

1-1-2008

Impacto de la política del gobierno nacional para asegurar la cobertura de la atención en salud a la población desplazada por la violencia en Bogotá

Norma Constanza Vargas Casanova

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia>

Citación recomendada

Vargas Casanova, N. C. (2008). Impacto de la política del gobierno nacional para asegurar la cobertura de la atención en salud a la población desplazada por la violencia en Bogotá. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/336>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Economía by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**IMPACTO DE LA POLITICA DEL GOBIERNO NACIONAL PARA ASEGURAR
LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN
DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA EN BOGOTÁ.**

NORMA CONSTANZA VARGAS CASANOVA

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA, D.C. SEPTIEMBRE DE 2008**

**IMPACTO DE LA POLITICA DEL GOBIERNO NACIONAL PARA ASEGURAR
LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN
DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA EN BOGOTÁ.**

NORMA CONSTANZA VARGAS CASANOVA

ASESOR:

CARLOS ARTURO MESA CARVAJALINO

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA, D.C. SEPTIEMBRE 2008**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	PG
1. LOS PROCESOS DE REFORMA.....	11
1.2. CONTEXTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y NORMATIVIDAD.....	12
1.3 PRODUCTOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	13
1.3.1 EL SEGURO DE SALUD.....	13
1.3.2 LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUALES.....	13
1.3.3 LAS ACCIONES Y VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA.....	13
2. MARCO TEORICO.....	18
2.1 “MERCADO REGULADO” EN LA ATENCIÓN SANITARIA: UNA APROXIMACIÓN A ALGUNAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES.....	27
3. PLAN NACIONAL PARA LA ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA.....	30
3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	30
3.2 LAS CARACTERÍSTICAS DEL DESPLAZAMIENTO EN COLOMBIA.....	30
3.3 CAUSAS DEL DESPLAZAMIENTO.....	33
3.4 COMO HA DADO RESPUESTA EL GOBIERNO A LA PROBLEMÁTICA.....	35
3.4.1 QUIENES INTERVIENEN.....	35
3.5 ANTECEDENTES DEL DESPLAZAMIENTO.....	37
3.6. LA POLITICA PÚBLICA DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN AL DESPLAZAMIENTO INTERNO FORZADO EN COLOMBIA.....	42
3.7 LA INTEGRALIDAD DE LA RESPUESTA ESTATAL.....	43
3.8 LA ATENCIÓN INTEGRAL.....	44
3.9 ASIGNACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS.....	45
3.10 MAGNITUD Y DINÁMICA DEL FENÓMENO.....	47
3.11 CIFRAS DE PERSONAS EN CONDICIONES DE DESPLAZAMIENTO FORZADO.....	48

4. IMPACTOS SOCIALES CAUSADOS POR EL DESPLAZAMIENTO Y SUS EFECTOS EN LA COBERTURA DE SALUD.....	50
4.1 IMPACTO SOCIAL.....	53
4.2 OTROS ELEMENTOS DE LA POLITICA Y EL ENTORNO SOCIAL DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA.....	55
5.3 CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	61

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN.....	15
CUADRO 2. FAMILIAS ATENDIDAS SEGÚN DEPARTAMENTO EXPULSOR 1999-2002.....	33
CUADRO 3. AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL AL LLEGAR 1999-2002.....	33
CUADRO 4. MOTIVO DEL DESPLAZAMIENTO.....	34
CUADRO 5. AUTORES RESPONSABLES DEL DESPLAZAMIENTO 1999-2002.....	34
CUADRO 6. ENTIDADES A LA QUE SE REMITE PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS 1999 HASTA 2002.....	36
CUADRO 7. PERSONAS DESPLAZADAS SEGÚN REPORTER S.S.....	48
CUADRO 8. POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO.....	49
CUADRO 9. PARÁMETROS DE EVALUACIÓN.....	51

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. INVERSIÓN PUBLICA PARA LA ATENCIÓN AL DESPLAZAMIENTO INTERNO FORZADO.....	46
GRAFICO 2. PRESUPUESTO RED DE SOLIDARIDAD 2003-2004	47

INTRODUCCION

La problemática social y económica, que viene afrontando el país, va en continuo crecimiento. Son muchos los cambios que han sufrido la sociedad y en especial la población afectada por el fenómeno del desplazamiento; que en su condición de vulnerabilidad, son atropellados en sus derechos fundamentales. El flagelo del desplazamiento, trae como consecuencia un aumento considerable en los niveles de pobreza, que se traduce en desempleo, necesidades básicas insatisfechas, bajas condiciones sanitarias y de salubridad, hacinamiento prolongado e insostenible para el grupo familiar. El gran flujo de migraciones del campo a la ciudad, en busca de mejores condiciones de vida, empobrece la actividad agraria, y empobrece al campesino, que solo sabe cultivar la tierra para su sustento, la cual es su mayor fuente de ingreso.

El problema a tratar en esta propuesta de investigación, es el de considerar los alcances que en materia de salud, las políticas del gobierno nacional, que estaría en capacidad de ofrecer a toda la población, desplazada por la violencia. A través del cumplimiento del derecho constitucional que tiene todo ciudadano Colombiano, de gozar al pleno acceso a todos los servicios de salud, sin importar su capacidad de pago. Por esta razón surge una pregunta en la investigación que busca ser respondida; si el gobierno ha diseñado una política nacional, para asegurar la atención a la población desplazada, cual ha sido el impacto que ha generado en el aseguramiento de la misma. Si el gobierno nacional enfrenta un gran reto, y se plantea dos desafíos, asignar recursos eficientemente y de forma equitativa, teniendo en cuenta los criterios de justicia, y como este repercute en el bienestar de la colectividad.

Los objetivos específicos se desarrollaran a través de cada uno de los capítulos así el primer objetivo específico que fue: Evaluar la cobertura de la prestación del servicio de salud a la población desplazada por la violencia en Bogota D.C, lo desarrollaremos en el primer capítulo del trabajo. El segundo objetivo específico: Determinar la cantidad de recursos que se invierten en la salud, así como los mecanismos de financiación del Estado

para establecer la oferta de servicios de salud. se desarrollo en el capitulo dos, y los otros objetivos se desarrollo en los posteriores capítulos, soportados con Estudios recientes de organismos no gubernamentales que trabajan de forma decidida y responsable por los desplazados, realizando seguimientos a las políticas publicas, que plantean grandes interrogantes, y formulan una serie de conclusiones que aportan gran significado al estudio que se realizo. La metodología que se utilizó fue recurrir a una serie de estudios y trabajos elaborados por la secretaria de salud, la red de solidaridad social y el ministerio de la protección y demás entidades, que plantean la problemática de la población desplazada con respecto a la salud y demás elementos, se van describiendo, acerca de la problemática del desplazamiento, los lineamientos que en materia de salud, que propone el gobierno nacional, los impactos de la política pública y demás conclusiones que dejan abierta la posibilidad de indagar en nuevos estudios para darle mas claridad al fenómeno del desplazamiento.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresarle todos mis agradecimientos al DR. Carlos Meza y los diferentes docentes, que me han colaborado de una y otra forma en la realización de esta monografía. De igual forma este trabajo quiero que sea un tributo a mi Madre que desafortunadamente ya no me a compañía y ha sido la mayor fuente de inspiración y esfuerzo en la realización de este documento.

“Gracias Mamá por tu capacidad de amar sin medida, de perdonar sin condiciones, y de compartir con generosidad. Eres esa fuerza amorosa que da razones para vivir, eres la fuerza que impulsa a seguir sin claudicar. Gracias mamá porque, unida a papá, me trajiste a la vida, y día tras día me has seguido dando vida. Esa es tu especialidad: dar vida. A tu lado se hacen ligeros los fardos y más llevaderas las penas: contigo la fe domina las dudas y la esperanza alejada el desaliento”.

Gonzalo Gallo González

NOTA DE ACEPTACION

CARLOS A. MESA CARVAJALINO
ASESOR

ADRIANA PATRICIA LÓPEZ
JURADO

BOGOTÁ, SEPTIEMBRE 11 DE 2008

1. LOS PROCESOS DE REFORMA

El proceso de reforma en materia de salud que se dio en América Latina, se introdujo en un contexto de apertura económica y fortalecimiento de la democracia. El objetivo principal del Estado, era poder ofrecer a los individuos servicios de salud con criterios de equidad y eficiencia en el manejo de los recursos; Estos deberían focalizarse para beneficio de los sectores más vulnerables y sin capacidad de pago. Sin embargo, la cobertura basada en el principio de la universalidad, que contempla el acceso a los servicios de salud de toda la población en general, a pesar del criterio de la universalidad estas no siempre fueron las mejores, ya que las políticas adoptadas para este fin no concluyeron resultados satisfactorios y la cobertura no alcanzó a beneficiar al 100% de la población.

En la realidad hay una ambivalencia entre la cobertura real y la cobertura teórica; existen unos factores exógenos y endógenos que explican la disparidad existente. Dentro de los exógenos se contemplan la pobreza, el desempleo, el subempleo, causas políticas, causas culturales, causas sociales, entre otras. Las causas propias del sistema o endógenas proponen que la cobertura sea de carácter universal, sin barreras geográficas, económicas, ni culturales; donde los servicios de salud dieran plena satisfacción a las necesidades de la población, en cuanto a prevención, y promoción de la salud, lo cual quedó consagrado en la Constitución Política de 1991, en donde la salud se considera como un derecho al cual acceden todos los ciudadanos, bajo vigilancia de los principios de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social.

La puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, dio vida a los principios constitucionales. La Reforma a la Seguridad Social (RSS) empezó a regir con la creación del nuevo sistema, el cual no solo contaba con los aportes del Estado; la privatización de la salud permitió la entrada en vigencia de un sistema mixto, en el cual el papel del Estado se limitaba a ser

regulador y modelador, todo bajo un ambiente competitivo. La RSS creó los regímenes: el Contributivo, que se autofinancia con las contribuciones patronales y del asalariado en un 12%; y de los empleados independientes, y pensionados los cuales destinan un 1% de sus aportes al Régimen Subsidiado. Este Régimen a diferencia del Régimen Contributivo, puesto que se financia con los aportes del fisco, y las transferencias realizadas por los municipios y departamentos. El subsidio a la oferta desaparece y es remplazado por el subsidio a la demanda, que consiste en los recursos fiscales que se otorgan a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por afiliaciones de beneficiarios del 30% más pobre de la población, de estratos 1 y 2. Estas EPS, pueden ser las mismas Cajas de Compensación Familiar, o las mismas EPS del Régimen Contributivo.

1.2 CONTEXTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y NORMATIVIDAD.

“El Sistema General de Seguridad Social en Salud se enmarca en el sistema de seguridad social integral, el cual está regido por las normas y orientaciones del Estado colombiano, por los aspectos económicos que permiten regular el componente financiero, el desarrollo social de la población objeto y el avance tecnológico para fortalecer el sistema” (Subsistemas de información del sistema general de seguridad social en salud Pág. 18). El Sistema de Seguridad Social Integral, es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos; y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios. Tiene como objetivos fundamentales los de garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios y garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema (Art. 5 y 7 de la Ley 100). El objetivo que persigue el SGSSS, es el de garantizar el servicio público de salud, fomentando las condiciones necesarias para que el acceso a la salud sea en general para toda la población.

1.3 PRODUCTOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud existen en la actualidad, tres productos, que dan cumplimiento a sus objetivos para obtener una mayor claridad serán analizados a continuación.

1.3.1 El Seguro de Salud

Es el paquete de servicios de salud al que tiene derecho, todos los vinculados del Régimen Contributivo, y el Régimen Subsidiado y que se extiende a todo el núcleo familiar. El seguro de salud está conformado por el plan básico y los planes complementarios. Dentro del plan básico encontramos el POS (Plan Obligatorio de Salud) y el PAB (Plan de Atención Básica); el plan obligatorio de salud incluye servicios de prevención de las enfermedades, urgencias, hospitalización etc., el plan de atención básica que se enfoca hacia toda la población, o un porcentaje de ésta que se encuentra expuesta a situaciones diferentes del resto de la colectividad. Los planes complementarios, son servicios adicionales al POS, que las EPS ofrecen a sus vinculados garantizándoles un mejor servicio.

1.3.2 Los Servicios de Salud Individuales

Son aquellos que buscan satisfacer las necesidades de la población de forma individual tales como cirugías, urgencias etc.

1.3.3 Las Acciones y Vigilancia en Salud Pública

Son todas las medidas que se adoptan en la promoción y prevención de las enfermedades, así como mecanismos que supervisen y controlen la salud pública, teniendo en cuenta todos los posibles riesgos que afecten la colectividad.

El régimen subsidiado, en teoría debería cubrir la población identificada a través de los mecanismos de selección del SISBEN, ya que este régimen, de acuerdo con Ley 100 de 1993 en sus artículos 153 y 213 estableció como beneficiarios a la población más pobre y vulnerable y que el subsidio, será asignado según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y situación sanitaria y geográfica de su vivienda. Quienes cumplan con los requisitos antes mencionados serán beneficiarios de los subsidios impartidos en los actos normados (Acuerdos) proferidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). El subsidio a la oferta no direccionan de manera óptima los recursos que se le entregan a las instituciones, para que estas a su vez las focalicen hacia quienes tienen más necesidades, por su parte el subsidio a la demanda, direccionan con más eficacia, los dineros del Estado hacia un tipo de población más específica.

“El artículo 172 numeral 6 de la Ley 100, el CNSSS, expidió el acuerdo 23, en el cual estableció que el mecanismo para identificar a la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, era la aplicación de la encuesta SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales), y para los municipios categoría 5 y 6, a falta de SISBEN , se podría aplicar un listado censal elaborado por el alcalde del respectivo municipio, donde se identificara a la población pobre y vulnerable, beneficiaria de los subsidios” (Régimen Subsidiado de salud, Eduardo Alvarado,1998: Pág. 66).

El SISBEN

“Es un conjunto de reglas, normas y procedimientos, que permiten obtener información, socioeconómica confiable y actualizada, de grupos específicos, en todos los municipios y distritos del país; identificando el grado de pobreza de la población y así permitir que las entidades territoriales focalicen el gasto social a la población más pobre y vulnerable, seleccionada a nivel individual o familiar, y no a nivel de áreas geográficas o de grandes grupos poblacionales” (Régimen Subsidiado de salud; Eduardo Alvarado, 1998: Pág. 66). La encuesta SISBEN establece puntajes de 0 a 100, los cuales identifican los niveles de

pobreza, de la población, a menor puntaje, mayor nivel de pobreza. Existen dentro de estos rangos niveles de SISBEN, discriminado por zona rural o urbana.

Cuadro 1. Identificación y Clasificación

NIVEL	ZONA URBANA	ZONA RURAL
SISBEN 1	0-36 PUNTOS	0-18 PUNTOS
SISBEN 2	36-47 PUNTOS	18-30 PUNTOS
SISBEN 3	47-58 PUNTOS	30-45 PUNTOS

Fuente: el Régimen Subsidiado de salud, Eduardo Alvarado

En el nivel 1 del SISBEN se sitúan las familias en estado extremo de pobreza, las cuales no tiene cubiertas 2 o más de las necesidades básicas, teniendo un ingreso familiar tan bajo para comprar una canasta básica de alimentos. En el nivel 2 del SISBEN se sitúan las familias en estado de pobreza, las cuales no tienen cubiertas 1 de sus necesidades básicas y su ingreso es suficiente para comprar la canasta de alimentos y otros bienes básicos. En el nivel 3 del SISBEN el ingreso es 3 veces al valor de la canasta básica de alimentos.

Selección:

En la identificación de los beneficiarios se busca reconocer la población en condiciones de mayor pobreza y resaltar las personas con mayor potencial para ser beneficiarios del Régimen Subsidiado. En la selección se busca priorizar, quienes serán acreedores de los subsidios de acuerdo a los recursos existentes como también atender a unos grupos poblacionales antes que a otros. Dentro de la población se seleccionan en orden de prioridad las personas que se encuentran en el área rural y urbana, y la población indígena, dentro de estos grupos se priorizan los siguientes.

1. Mujeres en estado de embarazo y niños menores de 5 años.
2. Población con limitaciones físicas, síquicas o sensoriales.
3. Población de la tercera edad.
4. Mujeres cabeza de familia.
5. Demás población pobre y vulnerable.

En la selección de los beneficiarios se cumplen el principio de incluir el núcleo familiar, en el caso de que la persona sea afiliada en condiciones prioritarias, esta condición se extiende a su grupo familiar sin importar que estos no reúnan las condiciones de prioridad.

Afiliación de beneficiarios al Régimen Subsidiado:

Esta afiliación se realiza una vez que la ARS¹ (Administradora del Régimen Subsidiado) suscribe el respectivo contrato con la entidad territorial. La afiliación es el tercer paso definitivo para que una persona acceda a los servicios en salud del Régimen Subsidiado. (Régimen Subsidiado de Salud: Eduardo Alvarado, 1998: 66).

Financiación del Régimen Subsidiado.

La Ley definió que el Régimen Subsidiado, se financiara con las siguientes fuentes de recursos.

1. Sistema General de Participaciones S.G.P. (Ley 715/2001)
 - Participación de los entes territoriales en los ingresos corrientes de la nación.
 - Parte del Presupuesto General de la Nación.
 - Se distribuye con base en: población por atender, equidad, y eficiencia.
2. Las rentas cedidas, y los dineros correspondientes a destinaciones específicas, para la salud, estos recaudos corresponden a: licores, cervezas, tabaco, apuestas permanentes.

¹ Hoy Entidades Promotoras de Salud Subsidiada (EPS-S)

3. El Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), que tiene como destino financiar el subsidio a la demanda, que se manejaran a través de la subcuenta de solidaridad, y según la Ley 100 y el decreto 1283 proviene de: un punto de cotización de solidaridad del Régimen Contributivo; Este porcentaje es girado por cada EPS a la subcuenta de solidaridad, un aporte del presupuesto nacional, los rendimientos financieros de los recursos de la subcuenta.

2. MARCO TEÓRICO

Es importante mencionar que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se concibe, la necesidad de proporcionar mayor equidad y eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, y focalizarlos hacia los grupos más vulnerables, o con menor capacidad de pago. La reforma al Régimen de Seguridad Social (RSS) “Tiene lugar en el contexto de los procesos de apertura y globalización, de la necesidad de corregir defectos y convertirlos en eficientes, eficaces, con una mayor claridad. De acuerdo con desarrollo legislativo de la constitución de 1991” (Madies, 2000: 82). El modelo de mercado de competencia regulada, en el cual se desarrolla la política de seguridad social de acceso a servicios públicos, como la salud; constituye un sistema de economía mixta, en donde el Estado es un ente rector y modulador libre del compromiso, tanto del aseguramiento, como de la prestación de los servicios, que fueron delegados en un ambiente competitivo por las entidades públicas y privadas con o sin ánimo de lucro.

La oferta de salud por parte de las distintas entidades que intervienen como las Aseguradoras en Salud, EPS que administran el régimen contributivo y las EPS que administran el régimen subsidiado las cuales son reguladas por un paquete de servicios específicos, que contiene planes de salud y que son de carácter obligatorio para toda la población, junto con el pago de una cuota por la cotización.

Las EPS se regularán a través de unas tarifas que se constituyen como el precio por unos servicios, que se establecerán a nivel nacional, a demás de la verificación de los estándares de calidad en los servicios. La demanda de servicios se regulará mediante subsidios para los usuarios, que a su vez serán focalizadas y dirigidas hacia la población más vulnerable. Se establecerá una cotización con la cual el usuario tendrá pleno derecho para acceder a un plan de servicios en salud, y tener libre elección en la escogencia de la entidad prestadora. El Fondo de solidaridad y Garantía (FOSyGA), es la institución responsable de velar

porque haya una compensación entre personas de distintos ingresos y de aplicar el principio de la solidaridad entre los contribuyentes y las personas sin capacidad de pago.

Este modelo de competencia regulada, se supone que debería generar unos cambios importantes que transforman la realidad de la población en materia de salud, a través de mecanismos que favorezcan el aseguramiento, la prestación de los servicios de salud y la interacción de los mismos con los usuarios. Estos mecanismos deben estar regulados por políticas, procesos y procedimientos, para los cuales se han desarrollado instrumentos de control y vigilancia, para su estricto cumplimiento. La eficiencia es uno de los fines que persigue el modelo. Para que en el sistema se alcance esta eficiencia, se hace necesario la intervención regulada de actores que promuevan la salud de los afiliados compitiendo entre si por un desempeño o servicio de calidad y a tiempo.

La oferta de salud por parte de las distintas entidades que intervienen como las EPS tanto contributivas como subsidiadas; son regulados por un paquete de servicios específicos, que contiene planes de salud y que son de carácter obligatorio para toda la población, junto con el pago de una cuota por la cotización.

Las entidades prestadoras de servicios se regularán a través de unas tarifas que se constituyen como el precio por unos servicios, que se establecerán a nivel nacional, a demás de la verificación de los estándares de calidad en los servicios. La demanda de servicios se regulará mediante subsidios para los usuarios, que a su vez serán focalizadas y dirigidas hacia la población más vulnerable. Se establecerá una cotización con la cual el usuario tendrá pleno derecho para acceder a un plan de servicios en salud, y tener libre elección en la escogencia de la entidad prestadora. El FOSyGA, es la institución responsable de velar porque haya una compensación entre personas de distintos ingresos y de aplicar el principio de la solidaridad entre los contribuyentes y las personas sin capacidad de pago. Dicho modelo está basado en el aseguramiento universal de la población y el fomento de la competencia en los mercados de aseguramiento y provisión de servicios (PINTO, 2002: 100).

Según los teóricos económicos, el modelo de mercado de competencia regulada, en el cual se desarrolla la política de seguridad social de acceso a servicios públicos, como la salud; constituye un sistema de economía mixta, en donde el Estado es un ente rector y modulador libre del compromiso, tanto del aseguramiento, como de la prestación de los servicios, que fueron delegados en un ambiente competitivo por las entidades públicas y privadas con o sin ánimo de lucro. (Madies, 2000, 78).

Con este modelo se busca abordar problemas de acceso, ineficiencia y calidad en los servicios de salud. Sin embargo, casi una década después de la reforma es poco lo que se conoce acerca de la naturaleza de la competencia, en los mercados de aseguramiento y si está ha tenido un impacto sobre la calidad de la atención recibida por los ciudadanos. La dirección y magnitud de las asociaciones difiere según el tipo de entidad aseguradora y el régimen al que pertenecen los usuarios, (la Ley 100 previó el aseguramiento de la seguridad social a través de dos regímenes el contributivo y subsidiado) Los resultados sugieren que la competencia en los mercados de aseguramiento podría ser un factor relacionado a que la atención responda a las preferencias de los usuarios en algunas dimensiones. Por lo tanto, mientras se obtienen evidencia adicional acerca de esta relación, se podría continuar con políticas que promuevan la competencia. De acuerdo a (PINTO, 2002: 90)

También es importante mencionar que la atención de quienes toman las decisiones a las falencias y debilidades, en la implementación de la reforma que generan incentivos perversos y obstáculos para que la competencia contribuya al bienestar. La descripción de estos hechos aplica principalmente a la población adulta e infante asegurada en zonas urbanas del país. Al desafiar el convencionalismo de la asistencia pública, y el modelo de libre mercado, para dar paso a un modelo integrado y de competencia regulada en donde primará los principios rectores con base a las siguientes premisas.

- Establecer un seguro de salud, que cumpla con el principio de universalidad, de carácter obligatorio en sus afiliaciones, y de cobertura familiar. La forma de financiación será contributiva para los asalariados o trabajadores dependientes

públicos y privados, pensionados o independientes con capacidad de pago. Y subsidiada a través del Estado para la población más pobre, vulnerable y desplazada.

- La Integración dentro de la pluralidad, diversidad y competencia, son las principales características para este nuevo modelo, que permitirá generar un mayor aprovechamiento en el desarrollo de la utilización de los recursos tanto físicos, conceptuales y técnicos, además de mantener la diversidad de instituciones tanto prestadoras como aseguradoras, que logran articular un sistema que integra todos los recursos, bajo un ambiente de regulación por parte del Estado.
- La unificación de la normatividad, que comprende el Plan Obligatorio de Salud, (POS) tanto para las aseguradoras, como para los proveedores de servicios, una misma unidad de pago, una misma base de cotización con iguales requisitos y condiciones para las (Entidades Promotoras de Salud) EPS.
- La eliminación de los monopolios y de las poblaciones cautivas, generando un beneficio total para los demandantes de los servicios de salud, ya que tendrían una total libertad en la elección de la aseguradora o prestadora de servicios siempre y cuando estén sometidos a la vigilancia del Estado.
- La Conversión en Empresas Sociales del Estado (ESE). Ha todas las instituciones prestadoras de servicios de salud pasarían a serlo, con vocación de servicio, gerencia y autonomía, capaces de competir con instituciones prestadoras privadas fomentando la eficacia, eficiencia, y haciéndolas más productivas con altos márgenes de calidad y servicio al cliente.

Los economistas clásicos suponían que la técnica y los recursos naturales permanecían constantes y que los cambios de población dependían del nivel de la renta. Los neoclásicos discrepan con este aspecto, sosteniendo que la oferta de los factores productivos puede cambiar en forma autónoma e imprevisible. Aceptan que una economía acumule capital sin

necesidad de incrementar la fuerza de trabajo (independizan la teoría del capital y el factor Humano (población)).

Esta propuesta de investigación se fundamenta en el desarrollo de la economía de mercado en el contexto de la competencia regulada, y el papel del Estado como regulador y proveedor de bienes públicos, como de las instituciones que cumplen un papel específico en el desarrollo de los sistemas de salud. En la actualidad los países occidentales han adoptado modelos de economía mixta, en donde el Estado interviene únicamente cuando se presenta fallas del mercado y la gestión pública logra ser más eficiente. (Stiglitz,1997.). Además el Estado realiza tres funciones económicas, dos de las cuales serán objeto de estudio en la propuesta de investigación, fomentar la eficiencia y la equidad:

1. "El Estado aumenta la eficiencia fomentando la competencia, frenando las externalidades y suministrando bienes públicos".
2. "El Estado fomenta la equidad utilizando los programas de impuestos y de gastos para redistribuir la renta a favor de determinados grupos", (SAMUELSON, 2002.)

La teoría económica plantea una disyuntiva entre como distribuir la renta que se adquiere, mediante las transferencias a los diferentes grupos sociales sin afectar la eficiencia económica. Considerándose tanto la equidad como la eficiencia, objetivos fundamentales del Estado (Okun, 1968). Y su experimento llamado "cubo que gotea" cuestiona en cuanto estaríamos dispuestos a sacrificar la eficiencia, por conseguir la equidad, ya que las medidas distributivas, como son el impuesto sobre la renta generan una disminución en la producción real, como consecuencia de los escasos incentivos que reciben los individuos para trabajar y ahorrar, la política distributiva debe comparar las ventajas de alcanzar una mayor equidad en aras de una disminución en la producción. (SAMUELSON, 2002). Por lo anterior (MARSHALL,1860) incursionó en la economía del bienestar empezando por el concepto de excedente del consumidor donde los consumidores miden por el precio la utilidad marginal del último bien consumido, pero también miden los intramarginales. La diferencia entre lo que

realmente pagan y lo que estarían dispuestos a pagar es el excedente del consumidor. Un elemento importante es que el asumió el agregado del excedente de los consumidores antes que el individual.

El excedente de Marshall es un medio válido para representar las ganancias en la utilidad obtenida por consumir el bien, pero dentro de los supuestos que existe una función de utilidad aditiva que ignora las relaciones de sustitución y complementariedad y que el efecto ingreso es despreciable o sea que la utilidad marginal del dinero es constante. En cuanto a los impuestos y el bienestar utilizó su excedente de los consumidores llegando a la conclusión que para empresas con costos constantes los impuestos y los subsidios eran indeseables, sin embargo en el caso de una empresa con costos decrecientes los impuestos y los subsidios podían contribuir a un aumento del bienestar y la sociedad se vería beneficiada de gravar estas industrias.

Lastimosamente ya que las bases no son sólidas la practicidad de la política es cuestionable. Sin embargo, el motor de fondo que se quería mostrar era que los mercados libres no eran del todo eficientes y que la intervención podía acercarlos más al óptimo. En la teoría de la oferta contribuyó acertadamente con la conceptualización de los tiempos, el corto plazo dividió los costos en fijos y variables con lo cual evaluó una serie de circunstancias de la empresa en las cuales señaló sus características. En el largo plazo diferenció entre las economías internas y las externas para explicar los procesos de crecimiento de las empresas. La distribución también fue tocada por sus escritos donde solucionó el problema de medir los productos marginales al calcular lo que él llamó producto neto en el margen, así que si se necesita un trabajador extra su producto neto es la adición del trabajador al ingreso total menos el costo agregado de la herramienta que usa. (McCONNELL,1997). El sector de la salud tiene la necesidad, de proporcionar mayor equidad y eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, y focalizarlos hacia los grupos más vulnerables o con menor capacidad de pago.

A partir de estas premisas el trabajo del Doctor (Arrow,1963). se ha analizado profundamente la capacidad del aseguramiento como modulador del riesgo financiero asociado a la enfermedad y el uso de servicios de salud. El efecto de la dilución de riesgos que se produce, al asegurar, produce ganancias netas de bienestar a cada individuo, gracias a que bajo la ley de los grandes números, el riesgo de cada individuo se reduce significativamente a la medida que en el pool de riesgo, su promedio de la frecuencia y de gasto son ajustables al de la previsión actuarial de un determinado grupo social de referencia. Cada individuo es enfrentado al riesgo social ajustado, y no al riesgo propio que puede ser catastrófico si la aleatoriedad de la incidencia de enfermedad debida a la carga de idiosincrasia genética o del perfil de riesgo de ese individuo y lo ubica en el extremo del gasto. (Revista Gerencia y Políticas de Salud: 2005, 12.)

Pero esta proposición tiene al menos dos grupos de supuestos muy importantes:

1. Los costos del cuidado médico deben ser aleatorios. Esto quiere decir que los costos de transacción deben ser cero.

2. Cada individuo asegurado con una cobertura integral actuará como si el precio de estos servicios fuera cero, una vez solventado por su parte el pago de la prima al asegurador.

Estos dos supuestos tienen necesariamente otras consideraciones bajo un esquema de Aseguramiento social como el colombiano, dicho de otras palabras se plantea de la siguiente forma:

1. En un esquema delegado donde existen entes descentralizados operadores y aseguradores además de diferentes tipos de proveedores, el análisis de los costos de transacción y los fallos de mercado, deben ser económicamente preponderantes y no se pueden considerar exógenos al modelo y
2. Es necesario considerar que en la demanda de servicios no es homogénea, sino depende del ingreso, los gustos y preferencias, la extensión de la enfermedad y los precios de los servicios de salud.

En la reforma de 1993, los anteriores indicadores tuvieron una baja previsión sobre los efectos de los costos de transacción sobre el sistema. se Planteó un esquema donde los objetivos de integración de riesgo fueron acotados por un esquema de “delegación pública descentralizada”. Los municipios, idóneos para focalizar las poblaciones en riesgo, fueron asumidos, como igualmente, idóneos para operar esquemas de seguros. En consecuencia, los incentivos políticos, terminaron sobreponiéndose a los de la racionalidad en un esquema de aseguramiento. Se supuso una reforma donde los fallos de mercado eran abordables desde una definición ambigua, y no suficientemente contrastada con la experiencia de “articulación y modulación”, con las consecuencias de concentración de riesgos, descreme de mercado y tendencias al monopolio privado en el aseguramiento y al oligopsonio en la interfase de los mercados de aseguramiento y prestación.

Revista Gerencia y Políticas de Salud (2005)

En cuanto al supuesto, del diseño de la reforma se presupuestó una alta homogeneidad en el riesgo de la población colombiana y una muy baja preponderancia a los efectos diferenciales en las preferencias y gastos suntuarios en salud. Se diseñó cuidadosa mente un esquema de subsidios que generara un efecto ingreso sobre los más pobres, pero casi fue obviado el potencial efecto precio del aseguramiento sobre los usuarios, entre compradores y proveedores de servicio. Para realizar este supuesto, la ley 100 planteó un esquema donde combina las características de derecho individual a la salud, servicio público y gratuidad al usuario, transfiriéndole la mayor parte del riesgo al sistema y concretando la base para el abuso moral desde los usuarios. Como consecuencia, diferenciales importantes en los patrones de consumo en salud que no son acotados por el co-aseguramiento, generando un alto potencial de abuso moral en las poblaciones más protegidas y con múltiple cobertura. Es paradójico que el efecto precio en la relación entre aseguradores (compradores) y proveedores de servicio se encuentre en un punto aun indeterminado entre el beneficio logrado a partir de las economías de escala por compras por volumen, vs. Los costos de la extracción de renta y transferencia de riesgo a los proveedores. Ibidem

La reforma al Régimen de Seguridad Social (RSS) " tiene lugar en el contexto de los procesos de apertura y globalización, de la necesidad de corregir defectos en eficiencia, equidad, cobertura, integralidad y calidad, y el desarrollo legislativo de la nueva Constitución. (Chiaverti, 2000). El modelo de mercado de competencia regulada, en el cual se desarrolla la política de seguridad social de acceso a servicios públicos como la salud, constituye un sistema de economía mixta, en donde el Estado es un ente rector y modulador, libre del compromiso tanto del aseguramiento como de la prestación de los servicios, y que fueron delegados y asumidos en un ambiente competitivo, por las entidades públicas y privadas con y sin ánimo de lucro.

Con el objeto de mejorar la eficiencia y la calidad, ambos regímenes operan bajo un modelo de competencia regulada, en el que los usuarios escogen entre empresas aseguradoras que compiten entre sí ofreciendo productos que incluyen los atributos de calidad preferidos por los consumidores. Durante los primeros años de la reforma la cobertura en aseguramiento de la población creció rápidamente y se logró el desarrollo de instituciones y mercados de salud requeridos para la implementación del modelo. El mercado de aseguramiento hoy en día se compone de diversos tipos de aseguradores de naturaleza y capacidades distintas. (Cendex, 1999;Jaramillo, 1999). Ministerio de Salud Fundación CIMDER (1998). Sin embargo, casi una década después de la reforma es poco lo que se conoce acerca de la naturaleza de la competencia en los mercados de aseguramiento y si la competencia ha tenido un impacto sobre la calidad de la atención recibida por los ciudadanos. Hay alguna evidencia de que no se están dando las condiciones necesarias para que haya competencia por calidad en Colombia. Por ejemplo, se han encontrado barreras que limitan que las preferencias de los usuarios, manifestadas a través de la elección de su empresa aseguradora, se constituyan en la principal fuerza motora de la competencia. (Baquero,1999;Jaramillo,1997)

Datos cualitativos sugieren que los aseguradores compiten por mejorar ciertos aspectos de la calidad tales como la conveniencia y la hotelería, pero también pueden estar recurriendo a métodos para el control de costos, tales como la capitación y la auditoria de cuentas, que

podrían tener efectos negativos sobre la calidad de la atención (Restrepo, 2002). Aunque las encuestas a usuarios muestran satisfacción con el sistema en general, también apuntan a que hay aspectos del cuidado en salud que deben mejorar, tales como la comunicación con los prestadores y la posibilidad de elegir los proveedores de servicios (Giraldo 2000) Ministerio de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria.

No obstante, hay poco conocimiento acerca del papel que juega la competencia entre aseguradores en determinar la calidad observada. El propósito de este estudio es comenzar a analizar esta brecha. Hay una necesidad de una evaluación cuidadosa de hasta qué punto la reforma ha cumplido con su objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud y cuáles han sido los instrumentos de política que han contribuido a tal fin. Se requiere mayor información acerca de la calidad de la atención para hacer una efectiva rendición de cuentas y para direccionar los esfuerzos para el mejoramiento. Se ha dedicado una considerable cantidad de recursos para transformar la organización del sistema de salud y para formular y hacer cumplir medidas que crean o promueven la competencia, pero la continuidad de estas políticas sólo se justifica si se encuentra que la competencia cumple con sus objetivos.

2.1 EL “MERCADO REGULADO” EN LA ATENCIÓN SANITARIA: UNA APROXIMACIÓN A ALGUNAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES.

Desde la década de los ochenta, en el contexto de los países occidentales, tanto en los que el actor central del sistema sanitario ha sido tradicionalmente el Estado, como en aquellos donde el Estado ha desempeñado un papel menos central en este sector. Se comenzó a reexaminar la estructura mediante la cual sus sistemas sanitarios eran dirigidos y a replantear las actividades sociales y económicas del Estado relacionadas con la provisión de servicios de salud, la oferta de subsidios, la regulación tanto de la calidad como de la cantidad de dicha provisión y la financiación misma de los servicios de salud por parte del Estado. De manera concomitante, se ha venido presentando un replanteamiento del lugar de los mecanismos de mercado en los sistemas de salud, concediendo por medio de la competencia un nuevo papel a los aseguradores y prestadores de salud del sector privado y aplicando incentivos de mercado al personal de la salud. Además, muchas de las funciones

del Estado han sido descentralizadas hacia las autoridades regionales y municipales, pues se generalizó la percepción de que los sistemas centralizados eran poco eficientes, lentos en los cambios e innovaciones y con poca responsabilidad frente a los usuarios² .

Según Daniel Callahan hay dos corrientes que en la actualidad defienden el mercado en la atención sanitaria, por un lado, la que plantea una perspectiva ideológica del mercado, que lo considera inherente bueno y esencial para la democracia y por el otro lado, una corriente que maneja una perspectiva más pragmática, la cual considera que si el mercado puede proveer algunas formas útiles para controlar los costos, fomentando la elección y mejorando los sistemas de salud, entonces es perfecto adoptar esas formas, pero si éstas fallan deben ser desechadas (Callahan, 1999:237). Para la primera corriente, en general el mercado no sólo es el mejor camino para lograr la eficiencia económica y la prosperidad, sino también el único sistema que es compatible con los valores democráticos; de aquí que incluso si el mercado falla, es imperativo conservarlo, porque funciona siempre para el mejor desempeño y porque nunca abandona los ideales de libertad y elección.

Así como las fallas en la democracia no pueden ser tomadas como una señal de fracaso de las instituciones democráticas, sólo hay que mejorarlas; así mismo, los esfuerzos para superar las fallas del mercado deben guiarse únicamente para mejorar su efectividad. Desde este punto de vista el mercado sirve a la democracia y la democracia sirve al mercado. Por el contrario, la visión pragmática sostiene más débilmente la idea de que el mercado tiene algo intrínsecamente bueno o que es esencial para la democracia y plantea la importancia del control del gobierno en el mercado en la atención sanitaria (Callahan , 1999:238). De estas dos corrientes surgen las propuestas, presentes en las reformas sanitarias de los años ochenta y noventa, las cuales tienen en común los siguientes objetivos:
(Bennet, 1990:12-21).

2.Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria
1998:5)

La búsqueda de respuestas a las preferencias de los consumidores. Se sugiere la retirada del Estado de muchas áreas de la provisión de servicios, así se intenta transformar su compromiso de garantizar el derecho a la atención de los servicios para todos los ciudadanos, en políticas que se basan en un concepto de demanda expresa según las preferencias del consumidor que tienen en consideración los costos. Esto se logrará a través de la descentralización intergubernamental, transfiriendo responsabilidad a los niveles regional o local y de la transferencia de funciones al mercado a través de organizaciones privadas y no lucrativas (privatización). El papel del Estado se remite a crear un ambiente de regulación apropiado que en teoría estimule la acción individual y el equilibrio del mercado; en consecuencia, se desencadena un estrechamiento de las relaciones entre consumidores, prestadores de servicios y niveles gubernamentales.

3. PLAN NACIONAL PARA LA ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA.

3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La prolongada, difícil y compleja situación de violencia y crisis de derechos humanos por la cual atraviesa el país, ha dejado graves consecuencias humanas, políticas, sociales y económicas que el Estado y la sociedad están en la obligación de atender. Una de ellas es el desplazamiento forzado de población que, según se estima, alcanza 111.754 familias aproximadamente 600.000³ personas en los últimos once años. El desplazamiento forzado, como violación al derecho internacional humanitario, es una situación en la cual se materializa la vulneración simultánea tanto de derechos civiles y políticos como económicos, sociales y culturales. La mayoría de desplazados terminan en condiciones infrahumanas, hacinados en zonas subnormales de las ciudades intermedias o capitales, donde la insatisfacción de las necesidades básicas es habitual y su arribo influye decididamente en el empeoramiento de las condiciones generales de vida de los sectores sociales allí asentados.⁴

3.2 LAS CARACTERÍSTICAS DEL DESPLAZAMIENTO EN COLOMBIA

El fenómeno del desplazamiento, se ha constituido como una de las consecuencias propias de la violencia que se vive en el país. Durante la última década, muchas de las personas que migran de su lugar de origen, lo hacen por razones de amenazas continuas contra sus vidas y desean ponerse a salvo; muchos de ellos creen encontrar en las grandes capitales y especialmente Bogotá, el lugar propicio para replantear su proyecto de vida y así desarrollar

³ Cifras de la Red de la Solidaridad Colombia

⁴ Conferencia Episcopal de Colombia, *Derechos Humanos y Desplazados por violencia en Colombia*, Bogotá, marzo 1995. Este informe calcula en 108.301 la cantidad de familias desplazadas en el período de 1984 a 1994. Para el caso de la región de Urabá, el registro censal de la Dirección Nacional de Prevención y Atención de Desastres, calcula que en el transcurso de este año se han desplazado 3.453 familias.

una actividad económica productiva, y de esta forma lograr satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo, aunque la ciudad esté alcanzando un gran crecimiento y desarrollo social, cultural, económico etc., no se encuentra en condiciones de recibir a toda la población y de esta forma brindarles la atención adecuada. Antioquia, Santander, Meta, Córdoba y Boyacá "expulsan" al 53.93% de la población afectada. Cundinamarca, Santander, Antioquia, Córdoba, Norte de Santander, Boyacá y Atlántico reciben el 61.66% de los desplazados. Los grupos poblacionales más afectados por el desplazamiento son las mujeres y los jóvenes. Se estima que ellas representan el 58.2% de la población desplazada. El 24.6% ⁵ de los jefes de hogar son mujeres. Igualmente, del total de desplazados, 72% son menores de 25 años. (Red de Solidaridad Social,2005).

En este sentido la relación a la ocupación, el 40.7% ha sido trabajador agrícola y pequeños y medianos campesinos. Un 46.6% había sido, antes del desplazamiento, pequeños y medianos comerciantes, personas dedicadas al trabajo del hogar y de los servicios, empleados, obreros o maestros. El 22.5% de los jefes de familia desplazados se dedican, después del desplazamiento, al comercio informal. El 11% ha quedado desempleado. Si bien antes del desplazamiento el 88.21% de los hogares vivían en casa propia o arrendada, en la condición de desplazados, 52.28% vive en inquilinatos o en tugurios ubicados en barrios subnormales de las capitales de departamento o de ciudades intermedias. En promedio, 72.22% de los hogares desplazados no recibió, ni antes ni después, ningún tipo de apoyo y cuando éste se hizo presente, fueron los familiares y amigos los que ofrecieron alguna alternativa, especialmente en alojamiento y dinero.

Los esfuerzos realizados por las entidades del orden nacional, como la Red de Solidaridad Social en Bogotá, (RSSB), en conjunto con otras entidades del orden Distrital, no han sido suficientes, ni oportunas, frente a la demanda de atención de la creciente población

⁵ Todas las referencias estadístico-descriptivas que se hacen a continuación se derivan del trabajo de la Conferencia Episcopal Colombiana. *Derechos Humanos Y Desplazados por la Violencia En Colombia, Bogotá, 1995*

desplazada. Los programas dirigidos a atender las necesidades más urgentes de este grupo poblacional, no dan abasto para el sinnúmero de problemas que acarrea el desplazamiento, lo que los hace ver como poco eficiente ante tanta eventualidad. El Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), con el apoyo de las entidades públicas, a nivel nacional, departamental y Distrital, las ONG, la iglesia, organismos internacionales, desarrollaron una investigación sobre la problemática del desplazamiento, con el objetivo de un acercamiento a la verdadera situación en que viven muchas personas en condiciones de desplazamiento. Según los datos de la Unidad de Atención Integral a la Población Desplazada (UAID) de Bogotá, datos que son provistos por el Sistema Único de Registro (SUR) y de la red de solidaridad social, se han atendido entre los años 1999 y agosto de 2002 en la ciudad de Bogotá 8.362 unidades familiares desplazadas que equivalen a 35.000 personas desplazadas aproximadamente. (ACNUR 2004)

De acuerdo ha estudios realizados por La Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). Hace referencia de datos que oscilaría para el 2002 en la ciudad de Bogotá en 480.000 personas que huyen de su lugar de origen por el conflicto armado. El CODHES contabilizó desde 1999 a Septiembre de 2002 a 177.000 personas desplazadas, la gran diferencia que hay entre las cifras de la UAID y las del CODHES, radica principalmente, en que muchas de estas personas no se inscriben en el (SUR), por desconfianza, y lo hacen en la iglesia, o ante la conferencia episcopal.

Según el CODHES, hasta mediados de la década de los años ochenta, la mayor población de desplazados, provenía del sur del país, de los departamentos del Guaviare, Meta, Caquetá. En los años noventa los departamentos que más registraron desplazamientos masivos fueron: Antioquia, Córdoba, y Choco, ya en los últimos años Tolima, Huila y Cundinamarca se han convertidos en fuertes zonas expulsoras de población desplazada. Las cifras que entrega la UAID, determinan que desde el año 1999, las personas que han llegado a Bogotá, provienen de Tolima, Meta, Cundinamarca, Antioquia, Caquetá, y otros departamentos en menor proporción. La ciudad es considerada como uno de los centros de recepción de población desplazada (ver cuadro.2)

Cuadro 2. Familias atendidas según departamento expulsor 1999-2002

Departamento	Número de familias	Porcentaje
Tolima	1.887	22.6%
Meta	974	11.6%
Cundinamarca	807	9.7%
Antioquia	583	7%
Caqueta	577	6.9%
Santanderes	553	6.6%

Fuente: Unidad de Atención Integral a Población Desplazada

El estudio muestra cierta homogeneidad en los porcentajes de hombres con un 56.9% y mujeres con un 55%. La población femenina son cabeza de familia, lo cual las hace más vulnerable, debido a su responsabilidad económica frente a su hogar. Las condiciones de salud en que se encuentra la mayoría de las personas desplazada es irregular, ya que gran parte de ellos no se encuentran afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud, el 83.5% afirma no estar asegurado, el 10.7% se encuentra en el Régimen Subsidiado, el 3.9% pertenece al Régimen Contributivo. Unidad de Atención Integral a la Población Desplazada. (UAID, 2005)

Cuadro 3. Afiliación a seguridad social al llegar 1999-2002

Seguridad social	Número de familias	porcentaje
Contributivo	327	3.9%
Subsidiado	893	10.7%
Ninguno	6979	83.5%
Ns/nr	163	1.9%
Total	8392	100%

Fuente: Unidad de atención integral a población desplazada.

3.3 CAUSAS DEL DESPLAZAMIENTO

De acuerdo con la (UAID), Unidad de Atención Integral a la Población Desplazada, muchas de las personas que ha tenido que abandonar su lugar de origen, lo hacen por amenazas 57%, por asesinatos 10.2% y el reclutamiento a las filas de los grupos al margen

de la ley 10.5%, entre otras el miedo, la toma a poblaciones, la extorsión, y el conflicto en la zona de despeje.

Cuadro 4. Motivo del desplazamiento 1999-2002

Motivo	Número de familias	Porcentaje
Amenazas	4.810	57.5%
Reclutamiento	880	10.5%
Asesinato	851	10.2%
Tensión	397	4.7%
Miedo	263	3.1%
Toma	181	2.2%
Agresión física	154	1.8%
Ns/nr	149	1.8%

Fuente: Unidad de atención integral a población desplazada

El grupo ilegal que es responsable con mayor frecuencia del desplazamiento es la guerrilla 54.6%, las autodefensas 25.2%, en un menor porcentaje las fuerzas militares 0.4% y la delincuencia común en el 0.25%.

Cuadro 5. Autores responsables del desplazamiento 1999-2002

Autor	Número de familias	Porcentaje
Guerrilla	4.564	54.6%
Autodefensas	2.104	25.2%
Ns/nr	1.028	12.3%
Guerrilla y autodefensa	616	7.4%
Fuerzas militares	35	0.4%
Delincuencia común	15	0.2%
Total	8.362	100%

Fuente: Unidad de atención integral a población desplazada

Según el estudio realizado por el ACNUR, muchas de las familias que llegan a Bogotá, el 55.15% desean reubicarse en ella, para iniciar un nuevo proyecto de vida, que incluye retomar actividades económicas. El 21.85% concluye que su permanencia en Bogotá es temporal y el 7.5% no tiene claridad frente al tema.

3.4 COMO HA DADO RESPUESTA EL GOBIERNO A LA PROBLEMÁTICA.

Debido al continuo crecimiento del fenómeno del desplazamiento, el Gobierno Nacional ha tenido que hacer frente a la inmensa demanda de atención por parte de la población desplazada, fortaleciendo de esta manera los organismos encargados de darle solución a las necesidades más inmediatas. Mediante la Ley 387 de 1997, el gobierno desarrolló dos mecanismos con los cuales se daría atención a la población desplazada por la violencia.

- El primero mediante el acuerdo 02 de 1998, el cual establece leyes para coordinar la atención a las personas desplazadas.
- El segundo es el Decreto 624 de 1998 en donde se crea y reglamenta el funcionamiento del Consejo Distrital para la atención a la población desplazada. Este Consejo conformó la Unidad de Atención Integral para la Población Desplazada, la cual ejerce su función de coordinador entre los distintos entes nacionales y distritales, y demás entidades que buscan brindar y prestar colaboración, para el mejoramiento de la calidad de vida de la población desplazada, mediante programas, recursos y acciones para afrontar la problemática.

3.4.1 Quiénes intervienen

Con la Unidad de Atención Integral para la Población Desplazada, trabajan en alianza la Secretaria de Gobierno, como representante de la Administración Distrital, la Unidad Territorial de Bogotá, de la Red de Solidaridad Social, como representante del Gobierno Nacional, y la Personería de Bogotá, como representante del Ministerio Público y las distintas entidades sectoriales.

Cuadro 6. Entidades a las que se remite para la prestación de los servicios 1999-2003

Entidad	Numero de familias	Porcentaje
Secretaria de educación	3.883	21.1%
ICBF	2.020	11.0%
Secretaria de salud	10.380	56.4%
DABS	129	0.75
Profamilia	1.163	6.35
Incaviseg	95	0.5%
Hogares bambi	7	0.0%
Sena	134	0.75
Umc	3	0.0%
Otras	605	3.3%
total	18.419	100%

Fuente.: Unidad de Atención Integral a Población Desplazada

La problemática del desplazamiento empezó a desbordar todas las previsiones. El Gobierno Nacional con la Ley 387 de 1997 creó el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la violencia (SNAIPD), el cual está integrado por las entidades públicas y privadas, y asesorado por el Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada. La propuesta del gobierno mediante el plan nacional de atención a la población desplazada, contempla la atención humanitaria de emergencia, y la fase de consolidación y estabilización socioeconómica.

El objetivo que persigue el gobierno a través de la atención humanitaria de emergencia, es la de ofrecer una ayuda temporal, mediante acciones de socorro, que en parte satisfagan, las necesidades más inmediatas de la PDV como salud, alojamiento, atención psicológica, transporte de emergencia, en alianza con organizaciones no gubernamentales, la iglesia. El periodo de atención de la población es de tres meses, los cuales se pueden prorrogar por otros tres. Estos programas están focalizados para toda la población desplazada pero de manera preferencial a los niños, jóvenes entre los 12 y 18 años, las mujeres cabeza de familia, las madres gestantes y lactantes, las personas con discapacidad y las etnias minoritarias; de igual forma el Decreto 173 de 1998, determinó que la responsabilidad, tanto en el diseño como en la ejecución del programa de atención humanitaria, estarían a

cargo del Ministerio de la Protección Social, el ICBF, y la Cruz Roja Colombiana. Sin embargo, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE) tanto públicas como privadas están en la obligación de ofrecer el servicio con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA).

En la fase de consolidación socioeconómica, la población desplazada decide si se reubica dentro del territorio al cual llegó, o si retorna a su lugar de origen. El Gobierno Nacional les ofrece todas las garantías, de seguridad y sostenibilidad tanto económica como social; en esta fase del plan, las personas desplazadas, siguen recibiendo la atención en salud, como continuidad de la atención de emergencia. La finalidad de los proyectos y programas de salud, están encaminados a la promoción y prevención de las enfermedades, enfatiza en el fortalecimiento de la salud integral en los niños, adolescentes y los adultos mayores, ya que es necesario crear condiciones favorables en las familias, que les permitan el disfrute de una mejor calidad de vida, un mejor aprovechamiento de su ciclo productivo, con nuevas expectativas de vida.

3.5 ANTECEDENTES DEL DESPLAZAMIENTO.

En 1991 la problemática del desplazamiento empieza a cobrar importancia en el sector oficial. El 9 de Septiembre de 1994 el entonces presidente de la República Ernesto Samper, presentó diez lineamientos que en esta materia impulsaría el gobierno; dentro de esta acción se encuentra los documentos (CONPES 2804 de 1995 y 2924 de 1997), para la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados.

Mediante la Ley 387 de 1997, se estableció el marco general reatención de dicha población. Por medio de esta Ley se conformó la Red Nacional de Información para la Atención a la Población Desplazada, que tiene como finalidad que el Sistema Nacional de Atención Integral a Población Desplazada (SNAIPD), rinda informe sobre la magnitud sobre los desplazamientos, además de cuantificar el número de personas desplazadas que

necesitan atención del Estado Colombiano. La información suministrada por (SNAIPD), es fundamental para la toma de decisiones, en la elaboración de planes, programas y proyectos de atención integral en sus distintas fases. Por otra parte el Ministerio de la Protección Social, dentro de la política local presenta como objetivo general, el desarrollo de un sistema de atención integral en salud de la población desplazada dentro de tres fases de atención, bajo los siguientes lineamientos:

- Prevención del desplazamiento.
- Atención humanitaria de emergencia
- Consolidación y estabilización socioeconómica.

En cuanto a la ciudad de Bogotá los lineamientos se fundamentan en el Acuerdo 02 de marzo 98 del Consejo de Bogotá; A través del cual se creó el Consejo Distrital para la atención integral de la Población Desplazada por la Violencia; entidad que formuló el Plan de acción Distrital, y planteó las siguientes líneas de trabajo:

- Sistemas de información
- Asistencia humanitaria de emergencia⁶

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) y el Ministerio de Salud, (hoy de la Protección Social) establecieron los derechos en salud de la población desplazada los cuales son:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Consulta externa de medicina y odontología.
- Atención de urgencias.
- Hospitalización.
- Tratamiento y procedimientos quirúrgicos.

⁶ Estabilización socioeconómica" Vol. 7 n°24-03-02/ 20-04-02

- Suministros de material médico quirúrgico.
- Atención de parto.
- Transporte de apoyo diagnóstico.
- Suministro gratuito de medicamentos.
- Transporte de pacientes.
- Salud mental.
- Atención nutricional.
- Acciones de saneamiento básico.

Para la ciudad de Bogotá el Plan de Atención Básica (PAB), está dirigido en general, para toda la población de la ciudad. Sin embargo, es necesario que se focalicen los programas hacia los estratos 1 y 2, especialmente se ha de tener en cuenta la población más vulnerable tanto en el ámbito socioeconómico, como epidemiológico, en especial la población desplazada, mujeres cabeza de familia, niños de las escuelas públicas, y personas y mujeres en estado de abandono. Los recientes estudios en materia de salud a la población desplazada, han sido realizados por el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2003) y una iniciativa de la empresa privada "Bogotá como vamos". Los resultados del estudio confirman la carencia de ayuda para la población desplazada proveniente de diversos lugares del país.⁷

En un encuentro, auspiciado por el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2003), se manifestaron irregularidades, respecto a la forma como opera el apoyo que el Estado Colombiano brinda a la población en condición de desplazamiento en el área de salud. En el documento se manifiesta la

⁷ Publicación: "población desplazada en Bogotá: Una responsabilidad de cada uno" un completo estudio sobre la situación de los desplazados internos, en la capital de Colombia. La publicación incluye contribuciones de agencias gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones de desplazados internos que participaron en un foro organizado en Noviembre del año 2003

preocupación por la forma en que los desplazados son incluidos en categorías de población que deben pagar cantidades de dinero así sea sumas pequeñas, por la atención médica. Además del hecho arbitrario por parte de los prestadores del servicio, los registros de nuevos desplazamientos internos, son menores en parte, porque se ha hecho muy difícil para esta población acceder a la ayuda del Estado ACNUR,(2003), noticias sobre los refugiados alrededor del mundo

Fedesarrollo, (2003), por su parte en sus debates de coyuntura social publicó un escrito realizado por Alejandro Gaviria Uribe, en el cual se hace referencia al Plan de desarrollo 2002-2006 y todo lo pertinente a la asistencia social y la política de protección social.

Un informe realizado por la Secretaria de Salud de Bogotá D.C (2002) hace énfasis en la atención en salud en Bogotá de la población desplazada. En dicho informe, se presenta el marco legal para la atención en salud de dicha población; se especifica cuáles son las características del desplazamiento, y se publican al menos índices que confirman a la capital del país como la ciudad receptora de la población desplazada, También se presenta un completo reporte de la gestión estatal y los avances en materia de salud para la población vulnerable (GTD, 2001).⁸

Por último, un informe hecho por la Arquidiócesis de Bogotá y el CODHES (1998), expone un estudio que se llevó a cabo en el municipio de Soacha, en el que se determinó; que no existe en el municipio un plan que atienda el servicio de salud, y que muchas familias han recibido atención de forma esporádica y sin continuidad; otras familias por medio de tramites que llevan a cabo las ONG, y las direcciones de salud local, han sido vinculados al Sisben para situaciones de emergencia, pero este sistema no está diseñado para el cubrimiento de las necesidades de la población desplazada por la

⁸ GTD: Grupo temático de desplazamiento: Informe: Estado de situación del desplazamiento.

violencia PDV, e ignoran el rubro especial que existe para ellos.

En la ciudad de Bogotá al 15 de noviembre del año 2002, la cantidad de familias desplazadas y personas que están incluidas por la Red de Solidaridad como desplazados, era de 11.438 hogares que equivale a 46.2% personas; sin embargo en los últimos años estas cifras se han venido incrementando ya que la ciudad recibe alrededor del 11.3% de la población desplazada del país. La unidad de atención integral a la población desplazada de la Alcaldía Mayor, reportó que para el año 2001 a Bogotá llegaban personas desplazadas de diferentes departamentos del país; de acuerdo al informe del Tolima llegaron el 28.9%, Meta 19.5%, Antioquia 11.8% y en su respectivo orden Cundinamarca, Santander, Caquetá, Bolívar y Chocó. (Red de solidaridad social 2004)

En cuanto a las localidades receptoras de mayor población, desplazada en el 2001 fueron: Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy y Usme; ya que estas localidades están cubiertas por las redes de prestación de servicios de salud sur y sur occidente. Los informes de la red de solidaridad, establecen que la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS) en el año 2001 en la ciudad de Bogotá era de 3.97 cabeza de familia (85% que decían no tener ningún tipo de afiliación; 560 pertenecían al Régimen Subsidiado, y solo 101 decía pertenecer al Régimen Contributivo. (Ibíd)

Esta situación pone en manifiesto la necesidad de reglamentar, la responsabilidad del sistema de seguridad social, en cuanto al aseguramiento previo que tengan las personas desplazadas; para que las obligaciones de prestación del servicio corra por cuenta de las respectivas EPS y ARS por cierto lapso de tiempo. Desde el año de 1996 la población desplazada que ha recibido la ciudad de Bogotá ha crecido progresivamente de 202 hogares en ese año, paso a 2766 en el año 2001, constituyéndose así como la segunda ciudad receptora de población desplazada por la violencia. La situación que afrontan las familias desplazadas se agudizan en mayor proporción, debido a que el 48.9% de estas personas se han registrado, muchas no la hacen por temor, a ser

identificadas, lo cual impide el registro por parte de los hospitales de dicha población en el Plan de Atención Básica (PAB). Los informes realizados por la Red de Solidaridad Social de Bogotá, asegura que en el año 2001 la mayoría de la población desplazada la conformaban: Mujeres en un 32%, seguido de niños y niñas menores de 14 años, en un 45% para un total de 147.2% de población menor de 18 años, la cual debe beneficiarse de programas de salud, que se orienten a la prevención y control de enfermedades de la mujer y la atención materno infantil, así como reforzar, programas de salud sexual y reproductiva. BED Boletín epidemiológico Distrital, Vol. 7. Red de Solidaridad Social (2005). Para concluir con algunas de las cifras más importantes de la problemática desplazamiento en Colombia.

3.6 LA POLITICA PÚBLICA DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN AL DESPLAZAMIENTO INTERNO FORZADO EN COLOMBIA.

Según el (ACNUR, 2002-2004), desde el año de 1997, se han venido presentando cambios importantes en la política pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado por el conflicto armado en Colombia. La atención por parte del Estado, de la situación humanitaria que se vive en el país ha sido tomada en cuenta, y se les reconoce a los desplazados como una colectividad con derechos, a los cuales se les debe brindar seguridad y atención. Para que se avance en materia de política social, y en especial para que La población desplazada goce de una verdadera atención, es necesario que la política refuerce, la prevención, protección y atención al desplazado con base a un enfoque de derechos. Es claro que existe una gran diferencia, entre la normatividad de la actual situación de desplazamiento y el avance y puesta en marcha de esta en el cabal cumplimiento de las disposiciones legales. La constante violación de los derechos humanos de la PDV (Población Desplazada Vulnerable) coloca en entre dicho la eficacia de la política pública.

3.7 LA INTEGRALIDAD DE LA RESPUESTA ESTATAL

Los derechos de las personas desplazadas por la violencia, no se han restablecido plenamente, no se ha dado una respuesta que atienda o ayude a solucionar todas las dimensiones del conflicto. No se han alcanzado los objetivos del SNAIPD (Sistema Nacional de Atención Integral de la Población Desplazada por la Violencia) los cuales son:

- Atender de manera integral a la población desplazada por la violencia en el marco de procesos de restablecimientos y la búsqueda de soluciones duraderas.
- Neutralizar y mitigar los efectos de los procesos y dinámicas de violencia que provocan el desplazamiento.
- Integrar los esfuerzos públicos y privados.
- Garantizar el manejo oportuno y eficiente de todos los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos indispensables” (ACNUR, 2002-2004:26).

La Corte Constitucional ha permitido un acercamiento y participación de la población en condiciones de desplazamiento, con una mayor respuesta de las entidades estatales en materia presupuestal, una presencia más activa de la Defensoría del Pueblo, la Registraduría Nacional y la Procuraduría General de la Nación. Los recursos que se invierten en la PDV aumentaron, el gobierno solicitó al Congreso de la República \$135.600 millones adicionales a la asignación en el año 2004 de \$141.400 millones. Para el año 2005 se presupuestaron \$298.200 millones, se cuenta además con la ayuda que prestaron las entidades departamentales y municipales, destinando recursos específicos para la atención del desplazamiento. Si bien es cierto que es importante la financiación con que se cuenta para enfrentar la actual situación en materia de prevención del desplazamiento; no se han logrado muchos de los objetivos, entre los cuales esta brindar seguridad, a las comunidades que siguen siendo vulnerables.

3.8 LA ATENCIÓN INTEGRAL

Cuando se presenta una situación de desplazamiento, el Estado se comprometerse, en brindarle a la población en estado de desplazamiento, atención integral, mientras estos no cuenten con los recursos necesarios. “La atención integral garantiza los siguientes elementos”:

- Un nivel de vida adecuado, durante la emergencia, la postemergencia, y la estabilización e integración socioeconómica.
- La recuperación de la capacidad de asumir y suplir por cuenta propia, la satisfacción de las necesidades.
- La reconstrucción del proyecto de vida, que implica la reparación integral del daño, producido por el desplazamiento” (ACNUR, 2002-2004:29).

La atención en salud ha tenido diversas restricciones, para la población internamente desplazada, según datos de la RSS, de 1.135.768 personas desplazada registradas entre 1996 y 2004 solo 1.125.914 registran alguna necesidad que no fue atendida y adicional a esto un déficit de 3.389.742 atenciones. La red hospitalaria, no está en capacidad para garantizar la demanda de medicamentos y otros servicios que están incluidos en el plan obligatorio de salud, deteriorando el servicio medico a través de las consultas; sin embargo, el gobierno asignó 100.009 nuevos cupos para que las familias desplazadas a través del Régimen Subsidiado accedieran a la atención medica, de igual forma el Ministerio de la Protección Social, ofreció asignar adicionalmente las que fueran necesarias para cubrir la totalidad de las familias.

El cambio que sufrió el esquema de la atención en salud, implicó limitaciones que repercuten en la población beneficiaria de los programas de salud tales limitaciones son:

- La administración y financiación de los programas en salud para la PDV dirigida por el Ministerio de la Protección Social a través del FOSYGA, es ahora

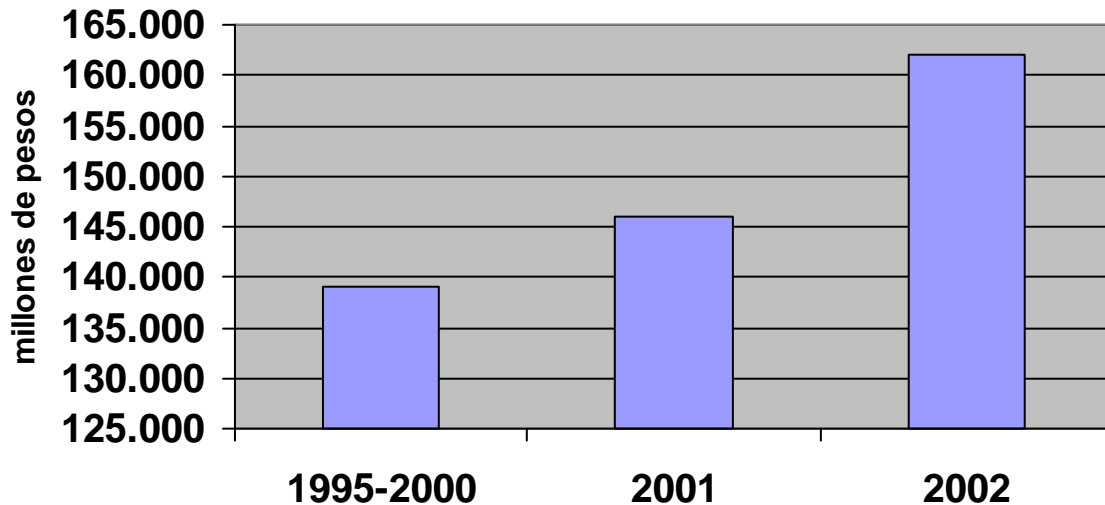
reglamentado por el Régimen Subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, cambia la responsabilidad del nivel central, hacia los departamentos y municipios, estos serán encargados de velar por suplir las necesidades de la población.

3.9 ASIGNACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS

Desde que se inició el fenómeno de desplazamiento, el crecimiento de la población en este estado y sus necesidades han ido aumentando, a un ritmo creciente superior, a los recursos destinados por el gobierno para suplirlas.

Según un balance realizado por el ACNUR para el periodo 1999-2002; La inversión que realizó el Estado entre los años 1995 y 2000 fue de \$139.000 millones (en pesos corrientes, aproximadamente (US \$1.5 millones de 2003) lo cual manifiesta la baja asignación e interés por un flagelo que aunque naciente ha cobrado una dimensión que ha trascendido a través de los años. Ya en el año 2001 se destinaron \$146.000 millones (US \$54 millones de 2003), y en el año 2002 \$ 162.000 millones (US \$ 60 millones de 2003) lo cual es en su totalidad \$ 447.000 millones (US \$ 165.6 millones de 2003) entre 1992-200

Grafico No. 1. Inversion Publica para la Atencion al Desplazamiento Interno Forzado

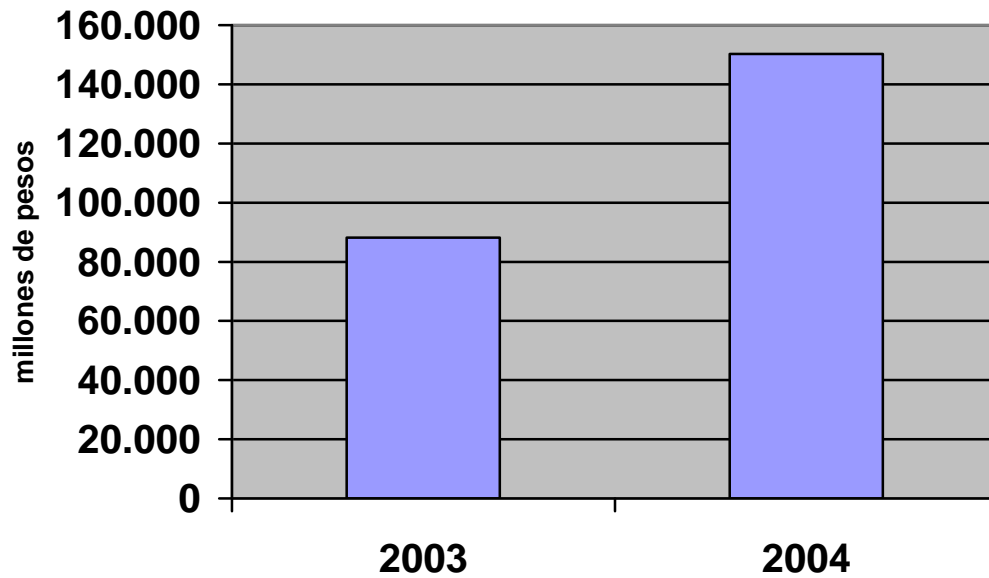


Fuente: ACNUR. "Balance de la política de atención al desplazamiento interno forzado en Colombia 1999-2002" Bogota, Octubre del 2002.

Los resultados de la evaluación realizada por el ACNUR, demostró que el esfuerzo que se realizó en estos años no fue suficiente para satisfacer las crecientes necesidades de la población. En cuanto a la cobertura de atención humanitaria de emergencia aumento a un 43.2% de la demanda registrada en el mismo periodo.

La Red de Solidaridad, estimó que se debería establecer una inversión durante los próximos años de \$ 2.6 billones para la estabilización de la población internamente desplazada, sin incluir el costo de la seguridad física, adquisición de tierras, ni recursos para crédito (ACNUR, 2002-2004:88).

Grafico No. 2. Presupuesto Red de Solidaridad 2003-2004



Fuente: Red de Solidaridad Social: "Informe de empalme", Bogota, julio de 2002.

3.10 MAGNITUD Y DINÁMICA DEL FENÓMENO

En la medición del fenómeno del desplazamiento, existen dos sistemas principales:

- Uno que se encarga de mantener la información, actualizada de la población que está siendo atendida y la que está pendiente por atender, el seguimiento a los servicios que el gobierno le presta a la población vulnerable.
- La RSS (Red de Solidaridad Social) implemento el SUR (Sistema Unico de Registro) en el cual las personas, los hogares, se inscriben para acreditar su condición de persona desplazada.
- Este sistema de información, presenta inconsistencias al momento de arrojar las cifras del desplazamiento, hay discrepancia con la información que se entrego en el informe al congreso de la república en el 2004.

Cuadro 7 Personas Desplazadas, Según Reportes RSS

AÑO	información Congreso	Reportado ag. 3 de 2004	Reportado sep. 20 de 2004	Reportado oct. 7 de 2004	Reportado nov. 8 de 2004
2000	267.814	339.845	328.151	329.969	329.974
2001	332.191	371.191	371.299	373.531	373.592
2002	380.158	411.894	411.970	422.229	422.750
2003	187573	213.697	211.834	219.361	219.423
2004	0	72.072	79.855	85.660	86.048

FUENTE: RSS-SUR

Un segundo instrumento utilizado es el sistema de información sobre desplazamiento forzado y derechos humanos en Colombia (SISDES) implementado por el CODHES, que a través de tres estrategias principales obtiene la información sobre población desplazada en Colombia. Monitoreo de fuentes secundarias:

1. La verificación de los estimativos se hace con autoridades locales (gubernaciones, alcaldías), organismos de control (procuraduría, defensorías) autoridades eclesiásticas, ONG.
2. Información suministrada por hogares en condición de desplazamiento.

3.11 PERSONAS EN CONDICIONES DE DESPLAZAMIENTO FORZADO

Según la Ley 387 de 1997, se tiene la condición de persona desplazada temporalmente, y cesa cuando se logra la consolidación y estabilización socioeconómica; Sin embargo, con esta Ley no se establece, cual será el tiempo máximo de la atención que el Estado debe ofrecer; ya que no se puede dejar de proporcionar atención a la población desplazada

aunque haya transcurrido un periodo de tiempo. Es necesario que convierta en beneficiario de los programas de atención, humanitaria, de emergencia y estabilización socioeconómica, condición necesaria, para ser excluido del registro estatal. Para el CODHES, el número de desplazados, según lo referencia sus estadísticas desde 1985 y a junio 30 de 2004 la cantidad ascendía a 3.252.806 personas y para la RSS desde 1994 son 1.253.784 personas desplazadas. Poder cuantificar el tiempo que una familia en condición de desplazamiento logre la estabilización socioeconómica, resulta difícil, ya que para que las personas puedan acceder a los programas sociales, deben registrarse ante la RSS y cumplir con los trámites necesarios para acreditar su condición de desplazado, y obtener la ayuda. Se puede considerar que la condición de desplazado no termina antes de cuatro años. (Red de Solidaridad Social, 2003).

Cuadro 8. Población en condición de Desplazamiento

Año	Número de Personas	Número de Hogares
2000	168.400	33.680
2001	406.173	81.235
2002	483.021	96.604
2003	216.854	43.371
2004	124.794	24.959
TOTAL	1.399.242	279.849

Fuente: cifras Red de la Solidaridad Social 2003

4. IMPACTOS SOCIALES CAUSADOS POR EL DESPLAZAMIENTO Y SUS EFECTOS EN LA COBERTURA EN SALUD

El Gobierno busca a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los habitantes y residentes en Colombia. De acuerdo a esto según datos proporcionados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al ACNUR, en el año 2004, se ampliaron los cupos para la afiliación al SISBEN de 104.000 personas, los reportes estiman que 80.434 personas fueron inscritas en la respectiva Institución Prestadora de Salud (IPS); en la cuenta de eventos catastróficos (ECAT) del FOSYGA, se distribuyeron \$21.300 millones para cubrir la atención de la población desplazada, afirmándose de esta manera que se garantizara la cobertura de los servicios de salud al 100% de la población desplazada. Sin embargo, si bien el cubrimiento a toda la población en condición de desplazamiento, hace parte de la política propuesta, y todos los mecanismos encaminados a la realización de este objetivo son positivos, en la realidad, los problemas que tienen la población al acceder a los servicios de salud son realmente serios.

Según La ACNUR determina como una posible causa, de que en la practica no se cumpla el objetivo de alcanzar una cobertura del 100% en salud, la responsabiliza a deficiencia en los esquemas de seguimiento y control, por parte del gobierno; es necesario que se fortalezca y se pongan en marcha, los sistemas de información, en donde se prioricé, la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades, es evidente que se debe mejorar los indicadores específicos que muestren:

- La evolución de la cobertura
- El logro de las metas fijadas
- Los impactos que estas generan en la población, nivel de bienestar
- Los datos de la población deben ser discriminados por sexo, edad, si pertenece a un grupo étnico

- Los resultados de la gestión social, verificar si la atención se esta efectuando de forma inmediata
- La orientación de forma oportuna, para valorar el riesgo de enfermar o morir

Cuadro 9. Parámetros de Evaluación

Contenido del Derecho	Parámetro de Evaluación
<p>Urgente e indispensable para preservar la vida, y la integridad de la persona, ante situaciones de enfermedad o heridas que los amenace directamente. Pr. 19-1</p>	<p>Existen programas para garantizar que cualquier persona, desplazada, cuando requiere atención urgente, e indispensable, para preservar su vida y su integridad sea atendido.</p>
<p>Todo niño menor de un año, que no este cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita, en todas las instituciones de salud, que reciban aportes del Estado Art. 50 C.P.</p>	<p>Atención garantizada para menores de un año, con instrucciones específicas, en tal sentido a los funcionarios competentes.</p>
<p>Se prestara especial atención a las necesidades sanitarias, de las mujeres incluido su acceso, a servicios de atención medica, en particular los servicios de salud reproductiva. P.r 19-1.</p>	<p>Atención en salud sexual y reproducción de las mujeres.</p>
<p>Asesoramiento adecuado a victimas de abuso sexual, y otra índole, se prestara a si mismo, especial atención a la prevención de enfermedades contagiosas e infecciosas incluido el SIDA P.R 19-1/2</p>	<p>Existen programas, de prevención de enfermedades infectocontagiosas, y de transmisión sexual (que incluye prevención del VIH, y de la violencia sexual) con el diseño y aplicación de protocolos de atención para estos casos.</p>

Fuente: ACNUR ,2005 en respuesta a la corte constitucional

Según el ACNUR, La población, desplazada se encuentra incluida, dentro de la población vulnerable del país, para el sector de la salud, no existen diferencia, a la hora de ejecutar, la asignación. Según el Ministerio de la Protección Social, la diferenciación de la población no está contemplada dentro de la nueva estructura ministerial, y esta es atendida como población vulnerable y pobre; por esta razón, la información que suministra el sector es insuficiente, y no exacta, al momento de presentar resultados, que no tienen la solidez para

medir la verdadera situación en que se encuentra la PDV. Aunque los avances por parte del gobierno, han sido altamente positivos, y lleno de buenas intenciones, que han logrado mitigar en parte la crisis que afrontan los desplazados, en realidad se deben aumentar los esfuerzos en la ampliación de la cobertura del Régimen Subsidiado, que aseguren condiciones optimas de atención, de acuerdo a las necesidades particulares de la población. Según el informe entregado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) a la Corte Constitucional el día 14 de Mayo de 2005, los recursos que se asignaron, fueron insuficientes para atender el 79.6% de la demanda, se debía asignar \$75.000 millones de pesos. La información recibida, no permitía, determinar el número de familias que sería atendidas, con la cantidad de recursos asignados, que porcentaje de dicha población tiene acceso al sistema de salud, que ocurre con aquellos que no están en el sistema, a que personas se les asignan cupos, para la afiliación al Régimen Subsidiado, y cuantos quedan por fuera de esta cobertura, cuales son los mecanismos adoptados para incluirlos en el sistema.

Según Carlos Vicente de Roux, juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, uno de los problemas graves y urgentes por resolver, es el del subregistro, los datos de la Cruz Roja Internacional, es que muestran que este se encuentra en el 10%, para el CODHES en el 30%. Para Roux, el subregistro se da como consecuencia de los estímulos económicos propuestos por el gobierno, y en muchos casos, se hacen beneficiarios de estas personas que no son desplazadas, el problema se agudiza cuando no existe un registro de salida, no se puede asegurar cuantas personas ya han trascendido la fase de estabilización.

El costo de la puesta en marcha del Plan Nacional de Atención a la Población Desplazada, en el año 2003 según Jorge Rojas del CODHES, ha sido de \$21.000 millones, y esta cifra constituye solo la mitad del presupuesto de inversión, de la Red de Solidaridad Social para ese año \$36.000 millones de pesos, el resto del presupuesto se destino a indemnizar victimas de la violencia. En la actualidad no es posible conocer cifras de los recursos que se gastan en ayuda de la población desplazada, entre la ayuda internacional, lo que destina el Estado, el sector privado, y las ONG, se calcula que se gasta mucho más de lo

contabilizado. Uno de los mayores problemas en materia de salud, que afecta a la población, es la no entrega de medicamentos. Especialmente en la ciudad de Bogotá, se han interpuesto acciones de tutela, para asegurar el derecho a la salud, y es a través de este instrumento legal, que se ha hecho posible el cumplimiento del suministro del medicamento; es importante fortalecer la red hospitalaria, para que garanticen los servicios de salud a los usuarios, cabe anotar que no se le esta otorgando, la adecuada atención a la población infantil menor de un año, las acciones están encaminadas a la ampliación de la afiliación al Régimen Subsidiado, por parte del Ministerio de la Protección Social, si bien estas acciones son necesarias, no se deben descuidar componentes del plan como la ayuda psicosocial, nutricional y de saneamiento básico, es necesario tener en cuenta las necesidades sanitarias de la mujer, y el asesoramiento a las victimas de abusos sexuales, es urgente despertar en la población y en las instituciones de salud, un interés por la promoción y prevención de las enfermedades contagiosas como el VIH/SIDA, particularmente en la población joven.

4.1 IMPACTO SOCIAL

Una de las características más graves de la destrucción del tejido social, en la población desplazada son los problemas económicos, culturales, ambientales, individuales y familiares. De igual forma la poca accesibilidad a los recursos que entrega el Estado esta convirtiendo este fenómeno en una inmensa olla express, que cualquier día explotara con su respectivo impacto social, de acuerdo a esto se pudo determinar los siguientes elementos:

- Se observa que los elementos teóricos de las nociones de desplazados, así como de salud y enfermedad son compartidos. Que todos los componentes de salud enfermedad se encuentran en la noción de desplazados. Desde el punto de vista, puede inferirse que el fenómeno del desplazamiento afecta directamente la salud y la enfermedad de la población.

- En cuanto al impacto del desplazamiento en la salud, se deduce que la salud es alterada significativamente, en la medida en que se afecten las condiciones económicas, culturales, ambientales, individuales y familiares.
- La forma de vida de la población desplazada es contundente, se observa condiciones de hacinamiento, mendicidad y angustia. De igual forma es real la apatía, el rechazo y la insolidaridad de los grupos receptores para con la población desplazada.
- Es notorio que los indicadores de salud institucionales son dados a partir del perfil de morbilidad, los cuales muestran las alteraciones físicas o funcionales de corto plazo y desconocen las alteraciones mentales, psicológicas y sociales de corto, mediano y largo plazo
- La estabilidad psicológica y social de la futura vida de los niños y jóvenes desplazados (que son el grupo más grande de la población desplazada puede ser de magnitudes impredecibles.
- Las entidades de salud pública del orden nacional, departamental y local, deben asumir la responsabilidad que les competen en este tipo de problemática,
- Las actuales condiciones del país con respecto a la violencia que se agudiza por el conflicto entre los sectores armados y que afecta a la población civil, ha venido teniendo su respuesta en las ciudades, capitales municipales o poblaciones con un número relativamente grande de población desplazada, especialmente de menores de 12 años de edad quienes se encuentran en proceso de crecimiento y desarrollo. Las principales necesidades que posee esta población desplazada están estrechamente relacionadas con la demanda de derechos económicos, sociales, culturales y de bienestar físico y emocional. Se evidencia en los formularios diligenciados que las necesidades más sentidas por la población desplazada son la inseguridad en la consecución del sustento diario, el trabajo, el acceso a la educación y los servicios

de salud, y dado que si la persona no posee una fuente de ingresos, difícilmente podrá garantizar un nivel de vida adecuado para su familia.⁹

- Debido a las consecuencias del conflicto armado en Colombia, y a las confusas soluciones sociales, políticas, económicos y culturales que brinda el gobierno, se desea sensibilizar a la población civil para que se comprometa a generar propuestas que eleven la dignidad de esta población afectada, que protejan su integridad física y psicológica, y que contribuyan a liderar sus proyectos de vida y su libertad. Es por esto que se propone la creación de hogares o instituciones encargadas de la población infantil desplazada, que satisfaga sus necesidades básicas de alimentación, educación, recreación, salud y prevención de la enfermedad.

4.2 OTROS ELEMENTOS DE LA POLITICA Y EL ENTORNO SOCIAL DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA

Dentro de la problemática de desplazamiento que afecta hoy en día a Colombia existen, otros elementos importantes que tendremos en cuenta dentro de un análisis más integral de la problemática de desplazamiento, y como afecta a su entorno y que políticas han implementado el gobierno.

Garantías: Demandar del Gobierno Nacional plenas garantías para el trabajo de las organizaciones de derechos humanos, agentes humanitarios y, en general, de las organizaciones sociales y universidades a través de los consultorios jurídicos en Colombia. Este panorama aconseja el acompañamiento internacional de estos movimientos y organizaciones sociales, la exigencia de garantías al Estado colombiano y la exigencia de respeto al derecho internacional humanitario a todos los actores armados. En este sentido las propuestas gubernamentales de eliminar la Defensoría del Pueblo y las personerías municipales van en contravía de la necesidad de construir una presencia del Estado para garantizar los derechos y no solamente para hacer la guerra (ACNUR, 2004).

⁹ El impacto biopsicosocial del desplazamiento forzado en una población universidad del norte 2003

Fronteras: Convocar una Conferencia Andina sobre la crisis humanitaria como mecanismo que permita construir un enfoque y una estrategia para garantizar los derechos de desplazados y refugiados protegidos por las legislaciones nacionales y las convenciones internacionales. Este mecanismo debe integrar gobiernos, sociedades locales y comunidad internacional. El impacto transfronterizo de los conflictos internos se proyecta en función de la expansión territorial interna del conflicto y en cierto modo se torna inevitable en la agenda de los países vecinos por lo cual es preciso adoptar una estrategia común de respuesta a sus consecuencias.

Regiones: Promover nuevas formas de acción humanitaria desde las regiones. Se trata de nuevas configuraciones que responden a la especificidad de cada región y que demandan nuevas formas de acción en las regiones frente a la crisis humanitaria que revelan diferentes informes de derechos humanos. Promover proyectos productivos concertados con la comunidad de desplazados con miras a resolver su problemática económica y reinsertarlos a su lugar de origen, reduciendo la inequidad.

Conflicto Armado y expansión de la crisis humanitaria: Respaldar todos los esfuerzos que conduzcan al desarrollo progresivo de acuerdos humanitarios, que permitan excluir la población civil de la guerra y ante todo que permitan reconstruir la confianza de la sociedad y de las partes en conflicto para crear nuevas experiencias de dialogo y reconciliación nacional.

Grupos étnicos: Diseñar políticas públicas orientadas a garantizar los derechos de estas comunidades desde una perspectiva de ciudadanía democrática cultural. Los cambios en la espacialidad del conflicto armado, así como el desarrollo de proyectos económicos estratégicos, presionan cada vez más los territorios indígenas, amenazando la tradicional autonomía cultural de las comunidades y en general sus derechos. Estas comunidades han mostrado una mayor resistencia al desplazamiento precisamente por el profundo arraigo cultural y territorial que los caracteriza.

Política pública: Crear un mecanismo de evaluación de la política del Estado sobre desplazamiento forzado con la participación del gobierno, entidades del Estado, universidades a través de sus consultorios jurídicos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones desplazados, organizaciones sociales y el sistema de Naciones Unidas.

El fenómeno del desplazamiento desde el punto de vista de la política:

La Política Pública en este tema debe tener en cuenta Los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos que hacen referencia a la protección especial de ataque u otros actos de violencia, en particular, ataques directos e indiscriminados, la privación de alimentos como medio de combate, su utilización como escudos de ataques contra objetivos militares o ser víctimas de las minas antipersonal. Es claro en señalar las responsabilidades del Estado de establecer, coordinar y proporcionar los medios que permitan el regreso voluntario, seguro y digno de los desplazados¹⁰ internos a su hogar o su lugar de residencia habitual, o su reasentamiento voluntario en otro lugar del país.

La Sociedad Colombiana tiene el compromiso ético de la solidaridad con los miles de colombianos(as) afectados(as) por la guerra. Es necesario insistir en la realización de acuerdos humanitarios con el potencial suficiente para proteger la población civil y reconstruir las confianzas en los caminos de la paz. El tema de atención a la población desplazada debe estar presente en todas las políticas públicas sectoriales, entre otras, considerarla dentro de las políticas trazadas para el sector agrario y el de desarrollo económico. A manera de ejemplo, tenerla en cuenta dentro de las cadenas productivas impulsadas por los ministerios correspondientes a estos dos sectores, para que la población desplazada sea parte integral de proyectos productivos.

¹⁰ Comisión de Derechos Humanos Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, ECOSOC N.Y. 1998

Apoyo Integral a la población desplazada

Teniendo en cuenta sus responsabilidades misionales, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional desarrolla el Programa de Atención a la Población Desplazada, de acuerdo con lo contemplado en la Ley 387 de 1.997, reglamentada por el decreto 2569 del 12 de diciembre de 2.000. Mediante este Programa, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, en coordinación con las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, ofrece atención integral y soluciones duraderas a la población desplazada, con un enfoque humanitario basado en la dignidad y la restitución de los derechos de los hogares desplazados y buscando la integración social y económica de los hogares desplazados en los lugares de origen, o en los lugares de reubicación. El programa se desarrolla bajo los parámetros operativos, procedimentales, y jurídicos planteados por el Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, ejecutando acciones directas propias de la órbita de competencias de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, acciones complementarias y de apoyo en ocasiones y ejerciendo su rol de coordinador del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada- SNAIPD.

5. CONCLUSIONES.

Los recursos que se destinan al sector de la salud, han sido últimamente objeto de estudio por parte de investigadores y de personas comprometidas con el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos. Si bien es cierto, que para ofrecer una mayor eficiencia en la distribución de estos recursos hacia la sociedad, se debe tener en cuenta que el direccionamiento de estos recursos debe ser optimo para todos los sectores de la economía contribuyendo así a la maximización del bienestar de la población. Podríamos decir que la productividad está ligada al componente de la salud, está demostrado que individuos, sanos reflejan en su actividad laboral mayor rendimiento, y menos días de incapacidad.

La economía se ha interesado cada vez más en el estudio y más aun por la forma en que los recursos que se destinan, al sector de la salud, sean distribuidos de forma eficiente; teniendo en cuenta que los avances científicos y tecnológicos han hecho un aporte valioso a la ciencia médica, contribuyendo a su continua evolución, de tal forma que el mejoramiento en la salud sea cada vez mayor, Por esta razón los sistemas de salud se han fortalecido cobrando un alto grado de importancia. Pese al avance, que el Estado ha alcanzado en materia de salud, aun la población desplazada se encuentra vulnerable, frente a las falencias, e inconsistencias que sufren al momento de recibir la atención prioritaria. Muchas de las personas desplazadas, aun son discriminadas por su condición, están sometidas a restricciones de tipo económico, al momento de acceder al servicio; el carácter de urgente y prioritario que adquiere la atención, en la mayoría de los casos no se cumple, violándose de tal forma el derecho constitucional de accesibilidad a la salud.

Las entidades encargadas de velar por la ejecución de los programas y proyectos focalizados a la PDV, presentan una serie de limitaciones, que obstaculizan, el seguimiento, y la evaluación que se le quiere dar a estas políticas. Por tal razón medir el impacto, y el desempeño, real de la política nacional, no es sencillo, ya que la información que se requiere para el estudio, no es suficiente, y no esta disponible, para así corroborar la

eficacia, y si en verdad, la cobertura real en salud, con cifras, que en principio son aproximaciones, debido a la gravedad del problema, se entiende que muchas personas, no van a la red de solidaridad, no se inscriben, lo hacen en lugares que para ellos son más confiables, ya por esta razón se niegan la posibilidad de recibir la ayuda de emergencia, las cifras reportadas por el SUR, no determinan la cantidad de personas, cubiertas por el sistema de salud, solo son datos de población que se ubica en la ciudad de Bogotá. Según la red de solidaridad social

Es importante resaltar, que los esfuerzos y recursos orientados a la población desplazada, proveniente del Estado y del los organismos internacionales, han beneficiado a gran parte de la población desplazada, es necesario realizar más esfuerzos, en la protección hacia la mujer, la prostitución, y las necesidades sanitarias de la mujer, las comunidades indígenas, y las etnias minoritarias, las cuales se encuentran en total desprotección, no se puede olvidar que el objetivo principal de la política es prevenir el desplazamiento, y asegurarle a la población condiciones de vida digna, y la plena satisfacción de sus necesidades básicas.

BIBLIOGRAFIA

ACNUR (2003): "*Población desplazada en Bogotá: una responsabilidad de cada uno*", "*Bogotá como vamos*".

ACNUR (2003): "*Noticias sobre refugiados alrededor del mundo*".

_____. Documento CONPES 2804 de 1995.

_____. Documento CONPES 2924 de 1997.

Banco de Datos de Derechos Humanos y Violencia Política. *Panorama desolador. Noche y niebla en la coyuntura*. Enero-marzo, 1999; 11-30.

Boletín de la Consultaría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Numero 44, Bogota, Colombia, 28 de abril de 2003.

Contraloría General de la República: La política pública sobre desplazamiento forzado en Colombia. (2003).

Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. *Niños desplazados por la violencia: Rostros inocentes de una tragedia acumulada*. CODEES, 1995.

CODHES (1998): "*Desplazados huellas de nunca borrar*" casos de Bogotá y Soacha. *Arquidiócesis de Bogotá*, junio de 1999.

GARAY SALAMANCA, Luis Jorge. Colombia entre la exclusión y el desarrollo: propuestas para la transición al estado social de derecho. Contraloría General de la Nación. Colombia, 2002.

Gaviria Uribe, Alejandro (2003): "*Asistencia y protección social en el plan nacional de desarrollo*" En: *Debates de coyuntura social* FEDESARROLLO N° 15. Junio de

1999.

_____. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).

_____. Constitución política de 1991, Art. 48.

Instituto Nacional de Salud (INS). Bogotá, (EFE)- Colombia. 1997.

Informe de Desarrollo Humano para Colombia 2000. Organización de las Naciones
"La reforma de la seguridad social", En: Revista salud Colombia, Edición N° 73.

Gallego, Juan (2001). *"Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico"*. En: *lecturas de economía, N° 54. Enero-junio de 2001.*

RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. País solidario, País posible. Colombia, Bogotá, 2002.

SECRETARIA DE SALUD (2002): "Atención en salud en Bogotá de la población desplazada por la violencia", En: Boletín epidemiológico Distrital. Vol. 7, N° 4. Semanas 13-16, 24 de marzo de 2002 a 20 de abril 2002.

SECRETARIA DE SALUD (2001): "Estado de situación del desplazamiento". En: Grupo temático de desplazamiento (GTD).

SOSTENIBILIDAD Y REFORMA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD una lectura desde la microeconomía Fernando Ruiz Gómez 2005

MARTINEZ ORTIZ, Astrid. Economía crimen y conflicto. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2001.

Martínez, Coll Juan Carlos (2001). *"economía de la salud" En: la economía de mercado, virtudes e inconvenientes.*

Restrepo, J.H., M. Arango, and L. Casas. 2001. Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social* 1:2.

Stiglitz, Joseph. (1997): Economía del sector público, segunda edición. Antoni Bosch.

Samuelson y Nordhaus (2002): Economía décimo séptima edición, Mc Graw Hill.

Madies, Claudia; Chiavertti, Silvia; Chorny, Marina (2000): "Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud" En: Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J public Health, 2000, Vol. 8, N° 1-2 p. 33-42.

[Http://bvs.ins.mx/componen/svirtual/calidad/ncalidad2asp?ida=708&seccio](http://bvs.ins.mx/componen/svirtual/calidad/ncalidad2asp?ida=708&seccio)

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. Plan estratégico Nacional 2001 2006: "Movilización por la Excelencia". Bogotá, Diciembre del 2002.

Unidas (ONU), Departamento de Planeación Nacional (DNP), Colombia. 2000.

Zea, Rodríguez, y Arango Mónica (2001): "Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: hacia un replanteamiento sobre el consejo nacional de seguridad social en salud en Colombia", II congreso internacional de salud pública: accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud, condición para el bienestar. <http://agustinianos.udea.edu.co/>

http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/discussion_papers.cfm. de Brigard, A. 1999. La libre escogencia en el SGSS. *Revista Hospitalaria* (July-August): 16-20.

Arenas de Mesa Alberto y Guzman Julio (2003) "Política fiscal y protección social: sus vinculos en la experiencia chilena. Naciones Unidas – CEPAL –Unidad de estudios especiales. Serie financiamiento y desarrollo No 136 -julio

Baltagi, Badi, (1985) *Econometric Analysis, of Panel Data*, John Wiley And Sons, Nueva York.

- Berman, Peter y Bossert, Thomas (2000): *A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned?*. Ponencia presentada en el simposio “Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries”. Washington D.C.
- Argandoña Antonio; Gámez Consuelo; Mochón Francisco (1996) *Macroeconomía Avanzada I*. Madrid. Editorial Mc Graw Hill
- Clavijo Sergio (2002) Monto del “impuesto impuro” en la seguridad social colombiana. Borradores de Economía No. 219. Banco de la República – Subgerencia de Estudios Económicos.
- Dickey, D.A. y Fuller, W.A. (1979): “Distribution of the Estimates for Autorregressive Time Series with Unit Root”. *Journal of the American Statistical Association*, No.74.
- Ferreras, Fidel (2001) Artículo: Adaptar la seguridad social a las nuevas situaciones sociales: el ejemplo Alemania, - Madrid-
- Forero, María (1994) Seguridad Social – derecho fundamental y base para el bien común. Artículo “Administrar con justicia” – Fundación Konrad Adenauer.
- Gujarati Damodar (2004) *Econometría cuarta edición-* Mexico edit Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hsiao Cheng (2003) *Análisis of Panel Date – second edition*, printed in the United Kingdom at the University Press, Cambridge -
- Mecle Elina (2002) Pobreza, desigualdad social y ciudadanía – Los límites de las políticas sociales en América Latina – *Artículo “Los derechos sociales en la Constitución Argentina y su vinculación con las políticas sociales”*. Editado por el consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO Buenos Aires. Compiladora Alicia Ziccardi
- Mendizábal Gabriela (2003) Estudio comparativo de los sistemas de seguridad social con tradición bismarckiana y de tipo berveridgiano, al ejemplo de dos países: Austria y México. Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados. México
- Martínez de Pisón José (1998) *Políticas de Bienestar – Un estudio sobre los derechos sociales*: Universidad de la Rioja, Zaragoza. Edit tecnos.
- Mesa-Lago Carmelo (1990) “Aspectos económico-financieros de la seguridad social en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y alternativas para el año dos

mil”. En Memoria del II congreso interamericano, jurídico de la seguridad social. Montevideo,

Meza Carlos, (2003) El impacto de la evasión y elusión a nivel nacional y en la región Bogotá. Impresa por la Universidad de los Andes CIDER- mayo

Meza Carlos – López Guerly (2004) Incidencias del mercado de competencia regulada en el servicio de salud en Colombia. -una aproximación desde modelos econométricos dinámicos en la relación afiliación – tasa de ocupación diez años- Universidad Santo Tomas octubre

Meza Carlos – Isaza Jairo (2004) La competencia regulada en el régimen contributivo de salud en Colombia – Una aproximación desde el modelo dinámico de Vectores Autorregresivos VAR en la relación empleo-afiliación 1994-2003. Universidad de la Salle-noviembre

Miegel Meinhard (2004) La organización de la seguridad social en sociedades avanzadas . Documentos CEDE No 32, septiembre de 2004.

Novales Alfonso. (1993) Econometría. Segunda edición, Editorial Mc GrawHill, España, 1993.

Peña Saul (1993) Seguridad Social – derecho fundamental y base para el bien común. Artículo: “Justicia y Paz Social”

Raczynki Dagmar (1999) Pobreza y desigualdad en América Latina – La crisis de los viejos modelos de protección social en América Latina Edi Paidos. Compiladores: Victor E Tokman y Guillermo O’Donell.

Rangel Alejandra. (2004). Restricciones al comercio del servicio de salud. Departamento Nacional de Planeación – Archivos de Economía- documento 267 septiembre.

Saldain Rodolfo (2004) Las reformas de los sistemas de seguridad social en iberoamerica. Tomado de Internet. http://www.fintereramericana.org/sisprevi/documentos/sist_prev_2.htm. Sistemas de Previsión Hoy. Pa 1-18 (09/10/2004)

Pindyck Robert, Rubinfeld Daniel. (1995) Microeconomía. Cuarta edición, Editorial Prentice Hall, España.

Organización Internacional del Trabajo OIT (2004). Un reto universal: seguridad social para el mundo. Revista de trabajo No 49. Artículo en línea. <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazibe/49/socialsec.htm>

Stiglitz, Joseph. (2003) *La Economía del Sector Público*, tercera edición, Barcelona. Antoni Bosh editores

Varian, Hal (2003) *Microeconomía Intermedia*. Cuarta Edición. Barcelona. Antoni Bosh Editores

Williamson, John (1990): *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* Washington DC, Institute for International Economics.

Williamson, John (1993): "Democracy and the "Washington Consensus"". *World Development*, Vol. 21, No.8. Great Britain, 1329-1336.