alternativo que permita la consecución del mismo fin con una menor restricción del derecho fundamental.

En Colombia, como es sabido, a partir del año 1993 se creó y se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al cual la población colombiana ha tenido acceso ya sea en calidad de afiliado o beneficiario, a través del Régimen Contributivo o Subsidiado, accediendo a los beneficios contemplados en el POS en el caso del Régimen Contributivo a través de la cotización mensual calculada con base al IBC, y en el caso del Régimen Subsidiado accediendo al POSS de manera gratuita o parcialmente subsidiada, a través de la clasificación realizada por el SISBEN.

Por tanto, el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño no es un fondo necesario e indispensable dentro de la Universidad y para las personas que se encuentran afiliadas a él, ya que si dejara de existir o nunca hubiera existido, el mismo fin se podría garantizar a las personas afiliadas y beneficiarias del Fondo, es decir, el fin de prestar y garantizar el servicio de salud se cumpliría sin ninguna restricción, limitación o condicionamiento a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, y lo que es más importante, no se generaría ningún detrimento al derecho fundamental de igualdad y a la salud de las personas que no pueden acceder a este Fondo por criterios que él mismo ha señalado.

Cabe nombrar que únicamente pueden ser afiliados del Fondo los docentes de tiempo completo, trabajadores oficiales, empleados de carrera y pensionados,

discriminando el acceso de docentes de medio tiempo, hora cátedra, contratistas, estudiantes y comunidad en general. Claramente se observa que al interior del Fondo también existe una evidente discriminación, lo cual se constituiría en un argumento más para deducir la inconstitucionalidad de la Ley 647 de 2001.

Realizando un estudio más profundo con base en el criterio de necesidad, es fácil señalar (por el análisis financiero realizado al Fondo en el anterior capítulo), que el Fondo es insostenible, ya que el gasto ejecutado es mayor al gasto presupuestado como consecuencia del plan de beneficios y planes complementarios, considerados desbordados y extralimitados para la capacidad financiera del fondo, y principalmente porque sin la existencia de cuotas moderadoras y copagos no se ha generado una racionalización en el uso del servicio proporcionado.

Como consecuencia de lo dicho, se puede concluir e identificar que a pesar de que el medio (Ley 647 de 2001) sea adecuado por el fin que busca, no es necesario, en primer lugar por la existencia de un Sistema General de Seguridad Social en Salud regulado a partir de la Ley 100 de 1993 que daría cabal cumplimiento y garantía al derecho a la salud estipulado en la Constitución como fin del Estado, y en segundo lugar por la inversión de recursos que debe hacer la Universidad al sostenimiento de un fondo que a corto plazo será insostenible.

En capítulos atrás se discutió cuál es la razón de ser de la Universidad poniendo de manifiesto que la educación es el principal objetivo, entonces es oportuno expresar ¿Para qué prestar servicios de salud dentro de la Universidad a través de un Fondo de Seguridad Social en Salud, a una población seleccionada, generando discriminación al interior de la Universidad y con la comunidad en general, existiendo ya un Sistema General de Seguridad Social en Salud que se responsabilizaría de prestar el servicio sin ninguna clase de discriminación?

Insatisfecho el juicio de necesidad, sencillamente se produciría la violación al derecho fundamental de igualdad, y por tanto no habría necesidad de examinar la medida a la luz del último postulado de la proporcionalidad en sentido estricto, sin embargo, se entiende que el éxito de este ejercicio académico radica, en la aplicación de los tres escalones, y siendo así, se pasa a recorrer los senderos de este último peldaño.

**Juicio De Proporcionalidad En Sentido Estricto.** Finalmente, en este criterio corresponde determinar si la afectación del derecho fundamental de igualdad, implica mayor importancia de satisfacción del derecho a la salud a través del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño a las personas que pueden acceder a este.

En este sentido, la hipótesis deja entrever que el juicio de proporcionalidad en sentido estricto falla, habida cuenta que la afectación del derecho fundamental a

la igualdad con el que se pretende garantizar la misma protección y trato por parte del Estado a todos los colombianos, no resulta compensada frente al derecho a la salud garantizado a través del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño por la clara discriminación que a su interior produce y frente a la comunidad en general y, por los gastos que ocasiona.

Lo anterior logra fundamento en las siguientes razones: En primer lugar, a este Fondo no todas las personas pueden tener acceso por lo estipulado en los estatutos que lo rigen; en segundo lugar, porque los beneficios otorgados a los afiliados y beneficiarios del Fondo no son únicamente el resultado de la financiación hecha a través de las cotizaciones de los afiliados, sino también, de los recursos que traslada la Universidad a esta dependencia anualmente, básicamente para solventar la insostenibilidad financiera que presenta; y en tercer lugar, porque la comunidad educativa es la afectada en el traslado de estos recursos, ya que este rubro podría ser destinado e invertido en la razón de ser de la Universidad como reiterativamente se ha manifestado: La Educación.

Así se concluye que el responsable en la prestación del servicio de salud es el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dándole plena cabida a las personas que deseen convertirse en afiliados y beneficiarios a través del Régimen Contributivo o Subsidiado y que en la actualidad se encuentran afiliadas al Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño.

## CONCLUSIONES

Un ejercicio académico integral en el campo del Derecho no solo constituye un análisis normativo sobre determinada situación, requiere además, de un amplio análisis que recoja todos los factores que a través de la historia pudieron repercutir para la consolidación de esa situación, de una norma o de un sistema.

Por eso, con una visión amplia y consiente de lo que significa la expedición de una Ley para la sociedad y específicamente para las Universidades públicas, se hizo posible la elaboración de este trabajo, el cual nos permitió dilucidar la razón de ser del Fondo de Seguridad Social en Salud en la Universidad de Nariño y sus repercusiones directas hacia la comunidad universitaria.

Después de este estudio detallado, basado en el contexto constitucional de Colombia antes y después de la expedición de la Constitución de 1991 y en la historia política y social del país, concluimos que en Colombia el derecho a la igualdad, considerado como derecho fundamental y el derecho a la salud considerado como fundamental por conexidad, han tenido una evolución compleja y además, trastocada por diferentes circunstancias y escenarios que han repercutido directamente para que en cada etapa de la historia de la nación se ocasionen momentos satisfactorios frente a su verdadera materialización y aplicación, y otros no tan satisfactorios debido a diferentes sucesos que han impedido la real garantía y efectivo cumplimiento por parte del Estado.

Dada la importancia que han adquirido estos derechos, a través del tiempo y de la consolidación de Colombia como un Estado Social de Derecho, podemos afirmar que hoy en día, todos los conceptos, ideologías, fines sociales, políticas económicas y políticas de salud, están sujetos necesariamente a ellos, en primer lugar, porque poseen el carácter de obligatorios y en segundo lugar, porque están por encima de cualquier otra normatividad y hasta del mismo Estado.

Observamos que frente al tema de la salud, desde su práctica primitiva a través del conocimiento aborígen; en la Conquista con la llegada de los Españoles y el saber más constituido sobre la medicina, pero sin posibilidades de ser aplicado en las tierras Conquistadas; en la Colonia con el mando de la Corona; en La Independencia con el Libertador dando las primeras consignas de la importancia de la igualdad y la seguridad social; hasta la actualidad, donde ya existe un sistema de seguridad social en salud implementado por el Estado hace catorce años, siempre han existido grandes obstáculos para su pleno desarrollo, claro esta, todo acorde a las circunstancias y contextos de cada época, pero siendo común a todas, la gran preocupación de tener un servicio de salud que sea proporcionado a todos los ciudadanos colombianos bajo criterios de igualdad.

Por otra parte deducimos que, enmarcado dentro de un contexto más filosófico y cargado de un gran contenido axiológico, el derecho a la igualdad, se ha convertido en el punto de convergencia de todas las políticas trazadas por el Estado, toda vez, que la búsqueda por un trato igual en cada una de las esferas donde el hombre pueda estar inmerso, ha sido el emblema que todos los Colombianos defienden y reclaman, después de haber logrado La Independencia en 1819 y de haber recorrido un largo camino hasta llegar a la actualidad, cuando este derecho se constituye y se reconoce como un derecho fundamental en la Constitución de 1991

Pero hoy, confirmamos que aquella lucha histórica enmarcada en ideologías contrapuestas, partidos políticos en constante discordia, épocas de violencia y narcotráfico, altos y bajos en el direccionamiento del país que afectaban directamente en la consecución de hechos reales de igualdad y de prestación de servicios esenciales como el de la salud por parte del Estado, tuvo una luz de esperanza con la promulgación de la Constitución de 1991 y con la adopción del Estado Social de Derecho.

A la par de estos conceptos que transformaron el accionar del Estado colombiano y de todo el ordenamiento jurídico por la primacía de los derechos fundamentales consagrados en la Carta Política, encontramos que surgieron fundamentos como la autonomía universitaria que impactaron no solamente con su denominación literal sino con sus alcances políticos, económicos, sociales y culturales.

Lo anterior nos condujo a afirmar que bajo el concepto de autonomía universitaria, creado más como fundamento filosófico que práctico para alejar a la Universidad de intereses e intervenciones políticas, como se ha hecho pensar, se han justificado acciones ejercidas por el legislador fuera de contexto; ejemplo de ello es haber permitido que la Universidad pública cumpla fines que son responsabilidad del Estado y que están por fuera de la órbita de la razón de ser de la Universidad, bajo la justificación del concepto de autonomía universitaria; esto se concluye a partir de la implementación del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, asumiendo la prestación de servicios de salud a los afiliados que pueden acceder a él, pudiendo ser asumida esta responsabilidad por el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993.

Aunado a lo antedicho, consideramos que la constante producción legislativa realizada en Colombia por parte de los representantes a la cámara y los senadores de la República sin ejercitar estudios previos y análisis profundos de las consecuencias que trae consigo la expedición de Leyes, ha hecho que el andamiaje del sistema jurídico colombiano se encuentre constituido por Leyes innecesarias y hasta a veces inconstitucionales.

Es así como la Ley 647 de 2001, basada curiosamente en el principio de autonomía universitaria, permite la creación de los Fondos de Seguridad Social en

Salud en las Universidades Públicas, trayendo consigo un detrimento claro al derecho a la igualdad y a las finanzas de las Universidades que los acogen, desconociendo que en Colombia, a partir del año 1993, se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En consecuencia concluimos que el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño no es un fondo necesario e indispensable dentro de la Universidad y para las personas que se encuentran afiliadas a él, ya que esta responsabilidad podría ser asumida por las entidades correspondientes de acuerdo a lo establecido en la Ley 100 de 1993, sin causar detrimento al derecho fundamental de igualdad y a la salud de las personas que no pueden acceder a este Fondo por criterios que él mismo ha señalado, y sin provocar ninguna afectación a las finanzas de la Universidad.

También se pudo determinar que el Fondo no es rentable para la Universidad, ya que implica una elevada inversión de recursos a razón del plan de beneficios y planes complementarios, estos últimos no cubiertos como explica la Directora del Fondo en el Informe del Fondo de Seguridad Social en Salud del mes de octubre de 2007, a través de las cotizaciones, sino por la misma Universidad, inversión que oscila entre los dieciocho (18) y los mil doscientos ochenta millones de pesos (1.280.000.000) anuales.

Es importante mencionar que si bien los beneficios complementarios recibidos por los afiliados y beneficiarios del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño son mejores que los contenidos en el plan de beneficios del POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos implican una mayor inversión de recursos y, a nuestro parecer los consideramos desbordados y extralimitados.

Por todo lo concluido y por todo lo investigado frente a la Ley 647 de 2001 y el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, podemos afirmar en primer lugar, que es relevante y necesario que proyectos de Ley y Leyes fundados en argumentos escuetos para su aprobación, y lo que es más importante, sin estudios previos de las implicaciones que trae consigo su aplicación en la realidad, sean sujetos de debates serios al interior de las corporaciones legislativas, y de un mayor control por parte de la Corte Constitucional, para que no ocurra en el país lo que está sucediendo constantemente: existencia de Leyes inconstitucionales que se encuentren ajustadas a la Constitución, y en segundo lugar, que no es conveniente jurídica y financieramente la existencia del Fondo de Seguridad Social en Salud para la Universidad de Nariño.

## RECOMENDACIONES

Este trabajo investigativo nos permitió obtener una clara visión del fin buscado por el Estado a través de la consagración del derecho a la igualdad como un derecho fundamental y como el principal punto de convergencia y respeto en las relaciones humanas, en la expedición de leyes, en la creación de instituciones y en todos los aspectos donde el hombre pueda estar inmerso.

Con base a lo anterior, podemos asegurar que la existencia del fondo de seguridad social en salud de la Universidad de Nariño es una entidad que a pesar de cumplir un fin constitucional se ha convertido en un punto específico donde claramente se puede observar la trasgresión al derecho a la igualdad, al brindar unos beneficios exorbitantes a sus afiliados sin fundamento alguno, y además, porque toda la comunidad universitaria se ha visto afectada por la elevada inversión que se ha tenido que realizar para cubrir estos beneficios sin que exista una justificación constitucional de fondo que respalde este privilegio.

Esto nos lleva a decir que el Fondo no es una entidad necesaria en la Universidad de Nariño y por tanto la mejor alternativa para esta institución es terminar con los servicios prestados por esta dependencia y consecuentemente con el cierre de la misma.

Adicionalmente recomendamos que Tanto el Consejo Superior de la Universidad como máximo órgano de decisión dentro de la Universidad de Nariño, como la comunidad universitaria en general, realicen un estudio detallado de la conveniencia de la existencia de este Fondo para la Universidad, para lo cual pueden contar con este trabajo de grado como un insumo de información importante en el cual podrán encontrar las inconsistencias en las que se encuentra esta dependencia a la luz de la Constitución y con relación a la situación financiera de esta entidad educativa.

Por otra parte consideramos que la Universidad de Nariño debe dar más respaldo a los procesos investigativos que surjan como iniciativa de los estudiantes y de los docentes, asignando un presupuesto ajustado a las necesidades de esta área, antes de realizar inversiones elevadas a aspectos que pueden ser asumidos por el Estado sin causar ninguna clase de transgresión a la comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

ALEXY, Robert., Teoría de los derechos fundamentales, traducción de E. Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997. p. 161-167.

ARAUJO RENTERÍA, Jaime. Los Métodos Judiciales De Ponderación Y Coexistencia Entre Derechos Fundamentales Crítica (Biblioteca Jurídica Virtual Del Instituto De Investigaciones Jurídicas De La Unam) Disponible en Internet, <[http:// www. bibliotecajurídica.unam.mx/doc.html](http://www.bibliotecajurídica.unam.mx/doc.html)>, Enero de 2008. 1053 p.

ARDILA VILLAMIL Carol, Alcance de la autonomía universitaria en Colombia, 1980-2002, Una reflexión desde la evolución legislativa y jurisprudencial. Bogotá: Legis Editores S.A, 2003. 354 p.

BALLÉN, Rafael. Constitución Nacional de 1991, art 2. Constitución Política de Colombia, Concordada, compilada y comentada. Bogotá: Editorial El Foro de la Justicia Ltda, 1991.

BERNAL PULIDO, Carlos. El Derecho De Los Derechos. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2005. p. 96 y 97

BLANCO José Félix y AZPURUA Ramón. Documentos para la historia de la vida pública del Libertador. 2 ed. Caracas: Presidencia de la República de Venezuela, 1977. 838 p.

CABALLERO SIERRA, Anzola Gil, Teoría Constitucional. Bogotá: Temis S.A., 1995. 193 p.

CALVACHE, María Isabel. Informe Fondo de Seguridad Social en Salud. San Juan de Pasto: Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, 2007. 95 p.

CIFUENTES MUÑOZ, Eduardo. Corte Constitucional, Sentencia T-574 de 1993. Bogotá: Corte Constitucional, 1993.

CIRCULO DE LECTORES. Manual De Historia De Colombia. 2ª ed. Bogotá: Circulo de lectores. 180 p.

CIRO ANGARITA Barón y MARTÍNEZ CABALLERO. Sentencia C-546 de 1992 Santafé de Bogotá: Corte Constitucional, 1992.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA 1886. Disponible en internet <<http://www.banrep.gov.co/Documentos/Historia.html>>. Noviembre de 2007



GACETA DEL CONGRESO 355, Jueves 7 de Octubre de 1999.

GAVIRIA DIAZ, Carlos. Sentencia C-410 de 1994. Santafé de Bogotá: Corte Constitucional, 1994.

HISTORIA ANALITICA DE COLOMBIA., 176 p.

LOPEZ Luis Horacio. Administraciones De Santander (1820-1825). Bogotá: Nomos, 1990, 416 p.

MARTÍNEZ ZULAICA Antonio. La Medicina en el Siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada. Tunja: La Rana y el Águila, 1973. 256 p.

MAYA VILLAZÓN, Edgardo. Concepto 3790 del Procurador General de la Nación. Bogotá: Procuraduría General de la nación, 2005.

MIRANDA CANAL Néstor. Gran Enciclopedia de Colombia Temática. Bogotá: Printer Colombiana, 1996. 820 p.

MONTILLA ECHAVARRÍA, Emith. Proyecto de Ley. En: Gaceta Del Congreso, Bogotá: (7 de Octubre de 1999); 103 p.

MORON DIAZ, Fabio. Sentencia C-220 de 1997 M. P. Bogotá: Corte Constitucional, 1997.

NARANJO MESA, Vladimir. Corte Constitucional Sentencia C-195 de 1994. Bogotá: Corte Constitucional, 1994.

PARDO SCHLESINGER, Cristina. Corte Constitucional, Sentencia 1435 de 2000 M.P. Bogotá: Corte Constitucional, 2000.

PATIÑO, José Félix. La Ley 100 de 1993: Encrucijada de la Medicina. (copias)

PEREZ ESCOBAR, Billy. Una Aproximación A La Noción Jurídica De Autonomía Universitaria. Disponible en internet. <<http://www.unimexcent/documentos/jurídicos/html>>. Diciembre de 2007

RECOPIACION DE LEYES DE LOS REYNOS DE INDIAS, libro VI Titulo Cuarto. De los Hospitales y Cofradías. Ley primera. Disponible en Internet <<http://www.congreso.gob.pe/ntLey/LeyIndiaP.html>>. Noviembre de 2007.

RODRIGUEZ CUENCA José Vicente. Los Chibchas: Pobladores antiguos de los Andes Orientales: Aspectos bioantropológicos 1999. Disponible en internet <<http://www.colciencias.gov.co/seial/documentos/dajvrc04.html>>. Noviembre de 2007.

SORIANO LLERAS Andrés. La Medicina en el Nuevo Reino de Granada, Durante la Conquista y la Colonia. 2ª Ed. Bogotá: Imprenta Nacional, 1972 88 p.

TAFUR GALVIS, Álvaro. Corte Constitucional, Sentencia C-1053 de 2001. Bogotá: Corte Constitucional, 2001.

URIBE VARGAS Diego. Las Constituciones de Colombia. Textos 1810-1876. Constitución de Cundinamarca (30 de marzo de 1811, y promulgada el 4 de abril de 1811) Decreto de promulgación de la Constitución de Cundinamarca, 4 de abril de 1811. 2ª ed. Madrid España: Cultura Hispánica Instituto de Cooperación Hispanoamericana 1895. 583.

VANOSI Jorge Reinaldo. El Estado De Derecho En El Constitucionalismo Social. Buenos Aires: Depalma, 1982. 345 p.