

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCION	
2. COOPERACION INTERNACIONAL EN COLOMBIA Y EL SECTOR SALUD.....	
2.1 MARCO LEGAL PARA LA COOPERACIÓN NO REEMBOLSABLE EN EL MINISTERIO DE SALUD.....	
2.1.1 <i>Cooperación Oficial</i>	
2.1.2 <i>Cooperación No Oficial:</i>	
2.2 ASISTENCIA HUMANITARIA.....	
2.2.1 <i>Marco de Referencia Para Estrategias de Asistencia Humanitaria</i>	
2.2.1.1 En el Caso de la Protección.....	
2.2.1.2 En el Caso de Mitigación	
2.2.1.3 En El Caso De Proyectos De Desarrollo	
2.3 LA SEGURIDAD SOCIAL COMO MARCO PARA LA GESTIÓN DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD	
3. LA EXPERIENCIA DE ASISTENCIA HUMANITARIA EN SALUD EN COLOMBIA	
3.1 IMPACTO DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA EN COLOMBIA	
3.1.1 <i>Agencias Multilaterales</i>	
3.1.1.1 Organización Panamericana de la Salud	
3.1.1.2 Unión Europea	
3.1.2 <i>Agencias Bilaterales</i>	
3.1.3 <i>Organizaciones No Gubernamentales</i>	
3.2. ANÁLISIS POLÍTICA DE COOPERACIÓN HUMANITARIA EN SALUD	
4.RECOMENDACIONES	
4.1. POLITICAS DE ASISTENCIA HUMANITARIA.....	
4.2 ESTRATEGIAS DE COOPERACIÓN HUMANITARIA	
4.3 ESCENARIOS DE LA COOPERACIÓN HUMANITARIA.....	
4.4 PROTOCOLOS DE SALUD ENLACE DE PAZ EN NEGOCIACIÓN DE SALUD	
REFERENCIAS	

ASISTENCIA HUMANITARIA EN SALUD

1. INTRODUCCION

Los objetivos de la asistencia técnica se han transformado de la década de los 60, de una perspectiva de transferencia de recursos y conocimiento que impulsaba la capacidad productiva de los países receptores a una perspectiva de cooperación técnica mediante transferencia tecnológica, para eliminar la pobreza, impulsar la capacidad institucional y humana necesaria para estimular los cambios estructurales y los procesos de desarrollo económico, político, social y cultural en la década del 70 y el 80. Lo anterior traslado el concepto de la cooperación de insumos al de la cooperación programática.

Estos cambios han obedecido, a razones macropolíticas debido a los cambios de reforma del estado en los últimos años y su impacto en las nuevas relaciones entre diversos actores, como el Estado, sector privado y sociedad civil, así como a razones operativas, por ejemplo el hecho de que solo un porcentaje de los recursos financieros llegaban a los niveles locales donde realmente se requerían en los proyectos de desarrollo.

La cooperación se desarrolla a través de modalidades de: (I) asistencia técnica directa, a través de expertos. (II) Capacitación, mediante becas internacionales y nacionales, incluyendo las pasantías y visitas de observación. (III) La movilización de recursos, nacionales e internacionales y canjes de deuda, ambiental o cultural. (IV) Intercambio y la difusión de información. (V) El suministro de equipos y en general insumos esenciales para el desarrollo de los proyectos. (VI) Ayuda de emergencia y desastres, ayuda alimentaria, asistencia financiera y donaciones.

Por su parte la asistencia humanitaria implementada en las catástrofes naturales y antrópicas permanece bajo la línea de donaciones con acciones de mitigación y de protección de la salud durante el conflicto y de rehabilitación en el periodo de la repatriación. El objetivo, garantizar el derecho humano a adecuados estándares de calidad de vida dentro de los estándares mínimos humanitarios para servicios de salud, agua, saneamiento, nutrición, vestido y albergue.

En la prestación de servicios humanitarios de salud en desastres antrópicos (Guerras civiles o internacionales), las víctimas o refugiados (que migran a través de las fronteras), obtienen un estatus de ciudadanía internacional y esto les permite acceder a servicios de salud, implementados por ONGs o agencias del sistema de Naciones Unidas cuyo mandato es dirigido a los refugiados. En estas poblaciones el personal de salud y las víctimas conservan la capacidad del ejercicio de sus derechos. En el periodo de postconflicto, la asistencia humanitaria ha abierto su rango de acción y realiza proyectos de intervención mixtos - mitigación y desarrollo -

Estas acciones han sido implementadas en países en desarrollo o en vía de desarrollo con un sistema de salud público. La asistencia Humanitaria, autoregula sus intervenciones por un régimen autónomo de principios o “código de conducta” entre las agencias y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs).

El conflicto interno Colombiano, presenta características especiales tanto para las acciones de asistencia humanitaria como para el contexto de las acciones de salud, en la emergencia compleja Colombiana a diferencia de los conflictos tradicionales tiene entre otras las siguientes características:

- La democracia Colombiana en medio del conflicto conserva un nivel alto de gobernabilidad.
- Los actores del conflicto usan la población civil como objetivo militar, lo que configura un problema de desplazamiento y por lo tanto destitución del derecho a la salud.
- El sector cuenta con un Sistema de Seguridad Social en Salud. (SGSS)

En lo referente a la legislación Internacional se carece de un mandato sobre desplazados y tan solo existen Principios y Guías Humanitarios para proteger las garantías de los desplazados.

2. COOPERACION INTERNACIONAL EN COLOMBIA Y EL SECTOR SALUD.

La cooperación internacional, ha evolucionado desde los conceptos de asistencia financiera (subvención o préstamos), asistencia técnica (expertos, becas y equipos) entre gobiernos a conceptos de cooperación técnica y financiera, no solo entre gobiernos sino entre Organismos Internacionales a nivel de países (ONG'S internacionales y sus contrapartes), entre gobiernos y ONGs, entre instituciones académicas o empresas comerciales y con organizaciones públicas.

La Cooperación Técnica ha sido de carácter bipolar: vertical (norte-sur), horizontal (sur sur, norte norte) y triangular (con países intermediarios), las cuales pueden definirse así:

- Cooperación vertical es entendida como un concepto global que comprende las diferentes modalidades de concesión de ayuda, dirigidas hacia los países con menor desarrollo relativo. Puede ser bilateral entre países multilaterales por medio de organismos.

- Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) en similares condiciones, también conocida como “Cooperación Horizontal”.
- Cooperación Triangular, es la cooperación que se da entre un tercer país o a un Organismo Internacional en las actividades de cooperación entre dos países en desarrollo.

La cooperación es reembolsable y no reembolsable. La cooperación reembolsable de carácter multilateral en el Ministerio de Salud actualmente se desarrolla a través de los siguientes proyectos:

- Apoyo a la Reforma de Seguridad Social, y Mejoramiento de Servicios Hospitalarios.
- Desarrollo de Sistemas Municipales.

De carácter bilateral están entre otros:

Para el desarrollo de servicios y dotación Hospitalaria, (Proyecto JICA, Japón y FOCOEX ,España).

Esta cooperación, esta a cargo de la división de crédito interno y externo de la Departamento Nacional de Planeación (DNP) y del Ministerio de Hacienda.

El sector salud ha recibido proyectos de Cooperación Técnica Internacional de carácter reembolsable y no reembolsable. Una variante de la no reembolsable ha sido la asistencia humanitaria la cual se ha incrementado con relación al conflicto Colombiano y se invierte generalmente en asistencia humanitaria.

2.1 Marco Legal para la Cooperación No Reembolsable en el Ministerio de Salud.

El marco legal para la cooperación no reembolsable se establece a través de la siguiente normatividad:

Decreto Extraordinario 2410 de 1989, por el cual la presentación de todo proyecto de cooperación no reembolsable debe hacerse por intermedio de la División Especial de Cooperación Técnica Internacional del Departamento Nacional de Planeación.

Documento CONPES 2768 - DNP -, Bogotá, **22 de marzo de 1995**, Ministerio de Relaciones Exteriores. Política Nacional de Cooperación Internacional no reembolsable

Ley 179 de 1994, en sus artículos 9, 49 y 62 define los requisitos para los aportes del orden nacional.

Ley 318 del 20 de Septiembre de 1996, por la cual se dictan los mecanismos para el manejo de recursos financieros internacionales no reembolsables y se crea la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional ACCI y por la cual se suprime la División Técnica de Cooperación Internacional.

Decretos 2807, 2808 y 2809 del 20 de Noviembre de 1997 por los cuales se reglamentan los estatutos, la estructura interna y la planta de personal de la ACCI y se constituye como coordinador de la Cooperación Técnica y Financiera no reembolsable y condonación de deuda con naturaleza del contenido social o ambiental destinada a entidades públicas.

CONPES 2968 del 26 de Noviembre de 1997, donde se aprueba un nuevo enfoque de Cooperación Internacional hacia cooperaciones de carácter horizontal y triangular con el hecho de que Colombia preste asistencia técnica a otros países de la región, así mismo la búsqueda de recursos en la Comunidad Andina y el Grupo de los Tres (G3) que permita el desarrollo de proyectos de mayor envergadura todo esto gracias a la coordinación de la ACCI la cual ha diseñado metodología de calidad de mecanismos, líneas de cooperación y desarrollo de créditos blandos lo cual generaría una productiva asociación económica dentro de los países donde Colombia aprovecharía la transferencia de tecnología, de recursos de capital y el país donante experimentaría un incremento de sus exportaciones.

2.1.1 Cooperación Oficial

Se habla de fuentes oficiales de cooperaciones bilaterales entre dos países y multilaterales a través de Organismos Internacionales que representan varios países con un mismo interés político, regional o sectorial tales como la Organización de Estados Americanos (OEA), Organización Internacional para las migraciones (OIM) (de gran relevancia para casos de desplazamiento por los proyectos que ha desarrollado en Colombia), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS) y otras Agencias del Sistema de Naciones Unidas. Ellas actúan por mandato o por medio de organismos ejecutores cuando esta garantizado un gobierno legítimo y con capacidad institucional, tal como es el caso de Colombia, a pesar de las condiciones del conflicto.

La Cooperación oficial, no reembolsable de carácter multilateral se ha desarrollado en Colombia por Agencias del Sistema de Naciones Unidas y ONGs con proyectos de atención primaria en salud, en desarrollo agrícola y alimentación en poblaciones indígenas o zonas marginadas.

Esta cooperación esta coordinada por la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional (ACCI) y se desarrolla dentro de las vías diplomáticas establecidas en el Ministerio de Relaciones Exteriores.

2.1.2 Cooperación No Oficial:

Es la que se ofrece de ONGs a ONGs de otros países, a través de una cooperación de carácter privado sin intervención de los gobiernos. En este escenario se desarrolla la asistencia humanitaria de salud en condiciones de desastres naturales, antrópicos o de

emergencias complejas. Se cuentan ONGs de protección del DIH tales como Cruz Roja Internacional y de los Derechos Humanos como Amnistía Internacional. Además ONGs de mitigación o de Desarrollo tales como Médicos sin Fronteras (MSF), Médicos del Mundo (MDM), OXFAM (Oxford Famine Programm o Programa Oxford Contra el Hambre) y otras.

2.2 Asistencia Humanitaria

La intervención de Organismos de asistencia humanitaria de carácter bilateral, multilateral o de ONGs, en los países en conflicto o desastres obedece a organizaciones regionales de intervención con interés de los Donantes sobre áreas temáticas y experiencia previas. En general se hace una misión exploratoria previa en el país en conflicto y luego se realiza la presentación de un proyecto preliminar para ser estudiado por la organización o por los donantes y finalmente por el país receptor.

Después, se perfecciona una carta de presentación al Ministerio de Salud y esta presentación se hace en una forma directa por la Agencia o ONGs o en una forma indirecta a través de los financiadores de los proyectos, como es el caso de la Oficina de la Unión Europea para Evaluación de Proyectos.

El Marco legal, de la asistencia humanitaria, sus regulaciones y disposiciones legales en Colombia dependen del Ministerio de Relaciones Exteriores

A nivel internacional la regulación depende del Código de conducta, una guía de principios de cooperación internacional entre ONG y agencias dirigidas al respeto entre sus mandatos y el tipo de intervenciones que realizan a las poblaciones.

Adicionalmente hay un Código de donación de equipos y suministros entre organizaciones o agencias de asistencia humanitaria en salud, con el ánimo de mantener una respuesta adecuada a las necesidades del evento catastrófico de cada país.

2.2.1 Marco de Referencia Para Estrategias de Asistencia Humanitaria

Fundamentalmente la asistencia humanitaria se realiza con estrategias de protección, mitigación y desarrollo.

2.2.1.1.En el Caso de la Protección

La intervención de agencias internacionales es de carácter de denuncia publica y reservada. En el caso de la protección el interés se basa en vigilar los DDHH y el DIH. En cuanto a la protección de los Derechos a la Salud estas acciones han sido impulsadas fundamentalmente por ONGs de DDHH y la vigilancia a esta protección hace que muchas veces el país sea catalogado públicamente como violador de DDHH.

La falta de voluntad política para implementar lo ordenado por las leyes humanitarias de DDHH y DIH ocasiona grandes problemas con la comunidad internacional. Otras ONGs como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) son las encargadas de investigar las violaciones de DDHH a población civil, a los presos políticos y otras violaciones al DIH bajo un esquema de denuncia no publica lo que a su vez le permite tener un mayor accionar en las zonas de conflicto.

2.2.1.2.En el Caso de Mitigación

Donde los problemas resultantes son la limitación o falta de oportunidad del acceso a la salud, la intervención consiste en proteger los derechos subsidiarios de la salud. En general, la Asistencia Humanitaria en mitigación, como en desarrollo ha estado dirigida hacia el manejo de poblaciones desplazadas por los megaproyectos de desarrollo o a los refugiados de conflictos políticos o étnicos.

Tradicionalmente, se han desarrollado estrategias para la garantía de los derechos individuales fundamentales así como los DDHH de primera generación o políticos-civiles y a los de segunda generación o economicos-sociales-culturales.

En las condiciones de desastres antrópicos estos mandatos de la ley internacional de derechos humanos, de derecho humanitario y de leyes sobre refugiados los seres humanos tienen derecho a la protección de los siguientes derechos fundamentales:

El derecho a la vida (sé prohíben ataques directos como masacres o ejecuciones selectivas, el uso del bloqueo alimentario como arma de guerra u objetivo militar, las minas antipersonales).

El derecho a la dignidad y la integridad física, mental y moral (sé prohíbe actos de terror o violencia, mutilaciones o torturas).

El derecho a la libertad y la libre movilización (sé prohíbe la internación en campamentos, a la limitación de reuniones familiar, a conocer la muerte de familiares). A rendir culto, a la limitación de la movilidad y se debe permitir la movilidad en el país o fuera de el.

El derecho a la identidad, seguridad, trabajo y educación (debe ser reconocido por la ley con documentos civiles, con derecho a la asociación, al empleo, al voto y a la educación).

El derecho a la propiedad privada y su tenencia (se debe respetar la propiedad privada y debe existir la compensación en el caso de pérdida o expropiación ilícita por terceros).

El derecho a adecuados estándares de vida (llamados también derechos subsidiarios de salud tales como servicios salud, albergue, vestido, seguridad alimentaria, saneamiento y agua potable. Todo enfermo o discapacitado tiene derecho a atención medica y a su rehabilitación).

En lo referente a la asistencia humanitaria de salud, tradicionalmente han sido dirigidas a proteger y asistir las necesidades relacionadas con estos derechos subsidiarios y a mantener al menos sus niveles mínimos humanitarios. Esta protección y mitigación han sido desarrolladas por las ONGs intergubernamentales y por las agencias, ante las carencias del país de recepción ya que generalmente estos carecen de la capacidad técnica y económica para hacerlo.

En el caso de los desplazados en condiciones de emergencia compleja, como ha sido definido por Francis Deng -Delegado de la oficina de Naciones Unidas para desplazamiento interno -, **la guía de principios para la asistencia humanitaria** se refiere a que la protección y la mitigación son una obligación primaria del país. Cualquier ayuda internacional no será causa de interferencia por parte de organismos o países y esta ayuda dependerá de la magnitud y de la gravedad de la situación.

En todos los casos el país deberá impedir o prevenir el uso del desplazamiento como arma de guerra o como objeto de persecución por los grandes megaproyectos y en cualquier caso el estado proveerá los marcos legales para la compensación y la acomodación de la población en las zonas de reubicación o de retorno. Además, deberá proveer la protección de los derechos arriba mencionados para desplazados

El marco de esta mitigación, ha sido un país receptor (país huésped o de repatriación) con gobiernos democráticos apenas en desarrollo y con estructuras de servicios de salud debilitadas. Además una población refugiada proveniente de países quizás más pobres que los receptores, debilitada en la red de servicios de salud y con un nivel de salud representando por altas tasas de morbilidad materno infantil, trauma e infecciosas tales como el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), infecciosas de la infancia, y tuberculosis (TBC) etc.

Tradicionalmente la atención ha sido brindada en campamentos de refugiados donde la autonomía es total para las Agencias y ONGs. Estas establecen comunicación con los representantes del gobierno receptor para garantizar la red de servicios, para lo cual generalmente desarrollan una línea de dotación en la infraestructura y en apoyo logístico, así como los insumos medico quirúrgicos.

Se han descrito grandes dificultades por la duplicación de funciones, problemas en el manejo de los sistemas de información, limitación en la movilización, escasez del recurso humano para trabajar en eventos catastróficos complejos pero con suministros y apoyo logístico de gran calidad y con un buen sistema de mantenimiento.

En estos proyectos se ha descrito, que una vez se termina el proceso de mitigación y se abandona la zona, los donantes dejan un proyecto de salud con una reducida sostenibilidad debida al costo de mantenerlo, la ausencia de recurso humano competente y por la poca relación de la población receptora con el diseño y manejo administrativo.

2.2.1.3 En El Caso De Proyectos De Desarrollo

La intervención de la asistencia Humanitaria es orientada hacia la reconstrucción después de las guerras civiles o los conflictos étnicos entre otros.

Una vez acabado este periodo de campos de refugiados y en el evento de periodos de paz y repatriación, agencias y ONGs de mitigación dan paso a otras entidades de desarrollo, encargadas de rehabilitar y reconstruir los servicios de salud del país de origen de los refugiados. Adicionalmente implementan programas de salud no establecidos previamente o restablecen los que existían.

Estos proyectos, requieren rehabilitación estructural de capital físico que supone una gran inversión de infraestructura, así como capacitación y formación del talento humano y para ello se requiere la formación de recursos humano o capacitación del recurso existente en la atención básica (promotores de salud y mejora de los sistemas de información en salud, etc.).

2.3 La Seguridad Social Como Marco Para La Gestión De Cooperación Internacional En Salud

La implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha traído consigo la reforma de las competencias, de los actores, de los roles y de las funciones de las instituciones del sector salud y de las entidades territoriales, las cuales han puesto al descubierto las grandes inequidades financieras del sector y las dificultades gerenciales, técnicas y políticas.

Este nuevo proceso de transformación en la prestación de servicio de la oferta por la demanda, en un esquema de mercado regulado para la salud, se ha iniciado como un proceso no consolidado de la descentralización del sector.

En el nuevo ordenamiento territorial de la Ley 60 de 1993 se evidencia la debilidad de algunos Departamentos y Municipios para adquirir las nuevas responsabilidades y atribuciones donde se requiere acreditar un cierto grado de desarrollo que les permita cumplir en forma autónoma con esas nuevas responsabilidades.

Esta demostrado que los Departamentos y Municipios de las zonas de conflicto tienen, en general, una capacidad limitada para el ejercicio de estas nuevas funciones.

Por ejemplo en los casos del Putumayo, Cauca, Meta, Choco o Córdoba, donde los desequilibrios entre la oferta y la demanda, no han podido realizar aun las transformaciones definidas por la Ley 100 y han requerido aportes de FOSYGA para incrementar las coberturas y el aseguramiento. Adicionalmente cuentan con una red de servicios muy débil que no cubre al 40% de la población y los programas y desarrollo del PAB es muy deficiente en la mayoría de los casos.

Igualmente, el conflicto con enfrentamientos armados se desarrolla en zonas de gran inequidad donde los indicadores de salud publica están por encima de 40 por mil, con enfermedades como malaria, shigella, cólera, con una mortalidad materno infantil alta, con una red de servicios que no alcanza un cubrimiento del 40% y con un nivel de aseguramiento bajo el régimen subsidiado.

Además en la fase de resolución del conflicto muchos factores deben ser analizados y tenidos en cuenta como son la dinámica de expulsión-recepción que hace pensar en acciones de salud de carácter territorial y no de grupos focalizados o vulnerables, ya que esto ahondaría el conflicto de resolución de paz.

3. LA EXPERIENCIA DE ASISTENCIA HUMANITARIA EN SALUD EN COLOMBIA

La Asistencia Humanitaria en salud ha sido prestada en Colombia, con un carácter oficial *bilateral* (Inglaterra, Estados Unidos), *multilateral* (Unión Europea, OEA, Sistema de Naciones Unidas) y *no oficial* por ONG's.

La Cooperación Multilateral se ha realizado a través de ONG'S de Asistencia Humanitaria fundamentalmente Europeas como son: Médicos del Mundo (Francia, España) Médicos sin Fronteras (Francia, Bélgica, España) Acción contra el hambre etc. Sus intervenciones en el área de salud van desde un rango de atención primaria hasta la prestación directa de los servicios médicos.

Los Cooperadores Multilaterales, con una oficina de coordinación en Bruselas, elaboraron en el mes de Noviembre de 1997 una evaluación del proceso del impacto que en el sector salud tenía sus recursos no reembolsables. En esta evaluación se evidenció el desconocimiento que el Ministerio de Salud tenía frente a los alcances de la ayuda, así como el desconocimiento de la Unión Europea del Sistema Nacional de Seguridad Social de Colombia y las regulaciones que en materia de salud se habían dispuesto tanto en recursos financieros como en normas técnicas de implementación del sistema.

Las ONG'S han establecido unas asociaciones con él animo de coordinar acciones sectoriales o territoriales, ejemplo de ello es la Confederación de ONGs Europeas, el perfil de estas ONGs ha sido dirigido hacia el desarrollo de los proyectos directamente en comunidades afectadas por el conflicto, bien sean desplazadas o reubicadas. Las actividades que desarrollan en su gran mayoría se implementan a través de recurso humano nacional con Coordinadores Internacionales, estas establecen una coordinación con las Organizaciones Gubernamentales en la zona. Por su carácter de no oficial, este tipo de cooperación técnica queda por fuera de la regulación directa de la ACCI.

3.1 Impacto De La Asistencia Humanitaria En Colombia

En este numeral se hace una evaluación de la asistencia multilateral, bilateral y de las ONGs que trabajan en Colombia.

3.1.1 Agencias Multilaterales

Evaluaremos las agencias multilaterales de tipo no oficial como la OPS o la UE y ONGs nacionales o internacionales durante los periodos de 1997 a 1998.

3.1.1.1 Organización Panamericana de la Salud

En relación con la inversión financiera para el desplazamiento, la OPS ha gestionado US \$200.000 (doscientos mil dólares) los cuales se han destinado para asesoría técnica nacional

de terreno y en la definición de alternativas para trazar las políticas de desplazamiento y paz. Así mismo esta garantizando la capacitación en emergencias complejas y crisis humanitaria en el ámbito nacional y regional. Su inversión se muestra en el Cuadro No 1

CUADRO No 1
INVERSION EN ASESORIA TECNICA
OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD

Intervenciones	Costo	Logros	Beneficiarios
Asistencia técnica Internacional	\$ 50000	Coordinación de los asesores OPS sistema N.U., difusión	Minsalud SUED ONGs Agencias
Asistencia técnica nacional	\$ 72000	Ampliación de presencia nacional	22 departamentos misión medica 300.000 desplazados
Capacitación	\$ 45000	Ampliación del conocimiento para emergencias complejas y salud	Nivel decisorio, ejecutivo y local
Equipos	\$ 20000		
Otros	\$ 48000		
Total	\$ 235000		

3.1.1.2 Unión Europea

La inversión para los años 1998 y 1999 son cerca de 11 millones de ECUS destinados a asistencia humanitaria y su inversión se muestra en el cuadro No 2:

CUADRO No 2
INVERSION REALIZADA POR LA UNION EUROPEA PARA DESPLAZADOS

ENTIDADES 1998 5 millones de ECU *	Intervenciones	Beneficiarios
MPDL de España (Atlántico, Bolívar)	Asistencia sicosocial;	10000 .
Cruz Roja de España (Atlántico, Santander, Antioquía Bogotá, Caquetá)	Asistencia sicosocial	6000
Cruz Roja Francesa (Sucre, Córdoba)	Asistencia sicosocial y familiar	3500
UNICEF (Córdoba, Antioquía, Chocó, Guaviare, Putumayo, Caquetá)	Asistencia sicosocial	6000
Médicos sin Fronteras de Holanda (Bogotá, Bolívar, Córdoba)	Servicios salud, medicamentos y capacitación	5000
CICR (Bogotá, Antioquía)	Soporte logístico	n, d,
Asociación Navarra Nuevo Futuro (Antioquía)	Seguridad alimentaria	4000
Cáritas de España (Bogotá, Antioquía, Santander)	Seguridad alimentaria	3000
OXFAM (Bogotá, Cauca, Antioquía)	Albergues temporales	6000
Médicos del Mundo de España (Cauca)	Servicios salud, y capacitación	10000

*No se dispone de la información necesaria para evaluar la forma de ejecución de los recursos

Para 1999 la Unión Europea ha gestionado 5,6 millones de ECUs destinados a la atención de 500 mil personas en acciones de seguridad alimentaria para mujeres y niños, servicios de salud, saneamiento, agua, soporte psicosocial postraumático y albergue temporal. Con la información obtenida no se pudo precisar el recurso por ONGs entre las cuales se encuentran: MPDL de España, Cruz Roja de España, Cruz Roja Francesa, UNICEF, CICR, Asociación Navarra Nuevo Futuro de España, OXFAM, Cáritas de Bélgica, Save The Children del Reino Unido Acción contra el Hambre, Diaconía de Suecia, Médicos sin Fronteras de España, Paz y Tercer Mundo de España, Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli de Italia (CISP).

3.1.2 Agencias Bilaterales

Se hizo una revisión de la documentación existente sobre la cooperación en salud para desplazados por parte de las Agencias Bilaterales de los Estados Unidos y Alemania obteniendo los resultados que se muestran en el cuadro No 3:

CUADRO No 3
RECURSOS DE LAS AGENCIAS PARA DESPLAZADOS

1997	INTERVENCIONES	RECURSOS	BENEFICIARIOS
Alemania: GTZ	Desconocida		
USA: USAID	Tanques Plegable	US \$ 25.000,	20000
1998	INTERVENCIONES	RECURSOS	BENEFICIARIOS
USA: USAID	Para Cruz Roja Internacional, de los cuales un porcentaje será para salud e desplazados. Proyecto para donación de equipos. Pendiente de respuesta	US \$ 2 millones	Se desconoce
Otras			.

3.1.3 Organizaciones No Gubernamentales

Las ONGs que han participado en la asistencia humanitaria para el desplazamiento en el área de la salud han sido las que se muestran en el cuadro No 4:

CUADRO No 4
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE HAN PARTICIPADO EN
LA ASISTENCIA HUMANITARIA A DESPLAZADOS

NACIONALES *	INTERVENCIONES	RECURSOS	BENEFICIARIOS
Codhes:	Investigan el papel de las políticas publicas en el desplazamiento, siste-ma de información sobre desplazamiento, monito-reo de territorios para alerta temprana. y sugie-ren y brindan recomen-daciones para diseño de políticas publicas		ONGs Asociación de despla-zados
Secretariado de Pastoral Social:	Desarrolla actividades de capacitación, de atención primaria en salud y apoya con medica-mentos		4800 personas
Comisión De Juristas (legislación salud)	Inicio una unidad de investigación jurídica en salud		
Justicia y Paz	Coordina acciones en salud en las comuni-dades de paz como Turbo y Cacarica		1800 personas
Federación de Atención a Desplazados - Fedes	No se obtuvo información		
CINEP	Investigaciones del conflicto, programas no formales en derechos humanos y acompañami-ento a grupos de des-plazados		
INTERNACIONALES **			
CICR	Protección DIH y DDHH	N.D.	12 DELEGACIONES

* No se dispone de la información necesaria para evaluar la forma de ejecución de las donaciones.

****** Debemos tener en cuenta que la mayoría de las ONG internacionales reciben ayuda bilateral, multilateral o voluntaria independiente

3.2. Análisis Política De Cooperación Humanitaria En Salud

Como se ha descrito anteriormente, la asistencia humanitaria se ha desarrollado en países subdesarrollados donde la ausencia de gobierno debido a la guerra así como de estructuras de gobierno como el Ministerio de Salud, no permite prestación de servicios a la población afectada por el conflicto.

Colombia por el contrario, es un país con una democracia en desarrollo, en un conflicto de emergencia compleja, con el nivel de desarrollo socioeconómico medio y con un sistema de salud de seguridad social que implicaría acciones diferentes de la Asistencia Humanitaria.

Por lo tanto es necesario introducir dentro de las estrategias de mitigación y protección que se desarrollan actualmente en asistencia humanitaria condiciones diferenciales en lo relacionado al tipo de desprotección de los DDHH en emergencias complejas y las que se reciben en el sistema de seguridad social. Esto nos dará el tipo de diferencias para dar la asistencia humanitaria requerida.

Es necesario que se continúen proveyendo acciones de mitigación como es la asistencia humanitaria, en esto Colombia logro por medio de los acuerdos 59 y 85 del C: N:S: S:S proveer los mecanismos de protección y asistencia humanitaria y que están bien definidos en la guía de principios para poblaciones desplazadas.

No obstante, en otras experiencias de desplazamiento y en especial en Colombia, se han observado otros factores, además de la desprotección de los DDHH fundamentales, que generan nuevas necesidades. Estos factores son la ruptura de sus redes sociales, la amenaza continua a su vida y la limitación al acceso a la salud y al ejercicio de esta.

Estos factores o garantías son los que se han querido relacionar con los derechos de tercera generación o derechos de naturaleza colectiva y por ello se hace preciso tener en cuenta la posibilidad de unos nuevos enfoques en protección

Para ello se sugiere transcender los estándares individuales humanitarios del derecho a la salud por el desarrollo de los estándares colectivos humanitarios

En los procesos de desplazamiento el sector salud a nivel territorial es incapaz de responder a la sobrecarga de los servicios y en las negociaciones piden la resolución de dicha incapacidad con el fin de incrementar las coberturas o la extensión de sus redes de servicios. Por lo tanto se requieren acciones de apoyo específico para crear y desarrollar dicha capacidad.

Por lo anterior es necesario en los momentos de alerta de conflicto tener una capacidad para proteger el derecho a la salud y en los conflictos dar una asistencia humanitaria integrada al concepto de seguridad social.

En la consolidación económica se deben tener acciones que permitan la sostenibilidad de los acuerdos de salud y paz, teniendo en cuenta los escenarios de negociación de la paz como son las zonas de despeje, de renunciación, de municipios saludables o comunidades de paz.

Estas acciones deberán formar parte de un esfuerzo conjunto con los Organismos Humanitarios Internacionales dentro de un marco general de cooperación. Además debe estar estratégicamente orientado para dar una respuesta a tales necesidades, desde las condiciones de alerta y conflicto donde producirá su aporte, como también en los casos mitigación y protección donde la reparación será el principal aporte a la paz.

De esta manera la inequidad que se presenta al compararlas con las poblaciones donde no se desarrolla el conflicto, nos llevar a pensar que las acciones tradicionales de Asistencia Humanitaria deben estar orientadas a fortalecer el sistema de seguridad social. Además en la fase de consolidación socioeconómica muchos factores deben ser analizados y tenidos en cuenta como son la dinámica de expulsión-recepción que imposibilita el desarrollo de acciones de Asistencia Humanitaria exclusivamente para los desplazados, reubicados o retornados y se deja a un lado los residentes afectados o los que se quedan.

Los ejes del sistema nacional de seguridad social que requieren desarrollo en las zonas del conflicto podrían ser:

- Servicios de Salud Pública para garantizar el apoyo a los derechos subsidiarios de la salud.
- Protección del derecho colectivo a la salud a través del Plan de Atención Básica (P.A.B.).
- Priorización del desarrollo de los servicios de salud en las zonas de conflicto y en aquellas poblaciones menores de 20.000 habitantes. En estas el punto de equilibrio de afiliación no es costo beneficio para las EPS o IPS y estas requieren de un soporte transitorio de aseguramiento para las personas afectadas por el conflicto.

4.RECOMENDACIONES

Por los análisis anteriores y las características del complejo conflicto colombiano se debe estimar la posibilidad de

4.1. Políticas De Asistencia Humanitaria

Recomendamos modificar la Asistencia Humanitaria con políticas de cooperación humanitaria, en el entendido de que la cooperación humanitaria debería estar guiada por el principio de corresponsabilidad global..

.Esto supondría que además de las estrategias de protección y mitigación se realizaran estrategias de reparación del ejercicio del derecho a la salud en condiciones de conflicto, pensando en la legislación colombiana de la seguridad social .

La cooperación podría desarrollarse en los dos ejes propuestos en el documento de política de salud para la paz:

Garantía en el acceso al derecho individual a los servicios de salud de poblaciones afectadas. Con acciones de protección y mitigación para conservar los Mínimos humanitarios del derecho a la salud.

Protección del disfrute de los derechos fundamentales y asistencia humanitaria o mitigación. Esta cooperación en salud en Colombia, giraría alrededor temático de la seguridad social. Con acciones de garantía en la protección al ejercicio del derecho colectivo a la salud. Reparación, participación en procesos de restitución, compensación, indemnización y garantía de sostenibilidad.

4.2 Estrategias De Cooperación Humanitaria

Una línea técnica estratégica que coordine, comunique, relacione y conozca la gestión de las ONGs. Con un equipo representativo de coordinación permanente dirigido por el Ministerio de Salud Cooperación Internacional y cabezas de ONGs vinculadas a salud y asistencia humanitaria.

Una línea financiera que establezca un fondo común de recursos de cooperación humanitaria para proyectos de salud en la agenda de negociación de la paz. La cual permitiría acciones sostenibles de resolución de los conflictos.

Bonos humanitarios para Salud como enlace para la paz, que permitan que los servicios de salud desarrollen protección DDHH. Y promoción de los derechos de tercera generación, como es la reconstrucción de las redes sociales para salud.

Fondo humanitario de reparación del derecho a la salud, para contribuir en las zonas de resolución de conflictos en una forma sostenida.

Los Bonos y los Fondos serian negociados con las comisiones de paz de cada escenario. Las posibles líneas de servicios de salud que se desarrollarían serian de protección y reparación.

La responsabilidad de ordenación y ejecución del presupuesto estarían a cargo de la comisión de la zona y podrían ser administrados por ONGs y como auditores de parte nacional estarían las asociaciones de desplazados, reubicados, reinsertados entre otros,

4.3 Escenarios De La Cooperación Humanitaria

La cooperación humanitaria se implementaría según el concepto de área afectada, esto es realizando estrategias en los diferentes escenarios y con un compromiso con toda la comunidad. Esto es acciones dirigidas a la población reasentada como un universo sin focalizar en las víctimas con el ánimo de contribuir a generación de redes sociales y procesos de reintegración.

Estas áreas afectadas se ubicarían en los escenarios del conflicto y de paz, tales como:

- **Escenario de alerta: zonas estables** para conflicto armado y con dinámicas de otras violencias, delincuenciales, pobreza, psicoactivas, maltrato entre otras.
- **Escenarios de impacto del conflicto armado: zonas desestabilizadas** por uno de los actores con dominio territorial, zonas de combate sostenido y de desplazamiento-recepción de poblaciones.
- **Escenarios de paz: zonas donde se lleven procesos de resolución de conflictos** (zonas de despeje, comunidades de paz, territorios de paz, fincas de renunciación de desplazados, pactos urbanos de comunas, etc.).

En estos escenarios, las diferentes cooperaciones nacionales o extranjeras trabajarían en una forma sostenible y simultánea con poblaciones desplazadas (víctimas y afectadas).

4.4 Protocolos De Salud Enlace De Paz En Negociación De Salud

Protección

- Programa de soporte municipal al PAB.

- Programa de soporte nacional: para mejoramiento de la tecnología en salud y el desarrollo de los servicios de salud en los entes territoriales
- Programas de educación sanitaria para la paz.

Mitigación

- Sistema información de alertas humanitarias
- Sistema de Información de suministros: para poder regular la recepción, despacho y manejo de la asistencia de suministros humanitarios que esboce el interés, las prioridades, la canalización y el funcionamiento en el manejo de la asistencia. Criterios de recepción de la asistencia, de canalización de la asistencia, utilización de la asistencia, de control sobre la utilización, Tipo de suministros, alimentos, nutrientes, suministros médicos, materiales y equipos para albergue, vestido y efectos personales, equipos de saneamiento y agua potable, tipo de ayuda financiera para apoyar otras acciones.

Reparación

- Respuesta de los fondos humanitarios para recuperación del derecho a la salud en comunidades de paz, Proyectos de reubicación, reinserción despeje, etc.

PROTOCOLOS DE SALUD ENLACE DE PAZ EN NEGOCIACION DE SALUD

	ALERTA	IMPACTO	RESOLUCION
PROTECCION	Proyectos de prevención de las violencias y de las consecuencias del conflicto. Divulgación del DIH y DDHH Sistema de información alerta -acción Proyectos de Municipios Saludables por la Paz	Negociaciones sobre la protección y el respeto de los derechos a las poblaciones atacadas o desplazadas.	Agencias o ONGs verificadoras de los procesos de retorno, de reubicación, de las zonas de despeje y de los municipios de paz.
MITIGACION	Proyectos de alerta de los DIH y DDHH	Asistencia humanitaria con estándares mínimos en periodos refractarios	Asistencia humanitaria con estándares mínimos en periodos refractarios
REPARACION	Sostenibilidad de los BONOS humanitarios para salud como enlace de Paz para proyectos en territorios saludables y para la restitución de las redes sociales. Soporte técnico a los programas del PAB, y a los proyectos de Promoción y Prevención. Transformación de agentes salud en PAB	Exilio y protección de población civil o misión medica amenazada o atacada.	Sostenibilidad del aseguramiento con fondos humanitarios para el régimen subsidiado d ellos afectados. Soporte a Estrategia de los territorios paritarios para salud.

REFERENCIAS

1. Action on Colombia, Published by the Colombia Support Network Election 1997 Colombia, Volume 4, No.1, Winter 1997-1998-08-26
2. Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados - ACNUR, Manual para situaciones de emergencia, Ginebra 1988
3. Arquidiócesis de Bogotá- CODHES Desplazados Violencia y conflicto social en Bogotá, Bogotá 1997
4. Arquidiócesis de Cali Comisión vida justicia y paz, Desplazados en Cali: Entre el miedo y la pobreza, estudio exploratorio informe preliminar 1997
5. Bassino Astrada Alma, Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts, Comité Internacional de la Cruz Roja - Liga de sociedades de la Cruz Roja, Ginebra 1982
6. Bory Françoise - Origin and Development of International Humanitarian Law - International Committee of the Red Cross Geneva 1996
7. Calvo Julieta: *“La Carga de la Salud en Crisis Humanitaria...en los conflictos colombianos”*, Ministerio de Salud, 1998.
8. CODHES Consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento. Desplazamiento forzado y políticas públicas entre la precariedad del estado y el asistencialismo, Informe especial No. 1 - Políticas públicas, Bogotá Julio 1998.
9. CODHES INFORMA Boletín de la consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento. Marginalidad y Pobreza: Otro drama a los desplazados, Bogotá - Colombia No. 2 septiembre 10 de 1996
10. CODHES INFORMA Boletín de la consultoría para los Derechos Humanos y en desplazamiento: Entre la violencia y el miedo, Bogotá No. 6 Marzo 7 de 1997
11. Colombia El Preludio Histórico de la constitución de 1991, sin fecha ni autor
12. Colombia Presidencia de la República, Acta de compromisos celebrados entre el gobierno nacional y representantes de las comunidades campesinas procedentes de Riosucio - Chocó - ubicados actualmente en el corregimiento de Pavarandó grande, municipios de Mutatá, Departamento de Antioquia, Diciembre 19 de 1997
13. Comité Internacional de la Cruz Roja - Protocolos adicionales a los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 Edición revisada, Ginebra 1996

14. Comité Internacional de la Cruz Roja delegación en Colombia - Similitudes y Diferencias entre Derecho Internacional Humanitario y Derechos Humanos, Bogotá 1996
15. Comité Internacional de la Cruz Roja Delegación en Colombia, El Protocolo II de 1977 adicional a los convenio de Ginebra - sin fecha
16. Cooperación Técnica Internacional, Manual Metodológico para la presentación de Proyectos Departamento Nacional de Planeación - División Especial de Cooperación Técnica Internacional, República de Colombia 1996
17. Departamento Nacional de Planeación - División Especial de Cooperación Técnica Internacional: Cooperación Internacional para el Desarrollo, Colombia 90/94, Bogotá 1994
18. Departamento Nacional de Planeación, Política Nacional de Cooperación Internacional, Documento CONPES 2767 Ministerio de relaciones Exteriores Bogotá 1995
19. Desplazamiento, Derechos Humanos y Conflicto Armado, CODHES Bogotá 1993
20. Giraldo Carlos Alberto, Abad Colorado Jesús, Pérez Diego, Relatos e imágenes del desplazamiento el Colombia CINEP, Bogotá 1997
21. Instituto Interamericano de Derechos Humanos San José de Costa Rica 1991
22. International Committee of the Red Cross - Summary of the Geneva Conventions of august 12, 1949 and their Additional Protocols, Geneva 1998
23. International Committee of the Red Cross, War and Public Health, Handbook on War and Public Health, Geneva 1996
24. J.PICTET Desarrollo y principios del Derecho Internacional Humanitario, Instituto Henry Dunant Ginebra 1986
25. Lavoyer Jean - Philippe- Refugiados y personas desplazadas Derecho Internacional Humanitario y cometido del CICR, separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja, Marzo - Abril de 1995
26. Maskrey Andrew, Los Desastres no son Naturales, Colombia Octubre de 1993, Tercer Mundo Editores
27. Maurice Frédéric y Courten de Jean - La acción del CICR a favor de los refugiados y de las personas civiles desplazadas, Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja, Enero - Febrero 1991
28. Medecins Sans Frontieres, Refugee Healt, An approach to emergency situations, Macmilan 1997

29. Montealegre Hernán, La Seguridad del Estado, Los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José de Costa Rica 1981
30. Pearce Jenny, Colombia dentro del Laberinto, Altamira Ediciones Bogotá 1992
31. Seaman John y otros, Epidemiología de Desastres Naturales, Organización Panamericana de la Salud, Harla Editores México 1989
32. Su defensor, Periódico de la Defensoría del Pueblo para la Divulgación de los Derechos Humanos año 5 No. 47 Diciembre - 97 Marzo 98
33. Swinarski Christopher - Principales nociones e institutos del Derecho Internacional Humanitario como sistema de protección de la persona humana
34. The Sphere Project, The Steering Committee for Humanitarian Response Inter Action with ICRC, ICVA and VOICE, Humanitarian Charter and Minimum Standards, Mayo 1998
35. United Nations, Report of the Representative of the Secretary - General Mr. Francis M. Deng, submitted pursuant to commission resolution 1997/39, Addendum Guiding Principles on Internal Displacement, Economic and Social Council, February 1998
36. United Nations, Report on internally displaced persons, prepared by the representative of the Secretary - General, Mr. Francis Deng in accordance with Commission on Human Rights resolution 1995/57 and Economic and Social Council decision 1995/273

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	
2. MARCO LEGAL.....	
3. ELEMENTOS PARA LA FORMULACION DE POLITICAS EN PAZ.....	
3.1. EXPERIENCIAS DEL SECTOR SALUD EN EL CONFLICTO	
3.1.1. <i>De la Distribución Territorial del Impacto del Conflicto en el Sector Salud:</i>	
3.1.2. <i>De las Competencias Territoriales del Sector Salud.....</i>	
3.1.3. <i>De la Respuesta Humanitaria a las Emergencias Complejas,</i>	
3.2. EXPERIENCIAS EN PROCESOS DE PAZ	
3.3. HERRAMIENTAS TEORICAS EN ASISTENCIA HUMANITARIA EN SALUD	
3.3.1. <i>Crisis Humanitaria</i>	
3.3.2. <i>Carga Adicional a la Salud</i>	
3.3.3. <i>Enfoque del Area Afectada</i>	
4. PROPUESTA DE POLITICAS DE SALUD COMO ENLACE DE PAZ	
4.1. POLÍTICAS DE NEGOCIACIÓN E INTERVENCIÓN	
4.1.1. <i>Estrategias</i>	
4.1.2. <i>Competencias.....</i>	
4.1.2.1. <i>A Nivel Nacional o Ministerial:.....</i>	
4.1.2.2. <i>A Nivel Territorial Departamental</i>	
4.1.2.3. <i>En el Nivel Territorial Municipal o Distrital</i>	
4.1.3. <i>Escenarios.....</i>	
4.2. POLÍTICAS DE FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD EN SITUACIONES DE EMERGENCIA COMPLEJAS	
4.3. POLÍTICAS DE COOPERACIÓN HUMANITARIA EN SALUD	
4.3.1. <i>Políticas para Organismos no Gubernamentales.....</i>	
4.3.2. <i>Políticas para Asistencia Multilaterales y Bilaterales</i>	
4.4. INSTRUMENTOS TECNICOS DE ENLACE PARA LA PAZ.....	
4.4.1. <i>Del Comité de Gabinete para las Políticas de Salud y Paz.....</i>	
4.4.1.1. <i>Descripción</i>	
4.4.1.2. <i>Objetivos</i>	
4.4.1.3. <i>Ambito</i>	
4.4.1.4. <i>Misión.....</i>	
4.4.1.5. <i>Funciones</i>	
4.4.2. <i>Unidad Funcional de Emergencias Complejas</i>	
4.4.2.1. <i>Descripción</i>	
4.4.2.2. <i>Objetivos</i>	
4.4.2.3. <i>Ambito</i>	
4.4.2.4. <i>Misión.....</i>	
4.4.2.5. <i>Funciones</i>	

SALUD UN ENLACE DE PAZ

POLITICAS DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL PROCESO DE PAZ

1. INTRODUCCION

El Conflicto generado en históricas diferencias estructurales en la población Colombiana, ha escalado en lo últimos años a todo el territorio Nacional y diversas posiciones en la interpretación del conflicto y la paz pueden definir las políticas del sector salud en el conflicto interno Colombiano. En este aspecto hay que reconocer que el conflicto es central al desarrollo y a la transformación de la sociedad y no un proceso marginal y maligno al que sea preciso erradicar; de igual forma, la paz no es un punto a alcanzar o un estado óptimo de equilibrio, sino el proceso de moldeamiento social en una relación de convivencia y corresponsabilidad global.

Cuando se analiza la cobertura del sector salud en términos de aseguramiento al régimen subsidiado y vinculado en las zonas de mayor conflicto se observa que la exclusión al acceso a servicios de salud es alto y que en estas mismas zonas los índices de calidad de vida se encuentran en los límites inferiores y con unos niveles de NBI por encima de los promedios nacionales.

Para una propuesta de participación del sector salud en el proceso de Paz se requiere entonces analizar factores observados en la evaluación del impacto al sector salud en los conflictos de 1996 y 1997 como fueron nueve (9) marchas campesinas, un movimiento de integración regional y más de ochenta (80) zonas de desplazamientos internos masivos.

Los factores encontrados con respecto al sector salud fueron: *la distribución territorial* del impacto del conflicto, las *competencias territoriales* del sector salud en las poblaciones en conflicto y la *respuesta humanitaria* a las emergencias complejas, que serán desarrolladas en este documento.

2. MARCO LEGAL

El marco legal ha sido desarrollado desde iniciativas gubernamentales y no gubernamentales, a raíz de la escalada del conflicto. Un hito precedente fue el voto ciudadano por la paz en el cual 10 millones de colombianos se pronunciaron en su favor en los comicios de Octubre de 1997. Igualmente se hace necesario mencionar la presencia de Agencias del Sistema de Naciones Unidas tales como la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, la Agencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Oficina Panamericana de la Salud (OPS), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) y Programa Mundial de Alimentos (PMA) así como una más activa presencia de oficinas del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), en nueve (9) departamentos, de organizaciones internacionales de denuncia de violaciones de Derechos Humanos (D.D.H.H) y organizaciones de países amigos apoyando procesos de paz. En este sentido, las negociaciones de paz y la invocación al respeto del Derecho Internacional Humanitario (DIH) en Colombia se están desarrollando por mecanismos de diplomacia tradicional y por otros relacionados con **paradiplomacia** ejercida por organizaciones no gubernamentales.

- **LEY 418 del 26 Diciembre de 1997**, en la cual se consagran los instrumentos para la búsqueda de la convivencia pacífica y la eficacia de la justicia, conocida como Ley de Orden Público.
- **LEY 434 del 3 de Febrero de 1.998**, por la cual se crea el CONSEJO NACIONAL DE PAZ. Define que: *La política de paz es una política de estado, permanente y participativa. En su estructuración deben colaborar en forma coordinada y armónica todos los órganos del Estado, y las formas de organización acción y expresión de la sociedad civil, de tal manera que trascienda los periodos gubernamentales y que exprese la complejidad nacional.* La misión será propender al logro y mantenimiento de la paz y facilita la coordinación armónica de las entidades y órganos del estado otorgando prioridad a las alternativas políticas de negociación del conflicto armado interno, en orden a alcanzar relaciones sociales que aseguren paz integral permanente.
- **DECRETO 352 del 19 de Febrero 1.998** por el cual se reglamentan los mecanismos del CONSEJO NACIONAL DE PAZ, siendo instalado en abril de 1998. La secretaría técnica será ejercida por la oficina del Alto Comisionado para la Paz de la Presidencia de la República. El Comisionado actualmente tiene asiento en el Consejo de Ministros.
- **ASAMBLEA PERMANENTE POR LA PAZ**

Esta es precedida por los movimientos sociales por la paz, de todo el territorio nacional, que buscan la concertación de los diversos esfuerzos que la sociedad civil realiza para la búsqueda de la paz y la solución pacífica de los conflictos armados.

La Asamblea será autónoma e independiente y representativa de los sectores de la sociedad civil colombiana, organizaciones sociales, políticas y comunitarias, gremios empresariales, iglesias, sector educativo, grupos de trabajo por la paz, ONGs, medios de comunicación entre otros, de las diferentes regiones del país y con personalidades de la vida nacional y regional que han mostrado su interés y compromiso con la búsqueda de la paz.

Es así como de esta asamblea hacen parte las asociaciones de víctimas de la violencia (asociaciones de desplazados, asociaciones de campesinos, ruta de mujeres por la paz del Pacífico), grupos de universitarios y de jóvenes en defensa de la paz, Movimientos de niños y niñas por la Paz, ONGs nacionales e independientes apoyadas por organizaciones internacionales, Red de Iniciativas por la Paz, Comité de Búsqueda por la Paz, entre otras.

3. ELEMENTOS PARA LA FORMULACION DE POLITICAS EN EL PROCESO DE PAZ

El equipo de trabajo ha considerado que para hacer el estudio de políticas es necesario conocer las experiencias del sector salud en situación de conflicto, las experiencias dirigidas hacia la paz y las herramientas teóricas de asistencia humanitaria en salud.

3.1. EXPERIENCIAS DEL SECTOR SALUD EN EL CONFLICTO

Como se mencionó anteriormente, las políticas en salud se analizarán desde los factores de la *distribución territorial del impacto del conflicto*, las *competencias territoriales del sector salud* en las poblaciones en conflicto y la *respuesta humanitaria a las emergencias complejas*,

3.1.1. De la Distribución Territorial del Impacto del Conflicto en el Sector Salud:

Para efectos de este análisis y de acuerdo con las clasificaciones que definió el Ministerio del Interior en su momento, podríamos tener en cuenta el desarrollo de políticas de salud según las siguientes zonas:

- **Zonas estables** con ausencia de enfrentamientos armados o combates sostenidos en la solución de los problemas de la agenda política, económica y social. (San Andrés, Atlántico, Amazonas y grandes capitales, entre otras)

- **Zonas desestabilizadas** por el marcado control de uno de los diferentes grupos actores en el conflicto, como en Barrancabermeja, Putumayo, San José del Guaviare entre otros.
- **Zonas calientes** - de guerra o de claro enfrentamiento militar. Como son los territorios correspondientes a los corredores de desarrollo económico del: Nudo de Paramillo/Frontino, La Uribe/Casateja/Usme, El Caguán, el Magdalena Medio, Miraflores, Caño Limón/Coveñas, Caquetá /Guaviare/ Sur del Meta.
- **Zonas de paz** o de aplicación de soluciones duraderas, tales como zonas de despeje, proyectos territoriales de reubicación y de reinserción, comunidades de paz como las de Riosucio y los desplazados en el Coliseo de Turbo.

Por lo tanto, en el proceso de paz sería conveniente desarrollar estrategias de salud para cada una de las zonas anteriormente descritas y en especial para aquellas poblaciones vulnerables que se quedan bajo amenaza o estrés postraumático o para las poblaciones que se quedan sin atención en salud por las amenazas a la misión médica o para las que se desplazan a las zonas receptoras donde se reubican sin tener acceso a las condiciones mínimas de estándares humanitarios.

3.1.2. De las Competencias Territoriales del Sector Salud

Es preciso analizar las responsabilidades político-técnicas de la intervención en salud en emergencias complejas así como las político-administrativas de salud a nivel territorial de gobernaciones, distritos y municipios.

En las diferentes zonas impactadas por el conflicto se han deteriorado las condiciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), se ha limitado la presencia del personal de salud y el acceso a la tecnología. Por el contrario, en las zonas de recepción los servicios se recargan y al mismo tiempo se debilitan los DDHH subsidiarios de la salud tales como el derecho a la vivienda, al agua, al saneamiento básico, a la seguridad nutricional y a la convivencia.

Ante esta situación, lo que se observa es que el Ministerio de Salud ha desarrollado intervenciones de mitigación a través de convenios de urgencias y ha fortalecido la prestación de servicios con distribución de insumos, equipos y asistencia técnica puntual.

No obstante estas respuestas de carácter nacional, las gobernaciones respondieron, a pesar de su capacidad limitada de recursos, con movilizaciones de brigadas de emergencia o participación con compromisos por parte de ellas.

Del mismo modo, en los municipios receptores que conservaban, aunque vulnerada, la posibilidad de acceder a servicios haciendo uso de la categoría de personas

vinculadas o con el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) a los planes de beneficios del Sistema de Seguridad Social, experimentan una pérdida de la oportunidad al servicio de la salud por la sobrecarga generada por la violencia y el desplazamiento. Además, ellos experimentan una relativa pérdida de la calidad, puesto que las poblaciones desplazadas han sido protegidas en salud por Ley de la República mientras que las poblaciones pobres con necesidades básicas insatisfechas (NBI) tienen limitados sus beneficios con el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-s) o reciben los escasos beneficios de salud como vinculados al régimen. Las anteriores consideraciones hacen que se incrementen los conflictos entre las poblaciones afectadas y las víctimas.

Esta dinámica de expulsión-recepción esta generando una tercera ola de migración urbana, lo que hace más difícil los procesos de reasentamiento y de solución de los conflictos, así como para establecer las políticas de mitigación exclusiva a las víctimas cuando hay una gran población residente o receptora que se afecta por la violencia política y por la migración de los desplazamientos.

3.1.3. De la Respuesta Humanitaria a las Emergencias Complejas,

Tradicionalmente la prestación de servicios de salud, en los desastres antrópicos tales como en las guerras civiles o internacionales, a las víctimas-refugiados que migran, a través de las fronteras obtienen un estatus de ciudadanía internacional y esto les permite acceder a servicios de salud, protegidos por mandatos de prestación del servicio ejecutados por agencias del Sistema de Naciones Unidas y por ONGs sin animo de lucro. En estas poblaciones el personal de salud y las víctimas conservan la capacidad del ejercicio de sus derechos.

En este sentido, los cometidos de salud internacional en cuanto a protocolos de atención han desarrollado estrategias de asistencia humanitaria de *mitigación y protección* de la salud durante el conflicto y de desarrollo de la salud en el proceso de rehabilitación. El objetivo es garantizar los estándares mínimos humanitarios de salud, agua, saneamiento, nutrición y albergue.

A diferencia de los conflictos tradicionales de guerra internacional o guerra civil, la emergencia compleja, tiene otras características:

- Presencia de múltiples actores en el conflicto interno con un carácter de fragmentación territorial por los dominios de los corredores económicos de interés nacional y global.
- Violación de los Derechos Humanos (DDHH) y del Derecho Internacional Humanitario (DIH) que afectan a la población civil y a la misión médica y que son usadas por los actores del conflicto como objetivo militar

La población civil, al ser objetivo militar, vive en condiciones de amenaza, de migración forzada o de reubicación y de enfrentamiento con una dinámica de expulsión/recepción lo cual ocasiona la pérdida de sus redes de soporte social necesarias para el ejercicio de la salud. Estos factores inducen una carga adicional a la salud y al mantenimiento de los estándares mínimos humanitarios en salud, que conlleva a que la población en conflicto sufra de una destitución al derecho de su salud.

El Gobierno de la República de Colombia ha suscrito los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y los Protocolos adicionales I y II de 1977, instrumentos bases del Derecho Internacional Humanitario (DIH). Con base en ellos, se debe insistir en que las partes en conflicto observen estos instrumentos y en particular el artículo 3 común a los Convenios y al Protocolo Adicional II para la humanización de los conflictos armados en Colombia.

En el Artículo 9 y siguientes del Protocolo Adicional II de 1977, se reconoce la protección especial que se merece el personal sanitario, sus unidades y sus medios de transporte y no obstante lo anterior durante los últimos años los hospitales Colombianos, el personal sanitario de estos y los medios de transporte sanitario han sido objeto de ataques indiscriminados afectando así las condiciones que garantizan el derecho a la salud.

Por ello, las instituciones hospitalarias, el personal sanitario, sus unidades y medios de transporte deben estar amparados por el principio de inmunidad, y por lo tanto han sido, son y deberán ser sitios neutrales en el conflicto y se debe exigir el respeto y la protección al personal sanitario, a sus unidades y medios de transporte para el cabal cumplimiento de sus funciones asistenciales y humanitarias.

La Subdirección de Urgencias Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud (SUED) ha venido recibiendo de las Secretarías de Salud Departamentales, Servicios Seccionales de Salud, Departamentos Administrativos de Salud o Institutos de Salud Territoriales, de los Hospitales de tercero, segundo y primer nivel, Centros y Puestos de Salud de todo el país las denuncias sobre las violaciones a la misión Médica durante el periodo de 1.989 a 1.998 y ha trasladado dichas denuncias a los organismos competentes.

La misión medica ha sido gravemente afectada en 161 eventos de los cuales en el personal de salud se han notificado casos de muertos, heridos, retenidos y desaparecidos. También, se reportan casos de ataques a los medios de transporte que pertenecen a instituciones de salud y que están debidamente demarcadas con los logos de salud.

Estas mismas denuncias se han hecho para ataques a las instituciones prestadoras de servicios de salud y para pacientes que han salido afectados al estar hospitalizados en las instituciones de salud o en sus ambulancias. Una mejor

información se aprecia en anexo No 1.

3.2. EXPERIENCIAS EN PROCESOS DE PAZ

El Ministerio de Salud ha venido realizando, desde sus diferentes Direcciones, aproximaciones al problema de la salud y la paz. La Dirección de Promoción de la Salud impulsó la estrategia de “**vida salud y paz**”, dentro del marco de la política de salud mental, reconociendo que las violencias por conflicto armado y de relaciones interpersonales son el primer problema de salud del país. A su vez la Dirección de Aseguramiento y la Dirección General Desarrollo de Servicios participaron en las **negociaciones del sector salud en los conflictos políticos no armados** que fueron mencionados anteriormente. A su vez el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) establecieron políticas y proyectos para la implementación de **Municipios Saludables por la Paz**.

Los mecanismos de resolución que se han venido utilizando son:

- **Mesas de negociaciones** frente a los pliegos petitorios de las comunidades marchistas o de los movimientos regionales.
- **Expedición de acuerdos** por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) para la protección de las víctimas de la violencia en zonas de conflicto armado y de la población desplazada. Asimismo destinó dineros para los planes de la Política de Vida Salud y Paz.

Se encontró que, en ambos casos el sector salud negoció los conflictos generados en procesos de inequidad regional, bajo parámetros de mejorar el acceso a salud a poblaciones relegadas del modelo de desarrollo socioeconómico del país.

El resultado de la aplicación de estas negociaciones se tradujo en unos aumentos de las coberturas de la seguridad social en salud y una ampliación de las redes de servicios en dichas zonas. Adicionalmente, en algunas zonas se negoció con asistencia técnica y capacitación de los promotores de salud y del personal de salud.

3.3. HERRAMIENTAS TEORICAS EN ASISTENCIA HUMANITARIA EN SALUD

Justamente ante la escalada del conflicto y las condiciones complejas se requiere de herramientas teóricas para que la **salud** pueda servir de un **enlace de paz** en la transformación de los conflictos; estas serán de tal especificidad que permitirán la interpretación, la resolución y el replanteamiento conceptual y estratégico de la salud para la transformación del conflicto.

La aproximación para que **la salud sea un enlace de paz** se sustenta en tres aspectos fundamentales: *Crisis Humanitaria, Carga Adicional a la Salud y Areas Afectadas*

3.3.1. Crisis Humanitaria

Tradicionalmente, se han desarrollado estrategias para la garantía de los derechos individuales fundamentales como son los políticos-civiles y económicos-sociales-culturales. El derecho a los servicios de salud y a los llamados derechos subsidiarios de salud, como son los de la seguridad alimentaria, el del agua y saneamiento están considerados dentro de los derechos sociales. De ahí que en los conflictos tradicionales las acciones hayan sido orientadas a mantener estos estándares mínimos humanitarios.

Actualmente se está desarrollando el espacio para los derechos de tercera generación o post guerra fría, entre los cuales estarían el derecho a ambientes saludables, a la convivencia ciudadana y a la Paz. Se aduce que la naturaleza de estos derechos es que son construidos colectivamente en el ejercicio de las relaciones de convivencia y de corresponsabilidad global en el modelo de desarrollo y de la justicia social.

En este sentido, la Constitución Colombiana en su artículo 22 dio el paso fundamental que coloca a Colombia a la vanguardia de la consideración internacional de estos derechos de nueva o tercera generación.

En el documento “*Salud, Conflicto Armado y Desplazamiento*” Minsalud-OPS de 1998 se observa que, en los fenómenos de desplazamiento en condiciones de emergencia compleja, los factores de las dinámicas de las poblaciones receptoras, la intensidad del conflicto, el tipo de amenaza, el acceso a las redes sociales en salud, la desprotección de la misión médica son entre otros los principales factores que configuran el marco de la *destitución de los estándares de salud*.

Podríamos entender, que la interacción entre los modelos de desarrollo, justicia social, el ejercicio de la convivencia y el uso de la violencia en la resolución de conflictos es explicativa de la dinámica de los factores anteriores. Es por lo anterior que se requiere adicionar al enfoque de los estándares individuales humanitarios del acceso al derecho a la salud, el desarrollo de la perspectiva de estándares colectivos humanitarios en salud integral.

3.3.2. Carga Adicional a la Salud

La carga a la salud en condiciones de conflicto esta definida por la vulnerabilidad de la salud y la debilidad manifiesta.

La vulnerabilidad está relacionada con la limitación del acceso a la salud que se encuentra en situaciones de conflicto y la debilidad manifiesta se relaciona con la

desprotección del ejercicio de los derechos humanos que son violados en la dinámica del conflicto.

- Los factores observados en la vulnerabilidad estructural a la salud son entre otros el deficiente aseguramiento, una débil red de servicios, una sobrecarga al acceso de servicios de salud debida a las condiciones del modelo de desarrollo. Estas condiciones recargan el perfil de morbilidad.
- Los factores observados en la debilidad manifiesta son debidos a la exposición como objetivo militar de la población civil y la misión médica.

Estos factores son entre otros debidos a la violación de los derechos fundamentales, como son el derecho a la vida, a la dignidad e integridad física, mental y moral, el derecho a la libertad y el derecho a la seguridad y a la educación, ocasionando un grave deterioro de los derechos subsidiarios y sus estándares humanitarios mínimos de acceso al agua, al saneamiento y a la nutrición, tal como se explica en el documento *“Salud, Conflicto Armado y Desplazamiento” Minsalud OPS 1998*.

Además, dentro de la dinámica de expulsión-recepción, se limitan al individuo, a su familia y a su comunidad el acceso a las redes sociales con lo que se desarticula el ejercicio social a la salud.

3.3.3. Enfoque del Area Afectada

El conocimiento de la dinámica expulsión-recepción entre poblaciones en experiencias internacionales en conflictos de guerra fría y de post guerra fría indica que la mayoría de las veces los enfoques de albergues o campos de desplazados o zonas de reubicación aislada de la población receptora incrementa los conflictos sociales, y enlentece las soluciones de paz.

Se sugiere entonces considerar a la población afectada dentro de las siguientes categorías para garantizar así el acceso al derecho individual del servicio de salud a la población civil afectada por el conflicto:

- Los que permanecen en zonas de conflicto.
- Los que se desplazan en éxodo o en forma dispersa y
- Los de poblaciones receptoras, donde la razón desplazados/receptores es mayor que uno, o donde la identificación del desplazado para acceder a la salud pone en riesgo su vida o incrementa el conflicto de exclusión de la población receptora a los beneficios de salud.

4. PROPUESTA DE POLITICAS DE SALUD COMO UN ENLACE PARA LA PAZ

El Ministerio de Salud como rector nacional del sector juega un papel importante en la política de salud para los programas de búsqueda de la paz y la convivencia pacífica.

La propuesta deberá armonizar una política *de negociación*; una política *capacitación del recurso humano*, una política *de cooperación humanitaria en salud* y los *Instrumentos Técnicos de Enlace para la Paz*.

4.1 POLÍTICAS DE NEGOCIACIÓN E INTERVENCIÓN

Internacionalmente las negociaciones se han desarrollado en dos vías alternativas. Una, dirigida hacia los actores y otra, dirigida hacia los escenarios. La primera fue ampliamente desarrollada en los conflictos durante la guerra fría, mientras que la segunda ha tenido mas desarrollado en los conflictos contemporáneos o post guerra fría.

El Ministerio de Salud ha realizado negociaciones de carácter sectorial que están expresados en el numeral 3.2. de este documento y la evaluación de este enfoque no mostró ser un proceso útil en la resolución de los conflictos, por lo que sugerimos el desarrollo de una negociación territorial, donde se impliquen recursos y voluntad política del nivel nacional y territorial.

En la medida en que se avance en el proceso de las negociaciones de paz es necesario tener en cuenta la distribución territorial del conflicto para así definir las respuestas del sector salud y en especial las del Ministerio de Salud.

Las respuestas se deben ubicar de acuerdo con los territorios de negociación y la respuesta humanitaria con la elaboración de un Plan Institucional desarrollado en sus tres estrategias, las cuales podrían ser una de carácter ministerial, una a nivel territorial departamental y otra a nivel de municipios y distritos:

4.1.1. Estrategias

Durante los pasos previos para lograr la paz y en los periodos de negociación, distensión, desarme y despeje se deben liderar las estrategias sobre la *protección* de los derechos humanos y de la misión médica, sobre la *mitigación*, a través de la prestación de los servicios de salud; y sobre la *reparación* del derecho a la salud.

Estas tres estrategias están dirigidas a resolver el impacto de la destitución del derecho a la salud en sus dos ejes: la ***limitación en el acceso*** a los servicios de salud y ***al ejercicio del derecho a la salud***.

Por esto el marco conceptual que guía estas estrategias gira en torno a dos aspectos:

Garantizar el acceso al derecho individual de los servicios de salud a la población afectada por el conflicto mediante soluciones urgentes

- **Protección** de la convivencia ciudadana a través de Municipios Saludables por la Paz, divulgación de los Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario

Proteger el ejercicio del derecho colectivo a la salud mediante soluciones duraderas:

- **Mitigación**, con atenciones en emergencias humanitarias para generar una respuesta a la emergencia sanitaria, debidas a los periodos refractarios entre la generación de la necesidad de los servicios de salud y la capacidad de respuesta local o regional y es en este periodo en que estas unidades móviles deben actuar.

Para ello se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- Tiempo de respuesta del sector salud a periodos refractarios
- Capacidad de adaptación.
- Intensidad del conflicto.

Estas estrategias deben estar preparadas para dar una respuesta rápida e inmediata en zonas de conflicto con equipos móviles humanitarios, y con estrategias de sostenimiento de la respuesta para la recuperación del derecho a la salud mientras se inician soluciones temporales, tales como:

- **Reparación**, con *restitución* de los servicios de salud (aseguramiento, reparación de la infraestructura física y acceso al PAB), *indemnización*, *compensación* y garantía de *sostenibilidad* para el ejercicio a la salud.

4.1.2. Competencias

4.1.2.1. A Nivel Nacional o Ministerial:

- **Protección:**

- Para la población civil se deben direccionar programas hacia las poblaciones desplazadas, a las receptoras y a las poblaciones que se quedan en las zonas expulsoras.

Se recomienda presentar un proyecto de Ley de reforma al Código Penal donde se aumenten las penas por las violaciones de los Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario

Promover y difundir en el Territorio Nacional las sanciones y condenas por el uso de las minas antipersonales y promover la prohibición de la comercialización, producción y venta de la materia prima para su elaboración.

En razón a que las minas antipersonales son reconocidas como el arma más costo-efectiva para protección del ataque militar y se han convertido con el tiempo en un arma que viola la neutralidad de la guerra hacia la población civil, sobretodo en aquellas confrontaciones en donde la población civil ha pasado a ser un objetivo militar, el Gobierno Nacional promoverá políticas que amparen a la población civil víctima de las minas antipersonales, tales como la identificación de los campos minados

Simultáneamente se deberá emprender una campaña de alerta a la población civil sobre estos campos en las zonas en conflicto o donde se sospeche la presencia de dichas minas, que podría estar a cargo de la Dirección de Prevención y Promoción.

- Para la Misión Médica, se deberán difundir normas de demarcación e identificación de los servicios de salud en todo el territorio Nacional a fin de dar protección a la Misión Médica, dando prioridad en las zonas de conflicto armado interno y en condiciones complejas, en zonas de distensión, de desarme, de despeje o en los territorios de paz.

Para lo anterior, se deben demarcar las áreas susceptibles de protección médica como son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y sus zonas aledañas, ambulancias - terrestres, fluviales y marítimas - y aeronaves, tanto públicas como privados, destinadas a los servicios de salud Es conveniente recordar la obligación de usar el logo de la SALUD, porque el logo de la Cruz Roja está totalmente prohibido según el DIH.

- Mitigación:

- La Subdirección de Urgencias, Emergencias y Desastres coordinaría con los niveles territoriales la respuesta rápida e inmediata, en el sostenimiento de esta y en el apoyo técnico para la formulación de las respuestas duraderas.
- Plantear estrategias alternativas a los convenios para la prestación de servicios para dar una respuesta oportuna para afrontar las nuevas políticas de salud y paz.

- Reparación:

El Ministerio de Salud debe continuar con el apoyo que hasta el presente ha dado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)- subcuenta E.C.A.T., a la población víctima del conflicto y dirigido principalmente a los niveles II y III de atención

Para garantizar el derecho a la Salud y apoyar la rápida implantación del régimen subsidiado se sugiere el aseguramiento para toda la población civil que se encuentre en las zonas marginales de resolución de los conflictos y como garantía a una declaratoria de amnistía.

En relación con las víctimas de combates, civiles y de misión Médica, se les ofrecerá una Indemnización por sus lesiones y el aseguramiento gratuito al régimen contributivo.

En las zonas de resolución de conflicto, donde la oportunidad del servicio se encuentren debilitadas en mas de un 40%, se recomienda desarrollar unas *Redes de Servicios Compensatorios para la Paz* y en especial los de Salud

4.1.2.2. A Nivel Territorial Departamental.

- Protección

Vigilar y Garantizar la satisfacción de los estándares mínimos humanitarios en todas las fases del conflicto

Conformación de las Secretarías o Comisionados de Paz.

Articular proyectos para la prevención de las violencias y acciones de PAB teniendo en cuenta los principios de complementariedad.

- Mitigación:

Administrar y auditar los recursos nacionales o internacionales que financien la asistencia humanitaria.

Cofinanciar los Centros de Reserva para la Atención de Emergencias Complejas y garantizar el mantenimiento de la red de comunicaciones de salud.

- Reparación

Destinar un porcentaje de las Rentas Cedidas para establecer mecanismos de complementariedad y subsidiaridad y aumentar con estas rentas y las propias el aseguramiento. El ente territorial debe crear

un rubro especial en el Fondo Departamental de Salud para así atender las políticas de paz en salud integral y reparativa.

4.1.2.3. En el Nivel Territorial Municipal o Distrital

- Protección

- Creación de mecanismos de protección al derecho colectivo del ejercicio de la salud con programas tales como Municipios Saludables por la Paz, Veedurías Ciudadanas y programas para el mejoramiento de la convivencia ciudadana.
- Establecimiento de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia en zonas de alerta de conflicto, con el ánimo de identificar y comparar los municipios por periodos epidemiológicos de prevalencias, incidencias o demanda atendida. Es conveniente identificar variables relacionadas con los eventos de la violencia delincuencial tales como el conflicto armado, el desplazamiento y la violencia doméstica por maltrato al menor o la mujer, muchas veces asociadas a sustancias psicoactivas o alcohol.
- Difusión de educación para la convivencia ciudadana, donde se trataran temas como el uso de las armas por la población civil, la lúdica sin armas para la infancia, la información sobre la presencia de campos con minas antipersonales y la enseñanza del DIH y DDHH a la salud

- Mitigación

En la respuesta temprana, el nivel local deberá coordinar las acciones de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) con respuestas inmediatas a los estándares mínimos de la atención humanitaria de emergencia.

-.Reparación

Extensión de coberturas en las políticas de salud y paz y destinación de recursos de esfuerzo propio para mantener dichas afiliaciones en concordancia con la subsidiaridad y la cofinanciación dadas por el Departamento y la Nación.

4.1.3. Escenarios

Esta negociación territorial se dará en los siguientes escenarios:

- En **zonas de alerta** para el conflicto y la violencia.

- En **zonas de impacto** donde hay pérdida de las garantías individuales (secuestros, combates sostenidos, altas tasas de homicidio, dinámicas de desplazamiento-recepción, etc.), y
- En **zonas de resolución de conflictos** (áreas de reubicación, proyectos de reinserción, retorno de desplazados, zonas de despeje, comunidades de paz, territorios de paz, Municipios Saludables por la Paz, pactos urbanos en comunas, entre otras).

CUADRO 1 SINOPSIS DE LAS POLITICAS DE NEGOCIACION E INTERVENCION

	ALERTA	IMPACTO	RESOLUCION
Protección Internacional <u>al</u> <u>Ministerio de Salud</u> <u>Servicios Seccionales de Salud</u> <u>Dirección de Salud Municipal o Distrital</u>	Proyectos de prevención de la violencia y consecuencia del conflicto. Divulgación del DIH y DDHH Legislación en: declaración de alerta amarilla, demarcación, protección e identificación de la Misión Médica. Incluir en el pensum de las Facultades de Medicina y Escuelas de Salud los programas relacionados con salud en conflicto, DDHH y DIH. Capacitación en DDHH y DIH al personal de las IPSs/EPSS Hospitales de paz Prioridad PAB, Convivencia pacífica y Municipios Saludables.	Vigilancia en la protección de los derechos en Salud a las poblaciones atacadas o desplazadas. Implementar las acciones en salud que cumplan lo definido en la “ Guía de Principios” definida por Naciones Unidas para desplazados. . Reporte de amenaza a población civil y misión Médica Coordinación de las acciones urgentes y administrar las acciones temporales Participar en Comité de desplazados o de emergencias. . Plan de acciones dadas por el Comité de desplazados o emergencias.	Agencias u ONGs verificadoras de los procesos de retorno o reubicación. Dotación de redes de comunicación , de Infra-estructura, de Equipos y de apoyo logístico. Desarrollo de proyectos de convivencia ciudadana Creación de comités de paz y enseñanza de convivencia pacífica Municipios Saludables por la Paz.

	ALERTA	IMPACTO	RESOLUCION
Mitigación Internacional <u>Ministerio de Salud</u> <u>Servicios Seccionales de Salud</u> <u>Dirección de Salud Municipal o Distrital</u>	Preparar a la Subdirecciones de Urgencias, Emergencias y Desastres Seccionales para actuar en el impacto y la resolución.	Intervención asistencia humanitaria. Soluciones urgentes Unidades móviles Brigadas de salud Medicamentos Soluciones temporales de prestación de servicios. Apoyo logístico a las acciones de mitigación. Comité Departamental de Desplazados Atención humanitaria de la emergencia mediante los convenios o situado fiscal Comité Municipal Desplazados	Acompañamiento a soluciones pacíficas. Unidades móviles Periodo refractario reintegración. Convenios Interadministrativos Complementariedad y subsidiaridad hacia los municipios expulsos y receptores Ayudas para retorno a su sitio de origen
Reparación Internacional <u>Ministerio de Salud</u> <u>Servicios Seccionales de Salud</u> <u>Dirección de Salud Municipal o Distrital</u>			Sostenibilidad con bonos humanitarios para dar el régimen subsidiado a los afectados. Aseguramiento convivencia ciudadana municipios saludables. PAB, promoción y Prevención Estrategia territorios paritarios para salud.y paz

4.2. POLÍTICAS DE FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD EN SITUACIONES DE EMERGENCIA COMPLEJAS

- Capacitación en DDHH y DIH dirigida a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud con fin de que se identifiquen las violaciones a los derechos humanos fundamentales, en especial los civiles-políticos (de primera generación o negativos) y los socioeconómicos y culturales (segunda generación o positivos). Igualmente, capacitación en los derechos de tercera generación o derechos colectivos, reconocidos en el artículo 22 de la Constitución Colombiana tales como el derecho a la convivencia, a la paz y al medioambiente saludable.
- Cátedras de Salud, Conflicto y Paz en las Facultades de Ciencias de la Salud y afines, con el fin de implementar los conceptos actuales de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitarios, en especial lo referente a la Protección a la Misión Médica.

4.3 POLÍTICAS DE COOPERACIÓN HUMANITARIA EN SALUD

El Ministerio de Salud debe coordinar con los otros sectores gubernamentales del nivel nacional, con los comisionados u oficinas especiales para la paz del orden territorial, con las coordinaciones de los organismos de la Sociedad Civil por la Paz y con los entes internacionales, los temas referentes a la salud como un enlace de paz, con un aumento rápido del aseguramiento y con la protección de un medioambiente saludable.

4.3.1. Políticas para Organismos no Gubernamentales

El Ministerio de Salud, tendrá la coordinación a nivel Nacional, al nivel territorial o local, tal como se propone en nuestro documento *“Asistencia Humanitaria en Salud”*, en lo referente con las ONGs que reciben ayuda internacional

Las ONGs nacionales deberán desarrollar su accionar de acuerdo con las condiciones del Sistema de Seguridad Social en Salud y cumplir las directivas técnicas ministeriales de salud para los diferentes escenarios de paz.

4.3.2 Políticas para Asistencia Multilaterales y Bilaterales

Para el análisis de las políticas para la asistencia Multilateral y Bilateral, refiérase a nuestro documento *“Asistencia Humanitaria en Salud”*, en el cual se trata lo relacionado con la normatividad vigente en el país y sus políticas actuales en ayuda humanitaria y asistencia técnica internacional.

4.4. INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE ENLACE PARA LA PAZ

Para la atención de las Políticas de Salud y Paz y sus correspondientes lineamientos de acción, tomando en cuenta que el proceso de paz implica

muy probablemente una estrategia con diferentes etapas y/o procesos en la negociación, se recomiendan establecer mecanismos de coordinación a nivel político y a nivel técnico en el seno del Ministerio de Salud.

Para ello, será necesario el establecimiento de dos instancias con sus respectivos mecanismos de coordinación a saber:

- Un *Comité de Gabinete para las Políticas de Salud y Paz*, y
- Una *Unidad Funcional de Emergencias Complejas* para la coordinación técnica y puesta en marcha de las actividades relacionadas con las políticas en torno al sector y al proceso de paz.

Ambas instancias buscan resolver bajo un concepto de unidad el análisis ,la planificación, coordinación y ejecución de acciones coherentes con las políticas de gobierno y del sector y reducir en lo posible los efectos duales que entorpezcan los esfuerzos.

4.4.1. Del Comité de Gabinete para las Políticas de Salud y Paz

Previo un análisis DOFA en torno a la creación del Comité de Gabinete se vieron los siguientes factores favorables: El Comité tendrá una gran capacidad de convocatoria para la aplicación de las políticas en torno a la problemática de salud y paz; este definirá las líneas de inversión en torno a las políticas de Paz; les dará coherencia, favoreciendo la coordinación intersectorial entre el Ministerio de Salud y el Comisionado de Paz.

La actual política Nacional establece que el Comisionado de Paz es un Supraministro que tiene asiento, con voz y voto en el Consejo de Ministros, junto con el Presidente de la República definen las políticas y los escenarios de paz.

Las debilidades y amenazas identificadas podrían ser que la Paz sea asimilada como una responsabilidad segmentada al interior del Ministerio; que la Paz no sea incluida como parte del Plan Operativo en las diferentes Direcciones del Ministerio; que se desconoce cómo va a ser el tránsito de la Consejería para los Desplazados

4.4.1.1. Descripción

El Comité de Gabinete debe constituirse para la ejecución de las políticas que en torno a la temática de la salud y la paz establezca el gobierno y/o Ministro de Salud. La conformación y la integración serán establecidas por el Ministro de Salud y su coordinador designado por el mismo.

4.4.1.2. Objetivos

- Fortalecer la capacidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, del Ministerio de Salud y su sector para coordinar y actuar con precisión y efectividad en torno a las políticas y acciones que se formulen alrededor de las estrategias de salud y paz.
- Redefinir el marco de acciones y funciones de las direcciones y otros estamentos del Ministerio de Salud y del sector en el proceso de paz bajo el concepto de que el conflicto armado es generador de crisis humanitaria y situaciones de emergencia compleja.
- Fortalecer la estructura establecida para la dirección, operación y control de las acciones relacionadas con el manejo de las emergencias complejas y de crisis humanitaria generada por la situación de conflicto armado existente.
- Mantener un seguimiento a las acciones de coordinación y operación de las políticas de salud y paz en el ámbito nacional e internacional e informar a los niveles jerárquicos superiores.

4.4.1.3. Ambito

El ámbito de competencia del Comité de Gabinete se refiere a la coordinación y manejo de estrategias aplicadas en políticas y líneas de acción que precisen respuestas efectivas en el campo de la salud como contribución para el logro de la Paz y aquellas otras que resuelvan situaciones críticas existentes o generadas en el proceso, entendido como una situación de emergencia compleja dentro del contexto de una crisis humanitaria generada por el conflicto armado, donde el acceso a la salud de la población está vulnerada o limitada por la dinámica del conflicto.

4.4.1.4. Misión

Orientar las acciones de salud para un enlace de paz.

4.4.1.5. Funciones

El Comité de Gabinete para las Políticas de Salud y Paz tendrá las siguientes funciones:

- Apoyar al nuevo gobierno, desde la óptica de la salud, con estrategias sectoriales para definir el espacio de acción del Ministerio de Salud en el abordaje y en el manejo integral del proceso de paz.

- Fortalecer la coordinación nacional e internacional en la respuesta a las acciones de salud y paz, enfocando el accionar del Ministerio en una forma interdisciplinaria.
- Reforzar la capacidad de convocatoria del Ministerio de Salud aplicada a los escenarios de alerta, impacto y resolución en la atención de las emergencias complejas y las coberturas en salud.
- Reforzar la coordinación y acción intersectorial para mejorar y optimizar en una forma efectiva los esfuerzos de paz.
- Mejorar la capacidad política de los niveles departamental y municipal para la solución de los conflictos complejos.
- Coordinar el accionar de los organismos no gubernamentales, tanto nacionales como extranjeros, que prestan asistencia en salud en emergencias complejas.
- Articular la ejecución de los recursos que en materia de asistencia internacional o cooperación técnica sean recibidos por la Dirección correspondiente. .
- Coordinar la ejecución de acciones operacionales a través del componente de urgencias, emergencias y desastres y la coordinación y seguimiento de las acciones de competencia del Ministerio con las otras entidades del sector y las estructuras para la atención y manejo de emergencias complejas en el nivel central, departamental y municipal.

4.4.2. Unidad Funcional de Emergencias Complejas

También se realizó un previo análisis DOFA en torno a la creación de la Unidad Funcional, del cual se determinaron los siguientes factores: Se definiría una línea de mando operativo; habría un interlocutor válido y oportuno para los conflictos complejos; permite el estudio oportuno de los fenómenos epidemiológicos de las emergencias complejas, en especial la del fenómeno del desplazamiento, con lo cual se responde a las políticas de la Ley 387.

Dentro de las debilidades y amenazas se identifican, por una parte, la gran visibilidad al interior del Ministerio de manejar un tema de alta relevancia, lo cual lo hace vulnerable y la amenaza de la segmentación local, además de que la funcionalidad de la respuesta local se encuentra en entredicho.

La cohesión que exista con el Comité de Gabinete para de Salud y Paz logrará que el manejo sectorial del proceso de paz y la atención al desplazamiento por violencia se conduzcan bajo una sola línea de coordinación y ejecución de las operaciones, logrando que sea en lo posible

una sola dirección del Ministerio la responsable y una subdirección de la misma, con acciones definidas, la que actúe en el manejo operacional y, a través del componente de urgencias emergencias y desastres en cada departamento, se operacionalicen las políticas y acciones de paz y atención del desplazamiento.

4.4.2.1. Descripción

Para la conformación de la Unidad Funcional se recomienda que sea conformada con los siguientes perfiles de profesionales: Un profesional en epidemiología, un ingeniero sanitario, un profesional en trabajo social o sociología, un profesional en psicología, dos profesionales para control de interventorías, y una secretaria.

Este personal bien puede ser obtenido mediante traslados de la planta global que actualmente esta vinculada al Ministerio de Salud.

Tal composición permitirá un abordaje desde la óptica de la salud y las ciencias sociales, lo que permite que la visión de conjunto sea más amplia y facilite el establecimiento de acciones de respuesta integral al proceso de paz y a los agentes que el conflicto ha generado, tales como el desplazamiento y sus consecuencias directas en grupos de población como niños, mujeres cabeza de familia, víctimas de la violencia armada o física, entre otras.

4.4.2.2. Objetivos

La Unidad Funcional tendrá los siguientes objetivos:

- Fortalecer la capacidad del Ministerio y la respuesta sectorial en el proceso de paz y las secuelas latentes del conflicto armado.
- Coordinar con las entidades sectoriales y extrasectoriales las acciones de atención en salud dentro del proceso de paz
- Fortalecer la red de respuesta del sector en el nivel central, departamental y municipal para una efectiva dirección y control de las acciones operacionales que, con recursos y medios, se aplican para el proceso de paz.
- Identificar, utilizar y optimizar los recursos nacionales, internacionales y privados disponibles o gestionados para el proceso de paz y su aplicación en la salud, bajo la modalidad de cooperación técnica, asistencia internacional u otras modalidades de ayuda.

4.4.2.3. Ambito

El ámbito de la competencia de la Unidad Funcional está subordinado al componente de urgencias, emergencias y desastres y se refiere a dar concepto técnico, operativo y de control de gestión y de recursos aplicados sobre el terreno a las acciones de salud en el marco del proceso de paz, bajo el concepto de manejo de emergencia compleja en una situación de crisis humanitaria por generación de conflicto.

4.4.2.4. Misión

Crear condiciones de manejo y concepto técnico, así como de interventoría en las acciones en salud para la paz en situaciones de conflicto armado complejo, desplazamiento como factores generadores de un contexto de crisis humanitaria.

4.4.2.5. Funciones

- Apoyar la implementación de políticas y estrategias del Ministerio de Salud en el proceso de paz, en las áreas de prestación de servicios de salud, vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental y estudios sociodemográficos.
- Participar en la definición de políticas y estrategias del Ministerio de Salud en la prevención del conflicto armado, atención a población desplazada y prestación de servicios de salud en el contexto de las negociaciones de paz.
- Articular las políticas establecidas y que se establezcan generando instancias de coordinación en el ámbito regional, departamental y municipal.
- Brindar apoyo técnico y supervisar los proyectos a desarrollarse en las zonas de negociación de paz en el contexto de atención a desplazados y a otros grupos de personas.
- Coordinar con los profesionales del Ministerio de Salud en el entrenamiento y capacitación del personal sectorial e intersectorial en el nivel nacional, departamental y municipal.
- Diseñar propuestas alternativas para la solución del desplazamiento y otras manifestaciones del conflicto desde la perspectiva de un proceso de paz.
- Controlar mediante interventorías selectivas la aplicación de los recursos dados mediante convenios a los entes regionales u hospitales de la red pública.
- Producir informes ejecutivos periódicos sobre los resultados de las interventorías, a fin de poder visualizar las necesidades futuras y las posibles debilidades en la inversión de los recursos.

- Elaborar una estrategia para impulsar la Unidad Funcional en las áreas de prevención del conflicto, salud en crisis humanitaria, atención psicosocial e interacción del sector salud en la consolidación de soluciones del desplazamiento y otros grupos dentro del proceso de paz.
- Diseñar mecanismos de coordinación entre la Unidad Funcional y los entes territoriales que permitan paulatinamente una mejoría en los principios y calidad de respuesta en el manejo de atención de desplazamiento y otros eventos derivados del proceso de paz.
- Apoyar el fortalecimiento de un sistema de información en salud para el manejo inteligente del desplazamiento y otros eventos generados por el proceso de paz.

ANEXO No 1

RESUMEN ATENTADOS A PERSONAL DE SALUD-PACIENTES INSTITUCIONES Y VEHICULOS DE TRANSPORTE DE URGENCIAS DURANTE LOS AÑOS 1989 - 1998

EVENTO	No. EVENTOS	VÍCTIMAS					INSTITUCIONES			V A S
		HERIDOS	MUERTOS	RETENIDOS	DESAPARECIDOS	AMENAZADOS	H	C.S	P.S	
PERSONAL DE SALUD AFECTADO	125	6	39	7	0	73				
MEDIOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES AFECTADOS PERTENECIENTES A INSTITUCIONES DE SALUD	25									2
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS AFECTADAS	9						4	3	2	
PACIENTES AFECTADOS	2		2							
TOTALES	161	6	41	7	0	73	4	3	2	2

- LA SECRETARIA DE SALUD DE ANTIOQUIA REPORTA EVENTOS A PARTIR DEL AÑO 1989; DE LAS OTRAS UNICAMENTE TENEMOS DATOS A PARTIR DEL AÑO 1997
-
- FUENTE : ARCHIVOS SUBDIRECCION URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES - MINISTERIO DE SALUD.

REFERENCIAS

1. Action on Colombia, Published by the Colombia Support Network Election 1997 Colombia, Volume 4, No.1, Winter 1997-1998-08-26
2. Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados - ACNUR, Manual para situaciones de emergencia, Ginebra 1988
3. Arquidiócesis de Bogotá- CODHES Desplazados Violencia y conflicto social en Bogotá, Bogotá 1997
4. Arquidiócesis de Cali Comisión vida justicia y paz, Desplazados en Cali: Entre el miedo y la pobreza, estudio exploratorio informe preliminar 1997
5. Bassino Astrada Alma, Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts, Comité Internacional de la Cruz Roja - Liga de sociedades de la Cruz Roja, Ginebra 1982
6. Bory Françoise - Origin and Development of International Humanitarian Law - International Committee of the Red Cross Geneva 1996
7. Calvo Julieta: *"La Carga de la Salud en Crisis Humanitaria...en los conflictos colombianos"*, Ministerio de Salud, 1998.
8. CODHES Consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento. Desplazamiento forzado y políticas públicas entre la precariedad del estado y el asistencialismo, Informe especial No. 1 - Políticas públicas, Bogotá Julio 1998.
9. CODHES INFORMA Boletín de la consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento. Marginalidad y Pobreza: Otro drama a los desplazados, Bogotá - Colombia No. 2 septiembre 10 de 1996
10. CODHES INFORMA Boletín de la consultoría para los Derechos Humanos y en desplazamiento: Entre la violencia y el miedo, Bogotá No. 6 Marzo 7 de 1997
11. Colombia El Preludio Histórico de la constitución de 1991, sin fecha ni autor
12. Colombia Presidencia de la República, Acta de compromisos celebrados entre el gobierno nacional y representantes de las comunidades campesinas procedentes de Riosucio - Chocó - ubicados actualmente en el corregimiento de Pavarandó grande, municipios de Mutatá, Departamento de Antioquia, Diciembre 19 de 1997
13. Comité Internacional de la Cruz Roja - Protocolos adicionales a los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 Edición revisada, Ginebra 1996

14. Comité Internacional de la Cruz Roja delegación en Colombia - Similitudes y Diferencias entre Derecho Internacional Humanitario y Derechos Humanos, Bogotá 1996
15. Comité Internacional de la Cruz Roja Delegación en Colombia, El Protocolo II de 1977 adicional a los convenio de Ginebra - sin fecha
16. Cooperación Técnica Internacional, Manual Metodológico para la presentación de Proyectos Departamento Nacional de Planeación - División Especial de Cooperación Técnica Internacional, República de Colombia 1996
17. Departamento Nacional de Planeación - División Especial de Cooperación Técnica Internacional: Cooperación Internacional para el Desarrollo, Colombia 90/94, Bogotá 1994
18. Departamento Nacional de Planeación, Política Nacional de Cooperación Internacional, Documento CONPES 2767 Ministerio de relaciones Exteriores Bogotá 1995
19. Desplazamiento, Derechos Humanos y Conflicto Armado, CODHES Bogotá 1993
20. Giraldo Carlos Alberto, Abad Colorado Jesús, Pérez Diego, Relatos e imágenes del desplazamiento el Colombia CINEP, Bogotá 1997
21. Instituto Interamericano de Derechos Humanos San José de Costa Rica 1991
22. International Committee of the Red Cross - Summary of the Geneva Conventions of august 12, 1949 and their Additional Protocols, Geneva 1998
23. International Committee of the Red Cross, War and Public Health, Handbook on War and Public Health, Geneva 1996
24. J.PICTET Desarrollo y principios del Derecho Internacional Humanitario, Instituto Henry Dunant Ginebra 1986
25. Lavoyer Jean - Philippe- Refugiados y personas desplazadas Derecho Internacional Humanitario y cometido del CICR, separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja, Marzo - Abril de 1995
26. Maskrey Andrew, Los Desastres no son Naturales, Colombia Octubre de 1993, Tercer Mundo Editores
27. Maurice Frédéric y Courten de Jean - La acción del CICR a favor de los refugiados y de las personas civiles desplazadas, Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja, Enero - Febrero 1991

28. Medecins Sans Frontieres, Refugee Health, An approach to emergency situations, Macmillan 1997
29. Montealegre Hernán, La Seguridad del Estado, Los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José de Costa Rica 1981
30. Pearce Jenny, Colombia dentro del Laberinto, Altamira Ediciones Bogotá 1992
31. Seaman John y otros, Epidemiología de Desastres Naturales, Organización Panamericana de la Salud, Harla Editores México 1989
32. Su defensor, Periódico de la Defensoría del Pueblo para la Divulgación de los Derechos Humanos año 5 No. 47 Diciembre - 97 Marzo 98
33. Swinarski Christopher - Principales nociones e institutos del Derecho Internacional Humanitario como sistema de protección de la persona humana
34. The Sphere Project, The Steering Committee for Humanitarian Response Inter Action with ICRC, ICVA and VOICE, Humanitarian Charter and Minimum Standards, Mayo 1998
35. United Nations, Report of the Representative of the Secretary - General Mr. Francis M. Deng, submitted pursuant to commission resolution 1997/39, Addendum Guiding Principles on Internal Displacement, Economic and Social Council, February 1998
36. United Nations, Report on internally displaced persons, prepared by the representative of the Secretary - General, Mr. Francis Deng in accordance with Commission on Human Rights resolution 1995/57 and Economic and Social Council decision 1995/273