

## TABLA DE CONTENIDO

<b>PRESENTACION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. SITUACION DEL DESPLAZAMIENTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. POLITICAS .....</b>	<b>1</b>
2.1. MARCO LEGAL PARA LA ATENCIÓN DEL DESPLAZAMIENTO.....	1
2.2. MARCO LEGAL DE LAS POLÍTICAS DEL SECTOR SALUD .....	1
2.3. RECURSOS DEL SECTOR SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL DESPLAZAMIENTO.....	1
2.3.1. <i>Asignación de Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA</i> .....	<i>1</i>
2.3.2. <i>Recursos del Presupuesto Nacional para el Sector Salud</i> .....	<i>1</i>
<b>3. ASISTENCIA HUMANITARIA INTERNACIONAL EN SALUD .....</b>	<b>1</b>
3.1. AGENCIAS MULTILATERALES.....	1
3.2. AGENCIAS BILATERALES.....	1
3.3. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES .....	1
<b>4. RESULTADOS DE LA INTERVENCION EN SALUD FRENTE AL DESPLAZAMIENTO .....</b>	<b>1</b>
4.1. DE LAS POLÍTICAS DEL MINISTERIO DE SALUD FRENTE AL DESPLAZAMIENTO.....	1
4.1.1. <i>Evaluación del cumplimiento del Plan Nacional para la Atención a los Desplazados</i> .....	<i>1</i>
4.1.2. <i>Evaluación del Desarrollo de las Herramientas Técnicas en Desplazamiento</i> .....	<i>1</i>
4.1.2.1. <i>Diseño de Protocolos</i> .....	<i>1</i>
4.1.2.2. <i>Plan de Beneficios para los Desplazados</i> .....	<i>1</i>
4.1.2.3. <i>Sistema de Información en Salud</i> .....	<i>1</i>
4.1.2.4. <i>Capacitación</i> .....	<i>1</i>
4.2. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS .....	1
4.2.1. <i>Impacto en el Perfil Epidemiológico</i> .....	<i>1</i>
4.2.2. <i>Impacto en la Gestión de Servicios</i> .....	<i>1</i>
4.2.3. <i>Garantía del derecho a la salud - Aseguramiento</i> .....	<i>1</i>
4.3. EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA INTERNACIONAL .....	1
4.3.1. <i>Agencias Multilaterales, Asesoría OPS - Ministerio de Salud</i> .....	<i>1</i>
4.3.2. <i>Agencias Bilaterales</i> .....	<i>1</i>
4.3.3. <i>Organizaciones No Gubernamentales</i> .....	<i>1</i>
<b>5. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>1</b>
5.1. ACERCA DE LAS POLÍTICAS DEL SECTOR SALUD PARA LOS DESPLAZADOS. ....	1

5.2. FRENTE A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. ....	1
5.3. FRENTE A LA ASISTENCIA HUMANITARIA INTERNACIONAL.....	1
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>1</b>
<b>A N E X O S</b> .....	<b>1</b>

## **SALUD, CONFLICTO ARMADO Y DESPLAZAMIENTO**

### **PRESENTACION**

En el conflicto armado interno del país los efectos directos del desplazamiento: amenaza, huida, reasentamiento, retorno-reubicación, configuran una emergencia compleja.

El presente documento aborda la problemática del desplazamiento forzado en Colombia desde la óptica de la salud en crisis humanitaria: destitución del acceso y del ejercicio del derecho a la salud.

Si bien, la problemática del desplazamiento forzado se viene presentando desde hace varias décadas, su agudización se ha dado en los últimos tres años, período dentro del cual se ha iniciado su estudio y formulación de políticas para su prevención, atención y posterior reparación. De ahí que los datos obtenidos reflejan el inicio de la información y posteriores estudios en torno a la temática, por lo que deben entenderse las dificultades que se han presentado para la obtención y validación de datos.

En el desarrollo se analizan las políticas actuales del sector salud en lo relacionado con las tres fases del desplazamiento como son las de prevención, asistencia humanitaria de emergencia y estabilización socioeconómica, y sus resultados medidos en el impacto que las acciones de protección, mitigación y reparación han logrado o no influir sobre los perfiles epidemiológicos, la gestión de los servicios de salud y la garantía al derecho a la salud.

Su estructura y contenido se articula con los documentos “*Políticas del Ministerio de Salud en el Proceso de Paz*” y “*La Asistencia Humanitaria en Salud*”( Ministerio de Salud-OPS 1998), los cuales constituyen en su conjunto una alternativa para la reestructuración de la atención integral que el sector salud y la asistencia humanitaria internacional deben asumir, en concordancia con los acuerdos que el Gobierno, la Sociedad Civil y los Actores del Conflicto definan en el proceso de paz.

## 1. SITUACION DEL DESPLAZAMIENTO

El desplazamiento forzado en Colombia se ha incrementado en los últimos tres años bajo dos modalidades: Desplazamientos tipo éxodo y desplazamientos individualizados o dispersos, dirigiéndose fundamentalmente desde el campo hacia las pequeñas y medianas ciudades y de éstas hacia las capitales.

En el presente documento se toma como marco de referencia que el: “El desplazamiento forzado constituye una de las más graves violaciones a los derechos humanos, no solo por la magnitud misma del problema sino porque trae consigo una multiplicidad de violaciones de derechos fundamentales de manera continuada y acumulativa. Previa a la situación de desplazamiento, muchas de las personas y comunidades son objeto de asesinatos, masacres, torturas y amenazas de muerte” (Codhes, 1998).

“Los desplazamientos se han producido en diferentes contextos: de violaciones sistemáticas de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario, de desarrollo del conflicto armado interno, de procesos de acumulación violenta de capital, de procesos acelerados y forzosos de compra de tierras, de efectos de la globalización y macroproyectos de desarrollo, de conflictos sociales, laborales y urbanos, entre otros” (Codhes, 1998).

La población desplazada, migrante-forzosa, experimenta la destitución súbita del derecho a la salud por destrucción de la infraestructura, la logística y el recurso humano, lo cual afecta el acceso a la red de servicios. El ejercicio de la salud también se ve afectado por el uso de la población civil y de la misión médica como objetivo militar.

El Ministerio de Salud, de 1995 a 1997 definió las políticas nacionales del sector a través de las cuales se establecieron los mecanismos para implementar las competencias del Sistema de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia con acciones específicas en tres fases primordiales: de *Prevención del Desplazamiento*, de *Atención Humanitaria de Emergencia* y de *Consolidación y Estabilización Socioeconómica*.

No obstante lo anterior, se estima que en los últimos dos años el número de la población desplazada se aproxima a las 270 mil personas y el acumulado de los últimos diez años se considera por el orden de 1'500.000 personas (estos datos son variables según la fuente de referencia que se consulte).

En las dos últimas semanas del mes de julio de 1998 se ha incrementado el desplazamiento forzado en las siguientes zonas: Sur de Bolívar, sur del Cesar, sur y centro de Sucre, dirigidos hacia Barrancabermeja. Además, en las zonas de Caquetá, Meta, Guaviare, Antioquia, sin dejar de lado a otros departamentos que en los dos últimos años han acumulado población desplazada como receptores.

En lo que interesa al sector, el desplazamiento afecta la calidad de vida y la salud en la medida en que se incrementan las demandas de atención en salud en las poblaciones

receptoras que no están en capacidad de brindar una respuesta a las peticiones de consultas ambulatorias, hospitalizaciones y urgencias.

Sumado a ello, hay otros efectos directos por el aumento poblacional que facilita la aparición de enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, deficiencias nutricionales, problemas psicosociales debido al estrés postraumático, y el deterioro del medio ambiente por la no aplicación técnica del saneamiento que requiere la población desplazada. Esto se agrava en la medida en que las autoridades municipales no se encuentran económicamente preparadas para recibir y responder a este impacto en la salud pública, en especial en la garantía del aseguramiento y la garantía de la integridad física, social y cultural y el derecho a los estándares mínimos de calidad de vida.

El abordaje de tan delicado y creciente problema se visualizará, por una parte, desde el concepto del manejo como una situación de *emergencia compleja*, entendida como la actuación de múltiples actores en un conflicto armado interno, y por otra, en el contexto de una *crisis humanitaria*, donde la limitación del ejercicio al derecho a la salud es debido a la desprotección de la población civil y a la continua amenaza a la misión médica.

## 2. POLITICAS

El gobierno nacional, ante la grave problemática del desplazamiento forzado y el desamparo de una gran población de colombianos, a los cuales se les violaban sus derechos fundamentales, se dio a la tarea de formular una legislación especial para promover, proteger y defender los derechos humanos y una vez que éstos superen sus dificultades, estas leyes les permitieran reinsertarse a la vida nacional y productiva. Esta legislación permite armonizar, a los diferentes estamentos del Estado, las políticas para enfrentar las consecuencias civiles y económicas del conflicto armado interno.

### 2.1. Marco Legal para la atención del desplazamiento.

- **Documento CONPES 2804 (Septiembre 13/95):** Se constituye en el primer Programa Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia en Colombia.
- **Directiva Presidencial No. 02 (Marzo 18/97):** Fortalece el compromiso de las entidades con el proceso de diseño y cumplimiento de la nueva política en torno a la problemática del desplazamiento
- **Decreto 976 (Abril 7/97):** Reglamenta el artículo 70 de la Ley 919 de 1989, reconociendo el fenómeno del desplazamiento masivo a causa de la violencia como un evento de naturaleza similar a desastres y calamidades (Mininterior).
- **Decreto 1165 (Abril 28/97):** Crea la Consejería Presidencial para la Atención de la Población Desplazada por la Violencia y le asigna funciones. Dicha Consejería trabajara de común acuerdo con la Unidad Especial de Derechos Humanos del Ministerio del Interior (Dpto. Administrativo. de la Presidencia de la República).

- **Decreto 1458 (Mayo 30/97):** Reglamentario de la Ley 333 de 1996, sobre Extinción del Dominio, permite el acceso a recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y la Lucha contra el Crimen Organizado a fin de destinarlos a la atención de la población desplazada por la violencia (Minjusticia).
- **Ley 387 (Julio 18/97):** Adopta las medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención humanitaria de emergencia, la consolidación y la estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en Colombia. La Ley crea el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.
- **Documento CONPES 2924 (Septiembre/97):** Constituye el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.
- **Decreto 173 (Enero 26/98):** Adopta el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, fija los Protocolos de Atención para todas las Instituciones involucradas en el abordaje y solución de la problemática del desplazamiento y crea la Red Nacional de Información para la Atención a la Población Desplazada por la Violencia. De igual forma, aclara las competencias para el ICBF y la Cruz Roja Nacional en el sentido de colaborar en la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.

## 2.2. Marco Legal de las políticas del Sector Salud

En concordancia con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, los Decretos Nos. 412 de 1992 y 1283 de 1996 y los Acuerdos 59, 74, 77, 85, 86 y 91 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud obligan al Ministerio de Salud, a las Direcciones Departamentales y Locales de Salud a garantizar el derecho a la salud de la población desplazada a través de la atención integral en salud, la cual comprende los servicios de: atención médico quirúrgica y odontológica; atención de urgencias, hospitalización, tratamiento, rehabilitación y ayuda diagnóstica; provisión de medicamentos y transporte de pacientes.

Además, se deben desarrollar y prestar los beneficios de saneamiento ambiental (fumigación, manejo de excretas, pozos sépticos, control de vectores), atención psicosocial, y nutricional, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A continuación se resumen los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS):

- 
- **Acuerdo 044 de 1997:** Fija los criterios de distribución de los recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía provenientes del Impuesto social municiones explosivos para poblaciones en condiciones de violencia en zonas de conflicto armado, regiones con mayor frecuencia de lesiones intencionales, maltrato infantil y NBI. La asignación es con el fin de implementar planes de la Política de Vida,

Salud y Paz del programa de Comportamiento Humano. (Dirección de Promoción y Prevención).

- **Acuerdo 059 de abril 29 de 1997:** Declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia y otorga el derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición de riesgos inherentes al desplazamiento y se asignan \$10.000 millones para la Atención Integral en Salud a la Población Desplazada por la Violencia.
- **Acuerdo 64 de 1997:** Prioriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad y promoción del FOSYGA provenientes del impuesto social a las armas, designando \$3.000 millones para la atención de traumas en zonas de conflicto.
- **Acuerdos 72 y 74 de 1997:** Define y amplía el Plan de Beneficios del POS subsidiado. Adiciona la *Rehabilitación y Trauma Mayor* para los hospitales en zonas de conflicto. Promueve la convivencia pacífica y la rehabilitación física y funcional, entre otros beneficios.
- **Acuerdo 77 de 1997:** Define la operación del Régimen Subsidiado. Obliga a cualquier IPS la prestación de servicios de salud a la población desplazada que está asegurada, sin limitación territorial, aun cuando no exista contrato directo con la ARS. El aseguramiento sigue a la persona.
- **Acuerdo 85 de 1997:** Adiciona al acuerdo 59 la atención a las necesidades de salud derivadas de los riesgos inherentes al desplazamiento: medioambientales, nutricionales y psicosociales a la *población afectada*.
- **Acuerdo 86 de 1998:** Aprueba el presupuesto del FOSYGA para 1998, en el cual destina recursos para la prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica por \$3.601 millones, impuesto a las armas, trauma mayor por la violencia por \$2.587 millones y atención a la población desplazada por \$15.000 millones.
- **Acuerdo 88 de 1998:** Fija los criterios y asigna recursos para la vigencia de 1998 en la suma de \$50.000 millones de la Subcuenta ECAT del FOSYGA para adquisición de elementos de acuerdo con las características de las catástrofes, dentro de las cuales se encuentra el desplazamiento interno.
- **Acuerdo 91 de 1998:** Declara como evento catastrófico todo hecho relacionado con las circunstancias que alteren el orden público y que se deriven de enfrentamientos armados que se presenten en el territorio nacional o que resulten directa o indirectamente relacionados con los procesos electorales para la escogencia de autoridades públicas o miembros de corporaciones de elección popular.

### **2.3. Recursos del Sector Salud para la atención del desplazamiento**

El CNSSS y el Ministerio de Salud, con el objeto de cumplir con las competencias de la Ley 100 de 1993 y la Ley 387 de 1997, han asignado recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía para la atención integral en salud a la población desplazada por la violencia.

Además, el Ministerio de Salud asignó recursos del Presupuesto Nacional para atender puntualmente las emergencias complejas y la capacitación.

### 2.3.1. Asignación de Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA

Los recursos asignados mediante el acuerdo 059 del C.N.S.S.S. ascendieron a \$10.000 millones, los cuales se distribuyeron en dos períodos a saber: \$5.900 millones se asignaron en septiembre y \$4.100 a finales de diciembre de 1997, los cuales fueron destinados a los 15 entes territoriales que en su momento presentaron una situación crítica (ver Tablas 1 a 3).

Los criterios priorizados por la Subdirección de Urgencias, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud (SUED) para la asignación incluyeron, entre otros, la magnitud del desplazamiento, las exigencias de los usuarios, la carencia de insumos, materiales y medicamentos para la óptima atención, la capacidad de respuesta ante el exceso de demanda y los problemas de orden público que pudiesen dificultar la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Los recursos se entregaron mediante convenios interadministrativos realizados entre el Ministerio de Salud y las Gobernaciones, las cuales a su vez realizaron convenios o contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) o con las Empresas Sociales del Estado (ESEs).

En el acuerdo No 086 se asignaron para el año de 1.998 la suma de \$15.000 millones para la atención en salud integral a los desplazados y de estos dineros, a la fecha, se han firmado convenios por \$1.300 millones, correspondientes a los Hospitales de Villavicencio (\$200 millones) y Barrancabermeja (\$1.100 millones); \$3.990 millones tienen asignación y certificado de disponibilidad presupuestal y se encuentran en trámite jurídico (ver Tabla 4). Los recursos restantes se encuentran en estudio técnico.

Para la distribución de los recursos la SUED tomó como base de asignación la cantidad de desplazados en cada zona de acuerdo con la dinámica de los desplazamientos y los parámetros usados en la distribución del año anterior, además de la racionalidad del costo *per cápita* asimilándose a una UPC según el nivel de atención a prestar y el porcentaje de ejecución de los convenios existentes.

**TABLA 1 DISTRIBUCION Y EJECUCION DE RECURSOS PARA ATENCION EN SALUD A DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA - 1997 - ZONA CENTRO OCCIDENTE (a Junio de 1998)**

DEPARTAMENTO	CONVENIO NUMERO	DESTINO DE LOS RECURSOS	MONTO ASIGNADO	FACTURACION A LEGALIZAR*	% EJECUCION
ANTIOQUIA	492	Chigorodó	5.000.000		
		Ituango	10.000.000		
		Valdivia	15.000.000		
		Vigía	10.000.000		
		Dabeiba	7.282.826		
		San Vicente de Paul	45.000.000		
		Mutatá	100.000.000		

		Apartadó	100.000.000		
		Turbo	100.000.000		
		Yondó	50.000.000		
		Adición H.G. M/lín	400.000.000		
		Adición Diciembre 1997	475.000.000		
Servicio Seccional de Salud			507.717.174		
Subtotal Antioquia			1.825.000.000	558.358.107	30,59
BOGOTA		Kennedy	400.000.000		
		Simón Bolívar	400.000.000		
		El Tunal	400.000.000		
		La Granja	200.000.000		
		Bosa	200.000.000		
		El Guavio	200.000.000		
		El Meissen	200.000.000		
		Chapinero	125.000.000		
Subtotal Bogotá			2.125.000.000	50.776.476	2,38
CALDAS		San Félix	200.000.000	N.D.	N.D.
Subtotal Caldas			200.000	N.D.	N.D.
CHOCO	480	San Francisco	100.000.000		
		San José de Condoto	30.000.000		
		Itsmina	30.000.000		
		Bahía Solano	30.000.000		
Servicio Seccional de Salud Chocó			410.000.000		
Subtotal Chocó			600.000.000	395.831.897	65,97

CAUCA	484	San José	5.000.000		
		Susana López	15.000.000		
		Popayán	15.000.000		
		La Vega	5.000.000		
		Caloto	15.000.000		
		Puerto Tejada	15.000.000		
		Santander	15.000.000		
		Bolívar	5.000.000		
		Corinto	5.000.000		
		Argelia	5.000.000		
Servicio Seccional de Salud			100.000.000		
Subtotal Cauca			200.000.000	51.798.602	25,89
CUNDINAMARCA	483	Tocaima	50.000.000		
		La Samaritana	50.000.000		
		Soacha	300.000.000		
		San Juan de Rioseco	100.000.000		
		Adición Diciembre 1997	600.000.000		
Subtotal Cundinamarca			1.100.000.000	377.515.478	34,31
TOLIMA	486	Roncesvalles	20.000.000		
		Rioblanco	20.000.000		
		Icononzo	30.000.000		
		Guayabal	30.000.000		
		Federico Lleras	100.000.000		
		Adición Diciembre 1997	100.000.000		
Subtotal Tolima			300.000.000	70.681.906	23,56

Subtotal Zona Centro Occidente	6.350.000.000	1.504.962.466	23,70
--------------------------------	---------------	---------------	-------

\* El análisis de la facturación a legalizar se hace en el numeral 4.2.2.

Fuente: Archivos Subdirección Urgencias, Emergencias y Desastres - Ministerio de Salud.  
Archivos Dirección de Análisis y Política Sectorial - Ministerio de Salud.

**TABLA 2 DISTRIBUCION Y EJECUCION DE RECURSOS PARA ATENCION EN SALUD A DES  
POR LA VIOLENCIA, 1997 ZONA COSTA ATLANTICA (a Junio de 1998)**

DEPARTAMENTO	CONVENIO NUMERO	DESTINO DE LOS RECURSOS	MONTO ASIGNADO	FACTURACIO N A LEGALIZAR*	% EJECUCION
BOLÍVAR		Departamento	200.000.000		
		Carmen de Bolívar	100.000.000		
		Salao -Carmen de Bolívar	100.000.000		
		San Jacinto	100.000.000		
		Distrito de Cartagena	100.000.000		
Subtotal Bolívar			600.000.000	207.463.317	34,57
CESAR	482	Codazzi	12.000.000		
		Bosconia	20.000.000		
		Tamalameque	25.000.000		
		González	26.000.000		
		Ibirico	14.000.000		
		Aguachica	100.000.000		
		Chiriguaná	100.000.000		
		Valledupar	100.000.000		
Dasaluc Cesar			203.000.000	320.153.716	53,36
Subtotal Cesar			600.000.000		
CORDOBA	478	Cereté	70.000.000		
		Ciénaga de oro	20.000.000		
		Lorica	50.000.000		
		Pueblo Nuevo	10.000.000		
		Planeta Rica	20.000.000		
		Montelíbano	20.000.000		
		Ayapel	10.000.000		
		Tierralta	60.000.000		
		Valencia	40.000.000		
		Montería	100.000.000		
Subtotal Córdoba			400.000.000	187.433.331	46,86
MAGDALENA	544	Julio Méndez	200.000.000		
		Fundación	100.000.000		
Subtotal Magdalena			300.000.000	184.151.322	61,38
SUCRE	521	Corozal	30.000.000		
		San Marcos	20.000.000		
		San Onofre	15.000.000		
		Las Palmitas	7.000.000		
		Morroa	7.000.000		
		Palmito	7.000.000		
		Tolú	7.000.000		
		Sincelejo	100.000.000		
DASSSALUD			107.000.000		

Subtotal Sucre	300.000.000	208.711.193	69,57
Subtotal Zona Costa Atlántica	2.200.000.000	1.107.912.879	50,35

\* El análisis de la facturación a legalizar se hace en el numeral 4.2.2.

Fuente: Archivos Subdirección Urgencias, Emergencias y Desastres - Ministerio de Salud.  
Archivos Dirección de Análisis y Política Sectorial - Ministerio de Salud.

**TABLA 3 DISTRIBUCION Y EJECUCION DE RECURSOS PARA ATENCION EN SALUD A DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA, 1997 ZONA ORIENTAL (a Junio de 1998)**

DEPARTAMENTO	CONVENIO NUMERO	DESTINO DE LOS RECURSOS	MONTO ASIGNADO	FACTURACION A LEGALIZAR*	% EJECUCION
CASANARE	485	Departamento	200.000.000	50.000.000	25,00
Subtotal Casanare			200.000.000	50.000.000	25,00
N.DESANTANDER	479	Erasmus Meoz	220.000.000		
		Erasmus Meoz	100.000.000		
		Rehabilitación Dptal.	100.000.000		
		H. Mental de Cúcuta	45.000.000		
		San José de Tibú	35.000.000		
		Ocaña	100.000.000		
Servicio Seccional de Salud			50.000.000		
Subtotal Norte de Santander			650.000.000	316.399.467	48,67
SANTANDER	481	Barrancabermeja	100.000.000		
		Barranca Municipio	5.000.000		
		Bucaramanga Sn Camilo	4.000.000		
		Bucaramanga HURGV	147.789.000		
		Bucaramanga ISABU	13.000.000		
		Florida Municipio	5.000.000		
		Girón Hospital	37.500.000		
		Lebrija	28.000.000		
		Piedecuesta	34.500.000		
		Puerto Wilches	7.211.000		
		Sabana de Torres	5.000.000		
		Barbosa	3.000.000		
		Adición Diciembre	200.000.000		
Subtotal Santander			600.000.000	215.324.073	35,88
Subtotal Zona Oriental			1.450.000.000	581.723.540	40,12
<b>GRAN TOTAL</b>			<b>10.000.000.000</b>	<b>3.194.598.885</b>	<b>31,95</b>

\* El análisis de la facturación a legalizar se hace en el numeral 4.2.2.

Fuente: Archivos Subdirección Urgencias, Emergencias y Desastres - Ministerio de Salud.  
Archivos Dirección de Análisis y Política Sectorial - Ministerio de Salud.

**TABLA 4  
DISTRIBUCION PRELIMINAR DE RECURSOS PARA DESPLAZADOS EN 1998**

DEPARTAMENTO	CONVENIO NUMERO	DESTINACION DE RECURSOS	MONTO	TOTAL
ATLANTICO		Barranquilla		
		H. Universitario	200.000.000	
		H. La Manga	100.000.000	
		H. Nazareth	150.000.000	

		H. Pediátrico	200.000.000	
		H. General	100.000.000	
		Soledad	200.000.000	
		Malambo	30.000.000	
		Palmar Varela	20.000.000	
Subtotal				1.000.000.000
CORDOBA		Tierralta	200.000.000	
		Lorica	100.000.000	
		Valencia	100.000.000	
		Otros Hospitales	100.000.000	
Subtotal				500.000.000
MAGDALENA		Santa Marta	100.000.000	
		Ariguani	70.000.000	
		Ciénaga	100.000.000	
		Chibolo	30.000.000	
		Fundación	30.000.000	
		Plato	30.000.000	
		Sitionuevo	40.000.000	
Subtotal				400.000.000
CHOCO		Quibdó	200.000.000	
		Bahía Solano	50.000.000	
		Riosucio	200.000.000	
		Itsmina	100.000.000	
Subtotal				550.000.000
TOLIMA		Chaparral	30.000.000	
		Armero Guayabal	10.000.000	
		Icononzo	30.000.000	
		Roncesvalles	40.000.000	
		Rioblanco	30.000.000	
Subtotal				140.000.000
META		H. Villavicencio	200.000.000	
		H. Granada	100.000.000	
		Puerto López-Cabuyaro	100.000.000	
Subtotal				400.000.000
CAQUETA		María Inmaculada	200.000.000	
Subtotal				200.000.000
SANTANDER		Barrancabermeja	1.100.000.000	
Subtotal				1.100.000.000
<b>TOTAL</b>				<b>4.290.000.000</b>

Fuente: Archivos Subdirección Urgencias, Emergencias y Desastres - Ministerio de Salud.

### 2.3.2. Recursos del Presupuesto Nacional para el Sector Salud

Del presupuesto nacional de 1997 se adjudicaron \$141,924,978 cuya ejecución como se muestra en la Tabla 5.

**TABLA 5**  
**RECURSOS DEL PRESUPUESTO NACIONAL PARA LA ATENCION A**  
**POBLACION DESPLAZADA 1997**

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>ASISTENCIA</b>	<b>EQUIPOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>O</b>	<b>S</b>	<b>TECNICA</b>	<b>EXTRAMURALE</b>	
			<b>S</b>	
ANTIOQUIA	38,452,077	15,571,798	15,836,031	69,859,906
BOLÍVAR	19,217,453	835,751	13,903,839	33,957,043
CHOCO	5,858,312			5,858,312
SANTANDER	10,265,064		13,903,839	24,168,903
SUCRE	2,542,333			2,542,333
TOLIMA	5,028,412	510,069		5,538,481
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 81,363,651</b>	<b>\$ 16,917,618</b>	<b>\$ 43,643,709</b>	<b>\$ 141,924,978</b>

Fuente: Archivos Subdirección Urgencias, Emergencias y Desastres - Ministerio de Salud.

Del presupuesto General de la Nación - Ministerio de Salud, para 1998 se tiene presupuestada la suma de \$260 millones distribuidos así:

- Para apoyo de Puestos Móviles de Salud para zonas de desplazamiento, \$260 millones.
- Para talleres de capacitación en legislación Internacional del Derecho Internacional Humanitario, legislación nacional, política pública y estrategias en terapéuticas en la emergencia de salud del desplazamiento a nivel nacional y regional, un total de \$40 millones.

Los recursos revisten vital importancia debido a que existen aún algunos entes territoriales en los cuales la dinámica del desplazamiento no ha alcanzado unos niveles elevados y se hace necesario realizar acciones de prevención y preparación ante el eventual crecimiento de la problemática.

### **3. Asistencia Humanitaria Internacional en Salud**

Ante las calamidades antrópicas o naturales se presenta una respuesta solidaria de los gobiernos del mundo como parte de un sistema que busca minimizar las consecuencias posteriores o potenciales, así como la preparación y mitigación en caso de eventuales repeticiones del desastre.

Los múltiples casos de violación de los DDHH en Colombia, debido al conflicto interno, ha motivado la presencia institucional internacional a fin de cooperar en la resolución de una de las más profundas crisis humanitarias de fin de siglo.

La ayuda humanitaria internacional ingresa al país a través de agencias multilaterales, bilaterales y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) las cuales se han manifestado

con aportes en recursos y asistencia técnica específica para la búsqueda de una salida digna ante los casos de desplazamiento forzado.

Se describen a continuación las agencias que, en torno al tema del desplazamiento, realizan acciones de cooperación con las autoridades gubernamentales y el análisis de dichas actividades se amplía en el numeral 4.3. de este documento.

### 3.1. Agencias Multilaterales

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha venido desarrollando una serie de actividades por medio de actividades de cooperación técnica al Ministerio de Salud mediante el proyecto de atención integral en salud para la población desplazada por la violencia como también otras agencias internacionales de cooperación interesadas en cooperar con las autoridades sanitarias para que las acciones en salud se orienten hacia el mejoramiento de la atención integral a los desplazados por la violencia, mediante el apoyo directo al Ministerio de Salud

La OPS ha gestionado la suma de US \$200.000 (doscientos mil dólares) los cuales se han destinado para brindar una asesoría técnica nacional e internacional en el abordaje de la problemática, la evaluación y formulación de políticas y la capacitación y apoyo a las autoridades territoriales.

En 1998, la Unión Europea destinó 5 millones de ECUs para los organismos que tienen su accionar en nuestro territorio con la misión de trabajar en favor de la población en desventaja social forzada. La gestión y distribución de los recursos de la Unión Europea para los años 1998 y 1999 se aprecian en el Cuadro 1; sin embargo, no se dispone de una información suficiente para evaluar la ejecución de estos recursos, los cuales son destinados para 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.

**CUADRO 1**  
**RECURSOS DE LA UNION EUROPEA Y**  
**DISRIBUCION POR ENTIDADES Y ZONAS**

<b>ENTIDADES 1998</b> 5 millones de ECU *	<b>ENTIDADES 1999</b> 5,6 millones de ECU *
MPDL de España (Atlántico, Bolívar)	MPDL de España
Cruz Roja de España (Atlántico, Santander, Bogotá, Antioquia, Caquetá)	Cruz Roja de España
Cruz Roja Francesa (Sucre, Córdoba)	Cruz Roja Francesa
UNICEF (Córdoba, Antioquia, Chocó, Guaviare, Putumayo, Caquetá)	UNICEF
Médicos sin Fronteras de Holanda (Bogotá, Bolívar, Córdoba)	
CICR (Bogotá, Antioquia)	CICR
Asociación Navarra Nuevo Futuro (Antioquia)	Asociación Navarra Nuevo Futuro de

	España
Cáritas de España (Bogotá, Antioquia, Santander)	
OXFAM (Bogotá, Cauca, Antioquia)	OXFAM
Médicos del Mundo de España (Cauca)	
	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

Fuente: Eric Noji, WHO, Geneva, 1998

### 3.2. Agencias Bilaterales

Se tiene documentada la cooperación en salud de las Agencias Bilaterales, de los Estados Unidos y Alemania, cuyos montos se aprecian en el Cuadro 2.

**CUADRO 2  
RECURSOS DE AGENCIAS BILATERALES PARA DESPLAZADOS**

1997	1998
Alemania: GTZ	
USA: USAID US \$ 25.000, Tanques Plegables	USA: USAID US \$ 2 millones para Cruz Roja Internacional, de los cuales un porcentaje será para salud e desplazados. Proyecto para donación de equipos. Pendiente de respuesta.

### 3.3. Organizaciones No Gubernamentales

Las ONG que han participado en la asistencia humanitaria para el desplazamiento en el área de la salud han sido de carácter nacional e internacional. En el Cuadro 3 se relacionan solamente algunas de las ONGs de carácter nacional debido a que no se obtuvo datos sobre las ONGs internacionales de financiación independiente.

**CUADRO 3  
ACCIONES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES  
PARA ATENCION A DESPLAZADOS**

<b>NACIONALES</b>
Codhes: Investiga el papel de las políticas públicas en el desplazamiento. Tiene un sistema de Información sobre el desplazamiento. Monitorea territorios y localidades para realizar alertas tempranas. Sugiere y brinda recomendaciones para el diseño de políticas públicas.

Secretariado de Pastoral Social: Desarrolla actividades de capacitación, atención primaria en salud y suministro de medicamentos
Comisión De Juristas: Inició una Unidad de Investigación Jurídica en Salud.
Justicia y Paz: Coordina acciones de salud con los Hospitales del Urabá.
Federación de Atención a Desplazados - Fedes: No se obtuvo información.
CINEP: Realiza investigaciones del conflicto. Tienen programas de educación no formal en DDHH para los desplazados. También realiza actividades de acompañamiento a grupos de desplazados

Para el presente análisis no se obtuvo la información necesaria para evaluar los montos y la forma de ejecución de los recursos de estos organismos en el sector salud.

#### **4. RESULTADOS DE LA INTERVENCION EN SALUD FRENTE AL DESPLAZAMIENTO**

En este capítulo se presentan los resultados de la formulación e implementación de las políticas del sector salud para la atención de los desplazados por la violencia, durante los años 1996 a junio de 1998, destacando en la medida de lo posible el impacto de estas acciones sobre el perfil epidemiológico y la gestión en la prestación integral de los servicios de salud.

De igual modo, se hace un análisis de los resultados de la asistencia humanitaria internacional y la forma actual como afrontan la cooperación hacia la población civil víctima de la violencia y su consecuente desplazamiento.

Este análisis constituye la base para las conclusiones y recomendaciones que se articulan con el giro que debe tomar el Sector Salud en torno a las políticas para la atención del desplazamiento y su papel fundamental de servir como un *Enlace para la Paz*.

##### **4.1. De las Políticas del Ministerio de Salud frente al Desplazamiento**

Se evalúa la implementación de las políticas vigentes del sector salud frente al fenómeno del desplazamiento desde dos aspectos fundamentales como lo son: el marco legal dado por la Ley 387 de 1997 donde se definen las competencias institucionales y las actividades del sector y el desarrollo de las herramientas técnicas necesarias para su implementación.

##### **4.1.1. Evaluación del cumplimiento del Plan Nacional para la Atención a los Desplazados**

Entendemos que la ejecución del Plan Nacional para la Atención Integral a los Desplazados debía articularse con una serie de estructuras gubernamentales y complementarse con estructuras no gubernamentales. Dentro de las gubernamentales se tenían la Consejería Presidencial a través de los comités de crisis, del sistema de información y los comités de desplazados; La Oficina de Derechos Humanos del Ministerio del Interior; La Consejería de Derechos Humanos entre otras permitiría a los sectores coordinar sus acciones.

Igualmente las estructuras no gubernamentales, como el Comité Interagencial de la Naciones Unidas, Comité de las Organizaciones que ejecutan fondos de la Unión Europea; Red de Oficinas del CICR; Federación de ONGs, entre otras, permitirían establecer acciones de protección o reparación que complementarían las acciones de mitigación de los sectores.

El Ministerio de Salud definió las políticas que debían ser implementadas a nivel local pero los estudios de campo evidenciaron que a pesar de los procesos de capacitación y divulgación de normas desde el nivel central, éstas se permeaban con dificultad a los niveles ejecutivos locales.

El impacto de las acciones del Ministerio de Salud frente al Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia se evaluó de acuerdo con las diferentes fases del desplazamiento.

### En la Fase de PREVENCIÓN del Desplazamiento

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	IMPACTO
Participación comunitaria y Convivencia Pacífica	Ministerio de Salud - OPS trabajan en la estrategia de <i>Municipios Saludables por la Paz</i> .	La implementación de este programa sirvió para que se desarrollaran proyectos de convivencia ciudadana, programas de salud que se incluyeron en los Planes Municipales, buscando siempre el bienestar comunitario, la conservación del medio ambiente. Otros municipios, como Mutatá, Apartadó (Antioquia) y Tierralta (Córdoba), al conocer los buenos resultados han iniciado la fase de implementación
Derecho Internacional Humanitario	Coordinación con la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Colombia. En las zonas de conflicto se realizaron trece talleres de divulgación del Derecho Internacional Humanitario y de Protección a la Misión Médica, conjuntamente con la Cruz Roja	Se enviaron a la Fiscalía 44 denuncias de violaciones al Derecho Internacional Humanitario que fueron recibidas en el último año de las diferentes Seccionales de Salud. Se incrementó la actitud de denuncia ante estos eventos por parte de las autoridades de salud (ver Anexo 1). No hay información disponible sobre

	Internacional.	sus resultados.
Investigación de conflicto	Asesoría sobre la Carga en Salud en Crisis Humanitaria mediante estudios de caso en las poblaciones a riesgo de desplazamiento en Tierralta; en los desplazamiento éxodo de los coliseos de Turbo y Quibdó y en el asentamiento de Pavarandó. También en los desplazamientos dispersos de Bogotá y Cali; y en la fase de retorno de San Marino y Riosucio (Calvo J, 1998). Revisión del Plan de Beneficios del Acuerdo 59 con el fin de evaluar si éstos cumplían con los preceptos de la legislación para dar salud integral a los desplazados	Se demostró la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios integrales de salud por lo cual fue necesario sugerir la ampliación del Plan de Beneficios para las poblaciones desplazadas por la violencia. En el Acuerdo 85 se amplió el Plan de Beneficios del Acuerdo 59 bajo la óptica de protección al acceso y al ejercicio a la salud, en el sentido de proteger a las víctimas y afectados los derechos subsidiarios a la salud tales como nutrición, psicosocial y medioambiental.

### En la Fase de ATENCION HUMANITARIA DE EMERGENCIA

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	IMPACTO
Atención Médico - quirúrgica y Odontológica	Suscripción de Convenios en 15 departamentos y 8 ESEs en el Distrito Capital para Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia descritos en las tablas 1 a 3 (numeral 2.3.1.). Distribución de medicamentos para seis (6) departamentos (ver Tabla 5)	Cobertura de atención en salud a 150.000 desplazados para el año 1997, con lo que se pretendía asegurar casi el 100% de los desplazados en su momento. El costo por persona fue de \$68.000, equivalente a la UPC del régimen subsidiado. Para 1998 se pretende cubrir cerca de 220.000. Apoyo a emergencias en todas las zonas en que se presentaron desplazamientos masivos. En 1997 se cubrieron seis departamentos y cinco en lo que va corrido de 1998
Nutricionales	Acciones de vigilancia epidemiológica, valoraciones nutricionales y suplementación como responsabilidad del sector salud, implementadas a partir de enero de 1998. El Acuerdo 85 cubre los aspectos nutricionales en la atención integral para la población desplazada..	De los 24 convenios de 1997, cuatro de ellos (16%) presentaron el proyecto. Las acciones comprenden labores de vigilancia nutricional, suplementación y rehabilitación. Es necesario incrementar estas actividades en los desplazados. Para 1998 los proyectos de atención integral a los desplazados incluyen la línea de atención nutricional.
Psicosociales	Apoyo al proyecto de UNICEF para	En el abordaje de la atención

	su aplicación en Pavarandó a fin de mitigar el impacto del estrés pos traumático. Cinco proyectos psicosociales aprobados: Carisma, Meissen Chapinero, Soacha y Guavio	psicosocial se le dio cumplimiento a la intersectorialidad. Se ha cubierto el empoderamiento para la reconstrucción de las redes sociales y la elaboración del duelo en el desarraigo.
Saneamiento ambiental	Realización de proyectos de saneamiento ambiental: <i>Agua</i> : Dotación de tanques de agua en Pavarandó Turbo, Quibdó <i>Letrinas</i> : en Turbo, Pavarandó, Riosucio, Quibdó, Bahía Cupica. En 1998 se realizaron estas actividades en el Coliseo de Turbo y en Chocó.	El beneficio en el acceso al agua potable cubrió alrededor de 20.000 personas con lo que se obtuvo una disminución de las enfermedades diarreicas y dermatológicas en Pavarandó (ver numeral 4.2.1.). En estas zonas se logró el mantenimiento de los mínimos estándares humanitarios.
Equipos extramurales	Realización de diecinueve (19) brigadas: en la zona del Chocó, ocho (8); en el sur de Bolívar, dos (2); en San Marino, cuatro (4); en La Miel y Los Cábulos, cinco (5). Además, se realizaron brigadas a un costo aproximado de \$140 millones en los departamentos de Santander, Bolívar y Antioquia. (ver Tabla 5).	Prestación de servicios de salud tipo brigadas con un costo por persona de \$17.500. Se dio cobertura total en salud en los 19 casos de atención humanitaria de emergencia por desplazamientos masivos, con una atención de aproximadamente 8000 personas.
Apoyo Logístico	Dotación de equipos médicos mínimos para atención de urgencias, equipos de radiocomunicación y ambulancias para transporte de pacientes.	Fortalecimiento de la Red de Urgencias en los municipios de las zonas expulsoras y receptoras (ver Tabla 5)

### En la Fase de CONSOLIDACION Y ESTABILIZACION SOCIOECONOMICA

COMPETENCIA	ACTIVIDADES	IMPACTO
Aseguramiento	Ampliación de la cobertura del régimen subsidiado a la población desplazada en aquellos municipios con capacidad económica y en especial donde existen reasentamientos.	Ingreso al Régimen Subsidiado de la Seguridad Social de 1200 personas desplazadas por la violencia de algunas poblaciones. Se beneficiaron 3 de los 24 reasentamientos (12,5%).
Prestación de Servicios de Salud ante la reubicación y el	Acompañamiento a los retornos con participación de clínicas móviles durante las seis primeras semanas, con evaluación de la prestación de los servicios de salud,	Restitución del derecho a los servicios de salud con mejoramiento en sus condiciones, reflejado en la

retorno	como en el caso del reasentamiento de San Marino, municipio de San Juan de Río Seco, Cundinamarca. Asignación directa de recursos (\$100 millones) para la atención en salud en reasentamientos (Carpintero, municipio de Cabuyaro, Dpto. del Meta) y mediante convenios con los Hospitales (La Cochinilla, municipio de Cúcuta). Los reasentamientos del Tolima reciben los servicios médicos a través de convenios con el Departamento y los de la Hacienda Nápoles en Antioquia, a través de convenio con el Servicio de Salud de Antioquia.	disminución de los picos epidemiológicos, como lo acontecido entre Clavellino, Vista Hermosa y Domingodó, en las cuales se controló una epidemia de cólera. (ver numeral 4.2.1.)
Verificación de las condiciones mínimas para los sitios de retorno	Realizadas en la Cuenca de Medio Atrato, Cacarica y Riosucio en Chocó; en los retornos de Tiquisio y Simití en Bolívar y Mapiripán en el Meta.	Fueron garantizadas las condiciones para asegurar los mínimos estándares humanitarios en las poblaciones que retornaron a Riosucio. En Cacarica y Medio Atrato no se garantizaban las condiciones por lo cual no se hizo retorno.

#### **4.1.2. Evaluación del Desarrollo de las Herramientas Técnicas en Desplazamiento.**

Ante el crecimiento del problema del desplazamiento el Ministerio de Salud se dio a la tarea de caracterizar el problema, definir el impacto del Plan de Beneficios para desplazados y definir las necesidades de asistencia técnica para apoyar la implementación de las políticas nacionales para los desplazados en los entes territoriales.

Lo anterior motivó el diseño de protocolos, planes de beneficios, sistemas de información y capacitación, los cuales se evalúan a continuación.

##### **4.1.2.1. Diseño de Protocolos.**

Se definieron las garantías para la atención a las víctimas y a los afectados así como las condiciones necesarias para garantizar los estándares mínimos humanitarios en salud, para lo cual se realizaron los diseños preliminares de protocolos de atención en salud, los cuales requieren de un ajuste mediante prueba de campo (ver Anexo 3).

Se diseñaron fichas técnicas para la elaboración de proyectos y para la evaluación de los mismos, las cuales sirven de base para la medición de la Debilidad Manifiesta, la evaluación y seguimiento del comportamiento epidemiológico y la prestación de los servicios.

#### **4.1.2.2. Plan de Beneficios para los Desplazados.**

Del análisis del Acuerdo 059 del CNSSS se recomendó la ampliación de los beneficios para los desplazados en sus derechos subsidiarios los cuales quedaron plasmados y reconocidos en el Acuerdo 085.

#### **4.1.2.3. Sistema de Información en Salud**

El desarrollo del Sistema de Información en Salud para la Población Desplazada por la Violencia se basa en los datos que son insuficientes, de restringida validez interna y externa por falta de estandarización en la toma de datos.

No obstante, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Inicio de la base de datos para Emergencias Complejas en la Subdirección de Urgencias, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud, con estudios de caso mediante visitas de campo en Municipios a riesgo de desplazamiento (Tierra Alta), de desplazamiento individual (Cali, Montería), de desplazamiento tipo éxodo (albergues de Bogotá, Coliseo de Turbo, Pavarandó); así como en los casos de retorno y reubicación (San Marino, Comunidad de Paz de San José de Apartadó). Se caracterizaron los riesgos en salud, inherentes al desplazamiento en conflicto político, que sirvieron concretamente para adicionar al Acuerdo 85 los conceptos de *población afectada y riesgos inherentes al desplazamiento*.
- Con el rediseño de la ficha técnica para el seguimiento de convenios de prestación de servicios a desplazados por parte de los hospitales, se incluyeron variables importantes para la caracterización de la Debilidad Manifiesta, las cuales serán usadas como una base de datos para el estudio de las emergencias complejas.( ver Anexo No 6 )
- Con el diseño del instrumento para el seguimiento discriminado de las actividades y costos en la ejecución de los convenios interadministrativos, se podrá caracterizar el perfil epidemiológico de la población desplazada por la violencia. En dicho instrumento se recogen datos por grupos étnicos y para los servicios ambulatorios, hospitalarios y urgencias. Este instrumento hace parte integral de los convenios de 1998 y sirve para la presentación de los informes mensuales que son requeridos para la legalización de los anticipos y de la facturación correspondiente.

La experiencia del análisis de información obtenida durante las asesorías territoriales y el análisis de la información existente en la SUED, permite sugerir la necesidad de implementar un sistema de información cuyos objetivos han de ser:

- Monitorear emergencias complejas.
- Identificar zonas a riesgo de migración forzada.
- Servir de fuente para desarrollar planes de contingencia por parte de gobiernos y agencias de asistencia humanitaria y desarrollo.

Las estrategias para la búsqueda de dichos objetivos han de encaminarse en dos aspectos básicos: la *Detección Temprana de la Vulnerabilidad* y la *Detección de la Debilidad Manifiesta*.

Para la Detección de la Vulnerabilidad se han de tener en cuenta las siguientes variables:

- Perfil Epidemiológico: Vigilancia de la caracterización de los factores de riesgo Demográficos, Geográficos, Económicos y etnográficos (biológicos, culturales, sociales), así como la vigilancia de la caracterización de los riesgos relacionados con la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades (perfiles endémicos - epidémicos y de mortalidad).
- Perfil Institucional: Con vigilancia de la caracterización del desarrollo institucional para el acceso a los Servicios de Salud, teniendo en cuenta los aspectos del aseguramiento, las acciones de salud pública, promoción de la salud, protección específica, red de servicios, dotación, equipos recurso humano, sistema de información.

La detección de la Debilidad Manifiesta implica vigilancia de las variables:

- Perfil Humanitario: Estudio de lo relacionado con la caracterización de la Protección del derecho a la salud (estándares humanitarios) y Protección a la misión médica (neutralidad), así como la caracterización del ejercicio del derecho a la salud (violaciones).
- Perfil de convocatoria: Con estudio de la caracterización del soporte social en salud y caracterización de la capacidad propositiva del derecho a la salud.

Será importante el desarrollo de nuevos indicadores epidemiológicos relevantes en la reparación y mitigación, en reducción de impactos negativos en la salud de poblaciones en emergencias complejas, en indicadores humanitarios del derecho a la salud y articulación de la asistencia humanitaria en salud como puente para la paz.

Este diseño del sistema de información está siendo reforzado por el Proyecto HINAP (Health Intelligence Network for Advanced Contingency Planning Project) y la OPS en su función de Cooperación Internacional con el aporte de un Profesional de la Ingeniería de Sistemas, quien diseñará el sistema.

#### **4.1.2.4. Capacitación**

La necesidad esencial de compartir el uso de un lenguaje común para la atención en salud de los efectos del conflicto complejo, bien sea víctimas o afectados, fue observada después de las asesorías en terreno, donde se evidenció que a nivel nacional, departamental y municipal existía desconocimiento del marco legal y de las políticas y acciones tanto del sector salud como de los demás sectores.

Después del análisis de los vacíos de conocimientos mediante visitas de campo, en relación con marco conceptual, instrumental en servicios de salud en conflicto y en DIH, se determinaron los objetivos y contenidos temáticos de la capacitación.

Los objetivos definidos son:

- Capacitar personal del sector y otros sectores afines en relación al problema del desplazamiento interno por violencia y su atención integral.
- Fortalecer el sector mediante el compromiso de su personal con la atención humanitaria y oportuna a los grupos de desplazados, mediante entrenamiento integral.
- Lograr un conocimiento integral del fenómeno del desplazamiento, su impacto y su resolución así como la ampliación de los conocimientos del Derecho Internacional Humanitario y los DDHH en salud.

**CUADRO 4**  
**CONTENIDOS TEMATICOS DE CAPACITACION EN DESPLAZAMIENTO FORZADO**

<b>CAPACITACION CONCEPTUAL</b>	<b>CAPACITACION INSTRUMENTAL</b>
Salud en conflictos armados tradicionales y conflictos contemporáneos	Asistencia Humanitaria en Emergencias Complejas: <i>Mitigación, Protección y Reparación de la Salud.</i>
Impacto del desplazamiento sobre el sector salud	Vigilancia Epidemiológica en situaciones de emergencia, Gestión de Servicios de Salud, Aseguramiento.
Carga de salud en crisis humanitaria: perfil epidemiológico y perfil humanitario	Protección de los estándares mínimos humanitarios: * Vulnerabilidad, * Medio Ambiente, * Nutrición, * Agua, * Servicios de Salud, * Salud reproductiva, * Red de Servicios y Suministros Protección de estándares colectivos: * Debilidad manifiesta * Redes sociales y Soporte Psicosocial.
Protección del Derecho Internacional Humanitario	Protección a la población civil, Protección a la misión médica, Causas de las emergencias sociales y mediación, Desastres y desarrollo, Coordinación de actividades en situaciones de desastre, Aspectos éticos de la ayuda humanitaria Derechos Humanos

La estrategia de capacitación se hará mediante 18 seminarios que se llevarán a cabo así:

- Uno a nivel decisorio central, dirigido a personal de nivel superior directivo del sector.
- Siete a nivel regional, dirigido a los gobernadores, secretarios departamentales de salud, comités regionales de emergencia, directores de hospitales y coordinadores de urgencias, emergencias y desastres en el nivel departamental.
- Diez a nivel local, dirigido a alcaldes, secretarios municipales de salud, directores de hospitales y centros de salud, comités regionales de emergencia y otras categorías de personal que se estime oportuno.

## **4.2. Evaluación del Impacto en la Prestación de los Servicios**

El estudio del impacto sobre la salud se realizó teniendo en cuenta estas tres variables: el perfil epidemiológico, la gestión de los servicios y el aseguramiento.

Es conveniente aclarar la dificultad existente a nivel del Ministerio de Salud y los Entes Departamentales para la recopilación de datos para un estudio más amplio del comportamiento de las diferentes variables dentro del fenómeno del desplazamiento, no obstante haberse incluido dentro de las obligaciones de los convenios para la atención a los desplazados el envío mensual de informes epidemiológicos, de actividades y de ejecución.

### **4.2.1. Impacto en el Perfil Epidemiológico**

En la población colombiana el 25% de los AVISA corresponden a la violencia, seguido de un 14% relacionado con la morbilidad materno-infantil. Al analizar este comportamiento en unos casos de las zonas de desplazamiento y de conflicto se encontraron variaciones como a continuación se expresa:

*En zonas a riesgo de desplazamiento*, como en el caso de los niños desplazados de la Cuenca del Salquí, asentados en el sector urbano de Riosucio, presentaron un mayor porcentaje de desnutrición en comparación con los niños de la zona urbana (Datos Asequip - Chocó, 1997).

*En desplazamientos tipo éxodo*, se reportó un incremento de la morbilidad de las patologías infecciosas. En estas zonas se observó una desprotección de los estándares mínimos humanitarios. Las acciones que el sector salud emprendió en estos casos particulares generaron un impacto positivo al lograr detectar y disminuir este comportamiento en los índices de morbilidad, como en el caso de Pavarandó donde después de los seis primeros meses de implementado el programa de saneamiento comunitario se evidenció una disminución de la tasa de mortalidad específica por diarrea (ver Anexo 4).

En la mayor parte de los albergues se observó que no se garantizaban los estándares mínimos humanitarios. Por ejemplo, el acceso a agua era menor de 5 litros

persona/día, la disponibilidad de letrinas era mayor de 20 personas por letrina, y el uso del espacio denotaba hacinamiento por haber más de 5 personas por 20 m<sup>2</sup>, como en los casos de los coliseos de Quibdó y Turbo.

Se desconoce el comportamiento epidemiológico de los casos de desplazamiento disperso, pues no se tienen los datos discriminados en los organismos de salud que recibieron recursos para la atención de esta población.

*En retornos*, como en los casos de Domingodó y Clavellino (Riosucio), se presentaron diferencias en la incidencia del cólera. Clavellino y Domingodó presentaron tres casos de cólera en los cuales se encontró que los promotores de salud formados en Pavarandó no implementaron las acciones de demarcación y división del río para evitar contaminación de las aguas. En cambio, en Villa Hermosa no se presentaron casos de cólera porque allí sí se implementaron las medidas de saneamiento por parte de los promotores.

*En los asentamientos de reubicados*, la población presentó demandas sentidas en más del 50%. Esto muestra una gran diferencia con los índices nacionales, los cuales se encuentran por debajo del 34% de la demanda sentida (ver casos de estudio de San Marino en Cambao, Anexo 5).

El comportamiento epidemiológico en los casos de reubicados mostró algunas diferencias, como en Icononzo donde se detectaron altas prevalencias de infecciones de transmisión sexual, maternidad en adolescentes, desnutrición y trauma por violencia.

#### 4.2.2. Impacto en la Gestión de Servicios

Para la prestación de servicios se suscribieron convenios con 13 departamentos y 12 hospitales públicos. Las Direcciones Seccionales a su vez suscribieron convenios con otros 81 hospitales, distribuidos en las regiones de la costa atlántica, oriente y centro occidente, cuya distribución por niveles de atención se aprecia en la Tabla 6.

**TABLA 6**  
**DISTRIBUCION DE LOS CONVENIOS POR NIVELES PARA LA ATENCION EN**  
**SALUD A LOS DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA, 1997**

Hospitales	Costa Atlántica	Centro-Occidente	Oriente	Total
Primer Nivel	19	26	11	56
Segundo Nivel	12	9	5	26
Tercer Nivel	2	7	2	11
Totales	33	42	18	93
Servs. Seccionales	3	5	3	11
Total Convenios	36	47	21	104

El 60% de los convenios se realizaron con hospitales del primer nivel de atención; el 28% con el segundo nivel y el 12% con instituciones del tercer nivel de atención. Además, 11 de los 13 departamentos con los que se firmaron convenios reservaron recursos para la atención a los desplazados

La totalidad de las instituciones del segundo y tercer nivel pertenecen al Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Esta última información adquiere relevancia en la medida en que analicemos los problemas de gestión administrativa encontrados en la mayoría de estas instituciones.

La atención en salud prestada por estas instituciones consistió en: servicios ambulatorios, servicios hospitalarios y servicios de urgencias. Además, actividades de saneamiento ambiental, atención psicosocial y nutricional.

En diciembre de 1997 la SUED no tenía ningún informe de actividades y ejecución de los convenios, siendo necesario hacer reiteradas solicitudes para el cumplimiento de las cláusulas contractuales y que los datos estuvieran acordes con las actividades del artículo 30 del Decreto 1283 de 1996. Para el primer bimestre de 1998 sólo enviaron algún tipo de datos 48 instituciones, discriminadas así:

En la zona oriental, 11 de las 19 instituciones enviaron una relación de actividades con corte a diciembre de 1997. Estas, por sus datos, no ofrecen confiabilidad ni sirven para hacer un análisis.

En la zona costa atlántica sólo relacionaron datos 8 de 35 instituciones, correspondientes todas al departamento de Córdoba, con diferentes fechas de corte y cuyas actividades no representan la realidad de la atención en el momento actual. Muchas de estas actividades fueron facturadas por debajo de las tarifas vigentes, como en el caso del Hospital de Pueblo Nuevo. La heterogeneidad de los reportes entre una institución y otra no permite tener certeza en la consistencia de los datos; mientras unos reportan consultas sin incluir los medicamentos, otros ni siquiera reportan actividades de odontología, sabiendo que en esas instituciones sí se presta el servicio. Como los datos están globalizados para el departamento no se puede realizar ningún tipo de análisis al respecto. Las demás instituciones de los otros 4 departamentos de la región que tienen convenios vigentes no han reportado información alguna.

Por otra parte, algunas instituciones de Córdoba han reportado que la ejecución de los convenios ha alcanzado el 100%; sin embargo, en el Ministerio de Salud no se tienen los soportes necesarios para la legalización de esa información.

De la zona centro occidente se ha recibido información procedente de 24 de las 42 instituciones; esta información fue reportada en 4 diferentes tipos de formatos. En la información revisada se encontró que todos envían en una forma heterogénea los reportes de las actividades de urgencias y consulta especializada. Sólo los 11

hospitales de Antioquia y los hospitales de Meissen en Cundinamarca y Chapinero en Bogotá reportaron actividades de imágenes diagnósticas y de laboratorio.

En el informe sobre el número de fórmulas despachadas llama la atención el hecho de que no coinciden el número de consultas con el número de fórmulas despachadas, como se evidencia en el caso del Hospital de San Juan de Río Seco, donde se reportaron 25 fórmulas despachadas frente a 237 consultas ambulatorias y 18 urgencias

En total, en la zona de centro occidente se reportaron 41.200 actividades de consultas ambulatorias; 748 hospitalizaciones; 6.598 atenciones odontológicas; 328 actividades individuales de atención psicosocial y 91 talleres psicoterapéuticos. Las actividades medio ambientales sólo fueron reportadas por Pavarandó, Bahía Cupica y La Miel, quienes desarrollaron proyectos de instalación de letrinas, cloración de agua y capacitación para promotores de salud.

Algunas instituciones de Antioquia, Chocó, Cundinamarca y Tolima informaron un porcentaje de ejecución mayor a los datos que aparecen en la Tabla 1 del presente informe. Estos hospitales, al ver agotados los recursos, comenzaron a limitar la prestación de servicios, como en los casos de los hospitales de Turbo, Quibdó, Itzmina, Bahía Solano, Roncesvalles, Río Blanco y Soacha.

La situación anterior ha permitido que, para los convenios de 1998, se halla estandarizado el formato de recolección de información, con lo que se podrá realizar un mejor estudio de ejecución y de costo eficiencia. Este formato hace parte integral de los convenios (Anexo 7).

En la fase de Asistencia Humanitaria de Emergencia, los recursos destinados por la nación se brindaron para atender al 63% de la población que en ese momento se documentaba por diferentes fuentes a 207.000 como desplazados. El 37% restante se esperaba que fuese asumido por el nivel departamental o municipal.

Esta oferta de recursos significó llegar a 51 municipios de los 131 que habían reportado desplazamiento. Estos datos han permitido identificar los municipios que requieren asignación de recursos para 1998.

Después de revisar toda la información recibida en el Ministerio de Salud (SUED) por parte de las fuentes primarias, se puede concluir que ésta, por su presentación y contenido, no es suficiente para evaluar la realidad del impacto en la oportunidad y mejoramiento de la salud de la población desplazada.

En su lugar, el trabajo de campo nos permitió observar que los dos factores relevantes sobre la prestación de los servicios, como son ***la sobrecarga en la capacidad resolutive y las dificultades en el acceso a los servicios***, nos da la base para evaluar el impacto así:

- Frente a la *sobrecarga en la capacidad resolutive*, observamos que esta situación sólo se apreció en los desplazamientos tipo éxodo como en Pavarandó y Turbo (Antioquia); en Quibdó (Chocó), en el barrio Nelson Mandela de Cartagena (Bolívar) y recientemente en Barrancabermeja.
- En relación con la *dificultad en el acceso a la prestación de los servicios* se observaron diferentes situaciones:
  - Hay dificultades con la certificación de la condición de desplazado en casi la totalidad de los departamentos, este documento es requisito para legalizar la facturación de los servicios prestados.
  - En ciudades, como Soacha o Bogotá (Ciudad Bolívar, Bosa), la certificación representa un riesgo hacia la vida del desplazado, al perder este su situación de incógnito que le aseguraba su integridad física. En estas zonas se presentaron solicitudes de los desplazados en el sentido de no exigir la certificación para la prestación de los servicios de salud, situación que limitó la prestación del servicio por parte de los hospitales y que hoy por hoy agrava el proceso de legalización.
  - Otro factor que afectó el acceso a los servicios de salud fue el sistema de fichos implementado por la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Turbo a la población chocoana desplazada y ubicada en el Coliseo de Turbo. En esta zona de asentamiento sólo se repartían un número determinado de fichos en el día y para cada actividad se requería un ficho.
  - También se observaron dificultades en el acceso por *amenaza a la misión médica*, como en los casos del director de Bajirá (Mutatá - Antioquia), del Médico Rural de Roncesvalles (Tolima) y de un auxiliar de enfermería de Vista Hermosa (Medio Atrato - Chocó), donde las acciones de salud no podían desarrollarse en la zona rural. El equipo médico no podía salir de la cabecera a prestar sus servicios debido a la amenaza a su integridad física por el supuesto de ser o haber sido colaborador de uno de los actores del conflicto.
  - Otra situación de dificultad en el acceso fue la presentada en los casos de atención en salud de las zonas de retorno de la finca de San Marino (Cambao - Cundinamarca), donde se utilizó la modalidad de brigadas comunitarias o Programas Integrales Comunitarios en Salud -PICS- lo cual generó un alto costo y una baja eficiencia por incremento de valor per cápita de las actividades. Esta situación agotó rápidamente los recursos dejando la población desprotegida.
  - Poblaciones receptoras como Pavarandocito expresaron su insatisfacción con la calidad del servicio recibido. Mientras los desplazados de Pavarandó gozaban de mejores beneficios, quienes se encontraban en la misma área de influencia reclamaban servicios de salud de *mejor calidad* y mayor *amplitud de beneficios*. Esto generó un conflicto entre la población viviente y los desplazados.

- La mayor problemática en el acceso a la salud se ha generado por las dificultades administrativas en la facturación, la cual presenta problemas de auditoría y contraloría para la legalización de los anticipos de los convenios.

Antes de entrar a analizar el impacto de la ejecución de los recursos asignados en 1997 conviene conocer cómo se llevó a cabo su distribución.

Estos recursos pretendían cubrir una población de 145.138 personas de 207.000 (70%), con una inversión de \$68.900 per cápita anual. En la zona centro occidente, donde se incluyen los hospitales de Bogotá, se cubriría una población de 92.163 personas, de 79.000 desplazados (117%); para la zona atlántica, 31.930 frente a 72.000 desplazados (44%); y en la zona oriental, 21.045 de 56.000 desplazados (37%), teniendo como base que el número de desplazados son los reportados por Codhes y Cinep.

Para detenemos un poco en el análisis de esta problemática nos valemos de los datos de las Tablas 1 a 3 los cuales se consolidan en la Tabla 7, donde se muestra la ejecución de los recursos.

**TABLA 7**  
**PORCENTAJE DE EJECUCION DE LOS CONVENIOS PARA ATENCION**  
**A DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA RESUMEN TABLAS 1- 2 - 3**  
**A JULIO DE 1998**

<b>Departamentos y Zonas del País que recibieron recursos mediante convenio</b>	<b>% de facturación presentada para legalizar</b>
Bolívar	34.57
Cesar	53.36
Córdoba	46.86
Magdalena	61.38
Sucre	69.79
<b>Promedio zona Costa Atlántica</b>	<b>50.35</b>
Antioquia	30.59
Bogotá	2.38
Cauca	25.89
Cundinamarca	34,31
Choco	65.97
Tolima	23.56
<b>Promedio zona Centro-Occidente</b>	<b>23.70</b>
Casanare	25.00
Norte de Santander	48.57
Santander	35.88
<b>Promedio zona Oriente</b>	<b>40.12</b>

<b>PROMEDIO PAIS</b>	<b>31.96</b>

Fuente: Archivos SUED - Ministerio de Salud.

Archivos Dirección de Análisis y Política Sectorial - Ministerio de

Salud.

En la anterior tabla se puede apreciar cómo el nivel de facturación, reportado al Ministerio de Salud, ha sido muy bajo en todo el país, con un promedio de 31.96% después de nueve meses de haberse entregado los recursos a los departamentos y hospitales para la atención integral de los desplazados por la violencia.

La problemática que se presenta en la ejecución de los recursos y su legalización ha generado un retraso en los giros lo que conlleva a la no prestación integral de los servicios a los desplazados.

Los principales problemas encontrados en el trabajo de campo e identificados también por el equipo de auditores de la Dirección de Análisis y Política Sectorial del Ministerio de Salud son:

- La mayoría de las ESEs con las cuales se firmaron convenios presentan serias deficiencias en la facturación y aplicación de tarifas, no obstante llevar más de 10 años de estar facturando con tarifas SOAT y tres años de estar utilizando los programas de facturación donados e implementados por el Ministerio de Salud. Se utilizan códigos y tarifas que no corresponden con los procedimientos o no se incluyen en la factura drogas y/o servicios prestados.
- Adicionalmente se presentan dificultades en la legalización que van desde la falta de soportes, (certificación de desplazado, firma del usuario, droga entregada sin un ejercicio médico previo, exámenes autorizados por personal no competente) hasta las acciones que no pueden ser justificadas, como la doble facturación, facturación sin prestación del servicio o el uso inapropiado de los servicios por parte de los usuarios o de los oferentes.
- La no certificación de la condición de desplazado a nivel territorial trae como consecuencia la no aceptación de la cuenta de cobro o su retraso.
- Se han prestado los servicios que se ampliaron en el Acuerdo No 085 sin proyectos y sin la autorización de la Dirección General para el Desarrollo de los Servicios de Salud.
- A nivel territorial, en especial en la zona costa atlántica, existe por parte del personal directivo y de manejo un desconocimiento de la legislación vigente sobre desplazados antes de las visitas de los asesores de la O.P.S.
- Existen unos largos periodos refractarios, desde el momento de la asignación de los recursos por parte del C.N.S.S. hasta la real prestación del servicios a los

desplazados. Dichos períodos refractarios se encuentran: en la presentación de los proyectos por parte de los entes territoriales o ESEs y su aprobación; en la asignación y distribución de recursos por parte del Ministerio de Salud; en la legalización y firma de los convenios; en el giro de los recursos y en la inclusión de éstos a los respectivos presupuestos. Una vez cumplidos estos requisitos es cuando real y legalmente el desplazado puede hacer uso de los servicios con cargo a dichos recursos.

Del análisis de la Tabla No 3 podemos apreciar que después de ocho meses de haberse asignado \$ 15.000 millones para la atención integral de los desplazados, sólo el 8.66%, correspondientes a Barrancabermeja y Villavicencio, han sido firmados los convenios y han recibido el anticipo. Esta situación está generando dificultades en el acceso hasta llegar a la negación de la prestación de los servicios.

#### **4.2.3. Garantía del derecho a la salud - Aseguramiento.**

*En la reubicación*, el aseguramiento al régimen subsidiado está centrado en los esfuerzos fiscales municipales para incrementar cupos y mantener la afiliación. Los municipios receptores no han mostrado interés en afiliaciones que se supone van a ser transitorias (esto es hasta que los desplazados retornen). Algunos entes territoriales han declarado su renuencia a tomar este tipo de decisiones aduciendo que la priorización debe ser para los residentes. Son contados los municipios que han aceptado priorizar e incluir a los desplazados en el régimen subsidiado, lo cual ha generado conflictos con las poblaciones pobres del municipio, tal como se presentó en San Marino.

Por otra parte, el sistema de afiliación en *zonas de conflicto* representa una UPC con un alto nivel de costo y baja eficiencia debido a la alta prevalencia de patologías y a su baja capacidad de resolución, comparada con la de las poblaciones estables.

### **4.3. Evaluación de la Asistencia Humanitaria Internacional**

#### **4.3.1. Agencias Multilaterales, Asesoría OPS - Ministerio de Salud**

Las acciones están siendo orientadas al reforzamiento de las políticas y líneas de acción, a la asistencia técnica en los entes territoriales y al desarrollo del sistema de información.

- Consolidación de políticas y líneas de acción para la coordinación y ejecución operativa en la atención del desplazamiento, con resultados en los entes territoriales:
- Fortalecimiento de la Coordinación Interagencial dentro del Sistema de Naciones Unidas en Colombia bajo el principio de cooperación técnica.

- Adaptación de los protocolos de salud e inicio de los protocolos de abordaje medioambiental para la atención en salud a la población desplazada.
- Entrenamiento de personal calificado sobre el manejo de Emergencias en Salud para Poblaciones Desplazadas (Health Emergencies in Large Population).
- Apoyo al Ministerio en el nivel central, departamental y local, en el manejo del desplazamiento como una emergencia compleja mediante la articulación de actividades de capacitación y asesoría:
  - Rediseño de la ficha técnica para la calificación y evaluación de Proyectos con el fin de acceder a los recursos destinados para la atención la población desplazada por la violencia en Hospitales. (Anexo 6)
  - Inicio de un proceso de capacitación para los funcionarios responsables del sector en la toma de decisiones y acciones operacionales en salud para el manejo de emergencias complejas con grandes poblaciones.
  - Ampliación de las acciones de la Subdirección de Urgencias, Emergencias y Desastres dirigidas a los Entes Territoriales con el apoyo de tres Profesionales aportados por el Proyecto con los cuales se han coordinado acciones para la ejecución de compromisos y principios de respuesta mediante actividades de sensibilización, marco legal del manejo del desplazamiento, DDHH y DIH. Estas conferencias y talleres de capacitación se realizaron en 26 capitales de departamento y puntos críticos (ver Tabla 8).
- Apoyo para el mejoramiento del sistema de información en salud sobre desplazamiento:
  - Inicio de las actividades para el establecimiento de mecanismos de captura y manejo de la información en salud sobre el desplazamiento.
  - Capacitación en el Sistema de Manejo de Suministros de Ayuda Humanitaria para Emergencias, *SUMA*, para su utilización por Organismos Gubernamentales y no Gubernamentales.
  - Inicio del diseño de una pagina Web (Proyecto HINAP) donde se tendrá un espacio para la presentación de acciones, esfuerzos y cifras sobre el desplazamiento por parte de los diversos Organismos y Agencias que actúan sobre la problemática.

**TABLA 8**  
**ASESORIA EN LOS ENTES TERRITORIALES**  
**PROFESIONALES NACIONALES OPS, A JULIO DE 1998**

DEPARTAMENTO	ASESORIAS PARA DIFUSION DE NORMAS Y PROYECTOS			PROYECTOS		CAPACITACIONES
	No. IPS	VISITAS DPTOS.	PROYECTOS ASESORADOS	RECIBIDOS	APROBADOS	SENSIBILIZACION, DIH,
ATLANTICO	16	3	7	7	3	2
BOLÍVAR	7	2	7	7	0	1
CESAR	3	2	4	4	0	1
CORDOBA	2	2	3	3	0	0
GUAJIRA	9	2	5	5	2	2
MAGDALENA	10	3	4	4	0	0
SUCRE	2	2	2	2	0	1
<b>TOTAL COSTA</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
META	20	3	6	6	6	3
CASANARE	6	1	0	0	0	1
ARAUCA	5	1	0	0	0	1
GUAINIA	2	1	0	0	0	1
VICHADA	2	1	0	0	0	1
SANTANDER	7	1	6	6	3	1
NORTE DE S.	8	1	0	0	0	2
BOYACA	5	1	0	0	0	2
CAQUETA	14	1	1	3	1	3
<b>TOTAL ORIENTE</b>	<b>69</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
ANTIOQUIA	6	5	6	4	4	11
BOGOTA	8	3	8	2	2	8
CUNDINAMARCA	3	2	2	2	2	3
CALDAS	0	1	1	1	1	1
CHOCO	6	3	5	2	2	7
CAUCA	0	0	0	0	0	0
HUILA	4	2	1	1	1	4
NARIÑO	3	2	1	1	1	1
RISARALDA	0	1	1	1	1	1
TOLIMA	8	2	1	1	1	2
QUINDIO	0	1	1	0	0	1
VALLE	2	3	2	0	0	2
<b>TOTAL CENTRO OCCIDENTE</b>	<b>44</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>41</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>52</b>	<b>74</b>	<b>62</b>	<b>30</b>	<b>63</b>



### **4.3.2. Agencias Bilaterales**

La inversión de la agencia bilateral de Estados Unidos( USAAID), representada en tanques plegables para el abastecimiento de agua potable benefició a 20.000 personas, con una disminución de las enfermedades diarreicas y dermatológicas. No se tiene más información en otras acciones de cooperación.

### **4.3.3. Organizaciones No Gubernamentales**

No se dispone de la información necesaria para evaluar la forma de ejecución de las donaciones y, en consecuencia, su impacto directo sobre la prestación de los servicios a la población desplazada.

## **5. RECOMENDACIONES**

Los resultados de la intervención del sector salud sugieren recomendaciones en tres grandes áreas: políticas del sector salud, estrategias para los procesos de gestión de prestación de servicio en salud y Asistencia Humanitaria.

### **5.1. Acerca de las Políticas del Sector Salud para los Desplazados.**

En primer lugar se sugiere que, teniendo en cuenta el alto poder de convocatoria del sector salud, éste debe asumir el liderazgo de la coordinación para el desarrollo de las políticas intersectoriales dadas en los protocolos del Decreto 173 de 1998, ya que el desarraigo de los derechos subsidiarios de la salud conlleva a aumentos de la morbimortalidad y sus costos.

En la Fase de Prevención del Desplazamiento se recomienda que el gobierno nacional defina un número de municipios prioritarios, en especial en zonas de soluciones de paz (despeje, comunidades de paz, zonas de seguridad), en los cuales los diferentes sectores definan y apliquen sus estrategias de conformidad con los protocolos del Decreto 173 de 1998.

Se sugiere que la Dirección General para el Desarrollo de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud coordine y defina en estos municipios ya priorizados los proyectos de convivencia ciudadana para que se articulen con los programas interinstitucionales para el logro de la paz.

Se recomienda que los proyectos de convivencia ciudadana para estos territorios de paz incluyan aspectos primordiales tales como: difusión y aplicación del *Derecho Internacional Humanitario* con un enfoque dirigido hacia la protección de la misión médica; *Planes Centinelas de Atención Básica* por territorios y proyectos cofinanciados para el *Desarrollo de los Servicios de Salud*.

Recomendamos realizar investigaciones frente al conflicto complejo a fin de conocer los factores determinantes y condicionantes que inciden en la salud de las poblaciones afectadas. Esto debido a que los nuevos procesos y dinámicas se están desarrollando según zonas de alerta, impacto o reparación las cuales precisan ser estudiadas y analizadas para definir las políticas y las estrategias pertinentes.

Para lo anterior se requiere la implementación de un sistema de información que contenga no sólo las variables epidemiológicas en salud sino las relacionadas con los aspectos humanitarios del conflicto y el desplazamiento.

Sería conveniente priorizar la elaboración de proyectos psicosociales, nutricionales y medioambientales que permitan desarrollar acciones específicas sobre los derechos subsidiarios de la salud con intervenciones sobre los estándares mínimos humanitarios, contemplados en el Acuerdo 85, puesto que está demostrado que la mayoría de las acciones han sido desarrolladas de conformidad con el Acuerdo 59.

Es indispensable estudiar la factibilidad de trasladar a los entes territoriales la asunción del acompañamiento en los períodos refractarios de los desplazamientos masivos. Mientras esto se logra, es necesario agilizar el proyecto de Unidades Móviles de Atención que a nivel nacional ha propuesto la SUEC para intervenir en los períodos refractarios de la prestación del servicio de salud en las zonas de impacto del conflicto.

Para el desplazamiento tipo disperso, recomendamos que con urgencia se realice un estudio técnico administrativo y jurídico de los problemas que se han presentado para la legalización de los recursos suministrados para la atención a los desplazados como una solución a muy corto plazo para la atención en salud.

Una alternativa a estudiar sería la de otorgar un aseguramiento temporal destinando un FOSYGA para el desplazamiento tipo disperso, con lo cual se daría aseguramiento a un porcentaje de desplazados según lo defina el CNSSS. Esto permitiría que los recursos de la subcuenta ECAT destinados para los desplazados se utilizaran solamente para los casos de desplazamiento tipo éxodo.

Se sugiere que para la fase de Consolidación y Estabilización Socioeconómica se definan mecanismos para la ampliación de coberturas en situaciones de desplazamiento disperso sin intención de retorno o en los casos de retorno o reubicación, en especial en los territorios de paz.

Recomendamos estudiar la ampliación del aseguramiento en las zonas de conflicto para que en una forma equitativa se incluya tanto la población desplazada como la receptora evitando así los conflictos observados entre las poblaciones receptoras y desplazadas.

Es recomendable que a las poblaciones que han sido víctimas de eventos traumáticos con secuelas de guerra y los mutilados por minas antipersonales, una vez calificada su incapacidad, se les de una indemnización y el acceso gratuito a un plan de beneficios equivalente al del régimen contributivo.

Con el fin de facilitar los procesos de retorno es conveniente garantizar y verificar la conservación de los estándares mínimos humanitarios.

Una recomendación para el sector salud y en especial para las facultades formadoras de recursos humanos en salud es la intensificación de los contenidos estructurales de los

currículos en torno a los temas de Derecho Internacional Humanitario, DDHH, violencia, conflictos complejos, dinámicas de desplazamiento y convivencia pacífica.

## **5.2. Frente a la Prestación de los Servicios.**

Desde el punto de vista epidemiológico, se recomienda sistematizar las acciones de vigilancia epidemiológica en torno a la morbilidad sentida, tanto de la demanda institucional como de las acciones en terreno en los albergues y zonas de asentamiento. Para ello se debería implementar de forma sistemática la señalización en el SIS-1 a fin de que se pueda tabular y estudiar el comportamiento de los indicadores de salud.

Se recomienda fortalecer en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud los procesos de facturación, pues este ha sido uno de los problemas administrativos que mayor impacto negativo ha generado en la atención a los desplazados. El Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud tendría un papel protagónico ante esta sugerencia.

## **5.3. Frente a la Asistencia Humanitaria Internacional.**

La cooperación internacional debería permitir modificar la asistencia humanitaria desarrollada en países con sistema público de salud hacia políticas de cooperación humanitaria, basado en el principio de corresponsabilidad global con estrategias que irían más allá de la protección y la mitigación, abordando la reparación del derecho al ejercicio a la salud en condiciones de conflicto.

Ello supone la creación de una estrategia humanitaria y otra financiera con prioridades sobre áreas afectadas. Las acciones de responsabilidad prioritarias serían de protección en zonas de alerta y complementación en zonas de mitigación y reparación.

## 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

# ANEXOS

**ANEXO 1** RESUMEN ATENTADOS A PERSONAL DE SALUD E INSTITUCIONES Y VEHICULOS DE TRANSPORTE DE URGENCIAS DURANTE LOS AÑOS 1989 Y 1998.

**ANEXO 2** TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN

SALUD A DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA PROYECTO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD A DESPLAZADOS, PAGS. 4 A 9

**ANEXO 3** PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN DESPLAZADA, DOCUMENTOS PRELIMINARES

**ANEXO 4** ESTUDIO COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN LA ZONA DE ASENTAMIENTO DE PAVARANDÓ, ANTIOQUIA.

**ANEXO 5** ESTUDIOS DE CASO EN CAMBAO Y SAN MARINO

**ANEXO 6** FICHA TÉCNICA DE CALIFICACIÓN DE PROYECTOS PARA LA ATENCIÓN A DESPLAZADOS

**ANEXO 7** FORMATO DE INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES Y COSTOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS CONVENIOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS DESPLAZADOS

## **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				



## **ANEXO 5**

Estudios de caso en Cambao y San Marino

## **ANEXO 6**

Ficha técnica de calificación de proyectos para la atención a desplazados

## **ANEXO 7**

Formato de Informe Mensual de Actividades y Costos para el seguimiento de los convenios para la atención en salud a los desplazados.