



**MÁS DE UN
DECENIO DE
salud para la
población desplazada
en Colombia**
1998 - 2011



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**MÁS DE UN DECENIO DE
SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA
EN COLOMBIA
1998-2011**



**Representación de la OPS/OMS en Colombia
Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y
Socorro en Casos de Desastre
Bogotá 2012**

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Más de un decenio de salud para la población desplazada en Colombia, 1998 – 2011.
Bogotá, D.C, OPS © 2012

ISBN 978-92-75-31675-7

I. TITULO

1. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
2. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD
3. ACCIÓN INTERSECTORIAL
4. PERSONAS DESPLAZADAS
5. DESASTRES NATURALES
6. COLOMBIA

NLM: WA 300.1

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al correo electrónico: pubrights@paho.org). El Programa de Salud en Desastres y Emergencias Complejas de la Representación de la OPS/OMS en Colombia podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, reimpressiones y traducciones ya disponibles: Carrera 7 No. 74 – 21 Piso 9, Edificio Seguros Aurora, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: centrodoc@paho.org.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni las políticas actuales de la OPS/OMS ni de sus Estados Miembros.

La producción de esta publicación fue posible gracias al apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Gobierno del Reino de Suecia, el Gobierno del Reino de Noruega, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Comunidad Andina, la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID), la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) y la Oficina de Población, Refugiados e Inmigración del Gobierno de los Estados Unidos (BPRM).

Ana Cristina Nogueira

Representante de la OPS/OMS Colombia

Dirección técnica: Sergio Ferrero Febrel y Piedad Sánchez Martínez. Autores: Piedad Sánchez Martínez, Sergio Ferrero Febrel, Jorge Victoria Restrepo, María Eugenia Pérez y Sandra Castelblanco. Aportaron información técnica: Jill Ceitlin, María Cristina Lesmes, Francisca Arboleda Rivadeneira, Harold Mauricio Casas Cruz, Rosalba Hernández, María Carolina Carrero, David Neira, Diana Pallares y Sandra Patricia Escandón M.

Coordinación editorial: Sandra Escandón Moncaleano.

Foto de portada: OPS/OMS, Sandra Patricia Escandón M. (Pie de Pato, Alto Baudó, Chocó, Colombia. Familias representantes de la población afrocolombiana y del pueblo indígena Emberá, 2009).

Agradecimientos: Nilsa Rincón, Axanoa Díaz, Sandra Muñoz, Taner Ríos y Miguel Eduardo Bolaños, por su apoyo administrativo.

Diseño gráfico: Mr. Brands

CONTENIDO

Agradecimientos	11
Resumen ejecutivo	13
Introducción	19
Aspectos metodológicos	25
Experiencia 1: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN SALUD	27
I. ¿Cuál era la situación?	29
II. ¿Qué se hizo?	32
• Estudio sobre salud y desplazamiento en Colombia	
• Salas de situación	
• Indicadores básicos de salud	
• Sistema de Información para la Gestión de la Atención de Salud de la población en situación de desplazamiento (SIGA)	
• Diplomado en gestión de información en salud	
III. Factores de éxito	43
IV. Retos	43
Experiencia 2: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	45
I. ¿Cuál era la situación?	47
II. ¿Qué se hizo?	49
• Mesa de salud y desplazamiento	
• Otros espacios de coordinación para la atención a la población en situación de desplazamiento	
• Espacio de coordinación en salud frente a los desastres naturales	
III. Factores de éxito	52
IV. Retos	53
Experiencia 3: REDUCCIÓN DE BARRERAS PARA EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	55
I. ¿Cuál era la situación?	57
II. ¿Qué se hizo?	59
• Modelo de atención en salud para poblaciones dispersas	
• Plan de Servicios Integrales de Salud para la Población Desplazada (PSIS)	
• La ruta de acceso a los servicios de salud para la población en situación de desplazamiento	
• Ruta para una maternidad segura	
• Salud mental y apoyo psicosocial en crisis	
• Tecnologías apropiadas para el suministro de agua en situaciones de emergencia	
III. Factores de éxito	77
IV. Retos	77

Experiencia 4: PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA AL DESPLAZAMIENTO INTERNO Y DESASTRES NATURALES **79**

I. ¿Cuál era la situación? **81**

II. ¿Qué se hizo? **82**

- Fortalecimiento de autoridades de salud departamental y municipal ante eventos adversos, con énfasis en el desplazamiento interno
- Mecanismos para la respuesta en salud
- Actualización de los planes hospitalarios de emergencias y desastres

III. Factores de éxito **90**

IV. Retos **90**

Conclusiones **93**

Siglas **99**

Bibliografía **103**

Anexo: **107**

Mapa de oficinas de la OPS/OMS en Colombia en 2012

Agradecimientos

El trabajo de este documento consolida el esfuerzo conjunto de muchas personas, instituciones, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, universidades, donantes y comunidades, que desde sus diferentes responsabilidades y funciones, han hecho posible la construcción de este proceso a lo largo de más de una década.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), especialmente el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres (PED), agradece el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia,¹ de sus entes territoriales de salud, de sus centros de atención y de sus respectivos equipos. El importante esfuerzo mancomunado que se ha realizado en este periodo constituye una invitación para seguir trabajando de la mano, construyendo procesos y fortalezas, que favorezcan el acceso real a la salud de las poblaciones desplazadas por el conflicto interno.

La OPS/OMS, quiere también reconocer la labor de todos los profesionales de la organización, a los representantes de la OPS/OMS en Colombia, Hernán Málaga, Eduardo Álvarez, Pier Paolo Balladelli y Ana Cristina Nogueira. A los gerentes del programa, oficiales de terreno y administrativos por su dedicación en este largo camino, siendo conscientes de que su trabajo y sus aportes se llevaron a cabo en muchos casos bajo contextos de riesgo, violencia e inseguridad.

Finalmente, queremos hacer mención especial y manifestar nuestra gratitud a las comunidades y poblaciones campesinas, indígenas y afrocolombianas. Su participación constante, su compromiso y su ilusión por el mejoramiento de sus condiciones de vida son y serán el mejor elemento para mirar hacia el futuro con optimismo, a pesar de las importantes dificultades que aún persisten en los territorios que habitan. Es con ellos con quienes debemos y queremos seguir construyendo un horizonte próspero y seguro, en sus comunidades de origen, para que el acceso a los servicios de salud se constituya en un derecho consolidado y real y en un mecanismo de protección.

1. Antes Ministerio de la Protección Social.

COMITÉ ESTRATÉGICO
SALUD
2016



RESUMEN EJECUTIVO

Resumen ejecutivo

Después de la expedición de la Ley 387 en julio de 1997, “*Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia*”, la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), recibió la solicitud del Ministerio de Salud² para fortalecer la gestión de la Subdirección de Emergencias y Desastres³ para la atención de la problemática del desplazamiento forzado por la violencia. El tema implicaba desarrollar una serie de acciones por parte del sector de la salud, especialmente en el ámbito de los preparativos ante desplazamientos masivos.

Lo anterior, conllevó a que la OPS/OMS en Colombia conformara un equipo de trabajo a comienzos del año 1998 para el fortalecimiento de la gestión del Ministerio de Salud.⁴ El primer año supuso un importante aprendizaje para el sector de la salud sobre la problemática del desplazamiento interno, con el propósito de estandarizar términos, visibilizar la situación, conocer el marco legal, proponer acciones a las entidades territoriales, mostrar la visión desde las localidades y dar elementos para la abogacía y el desarrollo del marco normativo.

Los desplazamientos de población por causa del conflicto interno y sus dinámicas se hacían cada vez más frecuentes y la situación comenzaba a presentar un mayor grado de visibilidad. Ante este escenario, el sector de la salud debía responder a los desplazamientos masivos de la población. Paralelamente, al interior de la OPS/OMS Colombia se comenzó a desarrollar un trabajo para la articulación de los diferentes programas y proyectos de la cooperación técnica, con el objetivo de ofrecer un abordaje más holístico al problema del desplazamiento.

En los primeros años del trabajo de la OPS/OMS en el tema de la salud para la población en situación de desplazamiento (PSD), cabe resaltar tres situaciones especiales, que marcaron la experiencia del trabajo en la Representación. Estos hechos fueron el desplazamiento masivo de población de Pavarandocito, en Antioquia en 1998, el terremoto del Eje Cafetero en 1999, y los procesos de marchas campesinas en Santander y Norte de Santander en 1998 y 1999.

Como consecuencia de esos hechos se generó un proceso de construcción de dos documentos, que marcaron el derrotero de la política de atención en salud de la población en situación de desplazamiento. El primero, denominado “*Salud, un Enlace de Paz*” y el segundo, “*Cartillas de Pautas y Estrategias en Salud ante Desplazamientos Masivos*”, realizados a finales de 2001 por la OPS/OMS en Colombia, evidenciaron la necesidad de brindar cooperación técnica, especialmente en algunas regiones del país. Esto conllevó la apertura de oficinas en terreno al finalizar el año 2001 en Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha, bajo el criterio de ser zonas de concentración y asentamiento de población desplazada, según los datos oficiales de la Red de Solidaridad Social.⁵

Este paso permitió la ampliación del trabajo coordinado no sólo con la autoridad sanitaria nacional, sino con las autoridades territoriales de las zonas mencionadas, con representantes de la PSD y otras agencias u organismos de cooperación.

El presente documento recopila algunas de esas experiencias y sus lecciones aprendidas, en el entendido de que es un documento inconcluso, pues es necesario seguir avanzando hacia un efectivo acceso integral a la salud para las poblaciones vulnerables y afectadas por el conflicto armado en Colombia.

La primera experiencia que se analiza es la relacionada con la “**Gestión de la Información en Salud**”. Este proceso permitió conocer la situación de salud de la PSD y cuantificar sus riesgos en salud pública, lo que motivó a las autoridades de salud la generación de acciones específicas.

Además de las implicaciones políticas y económicas que suponen el desplazamiento y su impacto social, éste incorpora importantes desafíos en el ámbito de la salud. La calidad de vida de la PSD se ve afectada, existiendo un alto riesgo de enfermar, debido a las condiciones sanitarias, de desnutrición y hacinamiento en las que viven. A eso se suma el miedo y la incertidumbre, a la que se ve sometida esta población. Desde el punto de vista de la salud esto tiene un alto impacto en la magnitud y

2. Hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Hoy Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.

4. Hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Que posteriormente se llamó la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional – Acción Social. Hoy Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.

distribución de la carga de la enfermedad y, por lo tanto, en el volumen y la composición de la demanda de los servicios.

A pesar de esta situación, el sistema de información de la población en situación de desplazamiento que el Estado había establecido, no recogía información específica de su situación de salud, lo que motivó la realización de un estudio que permitiera caracterizarla y compararla

El éxito, en el ámbito de la gestión de la información en salud, es el reconocimiento por parte de las autoridades territoriales de la importancia y la necesidad de contar con información de calidad.

con la de la población receptora. Así, se hizo evidente la problemática de salud de la PSD y se planteó la necesidad de un sistema de información regular para monitorear su situación de manera específica.

Este estudio fue el punto de partida para la transferencia de metodologías y para la puesta en marcha de salas de situación y el desarrollo del sistema de indicadores básicos de salud. Las salas de situación se han constituido en un espacio vital para el análisis y seguimiento de la situación de salud en el día a día y particularmente en el contexto de las emergencias que, a su vez, ha mejorado la calidad de la información, la toma de decisiones y las sinergias.

Por otro lado, la construcción de boletines de indicadores básicos de salud ha aumentado la conciencia sobre la importancia del análisis de la información, como insumo vital para la toma de decisiones. Esto ha permitido una mejor recopilación, discusión y validación de los datos disponibles. El diseño y desarrollo del Sistema de Información para la Gestión de las Atenciones en Salud de la PSD (SIGA), ha permitido hacer seguimiento y control a la ejecución de los recursos financieros para la atención de la PSD y a monitorear las actividades y procedimientos médicos que se realizan a los usuarios de los servicios de salud.

Esta experiencia finaliza con la presentación de un diplomado para mejorar las capacidades técnicas del recurso humano de las entidades territoriales para la gestión de la información en salud. En este programa se abordaron las principales herramientas de la salud pública y la epidemiología para hacer un adecuado análisis de la información de salud.

El éxito en el ámbito de gestión de la información en salud, es el reconocimiento por parte de las autoridades territoriales de la importancia y la necesidad de contar con información de calidad. La mayor debilidad que presentan las entidades territoriales está relacionada con el recurso humano y la capacidad tecnológica, especialmente en los municipios con mayores dificultades y de mayor afectación por el conflicto.

Por otro lado, el mayor reto que se presenta es la consolidación de un sistema nacional de información de salud que, de manera regular, permita conocer la situación de salud de la población en situación de desplazamiento.

Los avances en la gestión de la información condujeron a la necesidad de intervenir a la PSD para disminuir sus riesgos y mejorar su estado de salud. Esto implica desarrollar acciones no sólo por las entidades territoriales en salud, sino también por ONG, agencias de cooperación internacional y la comunidad.

La segunda experiencia que se presenta en esta publicación es la **“Coordinación Interinstitucional e Intersectorial”**. El primer aspecto relevante es la Mesa de Salud y Desplazamiento, que se constituyó en un espacio de cooperación y coordinación. A través de él se apalancaron importantes desarrollos en respuesta a situaciones de crisis humanitaria en los niveles territoriales, tales como la visibilización del impacto del conflicto en esta población.

El éxito de la Mesa Nacional de Salud y Desplazamiento del nivel nacional dio origen a la consolidación de Mesas Temáticas departamentales y municipales. En este capítulo se describe también cómo la OPS/OMS ha impulsado el posicionamiento del sector dentro de otros espacios institucionales en el país tales como los Comités Regionales y Locales de Prevención y Atención de Desastres (CREPAD y CLOPAD) y, los Comités Departamentales y Municipales de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (CMDAIDP).

La tercera experiencia aborda los temas relacionados con la **“Reducción de Barreras para el Acceso a Servicios de Salud”**, en la que se presentan las principales estrategias de intervención en salud pública de la OPS/OMS en Colombia, en coordinación con las autoridades sanitarias, que se han compilado en acciones específicas para este documento.

En primer lugar, se presenta el **“Modelo de Atención para Poblaciones Dispersas”**, basado en la perspectiva

de atención primaria en salud y operado mediante equipos móviles de salud en el departamento del Chocó. El modelo fue exitoso y bien aceptado y se implementó en otras zonas del país con igual éxito. En segundo lugar, se presenta la estrategia del Plan de Servicios Integrales para la Población Desplazada, que se consolidó como una herramienta práctica para que los alcaldes dieran respuesta a los requerimientos normativos y de jurisprudencia, mediante un ejercicio de planificación, articulación y coordinación, que involucrara a todos los actores encargados de la respuesta sanitaria a la PSD.

En tercer lugar, la necesidad de disponer de un instrumento sencillo que orientara a las personas en situación de desplazamiento sobre el proceso para acceder a los servicios de salud, llevó a que el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED) en Colombia desarrollara La Ruta de Acceso a los Servicios de Salud de la Población en Situación de Desplazamiento. Estos instrumentos presentan diversas experiencias de rutas en el país y cómo, a partir de la formación de los líderes de la PSD en derechos y deberes y de las rutas para el acceso a los servicios de salud, se originaron las veedurías ciudadanas en salud de PSD, como un mecanismo para el fortalecimiento de la participación comunitaria y del control social.

El éxito de la ruta general llevó al diseño de rutas específicas como La Ruta para una Maternidad Segura, que involucra no sólo a la institucionalidad, sino a actores comunitarios tan importantes como las parteras.

En cuarto lugar, en el tema de salud mental y apoyo psicosocial en crisis se presenta el desarrollo de tres acciones. La adaptación de la guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, el protocolo de intervención etnocultural en salud mental y atención psicosocial en crisis para comunidades indígenas, y la asistencia dada por la OPS/OMS a programas departamentales de salud mental.

Para finalizar, en este capítulo se presentan las tecnologías apropiadas para el suministro de agua en situaciones de emergencia que la OPS/OMS ha ido adaptando al contexto colombiano. En esta experiencia, se destaca el trabajo realizado con las comunidades para implementar diversos sistemas de captación, entre ellos, los filtros domésticos, el filtrado de aguas lluvias y la construcción e instalación de pozos profundos de pequeño diámetro.

La cuarta y última experiencia aborda temas relacionados con la *“Preparación para la Respuesta frente al Desplazamiento Interno y Desastres Naturales”*, en la que se describe el proceso seguido para el fortalecimiento de las autoridades de salud departamentales y municipales ante eventos adversos, con énfasis en el desplazamiento interno.

En ella se hace referencia a los planes de contingencia para desplazamientos masivos, como parte de una estrategia de apoyo a la respuesta al sector de la salud, el desarrollo y la conformación de Equipos de Respuesta Inmediata -ERI-, así como el diseño e implementación del Sistema de Atención Temprana articulado a la Red de Instituciones de Salud, denominado (SAT-RIAS).

A la par con lo anterior, se describe el apoyo para fortalecer la respuesta de las instituciones de salud ante situaciones agudas o de emergencias y desastres, mediante la formulación, actualización e implementación de los Planes Hospitalarios de Emergencia y la evaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria, en el marco de la estrategia de Hospitales Seguros, adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cada una de las cuatro experiencias ha sido revisada con el propósito de identificar los factores que contribuyeron a lograr el éxito, así como los retos pendientes.

Entre los aspectos que han generado resultados positivos para la garantía del derecho a la salud de las comunidades afectadas por el desplazamiento, se destacan el establecimiento de alianzas entre diferentes actores y sectores, la solidez técnica de los equipos y la participación de las comunidades en la definición de los asuntos que más los afectan y preocupan constituyéndose en artífices de su propio desarrollo.

La construcción de boletines de indicadores básicos de salud ha aumentado la conciencia sobre la importancia del análisis de la información como insumo vital para la toma de decisiones, al permitir la participación de diferentes sectores.

Introducción

En Colombia existe la más antigua y prolongada crisis humanitaria de América Latina. Sus raíces son profundas y de larga data y tienen su génesis en la lucha por el control de la tierra, el tráfico de cultivos ilícitos y, más recientemente, en la tenencia y explotación de recursos naturales en importantes puntos del país. Es un conflicto en metamorfosis constante donde, paralelamente a la lucha tradicional del Estado contra grupos guerrilleros con más de 40 años de existencia, como las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC EP),⁶ el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y los grupos paramilitares, se vive otro frente de batalla contra actores ilegales emergentes vinculados al tráfico de armas, de estupefacientes y al crimen organizado. Ese coctel ha complejizado la ecuación humanitaria del conflicto armado interno, tal como lo ha denominado la actual administración del presidente Juan Manuel Santos.

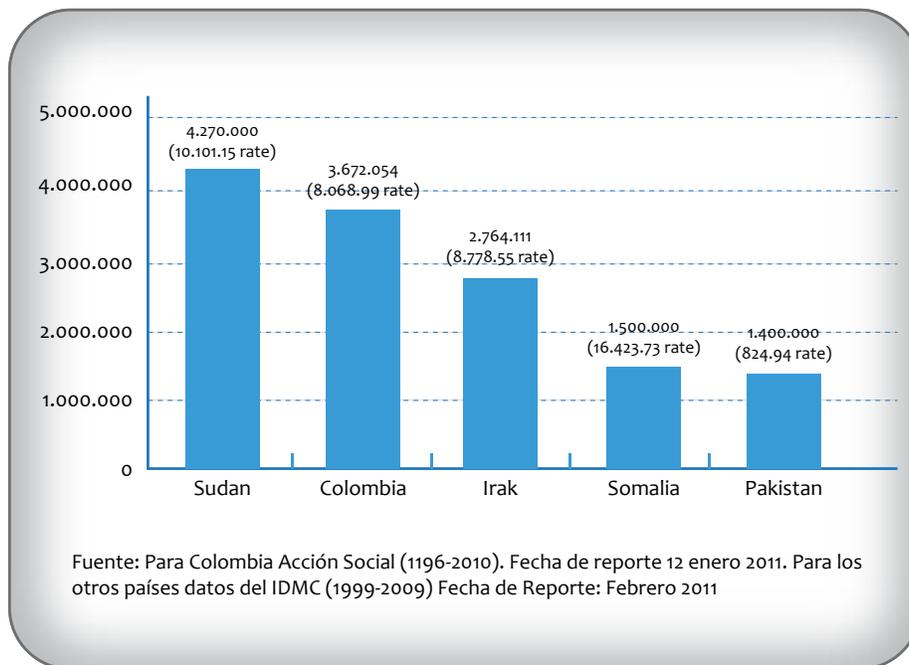
La inequidad existente sigue favoreciendo el conflicto. Colombia tiene un índice de Gini⁷ de 0,71, siendo uno de los países más inequitativos del mundo. En Colombia, el 10% más rico de la población acapara el 52,6% del ingreso, mientras que el 10% más pobre sólo goza del 0,8%. Con el acceso y goce de la tierra, el índice de Gini de propietarios para el año 2009 ascendió a 0,875%, el de la tierra a 0,86% y el de avalúos de predios a 0,84%, lo que sitúa a Colombia entre los países más desiguales en la tenencia de la tierra en América Latina y el mundo.⁸

Esta situación afecta principalmente a la población que no tiene acceso a bienes y servicios básicos, entre quienes se ubica a la población en situación de desplazamiento. El fenómeno del desplazamiento interno en términos generales no ha disminuido en los últimos años y sigue produciéndose en muchos municipios y veredas de Colombia. Los datos a 2011 evidencian esa situación. Según el Departamento

Nacional de Prosperidad Social (DSP) 144.109 nuevas personas desplazadas fueron registradas en el 2011, lo que implica 41.000 hogares.⁹ A esto, debemos sumar el incremento de desplazamientos masivos registrados que aumentaron en 2011 de 58 a 83, dejando 15.785 personas desplazadas frente a las 9.971 de 2010 según el DPS.

En Colombia, uno de cada diez habitantes forma parte de estas estadísticas y el promedio acumulado anual durante estos últimos años es de 269.000¹⁰ personas afectadas. Se estiman que existen entre 3,8 y 5,2 millones de personas en situación de desplazamiento forzado, según diferentes fuentes.

Colombia ha realizado importantes avances en materia de seguridad, consolidación del Estado de Derecho y reconocimiento de las garantías fundamentales. De igual manera, el país ha desarrollado numerosos mecanismos de asistencia y protección a las víctimas, aplicados con mayor o menor éxito en estos años. La Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448) de 2011 aprobada recientemente por el Congreso de la República, en la que se dictan



6. Recientemente golpeada en su cúpula con la muerte de su máximo líder, alias "Alfonso Cano", a manos del Ejército Nacional de Colombia.

7. El índice de Gini es una medida de dispersión de una distribución y se usa para medir la desigualdad. Cuanto más cercano a 1 esté el índice, más concentrada está la propiedad (pocos propietarios con mucha tierra), y cuanto más cercano a cero se encuentre, está mejor distribuida la tierra (muchos propietarios con mucha tierra).

8. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Colombia Rural. Razones para la esperanza. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2011.

9. Departamento Nacional de Prosperidad Social - Diciembre 2011.

10. Desplazamiento Interno: Visión Global de Tendencias y Desarrollos en 2010. Disponible en: [http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/F58CA5EF98ACEEB1C125785C00389FA8/\\$file/global-overview-2010-fact-sheet.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/F58CA5EF98ACEEB1C125785C00389FA8/$file/global-overview-2010-fact-sheet.pdf).



CICR, Boris Heger

medidas de atención y reparación integral a las víctimas de violaciones de derechos humanos, constituye un hito para el Estado colombiano, pues reconoce los derechos de las víctimas a la justicia, la verdad y la reparación.¹¹

Esta Ley sancionada el 11 de junio de 2011 en presencia del Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, abre un escenario de esperanza para muchos. Su desarrollo reglamentario y su aplicación efectiva son el reto institucional más grande que ha enfrentado el país en las últimas décadas.

La sentencia T-025 de 2004 emitida por la Corte Constitucional declaró la existencia de un “estado de cosas inconstitucionales” en la situación de la población desplazada y marca un punto de inflexión en el recorrido jurisprudencial.

El fallo de la Corte Constitucional de 2004 se da casi una década después de que el aumento del desplazamiento interno en el país fuera reconocido como un tema de política pública. El Congreso de la República expidió la Ley 387 el 18 de julio de 1997, por la cual se estableció

el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD) y “se adoptaron medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia”.

En abril de 1999 se asignó a la Red de Solidaridad Social la responsabilidad de la coordinación del SNAIPD, la cual se ratificó en el documento CONPES 3057, a través del cual se establece el Plan de Acción para la Prevención y Atención del Desplazamiento Forzado.¹² De acuerdo con la Ley 387 de 1997 y con el documento CONPES 3057 de 1999, el Estado debe conformar y poner en funcionamiento la Red Nacional de Información, en cabeza de la Red de Solidaridad Social, constituida por el sistema de medición de la magnitud del desplazamiento y de caracterización, de registro, de alertas tempranas y monitoreo.

El conflicto interno ha desplazado a muchas personas hacia países vecinos como Ecuador, Panamá y Venezuela, en donde enfrentan precarias condiciones de salud. Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para

11. Ley 1448 de 2011, mediante la cual se dictan medidas para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno en Colombia.

12. Los documentos CONPES tienen como objetivo direccionar la aplicación conjunta de políticas, instrumentos y estrategias en las acciones de los municipios, los departamentos y la Nación para el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los sectores y grupos poblacionales de un territorio o región dada, y que permita desarrollar la productividad y competitividad del territorio, a partir de la eficiencia en la aplicación de los recursos técnicos y financieros. El CONPES está catalogado como el máximo organismo de coordinación de la política económica en Colombia. No dicta decretos, sino que da la línea y orientación de la política macro.

los Refugiados (ACNUR) en Colombia, se estima que la población colombiana en “situación similar a la de refugiados” está constituida por aproximadamente 70.000 personas en Ecuador y 200.000 personas en Venezue-

La sentencia T-025 de 2004 emitida por la Corte Constitucional, que declara la existencia de un “estado de cosas inconstitucional” en la situación de la población desplazada, marca un punto de inflexión en el recorrido jurisprudencial.

La. Los principales países receptores son Ecuador, Costa Rica, Panamá y Venezuela.¹³

En la frontera colombo-ecuatoriana, las autoridades sanitarias de la provincia de Esmeraldas¹⁴ refieren que de cada 10 personas que atienden en sus servicios de salud, al menos cinco son colombianos no refugiados

y que de cada 10 partos atendidos en hospitales de Tulcán, Ecuador, al menos seis son de hijos de nacionales colombianos que acceden temporalmente a sus servicios de salud. Estos manifiestan la imposibilidad de recibir atención en Colombia por dificultades en el acceso, derivadas de las restricciones a la movilidad generada por el conflicto interno y/o a la falta de capacidad reso-

lutiva de los prestadores de los servicios.

Aunque son evidentes las consecuencias del conflicto armado para la salud de muchas poblaciones en muy diversos territorios del país, existe aún un importante déficit de cifras y datos que permita determinar el verdadero perfil epidemiológico de la población desplazada y el impacto del conflicto y el desplazamiento en su salud. Es evidente que dentro de las principales barreras para el acceso, se encuentra la inestabilidad que la confrontación genera y que condiciona el normal funcionamiento de los servicios de atención y de la Misión Médica. El acceso efectivo a los servicios de salud es una de las brechas

El Congreso de la República expidió la Ley 387 el 18 de julio de 1997, por la cual se estableció el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, (SNAIPD) y “**se adoptaron medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia**”.



CICR, Christoph von Toggenburg

13. Situación Colombia: Panorama regional 2011. Alto Comisionado de las Naciones Unidas (ACNUR), diciembre 2010.

14. Memorias de la Reunión Técnica Binacional de la Frontera Colombo – Ecuatoriana, OPS/OMS. Tulcán, Ecuador. Marzo de 2011.

humanitarias más importantes en Colombia, como lo identifica el Marco Común Humanitario de las Naciones Unidas 2011-2012.

Por otro lado, el propio sistema de salud colombiano, altamente complejo en su estructura de gestión y funcionamiento, limita el goce efectivo de los derechos de la población desplazada. Si bien hay procesos normativos sólidos y una nueva Ley de Salud, factores como las deficiencias en las acciones de inspección, vigilancia y control, la relación asegurador-prestador, la débil capacidad resolutoria de las instituciones de salud en los territorios de mayor afectación por el conflicto y

El acceso efectivo a los servicios de salud es una de las brechas humanitarias más importantes en Colombia, como lo identifica el Marco Común Humanitario de las Naciones Unidas 2011-2012.

intervención humanitaria del sector de la salud en Colombia: la vulnerabilidad a los desastres naturales. El reciente fenómeno climático de “La Niña” (2010-2011) que ha dejado más de 3,3 millones de damnificados, ha obligado al país a tomar un nuevo rumbo en la gestión del riesgo a desastres. La interacción entre violencia y afectación por desastres naturales, se presenta como un importante desafío para el país y para la comunidad humanitaria en el corto y mediano plazo.

Desde 1997 y previa solicitud del Ministerio de Salud colombiano, la Representación de la OPS/OMS inició la cooperación técnica encaminada al fortalecimiento de las capacidades del sector de la salud, para responder a la problemática del desplazamiento interno, especialmente para visibilizarla y promover en el ámbito nacional y subnacional el ejercicio de las competencias establecidas por la Ley 387 de 1997.

A través del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre y en coordinación con la Subdirección de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud, la OPS/OMS con-

formó inicialmente un equipo básico que atendió las necesidades primarias en salud. Posteriormente, en virtud de la complejidad del problema, estableció oficinas de terreno en aquellos departamentos donde el desplazamiento forzado era crítico.

Actualmente, y en función de cómo ha ido evolucionando el fenómeno del desplazamiento, la OPS/OMS en Colombia cuenta con oficinas de terreno en Pasto, departamento de Nariño, Quibdó, departamento del Chocó, Cali, departamento de Valle del Cauca, desde donde se cubre el departamento del Cauca, Cúcuta, departamento de Norte de Santander, Arauca, departamento de Arauca, Montería, departamento de Córdoba, y una antena humanitaria en el departamento del Putumayo, desde donde el Programa realiza sus acciones. (Anexo 1)

Durante más de una década, la OPS/OMS, de la mano de autoridades locales, regionales y nacionales ha desarrollado acciones que han contribuido al fortalecimiento institucional y al mejoramiento del acceso a la salud de las comunidades afectadas por el desplazamiento interno. Este documento se concentra en cuatro experiencias que corresponden a los ejes temáticos del Programa. Estos son:

- 1) Gestión de la información.
- 2) Coordinación interinstitucional e intersectorial.
- 3) Reducción de barreras para el acceso a los servicios de salud.
- 4) Preparación y respuesta en salud frente al desplazamiento interno y desastres naturales.

En el marco de un contexto humanitario tan particular como el colombiano y como parte del mandato de la OPS/OMS, enfocado a incidir en la formulación de políticas públicas en salud, ofrecer cooperación técnica y fortalecer procesos institucionales, la Organización y sus socios estratégicos, ponen a disposición estas herramientas y experiencias, con el objetivo de compartir lecciones aprendidas en estos más de 10 años de trabajo, con el ánimo de que puedan ser replicables o

considerados en otros contextos humanitarios en la región de las Américas o a nivel global.

Aspectos metodológicos

Para la elaboración de esta sistematización se tuvieron en cuenta una serie de instrumentos cualitativos como la revisión de documentos, entrevistas semiestructuradas y grupos focales en los que participaron actores claves del sector de la salud. El objetivo fundamental de estas actividades fue indagar sobre los procesos que dieron origen a la puesta en marcha de metodologías, estrategias y herramientas implementadas para mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de desplazamiento.

Se realizaron 42 entrevistas semiestructuradas en las que se abordaron líderes comunitarios, principalmente de la población afrocolombiana e indígena en situación de desplazamiento y funcionarios vinculados a entidades nacionales, departamentales y locales, todos ellos identificados como actores claves de la cooperación técnica que brinda desde 1998 la OPS/OMS al país. Todo el material producto de las entrevistas realizadas a médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, trabajadores del área social, promotores de salud y líderes de la comunidad, entre otros, fue clasificado, analizado e interpretado para posteriormente proceder a sistematizar la información y validarla con algunas fuentes primarias.

Con base en los resultados obtenidos se procedió al desarrollo documental de cuatro experiencias, desde las cuales se abordó el trabajo de la cooperación técnica en diferentes regiones del país. Para esto se planteó en cada una de las experiencias abordadas, cuál era la situación que enfrentaba la población en situación de desplazamiento, la descripción de qué se hizo, cómo y con quién. Ello permitió identificar y presentar los factores claves del éxito alcanzado y también plantear los retos pendientes.

El documento se complementa con un breve capítulo dedicado a reflexionar sobre los desafíos que tiene por delante el sector de la salud en Colombia, para afrontar el fenómeno del desplazamiento.

Además, esta sistematización contiene una caja de herramientas, donde el lector encontrará una serie de estrategias, metodologías y documentos, los cuales en su mayoría han sido construidos con la comunidad o los equipos técnicos de las entidades nacionales o territo-

riales del sector de la salud, en respuesta a una necesidad y ajustadas a los entornos culturales, étnicos y tradicionales de la comunidad afrocolombiana, indígena o campesina.

Adicional a esta multimedia se presentan una serie de videos que acompañan la información presentada en la caja de herramientas, donde se reflejan los procesos y testimonios de autoridades o líderes de la comunidad, quienes dan vida a los procesos adelantados, sus dificultades, logros y en algunos casos retos que aún quedan por asumir.



GESTIÓN DE INFORMACIÓN en salud

Experiencia 1

GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

I. ¿Cuál era la situación?

Aunque el desplazamiento masivo de personas de sus territorios por causa de la violencia comenzó a principios de la década de los noventa, fue hacia mediados que se reconoció como problema político y sólo hacia finales, en 1997, cuando se legisló al respecto. Por eso, la Ley 387 de 1997 marca un punto de inflexión en el reconocimiento de la condición de desplazamiento en Colombia, pues hasta ese momento no existía una definición sobre la condición de desplazado. Tampoco se habían trazado planes e instancias para su atención, ni identificado las fases por las que deben atravesar las personas en su calidad de desplazados,¹⁵ como lo hizo esta Ley. A través de este instrumento jurídico se creó el Sistema Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD) y se definieron sus competencias.

Posteriormente, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), emitió el documento 3057 de 1999 respecto al deber del Estado colombiano de conformar y poner en funcionamiento la Red Nacional de Información, que contenía un sistema de medición de la magnitud del desplazamiento y de caracterización de la población en tal situación, designando como responsable de este sistema a la Red de Solidaridad Social, que posteriormente se llamó Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Acción Social, actualmente Unidad Administrativa de Prosperidad Social vinculada directamente a la Presidencia de la República, que ha asumido la responsabilidad en este tema.



Pasto, Nariño. 2009

15. Las fases que se contemplan para el desplazamiento forzado interno son tres: i) De prevención, que comprende acciones tendientes a propiciar una cultura preventiva del desplazamiento a través de los planes de desarrollo regional y local de los programas sociales que las entidades nacionales ejecutan. Además abarca acciones que procuran definir entre las partes del conflicto acuerdos humanitarios que garanticen la protección a la población civil. ii) De atención humanitaria en emergencia, que comprende acciones de salud pública para la comunidad, servicios de salud para la población desplazada y un programa especial de atención psicosocial. Tiene como finalidad socorrer, asistir y proteger a la población desplazada y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas. iii) De consolidación y estabilización socioeconómica en la que el Gobierno promueve acciones y medidas de mediano y largo plazo para generar condiciones de sostenibilidad económica y social para PSD en el marco del retorno voluntario o el reasentamiento en otras zonas rurales o urbanas.



Huila, Neiva. 2008

De esta manera se creó el Sistema Único de Registro (SUR) que evolucionó al actual Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD) en el que se inscriben las personas, con base en la declaración de los hechos que rinden ante el Ministerio Público. El objetivo del registro es tener la información actualizada de la población según sus características y especificidades, para poder brindar una atención integral. En el registro se consignan los servicios que Acción Social y otras entidades del Estado han brindado a la población, con el fin de hacerles seguimiento y evitar duplicidad de funciones. El Formato Único de Declaración es la herramienta del Registro Único de Población Desplazada donde se consigna la declaración de la persona que, a nombre propio y de su hogar, manifiesta ser desplazada por la violencia y que permite establecer esa condición. A través de la información allí contenida, se perfilan las características de la persona y de su hogar, antes y después del desplazamiento.

A pesar de las bondades del instrumento para el establecimiento de ciertas características de la población des-

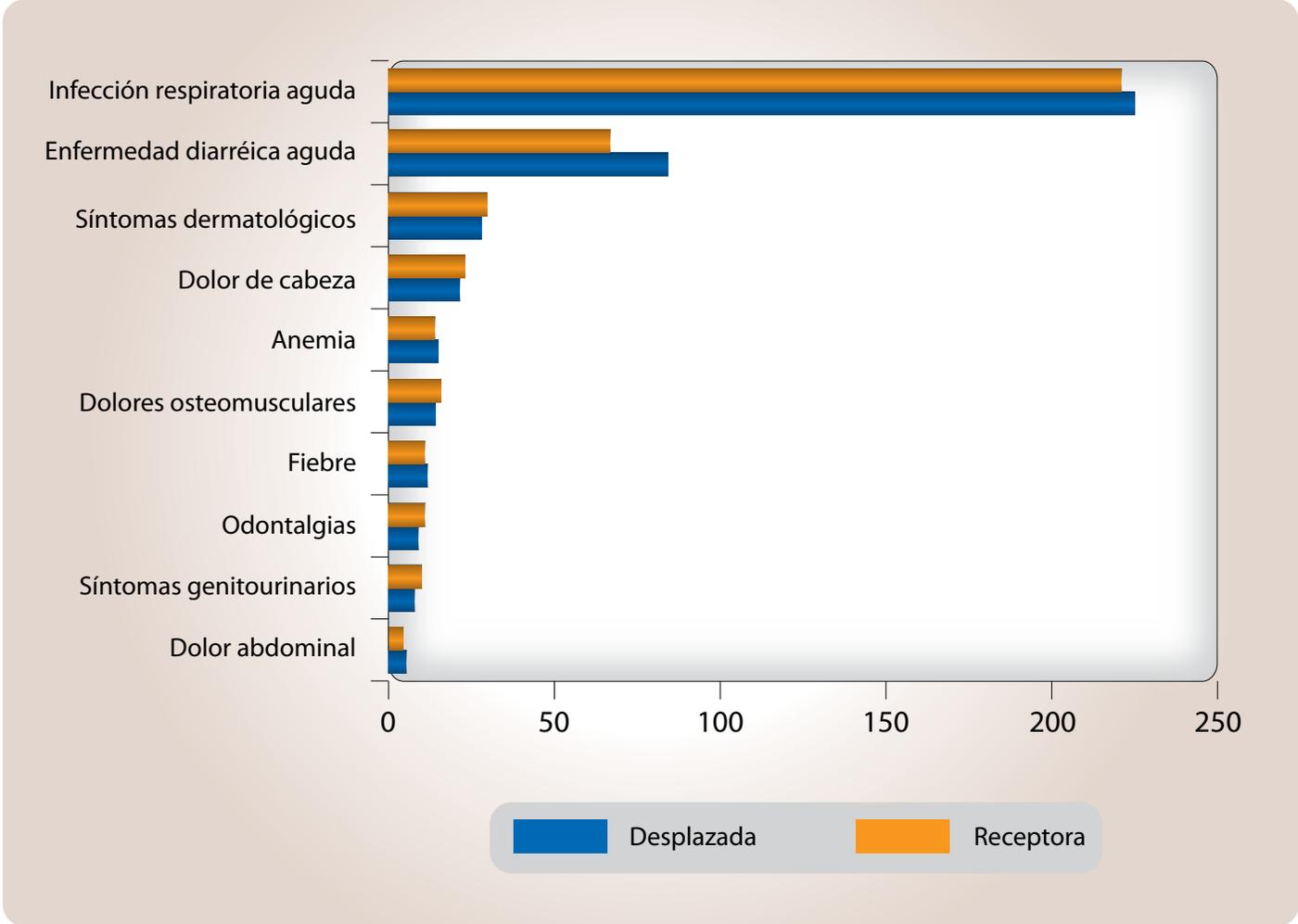
plazada, este no proporcionaba información específica sobre su situación de salud. En esta materia, la Ley 387 de 1997 remite a la Ley 100 de 1993, para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ponga en marcha mecanismos para que la población en situación de desplazamiento acceda a servicios integrales de salud. En sus inicios, sin embargo, este proceso normativo no estableció un sistema de monitoreo de la situación de salud, por lo que el impacto del desplazamiento sobre la salud pública no era visible para las autoridades territoriales, sin lo cual no podían formularse planes y programas específicos para su atención integral.

Era evidente que había necesidad de definir el estatus sanitario de las poblaciones afectadas, pues sólo así se podrían conocer en detalle las barreras de acceso a la salud y orientar la toma de decisiones. Por esta razón, la OPS/OMS en 2003 realizó un primer estudio sobre las condiciones de salud de la población desplazada y receptora.

Este estudio concluyó, entre otras cosas, que la población en situación de desplazamiento presentaba diferencias significativas en muchas variables de los aspectos sociodemográficos, económicos, sanitarios, ambientales, del acceso a servicios de salud, de morbilidad sentida, en salud sexual y reproductiva y en salud materno infantil, en comparación con la población pobre y vulnerable de los estratos más bajos, que es donde se asientan los desplazados forzados por la violencia. Estos y otros resultados permitieron a las autoridades sanitarias priorizar acciones en salud pública para el mejoramiento de áreas específicas de población, con la consiguiente mejora de algunos indicadores básicos de salud.

Como resultado del estudio, surgió la necesidad de un sistema de información regular que permitiera monitorear la salud de la población en situación de desplazamiento. En este sentido, el primer aporte que hace la OPS/OMS al tema del desplazamiento es la transferencia de metodologías para la puesta en marcha de salas de situación y el desarrollo del sistema de indicadores básicos de salud. En este proceso se evidenciaron debilidades técnicas del personal de salud y ausencia de herramientas tecnológicas en las entidades territoriales para hacer una adecuada recopilación y análisis de la información sanitaria.

GRÁFICA 1. PROPORCIÓN (x 1000 HABITANTES) DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD SENTIDA EN LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y RECEPTORA EN SEIS CIUDADES DE COLOMBIA



Fuente: Serie salud y desplazamiento en Colombia, módulo 1, 2002-2003 OPS/OMS.

II. ¿Qué se hizo?

Estudio sobre salud y desplazamiento en Colombia

Ante la falta de información sobre qué pasaba en materia sanitaria con las familias en situación de desplazamiento forzado, cuál era su composición, cuáles sus principales problemas de salud y las condiciones de

El estudio Salud y Desplazamiento en Colombia, realizado entre la población desplazada y receptora en Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería, y Soacha entre 2002 y 2003, evidenció aspectos tales como que **“la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud no garantiza el acceso a los servicios de salud, principalmente entre la población en situación de desplazamiento”**.

cabo en las ciudades de Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha entre 2002 y 2003, se presentaron a los tomadores de decisiones en el nivel político, a técnicos del sector de la salud y a gerentes de proyectos y programas. Su propósito fue orientar las políticas, estrategias y programas en beneficio de la población en situación de desplazamiento y marginal del país.

El documento final está presentado en una serie llamada “Salud y Desplazamiento en Colombia” y comprende trece módulos y un plegable de indicadores básicos en salud.¹⁶ La información que posee cada módulo (el

vida que influían en el deterioro de su salud, la OPS/OMS, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud y la Universidad Industrial de Santander y con el apoyo posterior de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, decidió realizar un estudio comparativo entre la PSD y las comunidades receptoras que, en general, viven también en condiciones de pobreza y marginalidad.

Los resultados del estudio, que se llevó a

módulo 1 es de carácter general y los módulos 2 al 7 contienen información y guías para cada una de las seis ciudades que hicieron parte de la investigación) hace una comparación entre la PSD y la población receptora de los asentamientos en cada urbe, en aspectos socio-demográficos, económicos, de saneamiento básico, de morbilidad sentida, de acceso a los servicios de salud, de salud materno infantil (vacunación y lactancia) y de salud sexual y reproductiva. En los módulos 8 al 12 se hace un análisis de las condiciones de acuerdo con las etapas del ciclo vital. El módulo 13 expone los resultados de una investigación cualitativa, que recoge testimonios de los pobladores de la ciudad de Medellín.

Aunque los resultados mostraban que ambas poblaciones compartían características de marginalidad y pobreza, era evidente también que las peores condiciones socioeconómicas, de saneamiento básico y de salud se encontraban entre la PSD. Esto evidenció que el riesgo en salud pública de esta población era, en promedio, cinco veces superior al de la población receptora.

Debido a la heterogeneidad, tanto de las condiciones de cada ciudad y región, como de los instrumentos usados para recabar la información, no fue posible hacer inferencias al total de la población en Colombia. Sin embargo, los resultados sí facilitaron a las autoridades departamentales de salud, en donde existían oficinas de terreno de la OPS/OMS, priorizar intervenciones en salud pública para el mejoramiento de grupos específicos de población y, por esta vía, identificar vacíos en el acceso a los servicios e iniciar acciones para subsanarlos. Actualmente, la OPS/OMS está diseñando un estudio nacional que permita actualizar aquellos datos obtenidos y mejorar el conocimiento del impacto del conflicto en la salud de la población desplazada.

16. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/OPS/OMS/seriesaldes/index.html>.

TABLA 1. COMPARACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD, ENTRE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y RECEPTORA, EN SEIS CIUDADES DE COLOMBIA

Morbilidad reciente (menos de 15 días)		Bucaramanga		Cali		Cartagena		Medellin		Monteria		Soacha	
		Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora
Proporción de morbilidad por género	Total	41.9 %	42.9 %	63.3 %	56.4 %	74.5 %	72.5 %	21.6 %	22.1 %	72.4 %	54.5 %	60.4 %	56.9 %
	Hombres	40.7 %	38.1 %	61.1 %	52.1 %	73.2 %	68.6 %	18.4 %	18.8 %	73.5 %	57.1 %	61.2 %	52.7 %
	Mujeres	42.9 %	46.8 %	64.9 %	59.8 %	75.7 %	75.3 %	24.5 %	25.2 %	71.9 %	52.2 %	59.7 %	59.9 %
Proporción de morbilidad por grupos de edad	Menor de 1 año	41.0 %	55.9 %	89.6 %	94.6 %	95.5 %	93.4 %	47.4 %	37.5 %	94.2 %	87.2 %	88.9 %	74.1 %
	1-4 años *	42.6 %	34.9 %	76.9 %	84.5 %	91.7 %	92.5 %	27.3 %	25.7 %	75.8 %	83.3 %	82.7 %	80.0 %
	5-17 años	35.3 %	33.2 %	56.8 %	53.9 %	73.6 %	72.5 %	12.7 %	16.6 %	95.2 %	60.8 %	57.1 %	56.3 %
	18-44 años	44.3 %	50.7 %	55.9 %	42.6 %	64.7 %	62.0 %	22.5 %	19.4 %	52.6 %	32.5 %	52.1 %	45.1 %
	45-59 años	56.5 %	44.4 %	69.0 %	55.3 %	71.0 %	62.5 %	35.7 %	27.6 %	64.1 %	35.1 %	40.5 %	40.0 %
	60 o más años	67.6 %	62.9 %	78.9 %	56.3 %	55.6 %	45.5 %	30.5 %	35.4 %	64.3 %	45.8 %	47.4 %	73.3 %
Diez primeras causas de morbilidad en población total (proporción por 1000 habitantes)	Infección respiratoria alta	95.1	108.1	303.5	307.4	451.1	433.2	72.7	85.2	392.7	246.5	305.6	267.9
	Enfermedad diarreica aguda	30.0	23.8	127.2	72.2	149.8	130.4	21.5	22.8	147.6	64.2	127.0	120.7
	Síntomas dermatológicos	12.9	3.7	52.0	43.3	41.0	66.8	6.3	7.9	51.8	35.9	30.4	30.5
	Dolor de cabeza	41.1	46.7	8.7	11.5	17.4	7.8	17.7	21.1	19.8	9.0	4.0	4.0
	Anemia	1.7	1.8	18.8	18.8	36.3	21.7	0.0	0.9	19.8	21.8	26.5	23.9
	Dolores osteomusculares	24.0	29.3	8.7	10.1	4.7	1.6	14.5	17.6	4.6	9.0	7.9	5.3
	Fiebre	17.1	17.4	10.1	7.2	3.2	1.6	10.8	13.2	6.1	6.4	4.0	5.3
	Odontalgias	29.1	38.5	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	3.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	Síntomas genitourinarios	5.1	13.7	0.0	0.0	4.7	21.7	5.1	2.6	3.0	3.9	17.2	11.9
	Dolor abdominal	11.1	6.4	16.1	9.3	25.4	14.4	5.1	1.8	3.0	0.0	0.0	1.3
	Infección respiratoria alta	84.8	116.2	298.9	311.6	466.0	415.8	59.1	92.1	390.0	269.7	346.4	267.3
	Enfermedad diarreica aguda	38.9	30.5	138.8	65.1	153.1	132.6	22.3	14.7	174.3	84.3	123.5	116.4
	Síntomas dermatológicos	17.7	3.8	53.4	24.0	34.0	53.8	5.3	7.4	37.3	25.3	24.1	28.3
	Fiebre	15.9	9.5	14.2	13.7	6.8	3.6	13.1	18.4	12.4	5.6	9.0	0.0
Dolores osteomusculares	24.7	22.9	7.1	10.3	0.0	3.6	11.8	16.6	0.0	14.0	3.0	3.1	
Dolor de cabeza	24.7	21.0	3.6	10.3	6.8	3.6	3.9	7.4	8.3	8.4	6.0	3.1	
Anemia	0.0	1.9	7.1	17.1	27.2	25.1	0.0	0.0	16.6	14.0	30.1	25.2	
Odontalgias	17.7	32.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	
Síntomas genitourinarios	3.5	3.8	0.0	0.0	6.8	3.6	3.9	3.7	4.2	2.8	0.0	3.1	
Dolor abdominal	3.5	1.9	3.6	3.4	3.4	7.2	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Infección respiratoria alta	104.8	100.5	306.6	304.2	438.2	446.6	85.4	78.9	394.2	227.0	273.6	268.3	
Enfermedad diarreica aguda	21.6	17.6	119.2	77.3	147.1	128.8	20.7	30.2	132.2	47.3	129.7	123.9	
Síntomas dermatológicos	8.3	3.5	51.1	57.4	47.1	76.7	7.3	8.4	60.1	44.9	35.4	32.1	
Dolor de cabeza	56.6	70.5	12.2	12.5	26.5	11.0	30.5	33.6	26.4	9.5	2.4	4.6	
Anemia	3.3	1.8	26.8	20.0	44.1	19.2	0.0	1.7	21.6	28.4	23.6	22.9	
Dolores osteomusculares	23.3	35.3	9.7	10.0	8.8	0.0	17.1	18.5	7.2	4.7	11.8	6.9	
Odontalgias	39.9	44.1	0.0	0.0	997.1	964.4	1.2	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	
Síntomas genitourinarios	6.7	22.9	0.0	0.0	2.9	35.6	6.1	1.7	2.4	4.7	30.7	18.3	
Dolor abdominal	18.3	10.6	2.4	12.5	11.8	8.2	7.3	3.4	4.8	0.0	0.0	2.3	
Fiebre	18.3	24.7	7.3	2.5	0.0	0.0	8.5	8.4	2.4	7.1	0.0	9.2	
Tres primeras causas de morbilidad en menores de 1 año (proporción por 1000 habitantes)	Infección respiratoria aguda	202.5	323.5	395.8	567.6	469.7	409.8	230.8	237.5	480.8	531.9	511.1	425.9
	Enfermedad diarreica aguda	126.6	176.5	437.5	297.3	409.1	393.4	64.1	25.0	423.1	319.1	333.3	222.2
	Síntomas de la piel	12.7	0.0	62.5	81.1	75.8	114.8	12.8	12.5	19.2	21.3	44.4	74.1
Mortalidad crónica (menos de 15 días)		Bucaramanga		Cali		Cartagena		Medellin		Monteria		Soacha	
		Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora
Hipertensión arterial, diabetes, cáncer en población total de 18 años o más	Hipertensión arterial (HTA)	20.4 %	24.3 %	36.0 %	40.4 %	22.8 %	38.8 %	36.5 %	41.3 %	42.0 %	24.6 %	38.6 %	32.4 %
	Diabetes mellitus	6.2 %	6.1 %	6.4 %	2.6 %	0.8 %	3.0 %	4.6 %	7.5 %	4.5 %	5.7 %	4.3 %	7.4 %
	Cáncer	0.6 %	3.4 %	0.8 %	1.8 %	0.0 %	2.2 %	0.4 %	0.0 %	5.7 %	1.6 %	3.6 %	1.5 %
Hipertensión arterial, diabetes, cáncer en hombres de 18 años o más	Hipertensión arterial (HTA)	21.3 %	13.3 %	9.5 %	21.9 %	11.3 %	16.7 %	29.3 %	37.8 %	6.3 %	10.4 %	15.0 %	11.6 %
	Diabetes mellitus	3.3 %	6.7 %	1.4 %	1.4 %	1.0 %	0.0 %	1.3 %	2.2 %	0.0 %	2.6 %	3.8 %	2.3 %
	Cáncer	0.0 %	2.2 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
Hipertensión arterial, diabetes, cáncer en mujeres de 18 años o más	Hipertensión arterial (HTA)	19.8 %	29.1 %	74.5 %	73.2 %	60.0 %	76.0 %	39.8 %	42.6 %	62.5 %	48.9 %	70.0 %	68.0 %
	Diabetes mellitus	7.9 %	5.8 %	13.7 %	4.9 %	0.0 %	8.0 %	6.0 %	9.6 %	7.1 %	11.1 %	5.0 %	16.0 %
	Cáncer	1.0 %	3.9 %	2.0 %	4.9 %	0.0 %	6.0 %	0.6 %	0.0 %	8.9 %	4.4 %	8.3 %	4.0 %
Discapacidad		Bucaramanga		Cali		Cartagena		Medellin		Monteria		Soacha	
		Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora
Proporción de discapacidad por género	Total	5.2 %	4.6 %	1.3 %	0.7 %	0.6 %	0.5 %	0.7 %	0.7 %	0.5 %	0.7 %	2.2 %	2.9 %
	Hombres	7.2 %	6.1 %	2.4 %	0.8 %	0.7 %	0.4 %	1.1 %	0.6 %	0.9 %	1.0 %	1.7 %	3.0 %
	Mujeres	3.6 %	3.4 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.4 %	0.8 %	0.3 %	0.3 %	2.6 %	2.8 %
Proporción de discapacidad por grupos de edades	Menor de 1 año	0.0 %	0.0 %	2.1 %	0.0 %	3.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	2.1 %	6.7 %	9.3 %
	1-4 años	1.9 %	2.4 %	2.6 %	1.4 %	0.0 %	1.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	2.8 %	5.2 %	7.1 %
	5-17 años	3.1 %	2.7 %	2.1 %	1.2 %	0.9 %	0.9 %	0.7 %	0.3 %	1.3 %	0.4 %	2.3 %	2.9 %
	18-44 años	6.3 %	4.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.5 %	1.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
	45-59 años	11.6 %	13.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	2.7 %	1.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
	60 o más años	29.7 %	34.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	1.7 %	4.2 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
Aseguramiento en salud		Bucaramanga		Cali		Cartagena		Medellin		Monteria		Soacha	
		Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora	Desplazada	Receptora
Tipo de documento para acceder a servicios de salud *	Contributivo	4.8 %	23.3 %	4.0 %	11.7 %	1.8 %	11.1 %	6.9 %	14.0 %	7.9 %	25.5 %	2.1 %	17.5 %
	Subsidiado	0.8 %	9.5 %	27.3 %	16.5 %	44.4 %	15.1 %	14.2 %	32.4 %	17.5 %	5.2 %	30.0 %	16.8 %
	Vinculado	7.1 %	50.5 %	4.6 %	10.4 %	1.3 %	0.8 %	46.6 %	42.6 %	1.0 %	0.2 %	10.4 %	27.0 %
	RSS	81.5 %	0.0 %	26.4 %	22.8 %	38.4 %	18.1 %	20.2 %	2.3 %	15.9 %	8.0 %	30.7 %	18.7 %
	Ninguno	5.8 %	16.7 %	37.7 %	38.5 %	14.2 %	55.0 %	12.1 %	8.7 %	57.7 %	61.0 %	26.8 %	20.0 %

Fuente: serie salud y desplazamiento en Colombia, indicadores. 2002-2003. OPS/OMS

Dentro de los principales hallazgos de la investigación se destacaron:

- Más de la mitad de la PSD tenía jefatura femenina. Ellas tenían un alto porcentaje de analfabetismo y eran más vulnerables al desempleo.
- Las tasas de analfabetismo entre la PSD son el triple del promedio nacional.
- Las condiciones de vivienda y de acceso a servicios públicos eran más precarias entre la PSD y su hacinamiento más crítico.
- Casi una de cada cinco personas en ambas poblaciones reportaron reciente enfermedad. Era notable la alta incidencia de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en menores de 5 años, siendo más frecuentes entre la PSD.
- La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no garantizaba el acceso a los servicios de salud, principalmente entre la PSD.
- De cada 100 niños y niñas en situación de desplazamiento, entre 1 y 4 años de edad y con carné de vacunación, sólo 2 tenían esquema completo de inmunización.
- De cada 100 mujeres adolescentes entre la población en situación de desplazamiento, 35 ya habían sido madres, siendo el doble de la población nacional, y de cada 10 gestántes, sólo 6 asistían a su control prenatal.

troalimentación a los municipios de su territorio. Así, las oficinas de terreno de Bucaramanga, Montería, Medellín y Soacha apoyaron a las autoridades territoriales de salud en su implementación y lograron poner a disposición de los tomadores de decisiones, además de aspectos generales de poblaciones en riesgo, información minuciosa y precisa relacionada con la PSD.

Debido a que esta herramienta de decisión conjunta era nueva en el país se desarrolló una web, inicialmente denominada “*Salud y Desplazamiento*”¹⁷ en la que se presentaba en detalle toda la información que servía de base para la discusión de cada Sala, que abordaba un tema diferente por sesión. Esta web se constituyó en

Salas de situación en salud

La sala de situación es una herramienta que, mediante una metodología participativa, favorece el uso de la información en salud para la toma de decisiones en el marco de las emergencias derivadas del desplazamiento y de fenómenos de origen natural. Consiste en un espacio físico o virtual donde se pone a disposición la información sobre salud y sus determinantes, aportada por un grupo interdisciplinario conformado por personal de instituciones tales como ministerios, secretarías de salud y de gobierno, gobernaciones, mesas de salud, comités regionales de prevención y atención de desastres, entre otros. A partir de su depuración de la información y su mejoramiento se permite el monitoreo, análisis, toma de decisiones, seguimiento y evaluación de la situación en salud de la población en situaciones de normalidad y/o crisis.

A partir de los resultados del estudio sobre PSD mencionado anteriormente, la OPS/OMS promovió la puesta en marcha de las salas de situación y apoyó modificaciones en la recolección de la información. En el caso de Bucaramanga, en Santander, se desarrollaron indicadores de seguimiento de la calidad del dato y procesos para la re-

ferente obligado de consulta para personal de cada departamento. Adicionalmente sirvió para ambientar en el país el intercambio de cifras, datos y planes, que enmarcaran la atención integral a la PSD. Incluso las páginas web de algunas de las secretarías departamentales de salud incluyeron los datos provenientes de las salas de situación de sus departamentos. La pionera fue la de Santander, promovida y apoyada para su fortalecimiento por la OPS/OMS.

Además de la información vía electrónica que manejaban las salas de situación, se hizo necesario poner en marcha la producción periódica de boletines impresos, con la actualización de los indicadores básicos de salud. Con la colaboración de la autoridad sanitaria de cada región se hacía la publicación y posterior distribución entre profesionales y decisores dentro y fuera del sector de la salud y las comunidades. La utilidad y pertinencia se reflejó en la conformación de salas de situación en las secretarías de salud de Antioquia, Arauca, Caquetá,¹⁸ Cauca, Chocó, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander y Valle del Cauca. En Caquetá y Chocó, las salas de situación se reglamentaron mediante acto administrativo, en el cual se involucró a la academia y a la comunidad a través de sus representantes para sensibilizar frente a este tema. Para citar sólo un ejemplo de

17. En el proceso de migración a la web 2.0 de la página de la OPS/OMS se perdió la información. Sin embargo, se conserva su referencia en: <http://disaster-info.net/desplazados/investigacion.php>. Pantallazos se conservan en las diapositivas número: 35 y 37 de la presentación sobre Salas de Situación en Salud, en <http://slidesha.re/sdss2008>.

18. El Instituto Departamental de Salud de Caquetá, mediante Resolución 1064 del 30 de mayo de 2008, creó la Sala de Situación en Salud de Departamento, disponible en: <http://slidesha.re/R1064sdssCaq>.

lo relevante que fue la labor de las universidades, vale la pena anotar, que en Bucaramanga, el estudio comparativo de PSD y población receptora fue apoyado posteriormente por la Universidad de Antioquia, que estandarizó los datos, que habían sido recogidos.

En Nariño y Chocó, actualmente, las respectivas salas de situación funcionan en el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), pero es asumida como una sala de situación departamental. En el Chocó ha servido como escenario de práctica y soporte para los currículos de programas de formación en Enfermería, Teleinformática y Trabajo Social y ha sido aprovechada como semillero de investigación por la Universidad Tecnológica del Chocó.

Un logro relevante ha sido la conformación del Observatorio de Salud Pública de Santander, en asocio con la Secretaría de Salud Departamental y las de los municipios de Bucaramanga y Floridablanca, la Fundación Oftalmológica y aportes del Grupo de Emergencias y Desastres del MPS. En 2004, con la participación del oficial de terreno de la OPS/OMS se realizaron sesiones de análisis de los diferentes problemas de salud pública, en la sala de situación del Observatorio de Salud Pública de Santander para la toma de decisiones y se iniciaron las publicaciones periódicas relacionadas con las problemáticas de salud específicas, así como la publicación de los

indicadores básicos de salud. Hoy se cuenta con infraestructura, publicación periódica y una página web actualizada permanentemente.¹⁹ Esta experiencia está siendo replicada en departamentos como Huila²⁰ y Cauca.²¹

En Norte de Santander existen dos espacios de sala de situación, uno al interior de la institución donde se realiza el ejercicio de análisis de la información y se generan insumos para la Mesa Departamental de Salud y otro en los corredores del Instituto Departamental de Salud, en los cuales se publica la información para que la población general pueda acceder a ella. En Arauca, para la implementación de la sala de situación, se contrató en 2010 a un tecnólogo de sistemas para que actualizara la información y en 2011, ante la ausencia de un profesional de vigilancia epidemiológica que coordine la sala, su labor es la que permite darle sostenibilidad. Este técnico apoyará el desarrollo de la sala de situación en los municipios vecinos de Arauquita y Saravena, dos de los más afectados por el fenómeno del desplazamiento interno en Colombia.

En general, las salas de situación se han constituido en un espacio vital para el análisis y seguimiento de la situación de salud en el día a día y particularmente en el contexto de las emergencias, que a su vez ha mejorado la calidad de la información, la toma de decisiones y las sinergias.



Putumayo, 2008

19. Página web disponible en: <http://www.saludsantander.gov.co>.

20. Link a la sala de situación departamental del Huila disponible en: http://www.huila.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=18209&Itemid=3701.

21. Link a la sala de situación departamental del Cauca disponible en: <http://www.saludcauca.gov.co/sistema-integrado-de-informacion/sala-situacional.html>.

Indicadores básicos de salud

Sólo la consolidación de los procesos de investigación en salud, tal como se vio en la parte de salas de situación y el fortalecimiento de capacidades locales para la administración de la información sobre población general y sobre PSD, ha hecho posible la construcción y actualización de indicadores de salud por las autoridades sanitarias del nivel local y regional. Esto se ha llevado a cabo en el período comprendido entre 2004 y 2011, con el apoyo de la OPS/OMS, en los departamentos de Cauca, Chocó, Cundinamarca (Soacha), Huila, Norte de Santander, Santander y Valle del Cauca.

El camino andado ha llegado a tal punto, que hoy las entidades de salud pretenden incorporar la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud de la OPS/OMS a sus esquemas de recolección de datos. La Iniciativa fue lanzada en 1995 para facilitar el monitoreo y seguimiento de las metas en salud y los mandatos de los Estados Miembros, así como para contar con un conjunto mínimo de datos recolectados anualmente, que permitan caracterizar la situación y tendencias de salud en los países de las Américas. Su funcionamiento requiere de la presencia de datos muy específicos y complementarios tales como indicadores demográficos, socioeconómi-

cos, de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo, acceso, recursos y cobertura de servicios de salud.²²

Se ha tenido especial cuidado en la selección del formato de presentación de los datos, en la confirmación de la veracidad de los mismos y en el logro de la homogeneidad con las publicaciones regionales y nacionales en salud existentes. A medida que se ha incrementado el nivel de profundización en el análisis de la información, también ha crecido la conciencia sobre la importancia en la calidad del dato, pues sólo así se obtiene un resultado confiable y útil para orientar la toma de decisiones y optimizar la gestión de los recursos.

A este grado de depuración y exactitud de la información se llegó después de un proceso cuidadoso de contratación y entrenamiento del recurso humano, para la búsqueda activa de la información que OPS/OMS Colombia apoyó en los departamentos.

Las dificultades para contar con datos ajustados a la realidad, se relacionaban con factores geográficos, como el aislamiento de las poblaciones, no sólo por la distancia del centro urbano más cercano, sino por la falta de infraestructura vial que permitiera acceder a estas zonas. También por factores asociados con la violencia como las restricciones al tránsito de personas impuestas por los actores armados o por el desarrollo de la confrontación misma entre actores unido a la debilidad de las autoridades en esos niveles locales.

Para el caso de Nariño y otros departamentos del Litoral Pacífico, se encontraron limitaciones derivadas de la falta del registro civil de nacimiento al interior de las comunidades indígenas quienes por temor a los ataques de actores armados se han adentrado en la selva. Este hecho ha perjudicado la unión entre la institucionalidad y las comunidades. En este sentido, las parteras se convirtieron en fuente central a la hora de acceder a las zonas en busca de información, pues ni siquiera se contaba con promotores de salud comunitarios y los puestos de salud no tenían capacidad para ser habilitados en la atención de los partos.

El esfuerzo conjunto para lograr la construcción de los boletines de indicadores básicos de salud marcó un hito para el departamento del



22. Disponible en: www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm

Chocó. La labor logró la compilación de la totalidad de fuentes de información disponibles, lo que se tradujo en mayor facilidad para el acceso posterior a los datos requeridos. Se construyeron y entregaron a las autoridades sanitarias plantillas para facilitar su actualización permanente. El valor del documento fue tal en Chocó, que se constituyó en una fuente de información de uso común para las entidades, no sólo a nivel departamental y municipal, sino igualmente para instancias del Gobierno del nivel nacional y organismos de cooperación, que aprecian los indicadores básicos de salud, ya que facilitan la comprensión de la situación y la medición del impacto de sus acciones en territorios en los que se carecía de información confiable.



Medellín, 2006

TABLA 2: POBLACIÓN DESPLAZADA ACUMULADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ, CON CORTE A SEPTIEMBRE 30 DE 2009

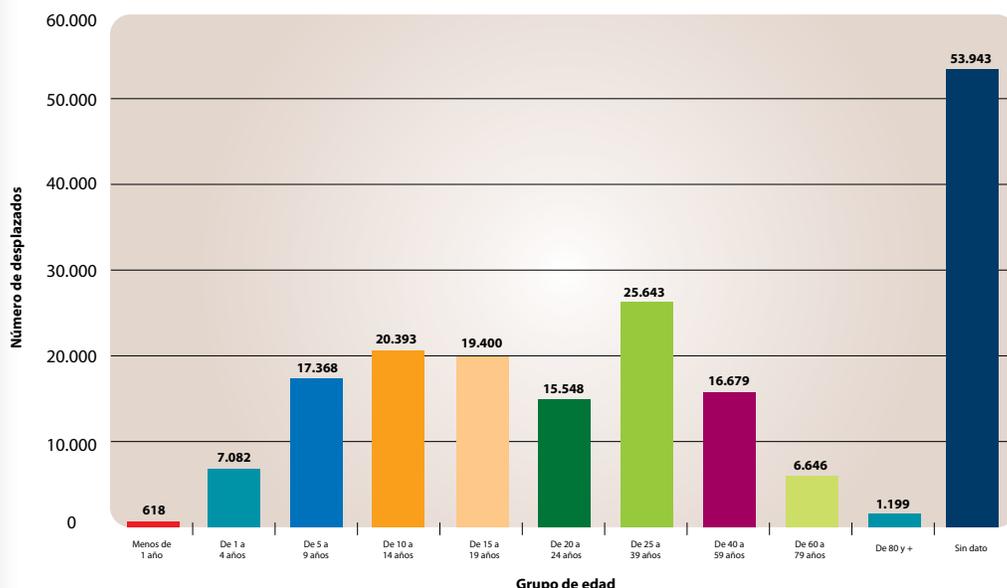
Municipio	Población DANE	Población desplazada recibida				Población desplazada expulsada				Población DANE más saldo de desplazamiento (*)	% variación sobre Población DANE
		Hombre	Mujer	Total	% sobre población DANE	Hombre	Mujer	Total	% sobre población DANE		
Quibdó	114.210	21.568	20.689	42.257	37,0	11.347	10.392	21.739	19,0	134.728	18,0
Acandí	10.103	2.471	2.481	4.952	49,0	3.083	3.004	6.087	60,2	8.968	-11,2
Alto Baudó	31.777	736	688	1.424	4,5	3.807	3.938	7.745	24,4	25.456	-19,9
Atrato	8.427	24	29	53	0,6	484	562	1.046	12,4	7.434	-11,8
Baqué	8.291	225	549	1.106	13,3	2.451	2.697	5.148	62,1	4.249	-48,8
Bahía Solano	9.195	1.004	987	1.991	21,7	304	296	600	6,5	10.586	15,1
Bajo Baudó	16.782	987	1.001	1.988	11,8	1.676	1.836	3.512	20,9	15.258	-9,1
Bojayá	10.003	3.247	3.217	6.464	64,6	10.657	10.893	21.550	215,4	-5.083	-150,8
El Cantón del San Pablo	6.861	99	81	180	2,6	155	159	314	4,6	6.727	-2,0
Carmen del Darién	5.251	1.678	1.655	3.333	63,5	5.288	5.392	10.680	203,4	-2.096	-139,9
Cértegui	9.745	12	13	25	0,3	17	16	33	0,3	9.737	-0,1
Condoto	13.673	1.291	1.064	2.355	17,2	1.294	1.390	2.684	19,6	13.344	-2,4
El Carmen de Atrato	12.684	1.478	1.324	2.802	22,1	2.008	1.854	3.862	30,4	11.624	-8,4
El Litoral de San Juan	13.409	109	118	227	1,7	888	921	1.809	13,5	11.827	-11,8
Istmina	24.276	2.160	2.068	4.228	17,4	3.911	4.134	8.045	33,1	20.459	-15,7
Juradó	3.485	81	69	150	4,3	1.409	1.454	2.863	82,2	772	-77,8
Lloró	10.639	1.070	968	2.038	19,2	1.597	1.572	3.169	29,8	9.508	-10,6
Medio Atrato	24.106	65	75	140	0,6	1.865	2.053	3.918	16,3	20.328	-15,7
Medio Baudó	12.436	237	264	501	4,0	531	600	1.131	9,1	11.806	-5,1
Medio San Juan	14.235	143	143	286	2,0	207	253	460	3,2	14.061	-1,2
Nóvita	7.900	138	127	265	3,4	1.240	1.232	2.472	31,3	5.693	-27,9
Nuquí	7.996	271	267	538	6,7	539	613	1.152	14,4	7.382	-7,7
Río Iro	8.700	96	87	183	2,1	628	371	999	11,5	7.884	-9,4
Río Quito	8.306	231	220	451	5,4	453	468	921	11,1	7.836	-5,7
Riosucio	28.526	6.576	6.039	12.615	44,2	27.677	27.310	54.987	192,8	-13.846	-148,5
San José del Palmar	4.971	246	248	494	9,9	1.929	2.036	3.965	79,8	1.500	-69,8
Sipí	3.695	141	125	266	7,2	707	635	1.342	36,3	2.619	-29,1
Tadó	18.412	916	962	1.878	10,2	2.266	2.569	4.835	26,3	15.455	-16,1
Unguía	14.800	2.051	1.970	4.021	27,2	3.618	3.715	7.333	49,5	11.488	-22,4
Unión Panamericana	8.707	37	58	95	1,1	53	65	118	1,4	8.684	-0,3
Total	471.601	49.720	47.586	97.306	20,6	92.089	92.430	184.519	39,1	384.388	-18,5

Fuente: DANE, Proyecciones de población municipal por área, 2005 - 2009

Acción Social, Registro Único de Población Desplazada - RUPD en <http://www.accionsocial.gov.co/contenido.aspx?catID=383&conID=556>

(*) Los valores negativos pueden indicar un doble registro de expulsados en el Registro Único de Población Desplazada de Acción Social.

GRÁFICA 2. POBLACIÓN EXPULSADA POR GRUPO DE EDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ, CON CORTE A SEPTIEMBRE 30 DE 2009



Fuente: Acción Social, Registro Único de Población Desplazada-RUPD en <http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=383&comID=556>

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTA DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR GRUPOS DE EDAD EN EL CHOCÓ SEGÚN RIPS DE CONSULTA EXTERNA, 2008

Motivo de la consulta	Menos de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 y más años	Sin información	Total	%
Enfermedad general	208	790	915	3.883	1.621	1.080	1.147	9.644	78,0
Otra	89	275	404	848	56	48	63	1.783	14,4
Sin información o dato errado	43	113	107	220	82	37	81	683	5,5
Evento catastrófico	1	16	27	34	16	2	-	96	0,8
Otro tipo de accidente	-	5	8	50	17	6	5	91	0,7
Lesión por agresión	1	-	-	16	-	-	7	24	0,2
Accidente ofídico	-	2	8	6	1	3	1	21	0,2
Sospecha de maltrato físico	-	5	-	-	3	-	-	8	0,1
Accidente rábico	-	-	2	1	2	-	-	5	-
Sospecha de maltrato emocional	-	1	-	-	1	2	-	4	-
Accidente de tránsito	-	2	-	1	-	-	-	3	-
Enfermedad profesional	-	-	-	-	2	1	-	3	-
Lesión autoinflingida	-	-	-	-	-	-	2	2	-
Sospecha de abuso sexual	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Total	342	1.209	1.471	5.059	1.801	1.179	1.307	12.368	100,0
% por grupo de edad	2,8%	9,8%	11,9%	40,9%	14,6%	9,5%	10,6	100,0%	

Fuente: DASALUD. RIPS de urgencias médicas de la población desplazada, año 2008.

Nota: Incluye RIPS de las IPS del Chocó y de las IPS de otros departamentos que atendieron población desplazada del Chocó.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS URGENCIAS MÉDICAS DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR GRUPOS DE EDAD EN EL CHOCÓ, SEGÚN MOTIVO DE LA CONSULTA, 2008

Motivo de la consulta	Menos de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 y más años	Sin información	Total	%
Enfermedad general	25	45	49	299	119	94	7	638	90,4
Otra	-	3	2	23	-	3	-	31	4,4
Otro tipo de accidente	-	-	3	7	4	-	-	14	2,0
Evento catastrófico	-	-	3	4	2	-	-	9	1,3
Lesión por agresión	-	-	-	6	-	-	-	6	0,8
Accidente ofídico	-	-	3	2	-	-	-	5	0,7
Accidente de trabajo	-	-	-	-	1	-	-	1	0,1
Accidente de tránsito	-	-	-	-	-	1	-	1	0,1
Lesión autoinflingida	-	-	-	1	-	-	-	1	0,1
Total	25	48	60	342	126	98	7	706	100,0
% por grupo de edad	3,5%	6,8%	8,5%	48,4%	17,8%	13,9%	1,0%	100,0%	

Fuente: DASALUD. RIPS de urgencias médicas de la población desplazada, año 2008.

Nota: Incluye RIPS de las IPS del Chocó y de las IPS de otros departamentos que atendieron población desplazada del Chocó.

La experiencia de construcción de boletines de indicadores básicos de salud ha aumentado la conciencia sobre la importancia del análisis de la información como un insumo vital para la toma de decisiones y, al involucrar la participación de diferentes sectores, ha permitido una mejor recopilación, discusión y validación de los datos disponibles. A pesar de los innegables avances para optimizar el sistema de vigilancia epidemiológica en el territorio, el subregistro aún persiste. Así, el diagnóstico en algunas zonas aún es inexacto y no permite disponibilidad de la información de acuerdo con las categorías y el detalle que exige la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud de OPS/OMS.

Dentro de esta iniciativa se enmarcan esfuerzos importantes como los que ha llevado la OPS/OMS con el gobierno del Ecuador que, como país limítrofe, recibe población en situación de desplazamiento especialmente de los departamentos de Nariño y Putumayo. Allí, las autoridades modificaron el llamado Parte Diario de Atención e incluyeron una nueva casilla para indagar sobre si la persona que solicitaba la atención era residente

o desplazado. Con ello, se ha podido establecer el porcentaje de población colombiana que requiere atención en el vecino país y se han dimensionado en sus justas proporciones los requerimientos de abastecimiento del sector de la salud en la zona limítrofe. Esto, teniendo en cuenta que, de acuerdo con la Constitución ecuatoriana, todas las personas que soliciten atención deben recibirla gratuitamente sin importar si se trata o no de ciudadanos ecuatorianos.

Sistema de Información para la Gestión de la Atención de Salud de la Población en Situación de Desplazamiento (SIGA)

La necesidad de brindar a los servidores públicos y a los administradores del Sistema de Salud conocimientos teóricos, habilidades metodológicas y herramientas para el monitoreo y evaluación de planes y programas es un factor clave a la hora de medir la eficacia y eficien-

cia de una iniciativa. Con este objetivo nació el Sistema de Información para la Gestión de las Atenciones en Salud de la PSD (SIGA). Este sistema es una herramienta tecnológica que surgió de la necesidad de la Secretaría de Salud del Valle para hacer seguimiento y control a la ejecución de los recursos financieros para la atención de PSD.

Los recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga),²³ Subcuenta Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), asignados al departamento para la atención en salud de la PSD, se dispusieron conforme a lo establecido por la Ley 387 de 1997 y al Acuerdo 59 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante el cual se reconoce al desplazamiento como un evento catastrófico.²⁴

El SIGA es un aplicativo que fue desarrollado por la OPS/OMS y posteriormente transferido al Ministerio de Salud y Protección Social, donde se consolida en una base de datos única la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), y es donde se

evidencian todas las actividades y procedimientos que se realizan a los usuarios de los servicios de salud, incluida la relacionada con la población en situación de desplazamiento. El aplicativo tiene automatizadas unas rutinas de análisis, que incluyen variables de persona, tiempo, lugar, aseguramiento, motivo de consulta, diagnóstico de morbilidad y/o mortalidad, estado del paciente al egreso, costos, medicamentos, entre otros. Así mismo, genera gráficos y tablas de frecuencia de las variables analizadas, lo que facilita la interpretación de los datos.

“El SIGA ha sido una herramienta fundamental para el desarrollo de actividades y toma de decisiones prácticas. Es un instrumento valioso para determinar procedimientos al interior del hospital y también conocer las causas de la morbilidad y la mortalidad de la población”. *Gelsy Patricia Borja, Gerente Hospital Ismael Roldán Valencia, Quibdó, Chocó, 2009.*

Algunas de las ventajas encontradas en este aplicativo son:

- Generación automática de los reportes requeridos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para el pago a cada institución de salud por las atenciones realizadas a la PSD.
- Visibilización de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la identificación de eventos objeto de la vigilancia en salud pública, generando alertas para la intervención temprana.
- Facilitación de la auditoría médica y de costos al permitir evaluar la pertinencia de las pruebas diagnósticas, procedimientos y medicamentos en relación con los diagnósticos.
- Disminución de las inconsistencias en los registros de atención que resultan en negación del pago a la institución prestadora de los servicios, que en el contexto colombiano se conoce como Glosa.
- Posibilidad de hacer monitoreo al cumplimiento de los indicadores de Goce Efectivo de Derechos en salud.^{25 - 26}
- Gratuidad, ya que es un aplicativo diseñado por la OPS/OMS que ha sido puesto al servicio de todos aquellos que lo encuentren de utilidad.
- Favorecimiento de la articulación entre las áreas involucradas en la respuesta del sector de la salud a la problemática del desplazamiento (planeación, vigilancia de la salud pública y atención a la PSD), que en algunos casos ha involucrado también a la Academia.

23. De acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 el cual reglamentó el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud donde establece que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. Acuerdo 59 de 1997, disponible en: http://www.brookings.edu/~media/Files/Projects/IDP/Laws%20and%20Policies/Colombia/Colombia_AcuerdoNos9_1997.pdf

24. Disponible en: http://www.brookings.edu/~media/Files/Projects/IDP/Laws%20and%20Policies/Colombia/Colombia_AcuerdoNos9_1997.pdf

25. La Corte Constitucional en la sentencia T-052 de 2004 y los autos posteriores ordena al Gobierno Nacional la construcción de una batería de indicadores llamada de Goce Efectivo de Derechos, GED, que muestre los avances, estancamientos y retrocesos en la superación de lo que llamó el estado de cosas inconstitucional, es decir, de todas aquellas situaciones que por acción u omisión de autoridades de diferentes instancias se convierten en barreras para que la población en situación de desplazamiento tuviera garantía efectiva de sus derechos fundamentales. La batería de indicadores comprende indicadores de derechos humanos de inmediato cumplimiento, económicos, sociales y culturales; indicadores de derechos políticos, indicadores con enfoque diferencial, indicadores de verdad, reparación, restitución y no repetición y un indicador global de restitución de derechos económicos sociales y culturales.

Auto 109 de 2007 de la Corte Constitucional, disponible en: http://www.codhes.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1&Itemid=50.

26. Auto 116 de 2008 de la Corte Constitucional, disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PORTALWEB/LinkClick.aspx?fileticket=7W5NIOzYMA%3D&tabid=1080>

La gerente del Hospital Ismael Roldán, Gelsy Patricia Borja, entidad de primer nivel, se refiere al SIGA como una “herramienta fundamental para el desarrollo de actividades y toma de decisiones prácticas. Es un instrumento valioso para determinar procedimientos al interior del hospital y también conocer las causas de la morbilidad y la mortalidad de la población”.

El aplicativo, en su primera versión, se utilizó para hacer seguimiento a los convenios interadministrativos nacionales entre el Estado y el Departamento, mediante los cuales se entregaban los recursos del FOSYGA, subcuenta ECAT.²⁷ Posteriormente, su uso se amplió al seguimiento de las acciones en salud para la PSD, lo que obligó a las autoridades nacionales a realizar la inclusión de una categoría de “desplazado” en la identificación del usuario en el registro. Esta inclusión permitió, además de visibilizar las atenciones en salud de la PSD, definir si la persona atendida estaba afiliada al régimen contributivo²⁸ o régimen subsidiado²⁹ o si, por el contrario, carecía de aseguramiento, con lo que se clarificaba quién debía asumir el costo por la atención brindada. Este cambio motivó a algunos hospitales a utilizar esta herramienta para cargar y analizar la información de todas las atenciones, independientemente de que se tratara o no de PSD.

La mayor utilidad de la herramienta está dada para los ámbitos locales y departamentales, en especial en aquellos territorios donde las capacidades técnicas y tecnológicas no son las adecuadas, como es el caso de los departamentos de Chocó, Nariño y Putumayo, donde se ha implementado en la totalidad de sus municipios. Además, ha sido adoptada por algunas instituciones públicas y privadas de centros urbanos, incluida la capital del país.

En el ámbito nacional también ha resultado de utilidad para el MSPS, pues se incluyó la obligatoriedad de su uso dentro de las cláusulas de los convenios. En general, la herramienta SIGA continúa siendo la más versátil y eficaz disponible hasta el momento para facilitar el análisis de la información y la toma de decisiones para el mejoramiento de las condiciones de salud de la PSD, especialmente en territorios

apartados, con desarrollos mínimos en sistemas de información y capacidades de gestión restringidas.

El SIGA, segunda versión, próximo a ser implementado por el MSPS, mejora la consolidación de los RIPS por periodos más largos de tiempo, permitiendo un análisis más amplio y comparativo. Por otro lado, la base de datos de los RIPS podrá ser cruzada con la base de datos del Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD), generando una nueva base de datos, donde se han agregado las variables de enfoque diferencial (edad, sexo, pertenencia étnica y discapacidad). Esto facilitará la toma de decisiones frente a los problemas que determinan la situación de salud de la PSD atendida de manera diferencial y la rendición de cuentas a los organismos de control.

Diplomado en Gestión de Información en Salud

Ante la debilidad de las capacidades técnicas del recurso humano de las entidades territoriales para la gestión de la información en salud, la OPS/OMS desarrolló un proceso de capacitación en diferentes temas. Sin embargo, esto no garantizaba una formación continua e integral. Por esta razón, se creó un programa de formación específico a manera de diplomado, que tenía como base el curso Modular de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE), seguido de



27. Los fondos para salud en Colombia son administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la Ley 100 de 1993 como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, manejada por encargo fiduciario. De esta cuenta salen fondos para subcuentas que cubren todos los frentes del Sistema de Seguridad Social. Dentro de ellas, está la subcuenta ECAT. Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para este tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el respectivo cobro al FOSYGA.

28. El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, disponible en:

<http://www.encolombia.com/economia/Economiacolombiana/Estructuradelaeconomiacolombiana3.htm>

Régimen contributivo: funciona con los aportes de los trabajadores y empleadores. La contribución es del 12,5% del sueldo del trabajador, de los cuales el 11,5% son para el financiamiento y el 1% se transfiere al régimen subsidiado.

Del total del 12,5%, el 4% lo paga el trabajador y el restante 8,5% lo paga el empleador. Los trabajadores independientes cancelan el 12,5% del ingreso base de cotización, que es el 40% de sus ingresos brutos (Ley 1122/06, Art. 10).

29. Régimen subsidiado: creado para beneficiar a las personas que no tienen capacidad de pago; consiste en subsidiarles la prestación de los servicios en salud. El 70% de la población colombiana hace parte de este régimen. Este servicio es prestado por las ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado), cuya administración está a cargo del Estado a través de los tributos recogidos. Este modelo funciona a través de las transferencias de la nación a los municipios, donde el 60% de estos recursos debe dedicarse a los problemas de salud de la población más vulnerable.

otros temas como construcción de indicadores básicos de salud, estadísticas vitales, manejo de bases de datos, SIGA, sistemas de información geográfica, análisis de situación de salud, salas de situación, sistema de vigilancia en salud pública, vigilancia epidemiológica en emergencias, sistema de información para la vigilancia alimentaria y nutricional, estudio de brotes y análisis de casos y protocolos de vigilancia epidemiológica.

La metodología comprendía el desarrollo de talleres teórico-prácticos, tomando como referencia las situaciones cotidianas a las que los participantes se enfrentaban en el ejercicio de sus funciones. Al inicio del diplomado, se establecía un compromiso entre el participante y la entidad territorial patrocinadora, para permanecer en la totalidad del programa académico. Para contar con la certificación debían cumplir con más del 80% del contenido, lo que garantizaba que se diera la autorización a los participantes para asistir a la totalidad de la fase presencial. Los trabajos finales respondían a propuestas para el mejoramiento de los procesos, en las cuales estaban involucrados los participantes, muchos de los cuales se constituyeron en catalizadores reales para el cambio.

Algunos de los temas de los trabajos finales fueron:

En el departamento del Huila:

- Análisis situacional de la mortalidad perinatal en el municipio de Neiva en la vigencia 2009.
- Análisis de situación de intoxicaciones en el departamento del Huila en 2009.
- Sala situacional del desplazamiento en el departamento del Huila en 2009.

En el departamento del Putumayo:

- Análisis de la situación de salud del municipio de Mocoa en 2008.
- Análisis de la situación de salud del municipio de Puerto Caicedo en 2008.
- Implementación del Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud en el Valle del Sibundoy, departamento del Putumayo en 2009.

En el departamento del Cauca:

- Implementación de la Sala de Situación Departamental y del Litoral Pacífico Caucaño.
- Creación de un espacio de análisis periódico de información.

Para formalizar el diplomado, se realizó una serie de acercamientos con la Universidad de Pamplona, en el departamento de Norte de Santander, que avaló los contenidos temáticos y definió que las 216 horas del programa correspondían al de un nivel de especialización, proceso que no completó debido a los cambios administrativos en la Universidad, el cual se espera retomar en un futuro cercano. La certificación a los participantes fue realizada por las entidades territoriales de salud y la OPS/OMS.

El programa académico “contribuyó al fomento de un espíritu crítico, investigativo y creativo, favoreciendo la formulación e implementación de sistemas de información para la consolidación, análisis e interpretación de datos que contribuyan finalmente a la toma de decisiones y, por tanto, al mejoramiento de las condiciones de vida de la población putumayense”. Secretario de Salud del departamento de Putumayo 2007.

Cabe resaltar el compromiso de las instituciones de salud, como el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander que cofinanció la participación del recurso humano de funcionarios de las diferentes provincias del departamento y aquel de las instituciones a las cuales estaban adscritos, que facilitaron el tiempo y cofinanciaron los gastos de manutención de los participantes que asistían una semana al mes.



Norte de Santander, Cúcuta. 2008

El esfuerzo para la realización del diplomado fue conjunto entre la OPS/OMS, desde sus diferentes áreas: Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, Evidencia en Salud y Control de Enfermedades y Salud en Emergencias y Desastres, y las entidades territoriales, que lo avalaron bajo el argumento de ser un insumo clave para el mejoramiento de la organización y la calidad de la información.

En palabras del entonces Secretario de Salud del Putumayo, el programa académico *“contribuyó al fomento de un espíritu crítico, investigativo y creativo, favoreciendo la formulación e implementación de sistemas de información para la consolidación, análisis e interpretación de datos que contribuyan finalmente a la toma de decisiones y, por tanto, al mejoramiento de las condiciones de vida de la población putumayense”*.

III. Factores de éxito

- Alianzas con instituciones académicas, así como con autoridades del sector de la salud del nivel nacional y territorial.
- Participación de la PSD en el proceso de gestión de la información en salud, dentro de las salas de situación.
- Reconocimiento por parte de las entidades territoriales de la necesidad de la información, la debilidad de su recurso humano y tecnología, especialmente en los municipios con mayores dificultades y de mayor afectación por el conflicto.
- Disponibilidad de recursos para fortalecer la gestión de la información en las entidades territoriales, especialmente en escenarios de emergencias de origen natural y desplazamiento.
- Identificación de la utilidad de las salas de situación en el contexto de las emergencias, para facilitar el monitoreo del impacto del evento adverso en la salud de la población, que permite a su vez servir como herramienta para la toma de decisiones, que se traduzcan en planes efectivos de respuesta para la PSD.

IV. Retos

- Consolidación de un sistema nacional de información en salud que, de manera regular, permita conocer la situación de salud de la PSD.
- Implementación de una sala de situación de salud del nivel nacional, que se replique al menos en las capitales departamentales, que incluya información específica sobre la PSD y el seguimiento a los indicadores de Goce Efectivo de Derechos.
- Compromiso de las autoridades territoriales, que trascienda los cambios políticos, con el fin de garantizar la educación continuada de sus funcionarios, asegurando la permanencia del recurso humano formado.
- Promoción de la inclusión de temas de gestión de la información en los currículos de los programas de formación de recurso humano en salud, con énfasis en el desplazamiento forzado.
- Mejoramiento de la calidad de la información desde la fuente generadora hasta el proceso último de recolección, análisis y actualización, con enfoque diferencial (población campesina, afrocolombiana y pueblos indígenas) en situación de desplazamiento, confinada o en riesgo.



COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL e intersectorial

Experiencia 2

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

I. ¿Cuál era la situación?

La situación humanitaria en Colombia aglutina la presencia de más de 30 organismos y/o agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU) con diferentes mandatos, que conviven con un importante número de organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales. La coordinación de las acciones entre los sectores y actores involucrados en la respuesta humanitaria resulta un mecanismo necesario para reducir la duplicación de funciones y optimizar los resultados. Para el estado colombiano, la coordinación es parte integral de su política de desarrollo, incluida en el Plan Nacional de Desarrollo. Desde los diversos niveles sectoriales, ésta debe estar orientada a generar alianzas estratégicas y a optimizar recursos y esfuerzos del Estado considerando, a su vez, la compleja amalgama de organizaciones internacionales y sociales presentes en el país.

Ante la crisis humanitaria derivada del conflicto armado, en octubre de 2001, las Naciones Unidas, a nivel global, solicitaron al equipo en Colombia el diseño de un Plan de Acción Humanitaria (PAH). Esta responsabilidad fue asumida por el Grupo Temático de Desplazamiento, liderado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), con el apoyo de la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y la participación del Programa Mundial de Alimentos (PMA), la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), entre otros.

En 2003, dentro del proceso de construcción del PAH, SNU apoyó al país en los niveles territoriales y facilitó espacios para la discusión que permitieran identificar las barreras para el acceso de la PSD a los servicios de salud y preparación de fichas de proyectos. En reuniones lideradas por la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional con donantes, cooperantes y organizaciones nacionales e internacionales se socializaron los resultados obtenidos a través de la discu-

sión en mesas, entre las que se destacó la mesa nacional de salud y desplazamiento.

En una etapa posterior, el Plan de Acción Humanitaria se concibió como un complemento a los programas existentes en el país, especialmente al Plan Nacional del SNAIPD, que contemplaba seis ejes temáticos:

1. Bosques.
2. Desarrollo productivo y alternativo.
3. Fortalecimiento del Estado Social de Derecho y derechos humanos.
4. Programas regionales de desarrollo y paz y desplazamiento forzoso.
5. Reincorporación a la civilidad.
6. Asistencia humanitaria, que incluía el PAH.

Por otra parte, la situación de desprotección de la PSD y la débil coordinación interinstitucional frente a la problemática del desplazamiento en Colombia, obligó a esta población a demandar sus derechos a través de mecanismos constitucionales.³⁰ En respuesta a ello, la Corte Constitucional emitió la sentencia T-025 de 2004³¹ que constituyó un hito en materia de jurisprudencia y protección de la PSD. Esta sentencia contribuyó, entre otras cosas, a solidificar la coordinación interinstitucional e intersectorial del Estado colombiano. Como respuesta estatal a este fallo, se expidió el Decreto 250 del 7 de febrero de 2005,³² por medio del cual se crea el Plan Nacional para la Atención Integral a la PSD, que prevé la formulación de los Planes Integrales Únicos de Atención, (PIU). Estos se constituyen en el primer ejercicio oficial de coordinación interinstitucional para la atención de la PSD.

En 2006, ante la urgencia de responder a las necesidades humanitarias de aquellos afectados por el recrudecimiento de la violencia y el consecuente incremento en

30. La Acción de Tutela es un instrumento judicial para la protección de los derechos constitucionales fundamentales de las personas cuando estas se han visto amenazados o vulnerados por parte de las autoridades o de determinados particulares. Este mecanismo está consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia. Tiene una ventaja para el restablecimiento de los derechos conculcados: el plazo máximo para resolver este recurso jurídico es de 10 días hábiles. Con ello, las personas tutelantes reciben una respuesta formal por parte de las autoridades en un plazo muy corto y sin necesidad de costosas asesorías jurídicas inasequibles para las personas con menos recursos que son, principalmente, víctimas de desatención y exclusión.

31. Sentencia T-025: En esta Sentencia la Corte Constitucional declara el estado de cosas inconstitucional frente a la población en condición de desplazamiento por considerar que existe una vulneración sistemática de sus derechos. A partir de allí imparte una serie de órdenes a entidades nacionales y territoriales con el fin de que sean atendidas las necesidades básicas de esta población.

32. Decreto 250 de 2005; disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PORTALWEB/LinkClick.aspx?fileticket=dPwCfxdo9Jc%3D&tabid=1080>

el número de actores humanitarios presentes en el país, se seleccionó a Colombia para el pilotaje de la reforma humanitaria³³ del SNU.³⁴ La actual arquitectura humanitaria de las Naciones Unidas en Colombia, donde la OPS/OMS tiene un rol activo, es de la siguiente manera:

Equipo Humanitario de País (EHP): bajo el liderazgo del Coordinador Humanitario, es el eje de la arquitectura de coordinación humanitaria establecida por la Reforma Humanitaria. Este es un espacio de diálogo, intercambio de información, coordinación y toma de decisiones estratégicas entre los jefes de las agencias de Naciones Unidas y las ONG internacionales que llevan a cabo acción humanitaria en el país y que se comprometen a participar en los mecanismos de coordinación humanitaria. La Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y Médicos Sin Fronteras participan en el EHP en calidad de observadores. Este se reúne una vez al mes e incluye en su agenda los temas referidos por el grupo inter clúster, los equipos humanitarios locales y los clústeres.

Grupo Inter Clúster: es un espacio técnico de diálogo, intercambio de información y coordinación entre los líderes y colíderes de clúster, con el propósito de garantizar una visión holística de la acción humanitaria en Colombia mediante la adecuada articulación entre todas las áreas/sectores de intervención. Su objetivo es brindar apoyo al EHP sobre temas humanitarios de naturaleza intersectorial.

Equipos Humanitarios Locales: una de las características sobresalientes del EHP en Colombia ha sido el rol activo de los mecanismos locales de coordinación en las regiones afectadas por el conflicto que replican su funcionamiento a nivel local. Desde 2006, en Colombia hay diez de estos equipos ubicados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Bolívar, Sucre, Chocó, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Valle y Cauca. Asimismo, actualmente hay dos equipos en proceso de conformación en Córdoba y Meta que representan nuevas áreas de expansión del trabajo humanitario.

Clústeres: actualmente la estructura de la coordinación en Colombia está compuesta por ocho clústeres: seguridad alimentaria, recuperación temprana (que incluye un subgrupo en acción contra minas), protección, salud, educación en emergencias, agua, saneamiento e higiene, telecomunicaciones y albergues (que fue creado en el contexto de la respuesta a la ola invernal en 2010).

Los clústeres tienen reuniones mensuales coordinadas por los respectivos líderes, con el objeto de coordinar las actividades humanitarias a nivel sectorial y compartir información sobre desafíos y brechas a nivel operacional.

UNETE: es un equipo técnico interagencial del Sistema de Naciones Unidas creado en 2003 con el objetivo de apoyar y fortalecer la capacidad de prevención y respuesta a desastres. En su versión ampliada participan las agencias de Naciones Unidas, ONG Internacionales, la Cruz Roja Colombiana y las instituciones del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres. Este y el grupo inter clúster interactúan a nivel técnico para coordinar la respuesta humanitaria en situaciones de doble afectación.

En Colombia, la OPS/OMS como líder del clúster salud ha promovido el desarrollo de diversos mecanismos para incrementar la cooperación intersectorial e interagencial en el tema. Todos ellos cuentan con representación de la institucionalidad y de la población local a través de sus líderes y agentes comunitarios y se encuentran establecidos y reconocidos por las autoridades de salud como efectivos para cumplir el propósito de fortalecer la coordinación. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de su Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres y la Oficina de Promoción Social son los interlocutores nacionales más importantes para estos efectos.

Los avances del trabajo coordinado son evidentes en el marco de Asistencia al Desarrollo de las Naciones Unidas en Colombia del (UNDAF). Sin embargo, el reto persiste pues las sinergias deben profundizarse. La creación del Marco Común Humanitario 2011–2012 de las Naciones Unidas, debería abrir un nuevo escenario de coordinación interinstitucional e interagencial en Colombia.

33. Moro, B., "Implementing Humanitarian Reform in Colombia", publicado en la web de la Humanitarian Practice Network. Número 45. Diciembre de 2009. Disponible en: <http://bit.ly/refhumcol>

34. Arcas, I., "Reforma Humanitaria de Naciones Unidas I: el enfoque de clústeres", publicado en la web del Instituto de Estudios Sobre Conflictos y Acción Humanitaria. Mayo de 2009. Disponible en: http://www.iecah.org/web/index.php?option=com_content&view=article&id=627:reforma-humanitaria-de-naciones-unidas-i-el-enfoque-de-clusters&catid=34:analisis&Itemid=85

II. ¿Qué se hizo?

Mesa de salud y desplazamiento

La mesa de salud y desplazamiento a nivel nacional tuvo su origen durante el proceso de construcción del Plan de Acción Humanitario. Esta instancia estuvo coordinada por el Ministerio de Salud y Protección Social y convocaba autoridades nacionales y departamentales, organismos de control del Estado, agencias del Sistema de Naciones Unidas y representantes de gobiernos donantes, que participaban de las discusiones. Así, se constituyó en un espacio privilegiado de cooperación y coordinación en el cual se apalancaron importantes desarrollos en materia de respuesta a las situaciones de crisis humanitaria identificada en los niveles territoriales.

Dentro de estos desarrollos se destacan la visibilización del impacto del conflicto en la población, pues el manejo de datos conjuntos y el aporte de diferentes perspectivas institucionales, permitió contar con un panorama

más ajustado de la gravedad de la situación. La periodicidad mensual de las reuniones, el desarrollo de una agenda previamente acordada, la metodología estandarizada para el seguimiento a los acuerdos y el compromiso logrado entre las instituciones al centralizar, por primera vez, la discusión sobre un tema complejo como el desplazamiento, permitieron el seguimiento a la situación de salud de la población afectada, y facilitaron la gestión humanitaria, así como el desarrollo de normativas, pronunciamientos, movilización de fondos y proyectos conjuntos, entre otras acciones.

A partir del año 2005, la mesa nacional de salud y desplazamiento se constituyó en el espacio de coordinación del país para el sector de la salud, conforme a lo dispuesto en el Decreto 250 del mismo año.

El trabajo de este espacio de coordinación se reflejó en aportes concretos cubriendo necesidades en el nivel local, como en el caso del departamento del Chocó, en donde se logró una importante movilización de la cooperación internacional aportando recursos, personal y metodologías para solucionar dificultades específicas



Putumayo, Mocoa. 2009

de atención de PSD. Adicionalmente, se incidió en la respuesta a las necesidades de la población del Litoral Pacífico colombiano, lo que incluso trascendió a la Mesa Internacional de Salud, coordinada por el Viceministerio de Salud. Lo anterior ha permitido la inclusión de un eje específico para desarrollar acciones en el Litoral Pacífico, en el marco de los convenios de cooperación técnica establecidos entre el MSPS y la OPS/OMS. Esta última decidió mantener las oficinas de terreno en los departamentos del Pacífico, lo que facilitó la coordinación de acciones y la cooperación, que en estas zonas no es tan abundante, ni estaba muy articulada.

“Desarrollamos un trabajo articulado y conjunto con resultados positivos para generar acciones en respuesta a las emergencias que se presentan en la comunidad de acuerdo a las necesidades reales”. Roberto Cuero, Coordinador del Comité Local de Prevención y Atención de Desastres, Tumaco, Nariño, 2009.

Con el fin de fortalecer la gestión de la mesa, se usaron recursos informáticos como el sistema *Illuminate*,³⁵ lo que facilitó la convocatoria de reuniones, el desarrollo de foros de discusión y la planeación de la agenda programática. También se publicaron las presentaciones y actas de dichas reuniones en la web Salud y Desplazamiento de la OPS/OMS, cuya dirección URL fue anclada en la web de OCHA. A partir de 2010, el MSPS privilegió los espacios de coordinación entre el nivel nacional y las entidades territoriales de salud, para lo cual definió como estrategia de coordinación, reuniones virtuales en las que se revisaban temáticas de interés para la dirección de promoción social del Ministerio, en especial el desplazamiento interno. En la actualidad la estrategia de reuniones virtuales continúa, mientras la mesa nacional ha evolucionado en un nuevo concepto de coordinación denominado *Clúster* o Grupo Temático de Salud, liderado por la Viceministra de Salud, con Secretaría Técnica de la OPS/OMS y la participación de todas las instancias involucradas en la respuesta de salud a la población afectada por crisis, independientemente de su origen, aunque con mayor peso en el desplazamiento.

El éxito de la mesa nacional de salud y desplazamiento dio origen a la consolidación de mesa temática en el nivel territorial en los departamentos donde OPS/OMS contaba con oficinas de terreno. Así, con la convocato-

ria de la entidades territoriales de salud se crearon en Arauca, Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo y Valle del Cauca. Este espacio favoreció la participación de representantes de salud de los municipios, población en situación de desplazamiento, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, organizaciones del SNU, ONG y otros sectores. En el caso de Norte de Santander, la mesa de salud y desplazamiento³⁶ se ha fusionado con la de seguridad alimentaria; mientras que en Chocó y Arauca la mesa departamental de salud se ha extendido a municipios que enfrentan situaciones críticas para el acceso a los servicios de salud de la PSD, como Saravena en Arauca y Bahía Solano, Juradó y San José del Palmar en Chocó.

Las mesas a nivel nacional y local se han constituido como un espacio de facilitación de la coordinación, lo que permitió dinamizar, a la luz del Decreto 250 de 2005, el componente sectorial para el Plan Integral Único para la Atención a la Población Desplazada, asegurando la articulación y efectividad de las acciones de miembros del Sistema Nacional de Atención Integral a esta población, involucrados en la respuesta en salud.

En la frontera colombo-ecuatoriana las mesas de salud, donde, además participan ACNUR y la Cruz Roja Americana, articularon mecanismos de coordinación para constituir albergues temporales que brindaban la primera acogida a las familias desplazadas provenientes de Colombia. Allí la población recibía atención en salud y apoyo psicosocial.

Otros espacios de coordinación para la atención a la población en situación de desplazamiento

La OPS/OMS ha impulsado el posicionamiento del sector dentro de otros espacios institucionales en el país para la coordinación de la gestión del riesgo, tales como los Comités Regionales y Locales de Prevención y Atención de Desastres, CREPAD y CLOPAD,³⁷ y los Comités Departamentales y Municipales de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, CDAIPD y CMAIPD.

35. Es un sistema interactivo para el aprendizaje virtual y las conferencias en línea que con comunicación sincrónica brinda la oportunidad de crear una comunidad virtual entre un número específico de personas. Es fácil de usar, es seguro pues sólo da acceso a personas “autorizadas”, tiene buena calidad de voz y permite la interacción en tiempo real.

36. Puede accederse a través de: http://es.groups.yahoo.com/group/saludyseguridadalimentaria_ns/

37. Creados a partir del Decreto Ley 919 de 1989 en su Artículo No. 60. “Créanse Comités Regionales para la prevención y atención de desastres en cada uno de los departamentos, intendencias y comisarías, y Comités Locales para la prevención y atención de desastres en el Distrito Especial de Bogotá y en cada uno de los municipios del país, los cuales estarán conformados por: a) Gobernador, intendente, comisario o alcalde, según el caso, quien lo presidirá; b) El Comandante de la Brigada o Unidad Militar existente en el área correspondiente; c) El director del Servicio Seccional de Salud para los Comités Regionales o el jefe de la respectiva unidad de salud para los Comités Locales; d) El Comandante de la Policía Nacional en la respectiva jurisdicción; e) Un representante de la Defensa Civil y uno de la Cruz Roja Colombiana; f) Dos representantes del gobernador, intendente, comisario o alcalde, escogidos de las corporaciones autónomas regionales o de las asociaciones gremiales, profesionales o comunitarias; g) El alcalde de la ciudad capital en el Comité Regional respectivo. El Jefe de Planeación de la entidad territorial correspondiente o quien haga sus veces, actuará como Secretario del Comité Regional o Local respectivo. Actuará como coordinador operativo, para la debida ejecución de las decisiones del Comité, el representante de la Defensa Civil en el respectivo territorio. Disponible en: <http://www.cempre.org.co/Documentos/DECRETO%20919%20DE%201989.pdf>

La presencia y liderazgo de las autoridades de salud en estos espacios ha aportado en el fortalecimiento del ejercicio de la función esencial 11 de la salud pública,³⁸ que busca reducir el impacto de las emergencias y los desastres sobre la salud de la comunidad. “Desarrollamos un trabajo articulado y conjunto con resultados positivos para generar acciones en respuesta a las emergencias que se presentan en la comunidad de acuerdo a las necesidades reales”, comentó Roberto Cuero, Coordinador del Comité Local de Prevención y Atención de Desastres, Tumaco, Nariño, 2009.

Este liderazgo, en el escenario del desplazamiento interno, ha permitido la construcción colectiva y permanente de acciones para lograr una preparación y respuesta integral a las necesidades de la población afectada por emergencias y desastres. Finalmente, cabe destacar que en el contexto de la pan-

demia de Influenza A (H1N1/09), se hizo evidente que la estructura de coordinación existente entre el sector de la salud, otros sectores, agencias del SNU, organismos de cooperación nacional e internacional y otras instancias involucradas en la respuesta, facilitó las acciones implementadas. Permitió, además, que el liderazgo temático en salud fuera reconocido por otros sectores y actores en el nivel nacional y subnacional, en pro del seguimiento de las directrices técnicas establecidas para el manejo de la emergencia.



Resguardo indígena, Inda Zabaleta, Nariño. 2009

38. MUÑOZ, F. y cols.: “Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud”, Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health 8(1/2), 2000. Esta función incluye: a) El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública. b) Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país. c) La participación de todo el Sistema de Salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres. d) La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Espacios de coordinación en salud frente a los desastres naturales

La emergencia por la temporada de lluvias de 2010 y 2011 se extendió al 60% del territorio colombiano. Entre los 3,3 millones de personas afectadas, un alto porcentaje son personas en situación de desplazamiento que, dadas sus condiciones de pobreza extrema y falta de oportunidades, se asientan en zonas de mayor riesgo de deslizamientos o inundaciones. Sin precedentes en la historia reciente del país, la situación generó una doble afectación de estas comunidades, lo que agudizó la situación humanitaria de la PSD.

Ante este escenario de afectación, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres³⁹ de la Presidencia de la República, cabeza del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres conformó la sala estratégica para la respuesta en el ámbito nacional, la cual se nutría de información proveniente de los niveles subnacionales de los diferentes sectores, permitiendo una mayor comprensión de la situación y gestión sectorial.

Simultáneamente el MPS, conformó el Comité Estratégico de Emergencia en Salud para analizar la situación y brindar asistencia técnica a las entidades territoriales en elaboración de planes de contingencia en salud, suministrar información a la sala estratégica y entregar las ayudas requeridas para el escenario específico. Contó con la participación de todas las direcciones del MPS, el INS, el Instituto Colombiano Agropecuario, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, la Superintendencia Nacional de Salud y la OPS/OMS en calidad de líder del Clúster Salud. El Comité continúa hoy sesionando bajo el nombre de Comité Estratégico en Salud, donde se analizan temas de salud pública y se fortalecen los preparativos para futuros eventos adversos.

La OPS/OMS apoyó la respuesta sectorial a la emergencia en el nivel nacional y en el territorial, especialmente en los departamentos de Arauca, Cauca, Chocó, Córdoba, Nariño, Magdalena, Norte de Santander y Valle del Cauca, a través de la cooperación técnica y entrega de insumos, fortaleciendo el sistema de información en salud y la vigilancia epidemiológica, la adecuación y me-

joramiento de protocolos y herramientas para mejorar la respuesta. En la actualidad, la OPS/OMS a través de su Programa de Emergencias y Desastres trabaja en el marco del Programa Conjunto de Naciones Unidas y Colombia Humanitaria para ofrecer respuesta en los municipios de Guapi, Timbiquí, López de Micay, El Charco, Alto y Bajo Baudó.

III. Factores de éxito

- Credibilidad técnica de la OPS/OMS que ha facilitado espacios de coordinación humanitaria.
- Capacidad de liderazgo y movilización de la cooperación internacional, reconocida por los diferentes actores de los niveles nacionales y subnacionales.
- Existencia de normatividad y jurisprudencia que obliga a las entidades responsables a coordinar las acciones para hacer frente a situaciones de crisis, con énfasis en el desplazamiento interno.
- Promoción de la participación de los representantes de las organizaciones de PSD y de base comunitaria en los espacios de coordinación y toma de decisiones.
- Adecuación de los instrumentos de coordinación existentes en el nivel internacional al contexto nacional, facilitando el empoderamiento de las autoridades;
- Disponibilidad de herramientas tecnológicas y redes sociales que faciliten la transferencia de conocimiento e información pública.

39. Creada en 1989 como respuesta a la urgente necesidad del Gobierno Nacional de afrontar los problemas sociales y económicos generados por los distintos factores de calamidad pública y desastres naturales. Hoy día es la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres de la Presidencia de la República. Su misión es la de orientar la gestión y coordinar las entidades del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, para prevenir y mitigar riesgos y organizar la atención de emergencias, la rehabilitación y reconstrucción en caso de desastre; incorporando el concepto de prevención en la planificación, educación y cultura del país, que conduzca a la disminución de la vulnerabilidad y los efectos catastróficos de los desastres naturales y antrópicos. Decreto 4147 de 2011, disponible en: http://www.sigpad.gov.co/sigpad/paginas_detalle.aspx?idp=102

IV. Retos

- Garantizar la voluntad política de las autoridades para un diálogo interinstitucional y una agenda común frente al fenómeno del desplazamiento interno.
- Mejorar la coordinación de las diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social para una respuesta integral en salud frente al desplazamiento interno y consolidar el diálogo con los niveles territoriales.
- Lograr la sostenibilidad de los espacios de coordinación que se han establecido para mantener el nivel de análisis e incidencia en la toma de decisiones, independientemente de la presencia de la comunidad internacional.
- Mantener la consulta y el diálogo permanente con las organizaciones de base comunitaria y de PSD para asegurar que su perspectiva y sus necesidades sean tenidas en cuenta al interior de los espacios de coordinación.
- Simplificar los mecanismos de coordinación del SNU para que sean más eficientes y operativos, dotando de una mayor capacidad a los equipos humanitarios locales.

A small motorboat with a yellow canopy is on a wide river. Two people are on board, one at the front and one at the back. Both are wearing red life jackets. The boat has two white flags with red and blue designs. The background shows a dense line of green trees along the riverbank.

REDUCCIÓN DE BARRERAS PARA el acceso a servicios de salud

Experiencia 3

REDUCCIÓN DE BARRERAS PARA EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

I. ¿Cuál era la situación?

En 2005 la OMS ubicó a Colombia en el puesto 41 entre 191 países, por su desempeño general del Sistema de Salud. Desde entonces la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, ha ampliado su cobertura; sin embargo, eso no se ha traducido en que todos los ciudadanos tengan acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud, especialmente la PSD.

Barreras de acceso de la PSD a los servicios de salud

Violencia e intimidación

El Comité Internacional de la Cruz Roja indicó que sólo durante 2010 hubo 65 infracciones contra misiones médicas, lo que calificó como preocupante y el año anterior resultaron heridas 123 personas en ataques de grupos armados a miembros del personal de salud. Estos hechos se presentan principalmente en las zonas rurales del país.

Dificultades administrativas

Complejidad en los procesos administrativos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), baja capacidad técnica y alta rotación del recurso humano en salud.

Dificultades de acceso

Dada la geografía compleja y exuberante de Colombia, se estima que cerca del 45% del territorio nacional corresponde a áreas de

difícil acceso, por lo que las comunidades asentadas en esas zonas y/o ubicadas muy dispersas en el territorio, no cuentan con buena cobertura.

Pobreza e inequidad

Según datos del Ministerio de Educación Nacional, a diciembre de 2010, el 6,6% de la población colombiana es analfabeta. De ellos, estimaciones oficiales indican que cerca del 30% (es decir unas 500.000) pertenecen a PSD, lo que condiciona su acceso a los servicios de salud.

Estigma, discriminación y exclusión

Aunque cerca del 10% de la población de Colombia vive en situación de desplazamiento forzado, persisten prejuicios que se convierten en barreras para el acceso a servicios básicos, y la salud es uno de ellos.

Desconocimiento de derechos y deberes

Ni los prestadores del servicio, ni la propia PSD conocen los mecanismos para su acceso a la salud.



Departamento del Chocó. 2009

Carencia de integralidad

La dispersión de las acciones en diversos frentes, y particularmente en salud frente al fenómeno del desplazamiento forzado por la violencia, fue reconocida por la Corte Constitucional en la sentencia T-025 de 2004 al decir que: “... cada entidad responsable de alguno de los componentes de atención a la población desplazada enfrenta problemas específicos y otros comunes... que han generado fallas en la respuesta oportuna a las peticiones y propuestas presentadas por la población desplazada...”

Acciones sin enfoque diferencial

Aunque datos oficiales indican que la población indígena representa el 3,5% del total de nacionales y los afrodescendientes suman más del 10%, no existen acciones

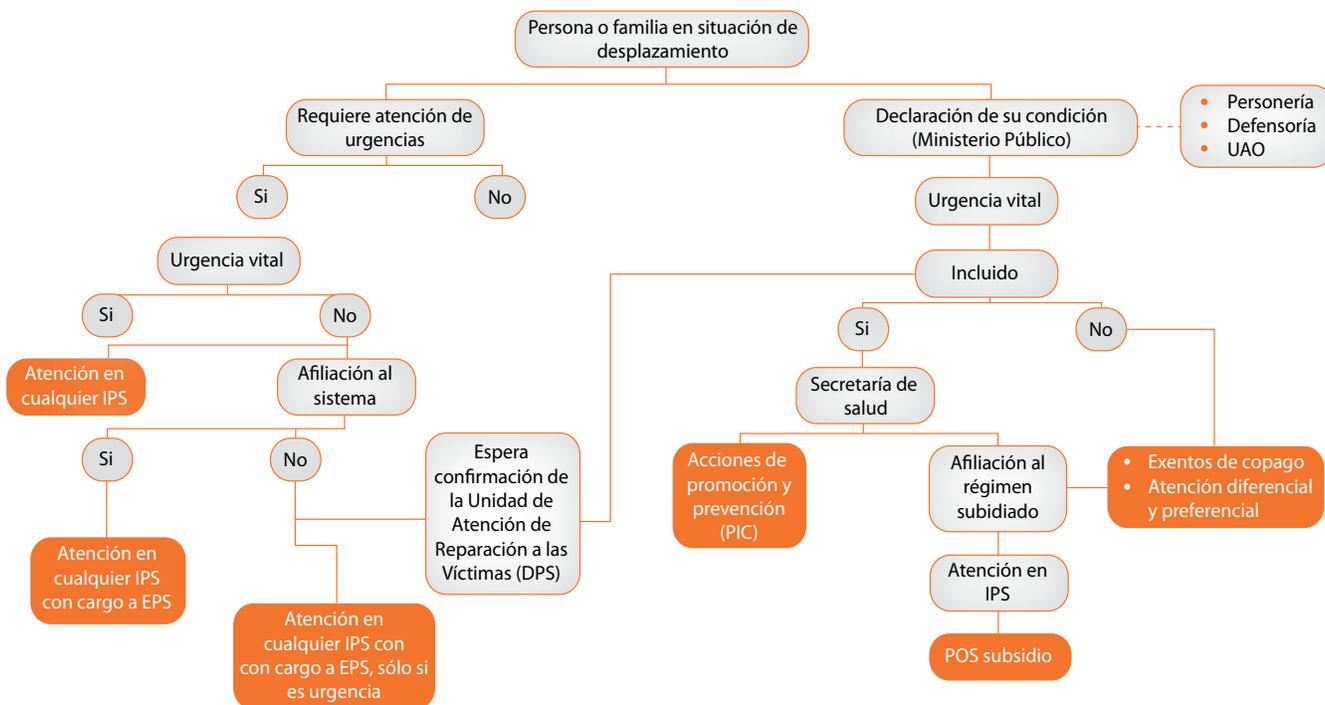
en salud que tengan en cuenta sus particularidades ni las de otros grupos como los menores de edad.

Falta de apropiación de herramientas técnicas

A pesar de la abundancia de instrumentos, la gestión de la información y el conocimiento, en el contexto de la salud pública y la gestión del riesgo, se lleva a cabo con frecuencia sin usar recursos disponibles que redundarían en eficacia y eficiencia de la gestión en salud.

Con el fin de superar algunas de estas barreras se han desarrollado diversos mecanismos, metodologías, herramientas, y acciones de incidencia, cuyo propósito es mejorar el acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, las condiciones sanitarias de las poblaciones afectadas.

ruta para el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de desplazamiento



Fuente: Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED), de OPS/OMS, 2011.

II. ¿Qué se hizo?

Modelo de atención para poblaciones dispersas

El departamento del Chocó reúne tres rasgos particulares. Por un lado, presenta características demográficas especiales, pues cuenta con una población indígena que asciende a unos 35.000 habitantes aproximadamente, agrupados en comunidades de cuatro grupos étnicos: Wounaan, Emberá, Katíos o Eyabera y unos pocos Cunas o Tule. Además el 85% de su población, es decir unas 370.000 personas, son afrocolombianas. De otro lado, este departamento presenta una compleja geografía compuesta por serranías, llanuras pantanosas selváticas y bosques húmedos tropicales, que registran uno de los mayores niveles de pluviosidad del planeta y una pobre red de infraestructura vial y de servicios, que alberga poblaciones muy dispersas asentadas en las riberas de sus numerosos ríos. Cifras oficiales de 2011⁴⁰ señalan que el 79,2% de la población vive con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Adicionalmente, su ubicación estratégica en límites con Panamá, con acceso costero en los dos océanos y la escasa presencia estatal lo convierten en un corredor atractivo para el tráfico de armas, sustancias ilegales y para la minería ilegal, con lo que es blanco de disputas entre diferentes actores armados generando una violencia que expulsa a la población civil, provocando desplazamiento forzado y confinamiento.

Las dificultades para la atención en salud de esta población, generadas por las características etnográficas, biogeográficas y socioeconómicas se constituyeron en el punto de partida para el llamado “Modelo de Atención en Salud para Poblaciones Dispersas”. En este contexto, eran evidentes las dificultades para la prestación y acceso a los servicios de salud

bajo el esquema “tradicional” de salud, pues el recurso humano calificado y con experiencia no tenía ningún incentivo para trabajar en estos territorios, con lo que la alta rotación se tradujo en imposibilidad de consolidar procesos iniciados.

Estas múltiples barreras tuvieron como resultado una crisis humanitaria que entre enero y abril de 2007 encendió las alarmas estatales y de la opinión pública: 32 menores de edad (3 de comunidades negras y 29 indígenas) murieron por enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias y desnutrición en la Cuenca del Río Domingodó, en zona rural del municipio del Carmen del Darién.⁴¹

La urgencia de la situación fue presentada en la Mesa Nacional de Salud y Desplazamiento que coordinaba el MPS, con el apoyo de la OPS/OMS y con una nutrida asistencia de diferentes actores sociales. Algunos de los cuales (Oxfam GB), Médicos del Mundo Francia, Médicos sin Fronteras Holanda, Pastoral Social, Cruz Roja Colombiana, OPS/OMS, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados, y la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, aunaron esfuerzos para adelantar proyectos que respondieran a las necesidades críticas de la población. Por su parte, la respuesta gubernamental



Municipio de Quibdó, Chocó. 2009

40. Departamento Nacional de Planeación. Regionalización y Plan Plurianual del Departamento de Chocó. Junio 2011.

41. Notas de prensa disponibles en: <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=642927>

<http://www.elmundo.com/portal/resultados/detalles?idx=48727>; http://beta.canalcaracol.com/imprimir.aspx?hid_id=29082

<http://www.colombia.com/actualidad/autonoticias/nacionales/2007/03/25/DetalleNoticia29833.asp>

fue la creación de la Alta Consejería para el departamento del Chocó y la Mesa de Salud Presidencial.

El aporte de OPS/OMS fue el desarrollo del análisis y reorganización de la red de prestadores de servicios de salud en el departamento, que incluyó el estudio del recurso humano de salud necesario para operar la red. Se propuso un modelo de atención en salud para población dispersa en territorios de difícil acceso, tomando como base elementos del modelo de atención del departamento de Vaupés⁴² y las experiencias de las unidades móviles de salud de la Cruz Roja Colombiana, de las clínicas móviles de Médicos Sin Fronteras de Holanda y los equipos de salud de Médicos del Mundo.

Debido a que cada una de las instituciones desarrollaba sus proyectos en regiones diferentes con condiciones complejas de acceso a poblaciones muy dispersas, pero con diferencias importantes en las barreras geográficas que se debían superar, se recogieron todos los aprendizajes en logística que el transporte de equipos de hasta 4 toneladas implicaba. La experiencia de los modelos aplicados en la construcción de redes y el trabajo adelantado con comunidades en el que se identificaba a los líderes, a las instancias decisorias de las comunidades, sus dificultades, potencialidades y la manera más efectiva de convocarlos, sirvió también como información para enriquecer un modelo para poblaciones dispersas.

Finalmente, la conformación y pertinencia del equipo interdisciplinario que hacía parte de las unidades móviles y la inclusión de la mayor cantidad de servicios y beneficios posibles en una sola visita a las comunidades, fue un elemento crítico, que permitió la consolidación del modelo con base en las experiencias de atención de las unidades móviles mencionadas.

La mayoría de la población del Chocó está afiliada a la Entidad Promotora de Salud (EPS) Caprecom que, a su vez, fue autorizada por el Gobierno para atender a esta

población a través de sus Institutos de Previsión Social (IPS). Por ello en 2009, una vez definido el modelo, se estableció un contrato entre OPS/OMS y Caprecom EPS para su financiamiento e implementación. El modelo estuvo basado en la perspectiva de Atención Primaria en Salud y era operado mediante equipos móviles de salud,⁴³ acompañados por dos funcionarios de aseguramiento de Caprecom EPS, quienes facilitaban la afiliación de la población no asegurada.

Uno de los aspectos innovadores que enriquecían el modelo era la posibilidad de atender a toda la población asegurada sin importar la EPS a la que estaba afiliada, con el posterior recobro de Caprecom EPS a la aseguradora correspondiente. Para ello, se celebraron contratos y/o acuerdos de voluntades con las entidades responsables del aseguramiento del resto de la población no asegurada con dicha EPS, en los que se pactaron montos para el pago de la atención en salud de la población ubicada en el área rural del municipio del Litoral del San Juan.

“Es una experiencia que nos ha fortalecido la salud del pueblo Wounaan del Litoral de San Juan. El trabajo de la Misión Médica en la zona nos ha disminuido las enfermedades prevalentes de la comunidad”. Willinton, promotor de salud, Santa María de Pangala, Chocó, 2009.



Municipio de Quibdó, Chocó. 2009

42. Fedesalud y Plan Internacional. “Evaluación de la Implementación del Sistema de Seguridad Social frente a las Características Particulares de la Región Pacífica en Chocó y Tumaco. Disponible en: http://fedesalud.org/documentos/estudios_5_implementaregionpacifica.pdf

43. Estos equipos estaban conformados por dos médicos, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería, un odontólogo, un bacteriólogo, un regente de farmacia, una vacunadora, un higienista oral, un coordinador de logística y seguridad, un motorista, un ayudante de carga y un lanchero.

Por su parte, la OPS/OMS financió el recurso humano y la compra de insumos para iniciar el proyecto y contrató el desarrollo e implementación de herramientas para facilitar el trabajo de las unidades móviles, entre las que se encuentran los registros clínicos y administrativos, el manual operativo de las unidades móviles de salud, la ficha familiar, el manual operativo de la gestión integral de suministros de las unidades móviles y la herramienta de la metodología de la gestión productiva de servicios de salud (PERC).

La cobertura geográfica de la atención llegó al 39% del territorio (en 12 de los 31 municipios) con cinco equipos móviles distribuidos así:

- Uno para los municipios de Nóvita y Sipí.
- Otro para la región del Atrato (municipios de Unguía, Riosucio, Bojayá, Carmen del Darién y Medio Atrato).
- Un tercero para la región del Baudó (municipio de alto y medio Baudó).
- Y un último para la región de Bagadó (para los resguardos indígenas del alto Andágueda).

Paralelamente en Quibdó, por decisión del alcalde, la Secretaría Municipal de Salud y la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia, implementaron el modelo para atender a la población rural y de los barrios marginales, apoyándose en la infraestructura de los puestos de salud localizados en las zonas rurales, a través de la operación de cuatro equipos móviles. El modelo fue financiado con los recursos del aseguramiento de la población y como innovación se destaca la voluntad del mandatario local de incorporar a la Secretaría de Educación en el proceso. Aprovechando el contacto permanente de los maestros con los niños y niñas, estos se convirtieron en centinelas y promotores de la salud.

La participación del sector educativo fue fundamental para facilitar el entendimiento entre las autoridades indígenas y el sector de la salud, pues los educadores también hacían el papel de traductores para las comunidades indígenas y les daban las recomendaciones del sector de la salud en su lengua materna. Algunos maestros sirvieron incluso para desarrollar labores de seguimiento, pues coordinaron reuniones posteriores con la

comunidad para conocer los resultados obtenidos al seguir las recomendaciones de autocuidado.

El enfoque de atención intercultural se dio también en el hecho de que las acciones que se coordinaron con las comunidades tuvieron en cuenta su cosmovisión y preferencias. Para citar sólo un caso, se llegó a consensos con la comunidad sobre el uso de medicamentos tipo “**pastillas**” que, en general, no son vistos con agrado por los pueblos indígenas. Se acordó que cuando fuera evidente que los medicamentos de los médicos tradicionales no surtían el efecto deseado en la recuperación de la salud del paciente, las comunidades autorizarían el uso de la medicina occidental. Los afrodescendientes, por su parte, exhibían altos índices de depresión, que sólo las conversaciones con maestros permitieron identificar. Mecanismos de concertación intercultural como estos, repercuten directamente en la salud de las comunidades.

Para la implementación del modelo en el municipio del Litoral del San Juan, Caprecom IPS usó la figura de gestores de vida sana (que puede equipararse con promotores de salud), pues son personas de la comunidad que conocen las dinámicas y los hábitos de los habitantes que conllevan riesgos para la salud y, por tanto, pueden contribuir con su modificación y servir de puente para que la población busque atención en las instituciones de salud.

El proceso de atención de los equipos móviles se hacía en diferentes etapas:

- a. Los gestores de vida sana desempeñaban un rol fundamental en la caracterización y definición de la población que requería atención en cada comunidad, a partir de lo cual se organizaban las agendas para los profesionales de la salud que integraban el equipo móvil.
- b. Desde la coordinación del equipo móvil se revisaba la agenda de citas y se organizaba y aprobaba el cronograma de la misión.
- c. Se informaba la fecha a los concejos comunitarios y cabildos indígenas de la zona, que actuaban como garantes de su cumplimiento para que le informaran a las comunidades.

- d. Simultáneamente se le comunicaba a los gestores de vida sana, para asegurar la presencia de la población para la visita.
- e. La atención de las comunidades se desarrollaba durante 19 días al mes para la zona de mar y 17 días para la zona de los ríos.
- f. Durante la atención a los pacientes se diagnosticaba y formulaba y, en caso necesario, se les realizaban los exámenes complementarios, se daban recomendaciones a seguir bajo la supervisión del gestor de vida sana.
- g. El gestor de vida sana aseguraba la adherencia al tratamiento, hacía el seguimiento de la evolución del paciente y daba continuidad a las actividades de promoción y prevención (control prenatal, control de crecimiento y desarrollo y salud sexual y reproductiva, entre otros).
- h. Para las enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que el lapso entre las misiones en cada territorio no superaba 45 días, se entregaban medicamentos para dos meses.
- i. En caso de que durante la misión se identificase la necesidad de referir un paciente a un nivel de mayor complejidad para la atención, se establecía comunicación con la coordinadora de los equipos móviles con sede en Quibdó, quien gestionaba la atención con la red de prestadores de servicios de salud, de acuerdo con la entidad aseguradora y autorizaba el traslado a través de la embarcación del equipo móvil hasta el punto más cercano para hacer efectiva la referencia de los pacientes.
- j. Al regreso de la misión a su base en Quibdó, los miembros del equipo preparaban los informes y generaban los RIPS y demás estadísticas de la atención brindada a la población. El análisis de los datos cuantitativos recogidos, mediante el uso de las herramientas antes descritas, era útil en la preparación de las siguientes misiones en terreno y también para el establecimiento de la relación costo efectividad del modelo.

El modelo tuvo aceptación por varias razones:

- 1) por primera vez un equipo integral de salud llegaba hasta las comunidades más distantes, muchas de las cuales no habían recibido atención desde hacía más de cinco años.
- 2) las herramientas utilizadas facilitaron el seguimiento a las enfermedades crónicas y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- 3) la costo-efectividad del esquema quedó demostrada por estudios de Caprecom que en 2010 había conseguido el retorno de la inversión inicial y la sostenibilidad del proceso.

Con este panorama, la mesa presidencial inició una propuesta de resolución ministerial en la que se establecía la obligatoriedad de aplicar dicho modelo en el departamento del Chocó, pero no se logró concretar el esfuerzo. A eso se sumó la falta de mecanismos legales para hacer efectivos los pagos, lo que generó problemas financieros para Caprecom IPS en el departamento y la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia, en Quibdó.

La utilidad del modelo está tan clara que diferentes actores abogan por retomarlo, por lo que el Programa Presidencial para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas ha conformado una mesa en la que participa el MPS, la Superintendencia Nacional de Salud, la OPS/OMS y representantes de las asociaciones indígenas, donde se están discutiendo los ajustes necesarios para hacer viable su implementación entre la población indígena.

Otra prueba de sus bondades, es la decisión de la OPS/OMS y las autoridades de salud del departamento de Nariño y del municipio de El Charco, de ponerlo en

marcha con las respectivas adaptaciones, dada la similitud de sus características con las de Chocó, adoptándolo como política pública, mediante Acuerdo 040 de 2011 del Concejo Municipal como parte de las acciones desarrolladas en el marco del CERF 2010-2011.

Por otra parte las autoridades de salud del departamento de Amazonas han solicitado a la OPS/OMS apoyo y acompañamiento técnico para evaluar su pertinencia y posibilidad de aplicación en este territorio.

En general, dentro de los principales beneficios derivados de la implementación del modelo se destacan la reducción en la referencia de pacientes, la disminución en la prevalencia de enfermedades transmisibles y el aumento en los comportamientos generadores de vida saludable en las comunidades,⁴⁴ cuyos impactos serán ratificados mediante estudios científicos que se planean para el mediano plazo.

Plan de Servicios Integrales de Salud para la Población Desplazada (PSIS)

Cali es una de las principales ciudades receptoras de población desplazada (82.896 personas correspondientes a 20.423 hogares) según datos oficiales.⁴⁵ Las familias desplazadas vienen principalmente del propio departamento de Cauca y de Nariño y de manera más reciente ha aumentado el número de los que provienen del Chocó. La oleada de violencia que se vivió en 2007 por enfrentamientos entre guerrilla y paramilitares en varias zonas del departamento del Valle hizo que en 2008 las autoridades sintieran la necesidad de dar respuesta urgente a la situación humanitaria de esta población. Sin embargo, la crisis humanitaria también puso de manifiesto las debilidades institucionales para el cumplimiento de la normatividad y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, al tiempo que hizo evidente la ineficacia de la gestión, pues se encontró duplicidad de funciones



Municipio de Quibdó, Chocó. 2009

y desorden administrativo que produjo un mínimo impacto en el mejoramiento de la situación de la población en desplazamiento.

De estas necesidades, surgió el Plan de Servicios Integrales de Salud para la Población Desplazada, que permitía a los municipios dar respuesta a los requerimientos normativos y de jurisprudencia mediante un ejercicio de planificación, articulación y coordinación que involucrara a todos los actores encargados de la respuesta sanitaria. Lo que ocurría en la práctica era que los alcaldes, sin contar con planes ni estrategias para dar respuesta particular y efectiva a las familias desplazadas, incluían en sus planes locales a la PSD junto con el grupo de personas vulnerables, pero no especificaban acciones, ni asignaban recursos específicos, ni se identificaban las necesidades reales de la PSD.

Un aspecto clave era aunar esfuerzos para el cumplimiento de indicadores del GED y esto sólo era posible con la aplicación de mecanismos de concertación en los que se involucraran las instituciones del Sistema de Salud, las instituciones del sistema de atención y prevención de emergencias y las organizaciones de PSD, pues sólo el conjunto coordinado de perspectivas y de acciones, permitiría responder a las demandas y necesidades de salud de la población.

44. Un video de 12 minutos realizado por la OPS/OMS, relacionado con la experiencia del Modelo de Atención en Salud para el Departamento del Chocó se encuentra disponible en la web, en <http://bit.ly/VideoModeloChocó>

45. Unidad Administrativa de Prosperidad Social.

El Plan permite orientar e implementar acciones en cualquiera de las fases de atención a la PSD y cuenta con una guía metodológica que puede ajustarse a la dinámica cambiante del contexto normativo, y que posibilita:

- Presencia efectiva de la entidad territorial de salud del nivel departamental y/o municipal, las EPS, las IPS y las organizaciones de PSD para el restablecimiento del derecho a la salud de la población.
- Identificación conjunta y permanente de las barreras de acceso para atención en salud de esta población y el respectivo diseño de planes de mejoramiento.
- Definición de criterios, intereses y estrategias, unificación de objetivos y definición de acciones tanto intra como interinstitucionales.
- Planificación de metas y establecimiento de mecanismos de monitoreo y evaluación para el cumplimiento de indicadores de GED, a partir de la oferta institucional de servicios de salud en el municipio y de la demanda de esta población.
- Definición de recursos materiales y financieros necesarios para la implementación y el origen de los mismos.
- Mejoramiento de la capacidad de gestión del municipio para facilitar el acceso y la calidad de los servicios de salud a esta población.
- Compromiso de la PSD de contribuir a superar su situación de riesgo en salud, a través de mecanismos de participación comunitaria y de control social.
- Sensibilización y motivación de actores para definición de acuerdos y compromisos.
- Definición de línea de base y análisis de oferta y demanda de servicios de salud de la PSD.
- Formulación del plan de acción.
- Monitoreo y control de los recursos.
- Seguimiento y evaluación del impacto en la salud de la población.
- Definición de estrategias para el mejoramiento.

- Matriz de planificación de acciones.
- Ficha de monitoreo al cumplimiento de las acciones planificadas.
- Matriz de monitoreo a la ejecución de los recursos asignados.
- Matriz de identificación de problemas.
- Ficha de plan de mejoramiento.

Las instituciones que participaron en la revisión y ajuste de las herramientas ponderaron su sencillez, a partir de la identificación de las dificultades de la PSD para acceder a servicios de salud, planificar acciones y definir fuentes de financiación en el marco de las competencias propias de cada institución. Éstas también eran útiles para hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos y formular planes de mejoramiento con lo que se daba efectiva respuesta a los requerimientos de la Corte Constitucional.

Así mismo, estos actores destacaron la versatilidad de la herramienta para ser utilizada por otros sectores, con lo que se facilitaba la coordinación intersectorial para el diseño del Plan Integral Único (PIU) para la PSD conforme al Decreto 250 de 2005.

Para la implementación del plan se desarrollaron las siguientes herramientas, revisadas y ajustadas por la Oficina de Promoción Social del MPS, la oficina de atención a PSD de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional y su Unidad Técnica Conjunta y la ACNUR, entre otras.

En 2009, el Plan se implementó en los municipios de Tibú y El Tarra en Norte de Santander; Mocoa y Puerto Asís, en el Putumayo y Neiva y La Plata, en el Huila. Posteriormente, en 2010, la Unidad Administrativa Especial de Salud del departamento de Arauca, adoptó la herramienta en un proceso de planificación de las acciones

específicas para la PSD. Inicialmente hubo resistencia por parte de las entidades involucradas para aceptar el plan, pues lo consideraban una carga de trabajo y tenían recelo sobre la destinación de recursos necesarios para su operación. Esto fue superado frente a la evidente utilidad del plan, principalmente en la reducción de duplicidad de acciones, disminución de vacíos en la cobertura y aumento en la eficiencia de la distribución y visibilización de los recursos.

Los municipios que se involucraron en la experiencia de implementación del PSIS con satisfacción identificaron que una vez formulado el plan, éste efectivamente respondía a los requerimientos del PIU en el componente de salud, disminuyendo ostensiblemente el tiempo y esfuerzo requerido para el cumplimiento de la normatividad relacionada y para su articulación a los planes municipales de desarrollo. Al día de hoy, el PSIS continúa siendo utilizado con éxito en algunos territorios de Colombia para la planificación y seguimiento a las acciones orientadas a la PSD.



Bocas del Ele, municipio de Arauca. 2011

La ruta de acceso a los servicios de salud para la población en situación de desplazamiento

Como se ha mencionado, una serie de factores confluyen en la ineficiencia y/o falta de atención a la población en situación de desplazamiento, entre los que figuran la pobreza y la falta de oportunidades, que predominantemente se asocian con niveles de analfabetismo y desconocimiento de la población sobre sus derechos y posibilidades. Por ello, era necesario ir un paso más allá del plan para la atención por parte de las autoridades competentes, e informar y lograr la comprensión del proceso por parte de la propia población beneficiaria.

Para llegar a la población objetivo, la OPS/OMS acompañó a autoridades de salud en los diferentes niveles, a organismos de cooperación internacional, líderes y representantes de la PSD, para la construcción de una herramienta conocida como La Ruta de Atención en Salud para PSD, cuyo eslogan es “La Ruta, péguese a ella”.

La Ruta Pégate a ella. Responde a las características socioculturales y las prácticas de cada zona, donde se adaptaron al contexto particular de cada territorio, avanzando en la construcción de rutas locales, hasta llegar la traducción en lengua materna para los pueblos indígenas en el departamento del Chocó.

Bucaramanga, la capital de Santander con un alto porcentaje de personas desplazadas por la violencia, desarrolló la primera experiencia piloto para la construcción de la ruta, en alianza con los medios de comunicación, instituciones del SNAIPD, el Ministerio Público, universidades, agencias del Sistema de Naciones Unidas y la empresa privada. Esta experiencia permitió su amplia difusión entre la PSD y los funcionarios responsables de prestar los servicios. Siguiendo un proceso similar, La Ruta se desarrolló en el municipio de Soacha, que es el mayor receptor de población desplazada del departamento de Cundinamarca y uno de los lugares más críticos del país en esta materia en su momento.

Durante la construcción de la Ruta de Soacha, las autoridades nacionales de salud, en cabeza del MPS, identi-

ficaron la necesidad de desarrollar una ruta de alcance nacional, que se constituyera en una referencia general para orientar el acceso de los servicios de salud de la PSD para el país.

Las rutas de salud en Colombia son valoradas y utilizadas por los funcionarios que hacen parte de las instituciones como herramientas que facilitan su labor en el cumplimiento de la normatividad y jurisprudencia, relacionada con la atención integral en salud a la población en situación desplazamiento (PSD).

Posteriormente, teniendo en cuenta las características socioculturales y las prácticas de cada zona, se adaptó la ruta nacional al contexto particular de cada territorio, avanzando en la construcción de rutas locales en los departamentos de Arauca, Caquetá, Cauca, Chocó, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo y Valle del Cauca.

En Nariño, por ejemplo, se adaptó la ruta a los contextos de comunidades afrodescendientes e indígenas. En Chocó, se elaboró una ruta para población indígena Emberá y Wounaan en su lengua materna y se designaron orientadores pertenecientes a los mismos grupos étnicos, para apoyar la atención de la PSD indígena al interior de las instituciones de servicios de salud. En virtud de su utilidad y de su potencial, la ruta se constituyó rápidamente en una estrategia comunicacional altamente efectiva que contaba con material impreso, de audio y video, lo que ha permitido su uso generalizado como instrumento básico para la orientación a la PSD. Este proceso ha posibilitado, además, el desarrollo de rutas para facilitar el acceso a procesos específicos de atención, tales como la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y para tratar problemáticas como la violencia sexual basada en género y la violencia intrafamiliar.

Las rutas en Colombia son valoradas y utilizadas por los funcionarios que hacen parte de las instituciones que conforman el SNAIPD, como herramientas que facilitan su labor en el cumplimiento de la normatividad y jurisprudencia, relacionada con la atención integral en salud a la PSD. Esta estrategia establece con claridad los pasos que deben dar las personas, para recibir la atención en salud.



Ruta para una maternidad segura

En 2008, en el esfuerzo por tener información para la atención de la PSD se evidenció subregistro en las estadísticas de mortalidad materna y perinatal en la región de la Costa Pacífica del departamento del Cauca. Este hecho motivó una misión conjunta al territorio entre las autoridades de salud y la OPS/OMS, que confirmó un número elevado de casos de mortalidad materna y perinatal que no habían sido detectados por el sistema de información regular de vigilancia epidemiológica.

Esta falencia fue utilizada como un motor y una oportunidad por las autoridades del departamento para lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Su primer paso, entonces, era hacer formación de los proveedores tradicionales de salud materna al interior de estas comunidades rurales dispersas. Las parteras, que aunque carecen de formación técnica, cuentan con un arraigo profundo dentro de sus comunidades y, por tanto, con la confianza de su núcleo social, fueron el grupo objetivo de la intervención.

En este escenario, con el apoyo de USAID, ECHO y AECID, se desarrolló una estrategia integral de maternidad segura en diferentes etapas:

- a. **Censo geográfico de las parteras:** se identificaron 137 parteras en la región pacífica del departamento del Cauca, de igual forma se hizo este ejercicio en los departamentos del Huila y Putumayo.
- b. **Análisis de prácticas de cuidado durante el embarazo y atención del parto:** mediante trabajo en grupos focales con parteras y funcionarios de salud se identificó que la atención del embarazo y parto era delegada casi exclusivamente a las parteras. El arraigo cultural y la confianza de las gestantes en su labor, cuidados y recomendaciones en el momento del parto sumado a factores como la dispersión geográfica; el difícil acceso hasta las pacientes y la falta de recurso humano calificado fueron los aspectos identificados como más relevantes para el alejamiento de las gestantes de la atención en centros médicos.
- c. **Identificación del conocimiento y determinación de las necesidades de capacitación:** los grupos focales con parteras permitieron identificar en el departamento del Cauca, su deseo de recibir capacitación por parte del personal sanitario calificado, ya que desde 1999 no tenían ningún entrenamiento. En los departamentos del Huila, Norte de Santander y Putumayo, las parteras ya se habían acercado a la institucionalidad, por lo que se facilitó un proceso de actualización de los conocimientos básicos en maternidad segura.
- d. **Capacitación a parteras:** se orientó a brindarles herramientas para la identificación de factores de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio. Dadas las particularidades de cada región, se usaron estrategias diferenciales. En el Departamento del Cauca, la capacitación se realizó utilizando como referencia la metodología y el formulario perinatal para atención domiciliaria del Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva y OPS/OMS. Este tuvo que ser adaptado, teniendo en consideración que la mayoría de las parteras superaban los cincuenta años de edad, tenían bajo nivel educativo o eran analfabetas y,



“Maniobras”. Fotografía ganadora en el “Encuentro Nacional de Maternidad Segura”. Tomada en el Cañón de las Garrapatas, El Dovio-Valle del Cauca. 2011

en algunos casos, presentaban problemas visuales propios de la edad.

La adaptación del documento se hizo a través de una metodología lúdica con énfasis en comunicación verbal, identificación y análisis de experiencias relacionadas con su práctica y el reconocimiento de los factores de riesgo y protectores. Adicionalmente, en el departamento del Putumayo se desarrolló la ruta a la vida, que posteriormente cambió de nombre a “*Mamá sana... ¡bebé feliz!*”.

- e. **Código Rojo:** en alianza con el MPS, el INS, la Universidad de Antioquia y la OPS/OMS, se capacitó a médicos, enfermeras y estudiantes de último año de las facultades de ciencias de la salud, buscando facilitar la identificación temprana y el manejo de hemorragias en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, las cuales son la primera causa de mortalidad materno-perinatal. La capacitación se desarrolló en los departamentos del Cauca, Chocó, Huila, Norte de Santander y Putumayo.

El departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Cauca ha incorporado esta capacitación en la formación de estudiantes de medicina de pre y posgrado y en la actualidad trabaja en la adaptación de esta temática, incluyendo enfermedades hipertensivas, parto obstruido, sepsis, control prenatal y prematuridad, a manera de guías similares a las de la Estrategia para la Atención In-

tegrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).⁴⁶

- f. **Ruta de acceso a una maternidad segura:** después de analizar diferentes metodologías que permitieran el entendimiento y la apropiación de la ruta para mejorar el acceso a los servicios de maternidad segura, en el Litoral Pacífico (Guapi, Timbiquí, López de Micay y El Charco) se identificó el juego como un factor socializador e integrador de la población, por lo que se avanzó en la construcción de un juego tipo *parqués*⁴⁷ para capacitar a mujeres embarazadas y sus familias, jóvenes adolescentes y parteras.

El juego llamado “*Camino Hacia un Parto Feliz*” permite identificar a los jugadores dos caminos: el de la atención por una partera y el de la atención en las instituciones de salud. Los participantes (dos o más) orientados por una persona que sabe leer, eligen el camino a seguir y lanzando un dado avanzan poco a poco hasta llegar al parto. Durante el recorrido se encuentran elementos que representan factores protectores o factores de riesgo. Cuando el/los participantes, al lanzar el dado, llegan a una casilla que muestra un factor de riesgo del embarazo, deberán ubicar su ficha en el hospital. En caso de que el lanzamiento del dado ubique al participante en una casilla que muestre un factor protector, éste se quedará en el mismo lugar.



Municipio de El Charco, Nariño. 2010

Para cualquier caso (encontrarse con un factor protector o de riesgo), los participantes deberán responder a las preguntas contenidas en una serie de tarjetas que el facilitador del juego les haga, en relación con el factor identificado. Ante la ausencia de una respuesta correcta, el contenedor define una penitencia relacionada con el factor de riesgo. Durante el desarrollo del juego, también se comparten creencias del saber popular y las experiencias de los participantes, a fin de reforzar conceptos técnicos relacionados con la maternidad segura. El éxito de “*Camino Hacia un Parto Feliz*” ha sido tal, que las autoridades de sa-

46. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/prevencion/aiepi/aiepi2003feb_1.asp

47. Juego que se practica en un tablero con cuatro salidas y en el que cada jugador provisto de cuatro fichas del mismo color, trata de hacerlas llegar a la casilla central, desplazándolas el número de casillas que indica un dado lanzado por turnos por cada jugador. También llamado *parcheesi*, *ludo*, *chupar* o *patolli*.

lud de otros departamentos han solicitado autorización para su uso, previo ajuste con su identidad cultural.

g. Estrategia de comunicación y movilización social:

la comunicación desempeña un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello, se decidió usarla para promover prácticas seguras en torno al embarazo, parto y puerperio y para la disminución de violencia intrafamiliar. En los departamentos de Arauca, Cauca, Huila, Norte de Santander y Putumayo, se desarrollaron las siguientes acciones comunicativas:

- **Serie radial: “Salud en Movimiento”**, cuyo eslogan era “En cuestión de salud... todos contamos”.
- **Comunicación directa:** plegables, afiches, carteleros y pendones alusivos a la ruta de maternidad segura, de salud sexual y reproductiva y de violencia basada en género e intrafamiliar.

Los beneficios de la estrategia de maternidad segura pueden resumirse así:

1. Aumento de la credibilidad y confianza entre los actores de salud involucrados en la maternidad segura.
2. Compromiso de las instituciones de salud y educativas para dar continuidad a los procesos de formación del recurso humano.
3. Identificación de los factores de riesgo y protectores por parteras, mujeres embarazadas y sus familias.

- **Mercadeo social:** el cual permitió, mediante pañaleras⁴⁸ alusivas a la maternidad segura y piezas comunicativas, sensibilizar a las embarazadas, en especial aquellas en situación de desplazamiento, para que asistieran y se adhirieran al programa de control prenatal.
- **Historias de éxito:** como evidencia de los beneficios de las acciones implementadas se recopilaron testimonios en el antes, el durante y el después de las comunidades y funcionarios de salud.

Participación comunitaria y control social – veedurías

A partir de los procesos de difusión y formación de la PSD y sus líderes en derechos y deberes y rutas para el acceso a los servicios de salud, se originaron las veedurías ciudadanas en salud de PSD, como un mecanismo de fortalecimiento de la participación comunitaria y de control social. La experiencia se inició en Chocó y Buenaventura y se extendió luego a los departamentos de Arauca, Huila, Nariño, Norte de Santander y Putumayo.

El proceso de conformación de las veedurías se desarrolló en tres pasos. El primero fue el de formación, con una convocatoria a miembros de las comunidades y funcionarios de salud a participar en un diplomado que incluye módulos relacionados con derechos y deberes en salud, normatividad y jurisprudencia, mecanismos de participación comunitaria y control social y herramientas jurídicas para hacer efectivo el ejercicio de los derechos en salud. El segundo, es la elección de los líderes que los van a representar como veedores y, en tercer lugar, el grupo de los elegidos recibe acompañamiento para la conformación y el reconocimiento legal de las veedurías.

“Hicimos un pozo, con una tecnología nueva y bonita para tener agua buena en la comunidad. También nos capacitaron en un diplomado, donde aprendimos sobre nuestros derechos para que no sean vulnerados”. Denis Luisamano, Líder de la Población Desplazada, Barrio Puertas del Sol, Tumaco, Nariño, 2009.

48. Una pañalera es una bolsa o maleta en la que las madres guardan los elementos para el cuidado del bebé.

La capacitación recibió gran acogida ya que clarificó el rol del veedor, con lo que disminuyó la resistencia de las diferentes instancias gubernamentales frente al alcance de la participación comunitaria y el control social y se generó una actitud positiva hacia la función de los veedores.

En algunos territorios, el empoderamiento de la PSD trascendió las veedurías ciudadanas en salud y les abrió espacios de representación en otras veedurías ya existentes como las ligas de usuarios de las EPS y las IPS. La conformación de las veedurías en salud para la PSD ha propiciado la creación de otros espacios de injerencia en asuntos comunitarios en los que se facilita la exigibilidad del derecho a la salud por parte de la PSD.

Cabe resaltar, que aunque en Cundinamarca no se consiguió la conformación de veedurías, sí se logró la consolidación de la figura de agentes comunitarios quienes como parte de la estrategia de difusión de los derechos

y deberes en salud sirvieron como orientadores de la PSD y los representaron en la exigibilidad del derecho a la salud. Con el liderazgo de la Cámara de Comercio de Bogotá y el apoyo de la empresa privada del departamento, se desarrollaron proyectos productivos para que estos agentes comunitarios, además de capacitarse en aspectos básicos de salud, empoderarse en derechos y participar en espacios de discusión, mejoraran su nivel de ingreso familiar.

En el futuro se espera lograr que las veedurías incidan en el mejoramiento de la calidad de la atención brindada a la PSD, mediante análisis periódicos de encuestas de satisfacción de usuarios y la concertación y seguimiento a planes de mejoramiento.

“La participación ciudadana se encuentra inmersa en los diversos procesos públicos y de control a la acción estatal”. *Pueblo Indígena Awá, Nariño, 2009.*

Ventajas de la participación comunitaria

- Articulación comunidad - institución en el sector de la salud y otros sectores que hacen parte del SNAIPD.
- Identificación participativa de barreras de acceso de la PSD a los servicios de salud y mecanismos para su superación.
- Mejoramiento de la ejecución de los recursos financieros y ampliación de los montos asignados para la atención de la PSD.
- Reformulación de la red de prestadores de servicios de salud en el nivel territorial, basada en la proximidad geográfica que disminuyó los costos y tiempos en la atención de la PSD.
- Fortalecimiento de la organización de la PSD.
- Disminución del estigma y discriminación social existente en el país en torno a la PSD.
- Mejoramiento de la disposición por parte de los funcionarios de las instituciones prestadoras de servicios para atender la PSD, lo que se refleja en el aumento de la oferta de consultas.

Salud mental y apoyo psicosocial en crisis

Las emergencias, como fenómenos naturales o antropogénicos, generan efectos negativos tanto en lo físico, como en lo mental y lo social. Aunque tradicionalmente en las emergencias se ha brindado una atención más enfocada en aspectos físicos – atención médica, enfermedades transmisibles, agua potable y saneamiento ambiental, entre otros – en la última década se ha comenzado a tener claridad sobre la importancia de atender el componente psicosocial, que siempre está presente en las tragedias humanas. Para hacer frente a las consecuencias del desplazamiento en la salud mental de la PSD, se han desarrollado tres estrategias:

1. **Adaptación de la guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes:** la complejidad del conflicto interno colombiano, que impacta directamente las condiciones de salud mental de un amplio porcentaje de la población desplazada, motivó la adaptación de la Guía del Comité Interagencial Permanente (ASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.⁴⁹

Para tales efectos, la OPS/OMS desarrolló un comité de seguimiento con miembros de la Mesa Nacional de Atención Psicosocial, quienes decidieron cómo, cuándo y dónde hacer el pilotaje en el país. Durante todo el proceso se contó con la participación del MPS y se contrató un equipo observador. La adaptación fue financiada por la OMS.

Una vez hecho el pilotaje, era necesario desarrollar todas las orientaciones de la guía, con énfasis en la atención de las poblaciones en situación de desplazamiento forzado por la violencia. Para este propósito, la OPS/OMS contrató a la Universidad Tecnológica de Pereira y vinculó a la referente técnica del MPS con lo que se obtuvo como resultado la “Guía Práctica para Alcaldes y Alcaldesas para la Atención Psicosocial a la Población Desplazada, Confinada o en Riesgo”. Esta viene acompañada de una caja de herramientas que orienta acerca de las competencias y obligaciones de las autoridades locales frente a la atención psicosocial.

La utilidad de la guía fue puesta en marcha en el departamento de Nariño, concretamente en los municipios de Samaniego y Tumaco.



Vereda Vuelta El Mero, municipio de El Charco, Nariño. 2011

2. **Protocolo de intervención etnocultural en salud mental y atención psicosocial en crisis para comunidades indígenas:** es importante señalar que el hecho de que los grupos étnicos compartan por definición un origen común, una continuidad en el tiempo y por lo tanto una tradición y una proyección como pueblos hace que no sólo su lenguaje, sino también la forma como conciben el mundo, sus valores, usos y costumbres sean particulares. Sus peculiaridades culturales, hacen que el impacto de las emergencias sobre estos grupos humanos requiera abordajes que se ajusten en manejo de tiempo, lenguaje y énfasis a sus necesidades específicas.

La urgencia de incluir el enfoque etnocultural en la política pública de salud mental y atención psicosocial del departamento de Nariño llevó a convocar a los representantes de las comunidades indígenas Awá y Eperara Siapidara.

49. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf

Como resultado del proceso, se obtuvo un protocolo para cada pueblo indígena en el que se reflejan las características particulares de su etnia. Los protocolos fueron socializados ante las autoridades territoriales de salud y el Comité Departamental de Atención Integral a la Población Desplazada, representantes de los pueblos indígenas Awá y Eperara Siapidara y han sido integrados a la política pública de salud mental y atención psicosocial del departamento.

Hoy, las organizaciones indígenas del Pueblo Awá, en especial la Unidad Nacional Indígena del Pueblo Awá (UNIPA) ha solicitado al MPS incluir estos avances a la hora de definir la ruta de atención psicosocial con enfoque diferencial para los pueblos indígenas afectados por el desplazamiento forzado. Esta petición fue formulada ante la Corte Constitucional en el marco del auto 174 de 2011.⁵⁰

Así mismo, durante la décima sexta reunión de la Comisión de Vecindad e Integración colombo-ecuatoriana, celebrada en Ipiales, Colombia, en septiembre de 2011, la Subdirección de Salud Intercultural del Ministerio de Salud del Ecuador, pidió a Colombia poner en común los protocolos desarrollados para la intervención etnocultural en salud mental y atención psicosocial en crisis originadas por desplazamiento forzado.

3. **Programas departamentales de salud mental:** el 2007 representó para el departamento del Huila uno de los más complejos en lo que al fenómeno del desplazamiento forzado se refiere. Los enfrentamientos entre el Ejército y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), generaron un éxodo masivo de población. Los ataques produjeron bajas en las filas de la guerrilla, lo que desen-

Dentro de la asistencia técnica se desarrollaron varias actividades:

- Capacitación a funcionarios para atención psicosocial y salud mental en situaciones de crisis.
- Asesoría técnica para la vigilancia epidemiológica y definición de protocolos para eventos de salud mental.
- Fortalecimiento de la red institucional y diseño de rutas para atención de eventos en salud mental.
- Fortalecimiento del sistema de información en los subsistemas de información de salud mental, análisis, intervención psicosocial y de protección y restablecimiento de derechos.
- Conformación de equipos locales de atención en salud mental y diseño de flujogramas de atención de salud mental en las IPS y registro en documentos de dichas intervenciones.
- Elaboración de boletines con reporte de eventos para cada una de las unidades primarias generadoras de datos y unidades informadoras.

50. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2011/a174-11.htm>

cadena de acciones de reclutamiento forzado de menores.

La apremiante situación hizo que las autoridades del Huila pidieran apoyo para la construcción del plan de intervención psicosocial en situación de crisis por desplazamiento masivo, que fue operado a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y su uso se extendió luego a los departamentos de Norte de Santander y Arauca.



Municipio de Tumaco, Nariño. 2009

Tecnologías apropiadas para el suministro de agua en situaciones de emergencia

La morbilidad en grupos especialmente frágiles como niños y niñas menores de cinco años, mujeres gestantes y personas de la tercera edad aumenta en las comunidades afectadas por eventos adversos, especialmente en aquellos en los que se disminuye el acceso a fuentes de agua apta para el consumo humano.

Como respuesta en la fase aguda de los desplazamientos masivos y otras emergencias, la OPS/OMS en Colombia ha desarrollado soluciones para disponer de agua potable a bajo costo y las ha compilado en el manual “Tecnologías Apropriadas para el Suministro de Agua en Situaciones de Emergencia”.⁵¹ Dentro de las principales soluciones se encuentran:

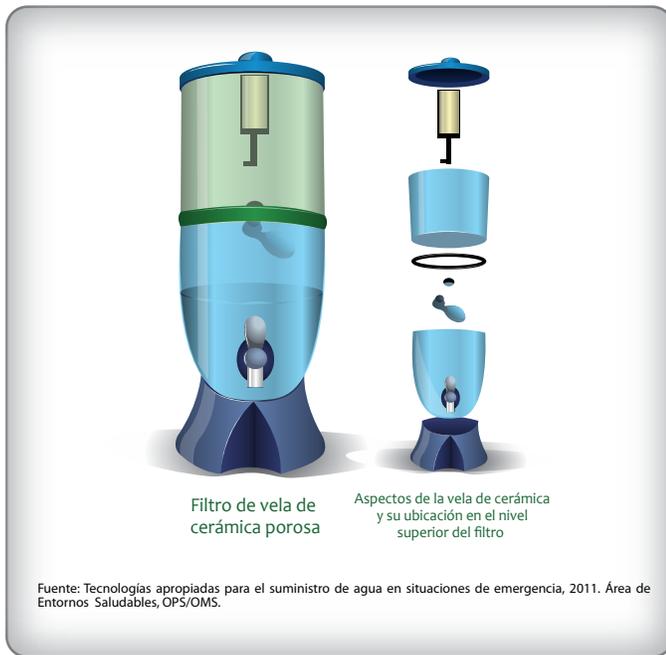
Filtros domésticos para agua: son sistemas de fácil armado y manejo,⁵² tienen una vida útil larga, proporcionan agua potable con tecnologías sencillas, con elementos de fácil consecución y de bajo costo, cuentan con buena aceptación por parte de las comunidades y las pruebas de calidad del agua que filtran, han arrojado resultados satisfactorios.⁵³ Su entrega siempre va acompañada de capacitación sobre el armado, uso correcto y mantenimiento.

El impacto del uso de los filtros se refleja en la reducción de la morbilidad y mortalidad vinculada a la Enfermedad Diarréica Aguda (EDA).



Municipio de Tumaco, Nariño. 2009

51. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=14&Itemid=361
52 y 53. Ver presentación donde se explica el ensamble de un modelo de filtro casero, disponible en el CD anexo a este documento, y también en <http://slidesha.re/filtrosCASEROS>



Su construcción es sencilla, de bajo costo, los materiales son de fácil consecución, y su construcción y mantenimiento promueven la participación comunitaria, lo que facilita su apropiación.

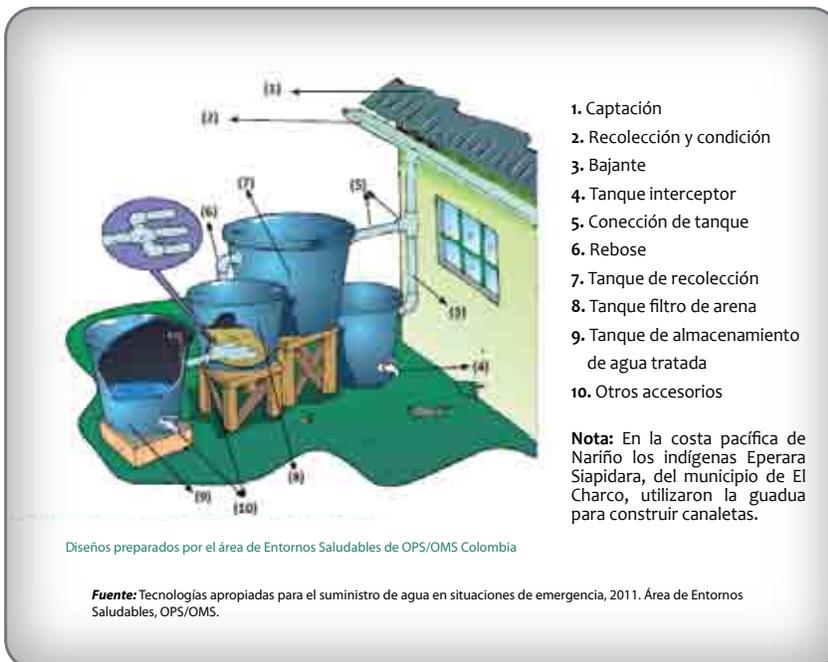
La experiencia sistema de captación de agua a través de pozos profundos de pequeño diámetro, en los departamentos de Cauca, Chocó y Nariño, ha sido altamente valorada por su efectividad en las comunidades.

Sistema de captación de agua a través de pozos profundos de pequeño diámetro:

en otros contextos en donde la población afectada se localiza en zonas donde no es fácil el acceso al agua, o existen fuentes de agua contaminadas, se implementa una metodología de perforación de pozos profundos para la obtención de agua subterránea o agua fósil cuya tecnología es sencilla, de bajo costo en la construcción y en su mantenimiento.

Sistema de captación y filtrado de aguas lluvias: en el Pacífico colombiano donde, como se ha mencionado, la pluviosidad es una de las más altas del mundo, el sistema de abastecimiento de agua lluvia es una solución muy práctica, dada la falta de fuentes de agua de buena calidad.

Dentro de estas metodologías se encuentra el sistema AYNI⁵⁴ para la perforación manual de pozos profundos de pequeño diámetro que fue adaptada por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente y la OPS/OMS, como una alternativa para la provisión de agua segura en comunidades dispersas y/o de escasos recursos, con limitaciones para acceso al recurso hídrico. Esta tecnología se ha aplicado principalmente en Bolivia, Chile y Colombia.



1. Captación
2. Recolección y condición
3. Bajante
4. Tanque interceptor
5. Conexión de tanque
6. Rebose
7. Tanque de recolección
8. Tanque filtro de arena
9. Tanque de almacenamiento de agua tratada
10. Otros accesorios

Nota: En la costa pacífica de Nariño los indígenas Eperara Siapidara, del municipio de El Charco, utilizaron la guadua para construir canaletas.

En Colombia, desde 2003, se ha implementado la técnica en los departamentos de Cauca, Chocó, Guajira y Nariño logrando la perforación de pozos que han beneficiado a comunidades indígenas y afrocolombianas afectadas por el desplazamiento forzado y por desastres naturales. Esto ha permitido la transferencia de conocimientos, tecnologías y equipos a la institucionalidad del sector de la salud y del ambiente y la introducción de modificaciones locales que recuperan prácticas comunitarias que han optimizado el proceso.

La experiencia en los departamentos de Cauca, Chocó y Nariño, para la transferencia de conocimientos y tecnología ha sido altamente va-

54. El término “ayni” significa en lengua Quechua: “prestar la mano”, cooperación, solidaridad, trabajo comunitario, que es la esencia en la construcción de los pozos profundos de pequeño diámetro, por lo que la tecnología toma este nombre.

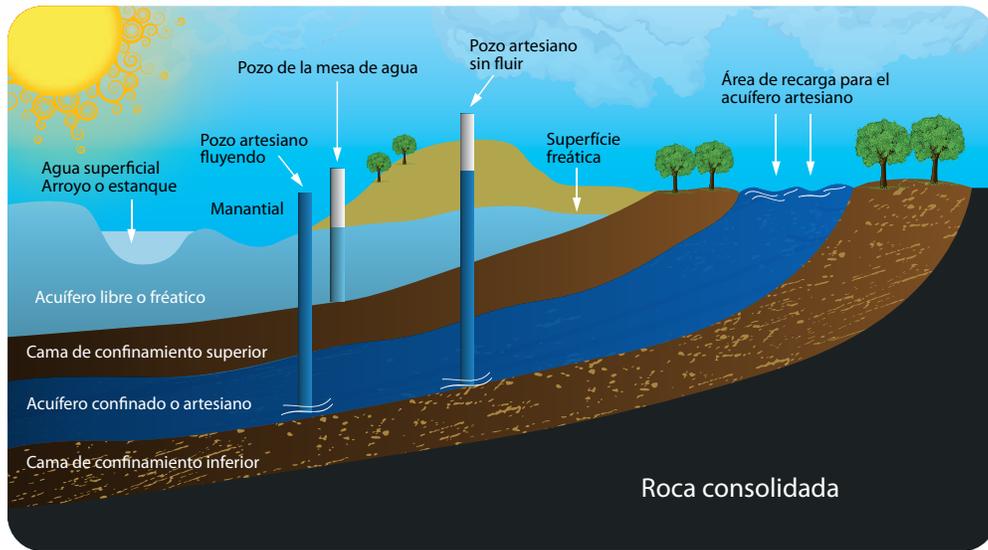
lorada por su efectividad. Durante el proceso se ha contado con el concurso de los técnicos de saneamiento de las entidades territoriales de salud, funcionarios de las empresas de servicios públicos que administran los acueductos y con la participación activa de las comunidades beneficiarias de estas soluciones.

Como parte del proceso de implementación de los pozos profundos de pequeño diámetro se contempla realizar mantenimiento preventivo, con una periodicidad de al menos una vez cada seis meses o cuando se observe disminución del caudal de agua. Además, se realiza la toma periódica de muestras de agua para la vigilancia física, química y bacteriológica de su calidad, responsabilidad

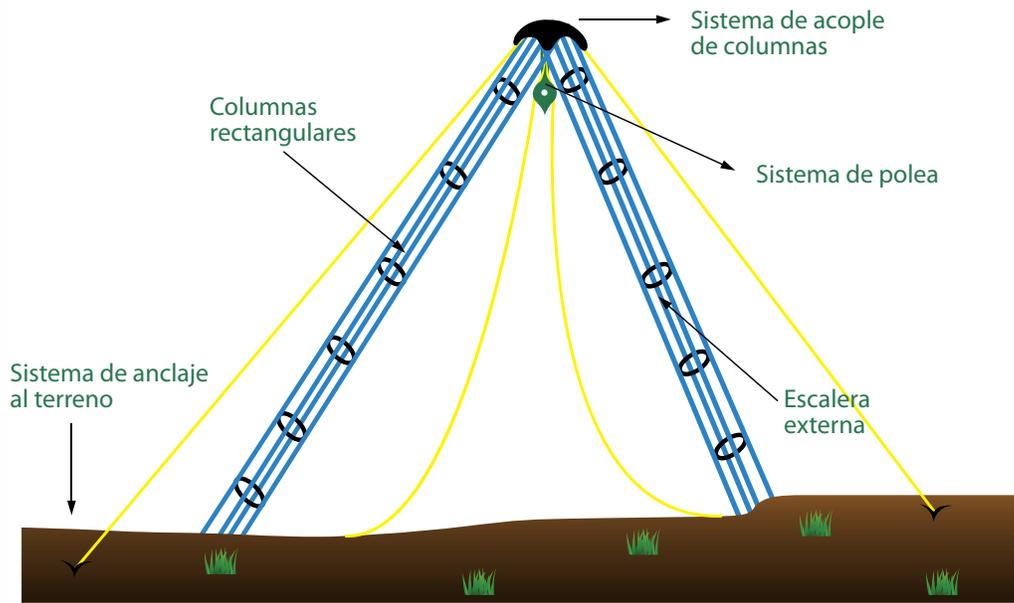
que es asumida por las autoridades territoriales de salud. Cabe desatacar que durante el año 2011 y 2012 organizaciones como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y Acción Contra el Hambre (ACH) han recibido capacitación en esta tecnología.

Las metodologías utilizadas para proveer de agua a la población afectada por emergencias y desastres han sido apreciadas tanto por las comunidades beneficiadas, como por las autoridades en los niveles territoriales, por su efectividad, sencillez y bajo costo. También, son una oportunidad para fortalecer la participación de los diferentes actores y el trabajo comunitario, elementos claves para avanzar en el esfuerzo por superar las crisis.





Aguas subterráneas y tipos de acuíferos. Fuente: Tomado de documentos: Perforación manual de pozos profundos de pequeño diámetro. Ministerio de Medio Ambiente, SENA, OPS/OMS. 2003. <http://www.ecn.purdue.edu>



Esquema torre de perforación de los cuerpos

Fuente: Tecnologías apropiadas para el suministro de agua en situaciones de emergencia, 2011. Área de Entornos Saludables, OPS/OMS.

III. Factores de éxito

- Identificación de necesidades sin resolver de la PSD en salud, agua y saneamiento básico, durante la fase crítica del desplazamiento.
- Evidencia ante las autoridades territoriales de salud sobre la falta de herramientas para cumplir con sus competencias normativas y jurisprudenciales para la atención en salud a la PSD y colaboración para su desarrollo e implementación.
- Sentido de apropiación por parte de autoridades territoriales de salud y comunidades, lo que favorece la sostenibilidad de los procesos.
- Sinergia entre los diferentes actores para construir metodologías, herramientas y estrategias basadas en procesos participativos.
- Credibilidad en la cooperación técnica que brinda OPS/OMS tanto por parte de las autoridades e instituciones de salud, como de la población afectada.
- Participación activa y efectiva de las comunidades beneficiarias y respeto de las autoridades por sus creencias, costumbres y memoria histórica, en especial de los afrodescendientes e indígenas.
- Vinculación de socios financiadores en la implementación de las acciones como estrategia de protección de logros.

IV. Retos

- Mantener la sostenibilidad de los logros alcanzados en torno a la disminución de las barreras para el acceso de la población vulnerable y en situación de desplazamiento a los servicios de salud.
- Mejorar las condiciones de trabajo y seguridad de la Misión Médica en los territorios afectados por el conflicto armado interno.
- Lograr la adopción del modelo de atención a poblaciones dispersas, por parte de la autoridad nacional para que pueda ser implementado en otros territorios del país con características similares.
- Incorporar las actividades, intervenciones y procedimientos de salud mental en el Plan Obligatorio de Salud y, en particular, en el contexto de emergencias y desastres.
- Cualificar a los agentes tradicionales comunitarios en salud como parte integral del Sistema de Salud

del país, especialmente en zonas de población dispersa y de difícil acceso.

- Continuar incidiendo en la disminución del estigma y la discriminación de población indígena, afrodescendientes y en situación de desplazamiento y favorecer la inclusión de la perspectiva intercultural en la atención integral en salud.
- Avanzar más en la transformación de la perspectiva intervencionista que actualmente predomina en el modelo de atención en salud, hacia un modelo basado en atención primaria en salud, que privilegie las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Incidir en los formuladores de políticas públicas y ante autoridades competentes para el reconocimiento de los diferentes matices del conflicto, como, por ejemplo, la fumigación, factores generadores de desplazamiento y/o confinamiento de la población, lo cual también tiene impacto en la salud y el acceso a los servicios.
- Insistir en los procesos de difusión y sensibilización de los derechos de la PSD, para el acceso a los servicios de salud, a fin de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.
- Facilitar una rápida respuesta para garantizar agua segura en caso de emergencias, desastres y/o desplazamientos.

PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA AL desplazamiento interno y desastres naturales



Experiencia 4

PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA AL DESPLAZAMIENTO INTERNO Y DESASTRES NATURALES

I. ¿Cuál era la situación?

La necesidad de fortalecer las capacidades de preparación y respuesta del sector de la salud frente al fenómeno del desplazamiento interno, masivo o individual, también llamado gota a gota, es un reto que persiste en el nivel territorial. Además, la vulnerabilidad de Colombia frente a los desastres naturales requiere de una aproximación con un enfoque de gestión del riesgo. En estos dos temas, la OPS/OMS, de la mano del Ministerio, ha jugado un rol importante a la hora de apoyar el país en dos niveles. En primer lugar, ha acompañado a las instituciones para que en sus planes

hospitalarios para emergencias y desastres contemplen los preparativos relacionados con la amenaza potencial de desplazamientos masivos de población. En segundo lugar, ha trabajado con autoridades departamentales, locales y la comunidad en el fortalecimiento del componente de emergencias y desastres, en especial en la conformación de comités sectoriales, en la institucionalización de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y en la elaboración de planes de contingencia para desplazamientos masivos.



Municipio de Bosa, Cundinamarca. 2011

En los últimos 30 años, las autoridades colombianas han enfrentado desastres de gran magnitud como el terremoto de Popayán en 1983⁵⁵ que dejó cerca de 50.000 personas afectadas, la avalancha de Armero en 1985⁵⁶ produjo la muerte de más de 20.000 de sus 29.000 habitantes, el terremoto del Eje Cafetero en 1999⁵⁷ dejó más de 2.500 muertos. Las inundaciones de 2010-2011, producto del fenómeno de “La Niña”, dejaron más de 3 millones de personas damnificadas.

La OPS/OMS apoyó la respuesta sectorial a esta emergencia en el nivel nacional y en el territorial, especialmente en los departamentos de Arauca, Cauca, Chocó, Córdoba, Nariño, Magdalena, Norte de Santander y Valle del Cauca, brindando cooperación técnica para fortalecer el sistema de información en salud y la vigilancia epidemiológica, adecuando y mejorando los protocolos y herramientas para mejorar la respuesta⁵⁸ y la evaluación de daños y análisis de necesidades y capacitando en el manejo de herramientas logísticas (como LSS / SUMA).

Además, la OPS/OMS continúa brindando apoyo a la respuesta en el marco del Programa Conjunto de Naciones Unidas y Colombia Humanitaria en los departamentos del Cauca (municipios de Guapi, Timbiquí, López de Micay), departamento de Nariño (municipio de El Charco) y departamento de Chocó (municipio de Alto y Bajo Baudó), ante los efectos generados por la temporada invernal, que se presentó en el segundo semestre de 2011.

Actualmente, Colombia está en un proceso de reconfiguración de su Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD) que incluye la creación de una nueva Unidad Nacional para Gestión del Riesgo de Desastres, una nueva Ley de Gestión del Riesgo para Desastres y el desarrollo de un Fondo Nacional de Adaptación.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social en su nuevo organigrama ha reconfigurado las compe-



Municipio de Gramalote, Norte de Santander. 2010

tencias del anterior Grupo de Atención de Emergencias y Desastres, denominándolo Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, lo que deberá implicar una mayor atención a los temas de gestión del riesgo desde una perspectiva integral.

II. ¿Qué se hizo?

Fortalecimiento de autoridades de salud departamental y municipal ante eventos adversos, con énfasis en el desplazamiento interno

Para lograr una respuesta efectiva de las comunidades afectadas era necesario direccionar el trabajo para el mejoramiento de las capacidades en dos ámbitos. Por un lado, las instituciones prestadoras de servicios de sa-

55. Información disponible en: http://seisan.ingeoaminas.gov.co/RSNC/index.php?option=com_jevents&task=icalrepeat.detail&evid=318&Itemid=0&year=2010&month=03&day=31&uid=82a88d8e752d8ca57c40823e7247eb8c

56. Información disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Tragedia_de_Armero

57. Información disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Terremoto_de_Armenia_de_1999

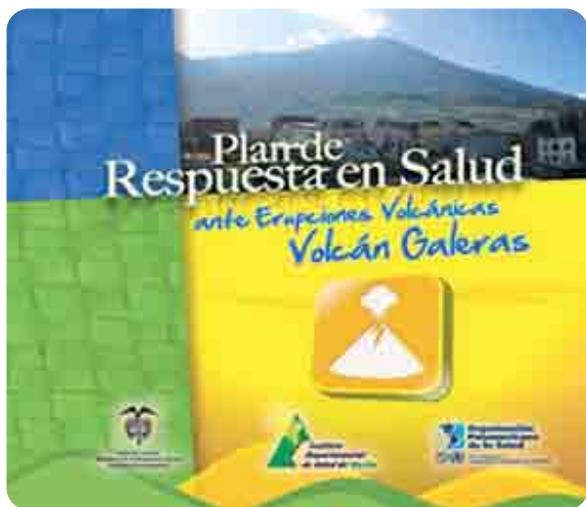
58. Link a la página de temporada de lluvias de la OPS/OMS. http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=800&Itemid=442

lud debían fortalecerse y, por el otro, es fundamental lograr que las acciones implementadas por las autoridades se enmarquen dentro de un panorama integral, que parta de una visión estratégica de la gestión del riesgo en salud y se materialice en la atención efectiva de la población.

En el logro de este propósito, la OPS/OMS ha acompañado a las entidades territoriales de los departamentos, en tres ejes:

1. **Integración y empoderamiento del sector de la salud:** dentro de espacios institucionalizados de coordinación como los CREPAD y CLOPAD. Como ejemplos, se destacan las experiencias relacionadas con erupciones volcánicas en Nariño y Cauca, donde instrumentos como la evaluación de daños y análisis de necesidades fueron adaptados al escenario específico y se desarrolló un plan hospitalario de emergencias para erupciones volcánicas, que se constituyó en ejemplo para la región por su sencillez y practicidad. Las herramientas que incluye facilitan la permanente actualización de la información relacionada con los recursos disponibles.

Esta experiencia fue aprovechada por el MSPS para liderar la construcción de los planes de preparación y respuesta sectorial en otros departamentos con volcanes activos -como el caso del Volcán Cerro Machín y Nevado del Huila- y las entidades



Plan de Respuesta en salud ante Erupciones Volcánicas. Volcán Galeras. 2009 OPS/OMS, Ministerio de Salud y Protección Social, e Instituto Departamental de Salud de Nariño.

territoriales que tienen la responsabilidad de apoyar la respuesta a este evento adverso con sede en Cauca, Cundinamarca, Huila, Tolima y Valle del Cauca.

El resultado de este ejercicio fue sistematizado por la OPS/OMS, en un documento titulado Plan de Respuesta en Salud ante Erupciones Volcánicas -Volcán Galeras⁵⁹ (financiado por ECHO y AECID), disponible para consulta y uso en otras regiones con escenarios de riesgo similares. Las lecciones aprendidas en Nariño trascendieron a otros sectores representados en los comités de emergencias y se adoptaron elementos y estrategias para avanzar en el fortalecimiento de los planes sectoriales y el plan integral del departamento para diferentes contextos de emergencia.

2. **Planes de contingencia para desplazamientos masivos:** el fenómeno del desplazamiento en Colombia ha sido individual o masivo, siendo este último el mayor reto para las entidades territoriales. Para dar respuesta integral, se diseñaron dentro de los Comités Locales de Atención Integral a la Población Desplazada, planes de contingencia para desplazamientos masivos y las respectivas guías metodológicas para la elaboración de dichos planes para el sector de la salud. En ellos se definieron las responsabilidades del sector de la salud y demás actores involucrados en la respuesta a las necesidades de la población afectada por el conflicto interno en la fase aguda.

Estos planes incluyen la caracterización del desplazamiento, acciones y estrategias para atender la urgencia y la emergencia, oferta institucional para la atención de la emergencia, plan de inversión para la contingencia, elaboración de un proyecto de acuerdo y la ruta para la atención de desplazamientos. La OPS/OMS ha realizado acompañamiento a las entidades territoriales para la elaboración de planes de contingencia que se han articulado al Plan Integral Único (PIU) para la atención a la PSD, como ha ocurrido en los departamentos de Arauca, Caquetá, Cauca, Chocó, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Santander y Valle del Cauca.

59. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=384:plan-de-respuesta-en-salud-ante-erupciones-volcanicas-volcan-galeras&catid=687&Itemid=561

Mecanismos para una respuesta rápida en salud

a. Equipos de Respuesta Inmediata (ERI): en 2007, el Instituto Nacional de Salud de Colombia, empezó a hablar de la necesidad de disponer de un plan de respuesta a brotes, epidemias y desastres. La primera aproximación para la conformación de un equipo de respuesta inmediata, la hizo la Secretaría de Salud del Huila que, con el apoyo de OPS/OMS organizó el Comité de Emergencias y Desastres y creó el Equipo de Respuesta Inmediata -ERI-, de la Secretaría de Salud Departamental. Esta iniciativa fue el punto de partida para que otros departamentos como Arauca, Caquetá, Cauca, Chocó, Nariño, Norte de Santander y Putumayo, a través de sus entidades territoriales de salud y acompañadas por la OPS/OMS, emitieran actos administrativos para la conformación de sus Equipos de Respuesta Rápida, definiendo lineamientos para su funcionamiento y operación.

Posteriormente el INS, como parte del plan de respuesta a brotes, epidemias y desastres, expidió la Resolución 0746 de 2009⁶⁰, que incluye como elemento clave el establecimiento de los ERI, como grupo interdisciplinario de coordinación y análisis de la información más relevante, para generar una respuesta efectiva ante situaciones de brotes, epidemias y emergencias. En este equipo confluyen los niveles administrativo, técnico, científico y operativo. Es el ámbito en donde se toman las decisiones con base en la información recolectada. Sus componentes funcionales son la vigilancia y alertas, unidad de análisis, toma de decisiones y apoyo a la respuesta. En general, es entendido como el grupo que responde de forma inmediata cuando los eventos desbordan la capacidad municipal y/o cuando por la prioridad, así se requiera.

En todos los casos, se desarrollaron protocolos de acción y de coordinación interinstitucional y el contacto directo con autoridades responsables en lo local. Se adaptaron herramientas probadas para situaciones de emergencias o desastres, tales como las de la Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades -EDAN-, y la vigilancia epidemiológica de base comunitaria. También se involucró a los líderes comunitarios en la implementación de las acciones y en la veeduría pertinente para garantizar la adopción de los cambios conductuales de las comunidades, de

acuerdo con los riesgos para la salud identificados. El éxito de este grupo según la Directora del Instituto Departamental de Nariño, Ana Belén Arteaga es “... dejar capacidad instalada, para que el proceso sea sostenible en los municipios y a su vez, el departamento tenga capacidad de respuesta adecuada ante la emergencia”.

Las lecciones que han dejado estos equipos como agentes para el fortalecimiento de las capacidades territoriales para el desplazamiento, ha servido de base para otras experiencias lideradas por el MPS, como la inundación en 2007 de la Mojana, departamento de Sucre. Allí, un grupo interdisciplinario e interinstitucional conformado por profesionales de salud del nivel departamental y nacional, así como la OPS/OMS, desarrollaron planes de intervención para dar respuesta a las necesidades de la población afectada en el corto y mediano plazo, basados en una evaluación rigurosa de los daños y las necesidades de la población. Lo propio ocurrió, en 2011, cuando el MPS conformó equipos móviles de salud para apoyar la respuesta a la emergencia por la temporada de lluvias.



Municipio de El Charco, Nariño. 2010

Debido a que la efectividad de los Equipos de Respuesta Inmediata ha sido probada, es importante tener en cuenta los factores que pueden ser un riesgo para su sostenibilidad. Entre ellos están:

60. Instituto Nacional de Salud, INS

- Falta de recursos garantizados para su operación y la ausencia de normas para su conformación.
- Alta rotación de personal en las entidades gubernamentales, pues los funcionarios coordinadores del proceso deben tener la continuidad necesaria para el gerenciamiento de la estrategia.
- Falta de revisión y actualización de los protocolos

de acuerdo con las situaciones cambiantes y las particularidades de las emergencias. Esto puede traducirse, a la postre, en procesos de análisis y evaluación de las acciones menos efectivas, por lo que deben ser revisados periódicamente y actualizados, de acuerdo con los criterios de calidad para este tipo de documentos.

Funciones de los Equipos de Respuesta Inmediata según la fase de la emergencia

Antes

1. Preparación de información clave como aspectos demográficos, perfiles epidemiológicos, factores determinantes del estado de salud, etc., que permitan orientar las acciones de respuesta en los territorios afectados.
2. Asesoría y apoyo técnico en la proyección e implementación de estrategias de mitigación y preparación, al igual que en la construcción de los planes de emergencia y contingencia. Esto, se ha traducido en una mayor autonomía del nivel local para la respuesta a las emergencias recientes, con lo que la capacidad de la entidad territorial local frente a situaciones de riesgo se ha fortalecido.

Después

1. Apoyar a las autoridades departamentales y/o locales en el seguimiento de la situación de salud del evento natural o desastre.
2. Generar reportes periódicos de la situación de salud con enfoque diferencial.
3. Apoyar a las autoridades sanitarias en el seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos por el ámbito municipal.
4. Acompañar las diferentes instancias de coordinación (CREPAD, CLOPAD, CDAIPD, CMAIPD, COE-Salud), para la evaluación de la respuesta ante el evento que generó la crisis.
5. Apoyar a las autoridades locales y comunidades que resultaron afectadas en el evento, en el desarrollo de acciones de seguimiento, preparación y/o ajuste de planes de contingencia.
6. Preparar informes técnicos, administrativos y/o financieros para rendición de cuentas a las autoridades y entidades financiadoras.

Durante

1. Facilitar la coordinación de los actores locales, departamentales y de la cooperación nacional e internacional, para la identificación de capacidades, organización de la respuesta en salud, y levantamiento de información.
2. Aplicación rápida de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud, lo que facilita contar con información de primera mano sobre el evento para orientar la primera respuesta.
3. Acompañamiento a las autoridades en la implementación de las salas de situación o crisis, a partir de la información disponible.
4. Apoyar la organización de la atención en salud con enfoque diferencial a la población afectada por el evento, en la que deben involucrarse las EPS e IPS conforme a sus competencias.
5. Apoyar a las autoridades locales para la respuesta a la población afectada en lo relacionado vigilancia epidemiológica, agua, saneamiento e higiene.
6. Capacitación rápida en el marco de la situación de crisis, a los líderes que se destaquen entre la población afectada por la situación de emergencia, desastre o desplazamiento, en temas relacionados con la organización comunitaria, manejo del agua y saneamiento básico, vigilancia epidemiológica, entre otros temas de interés.
7. Preparación de reportes periódicos de la situación para su envío a las autoridades, socialización y visibilización de la situación en otros espacios.
8. Acompañamiento a las autoridades locales en la construcción de planes de respuesta integral, acordes con las necesidades reales de la población.



Municipio de El Charco, Nariño. 2010

“Con los ERI se busca dejar capacidad instalada, para que el proceso sea sostenible en los municipios, y a su vez, el departamento tenga capacidad de respuesta adecuada ante la emergencia”
Ana Belén Arteaga, Directora del Instituto Departamental de Nariño, 2009.

b. Sistema de Atención Temprana Articulado a la Red Institucional de Atención en Salud: SAT-RIAS, acceso temprano a salud con enfoque de riesgo: en 2003 con la intensificación de la denominada Política de Seguridad Democrática,⁶¹ una de las zonas de mayor enfrentamiento entre la Fuerza Pública y las guerrillas y de mayor movimiento de las acciones de grupos paramilitares fue el Magdalena Medio, lo que ocasionó el desplazamiento masivo de personas hacia Barrancabermeja, en el Departamento de Santander. Ante las dificultades y demoras para que estos ciudadanos pudieran acceder al Sistema de Salud, la OPS/OMS propuso a la Secretaría de Salud Municipal la creación de un modelo de atención integral en salud para la población afectada, basado en atención primaria en salud.

El modelo buscaba dar respuesta oportuna a las necesidades de atención en salud de la PSD y hacer una caracterización del riesgo desde lo

Dentro de las actividades del SAT-RIAS se encuentran:

- **Recepción:** se realiza a personas que acuden por primera vez a rendir declaración y/o a PSD que requiriere información u orientación de salud.
- **Acogida y entrevista:** se hace en el momento en que llega la persona en busca de ayuda, frente a lo cual el profesional lo acoge, con el propósito de disminuir su tensión y/o temor frente a la situación.
- **Registro de información en salud:** se indaga sobre la situación en salud de la familia, servicios de salud, aseguradoras e identifican los riesgos en salud para luego canalizarlos a los diferentes programas.
- **Información sobre ruta de acceso a servicios y programas de salud:** se basa en el plegable que ha sido diseñado especialmente para cada región de la ruta de acceso a salud y se entrega de forma individual con una explicación detallada de los derechos de la PSD.
- **Visita domiciliaria:** se realiza inmediatamente se termina el registro de la ficha y la orientación. En la visita se complementa la caracterización, se informa sobre derechos y deberes, se identifican riesgos y se canaliza según la necesidad a: Empresas Sociales del Estado, Equipos de Salud Mental, Programas de Discapacidad y ayudas técnicas, y/o Operadores de Ayuda Humanitaria de Emergencia.
- **Seguimiento a las canalizaciones:** se verifica con el personal responsable de los Servicios de Información y Atención al Usuario de las ESES, para garantizar que haya sido atendido.

61. Bajo este nombre se denominaron las acciones del Ejército Nacional de Colombia para perseguir a los grupos guerrilleros, especialmente a las FARC. Esto, bajo el Gobierno del presidente Álvaro Uribe.

biológico y psicosocial de cada familia en situación de desplazamiento. El inicio del proceso se daba cuando la familia hacía su registro ante el Ministerio Público. Inmediatamente, se hacía una valoración integral de todos sus miembros que incluía examen médico, psicosocial, nutricional y odontológico. Con esos resultados se diligenciaba la ficha familiar que permitía garantizar la atención a través de la red institucional de salud y caracterizar el riesgo en salud de los integrantes del núcleo familiar.

Posteriormente, el MPS conoció esta experiencia y decidió incluirla en el proyecto de “Fortalecimiento de la capacidad del sector de la salud para la atención de la población en situación de desplazamiento forzado interno”, que desarrolló a través de un convenio de cooperación interinstitucional en los departamentos de Caquetá, Cauca, Chocó, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander y Valle del Cauca. Uno de los objetivos del proyecto fue la organización de un Sistema de Atención Temprana Articulado a la Red Institucional de Atención en Salud (SAT-RIAS). El mayor avance en el desarrollo de este modelo se dio en el departamento del Huila, donde continúa implementándose. Este modelo ha sido ejemplo para otras zonas del país como Antioquia y más recientemente Arauca y Meta, con el apoyo de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea.

Actualización de los planes hospitalarios de emergencias y desastres

La experiencia mundial y los resultados de investigaciones de organizaciones especializadas en el tema de salud y desastres, han sido coincidentes en mostrar la creciente vulnerabilidad de las instituciones de salud en la región frente a emergencias y desastres. Esto hace inminente la necesidad de trabajar conjuntamente con actores locales, regionales, nacionales e internacionales para el desarrollo de estrategias encaminadas a la reducción de la vulnerabilidad de los sistemas de salud. Como respuesta, se han generado en el contexto global diferentes iniciativas y alianzas⁶² enfocadas a incrementar la seguridad de las instituciones de salud, dentro de la estrategia que se conoce como “Hospital Seguro”. Por ello, en 2009, la OPS/OMS realizó una consulta técnica a expertos nacionales e internacionales de América del Norte, América del Sur, América Central y el Caribe, para indagar sobre antecedentes y evaluar la vulnerabilidad del sector de la salud frente a emergencias y desastres en la región.⁶³

En 2010, el nivel medio y alto de vulnerabilidad detectado en los hospitales evaluados en las Américas motivó la formulación del Plan de Acción de Hospitales Seguros 2010-2015,⁶⁴ que recibió el apoyo del Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE) teniendo en cuenta que la Estrategia Andina para la Prevención y Atención de Desastres, enmarcada bajo los principios del Marco de Acción de Hyogo, promueve dentro de las líneas estratégicas para el sector de la salud “... la realización de estudios de vulnerabilidad hospitalaria y el reforzamiento de las instituciones más vulnerables”.

Históricamente el análisis de riesgo en Colombia para la construcción de los planes hospitalarios de emergen-



Resguardo indígena, Inda Zabaleta, Nariño. 2009

62. Marco de Acción de Hyogo www.unisdr.org; Campaña Mundial 2008-2009 para la Reducción de Desastres: “Hospitales Seguros frente a Desastres: Reducir el Riesgo, Proteger las Unidades de Salud, Salvar Vidas”. Disponible en: http://safehospitals.info/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=118; Campaña Mundial de la ONU/EIRD para la Reducción de Desastres 2010-2011: “Desarrollando Ciudades Resilientes” que incluye dentro de sus iniciativas la Campaña “Un Millón de Escuelas y Hospitales Seguros” Disponible en: <http://www.unisdr.org/english/campaigns/campaign2010-2011/>; Organización Mundial de la Salud Estrategia 2007-2013 para Reducción del Riesgo y Preparación para Emergencias. Disponible en: http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_preparedness_eng.pdf

63. CD47/INF/4 Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a desastres sanitarios a nivel nacional y regional. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-inf4-s.pdf>

64. Puede consultarse en: <http://www.eird.org/artes/CE146-20-s-Plan-de-Accion-HS.pdf>

cia, había partido de la inclusión de amenazas naturales, dejando de lado la realidad sociopolítica del país, por lo que la ocurrencia de emergencias complejas no se había tenido en cuenta. En consecuencia, las instituciones hospitalarias, especialmente las ubicadas en las zonas rurales donde el conflicto armado se hace más evidente, han enfrentado desafíos importantes para brindar respuesta sanitaria efectiva al desplazamiento. La OPS/OMS ha dado acompañamiento técnico para la construcción y/o actualización de estos planes, incluyendo al desplazamiento en el escenario de afectación.



Bogotá. 2011

En abril de 2009 Colombia, como miembro del CAPRADE⁶⁵ y a través del Ministerio de la Protección Social, acogió la iniciativa global de “Hospital Seguro Frente a Desastres”, como un programa nacional para la reducción del riesgo ante posibles desastres.⁶⁶

Los planes hospitalarios para emergencias hacen parte de la estrategia de hospital seguro y comprenden el diagnóstico de los servicios que se prestan y el inventario de los recursos físicos, humanos y económicos que representan la capacidad de respuesta. Seguidamente, se realiza un estudio de amenazas y vulnerabilidades con base en las cuales se califica el riesgo frente a situaciones adversas, lo que permite la elaboración de escenarios de riesgo, a partir de los cuales se debe proceder a la organización y/o reorganizar funcional los servicios con los cuales se habrá de responder a las eventualidades identificadas.

El trabajo de Hospital Seguro se ha fortalecido a partir de junio de 2011, con la sanción de la Ley 1450 por medio de la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Hacia la Prosperidad Democrática”.

En la actualidad, el Plan Hospitalario de Emergencias es requisito indispensable para la acreditación y habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, sin el cual no están autoriza-

das para prestar sus servicios. Sin embargo, y a pesar de contar con un “Manual para la Elaboración de los Planes Hospitalarios para Emergencias del Ministerio de Salud y Protección Social”,⁶⁷ aún existen oportunidades de mejoramiento en la ampliación de los requerimientos técnicos exigidos por la norma de habilitación.

El trabajo de Hospital Seguro se ha fortalecido a partir de junio de 2011, con la sanción de la Ley 1450 por medio de la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 que, en su artículo 158, crea el Programa Nacional de Hospital Seguro Frente a Desastres. Con ello, se fomenta la integración de los sectores y actores responsables de su implementación y se fortalece la capacidad de respuesta de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ante emergencias, desastres y las acciones preventivas necesarias para su adecuada operación.

En resumen, este proceso de acompañamiento técnico en el ámbito de la preparación y respuesta de desastres naturales y o desplazamientos, ha facilitado los siguientes logros:

- Capacitación de los funcionarios de las entidades territoriales de salud, IPS y comunidad en aspectos técnicos de la gestión del riesgo, diseño y construcción de planes, e implementación del Sistema de Apoyo Logístico para la Gestión de Ayudas Humanitarias (LSS/SUMA).⁶⁸

65. Colombia ostenta la presidencia pro tempore de CAPRADE desde septiembre de 2011 y durante un año.

66. Resolución 976 de 2009, Ministerio de la Protección Social, Colombia. Acoge la Iniciativa Global “Hospital Seguro frente a Desastres”, como programa nacional para la reducción del riesgo ante desastres en el sector de la salud. Disponible en: <http://bit.ly/Res976-09>

67. Manual de Planeamiento Hospitalario para Emergencias, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, 2007, disponible en: <http://bit.ly/MPHE-MSPS>

68. Disponible en: <http://www.slideshare.net/OPS/OMSchi/lss-suma>; <http://www.lssweb.org>

Hospitales con Medición de Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH)

Departamento	Institución hospitalaria	Nivel de complejidad	Fecha
Tolima	Federico Lleras Acosta	III	2009
Tolima	Hospital E.S.E. Santa Lucia de Cajamarca	II	2009
Chocó	Hospital San Francisco de Asís	III	2009
Valle del Cauca	Hospital Departamental de Buenaventura	II	2009
Nariño	Hospital Civil de Ipiales	II	2009
Popayán	Hospital San José	III	2011
Popayán	Hospital Susana López Valencia	II	2011
Cauca	Hospital Francisco de Paula Santander	II	2011

Fuente: Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres, de la OPS/OMS. 2011

- Apoyo para la construcción del PHE, lo que en algunos casos ha motivado el desarrollo de herramientas técnicas para amenazas específicas, como por ejemplo el plan de respuesta en salud ante erupciones volcánicas del Volcán Galeras⁶⁹ en el departamento de Nariño.
- Capacitación para aplicar el instrumento de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades en salud (EDAN) y planes de mejoramiento para la mitigación de riesgos institucionales y preparación de la respuesta.
- Formación de equipo de evaluadores del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH).
- Apoyo en la implementación de procesos de vigilancia epidemiológica de base comunitaria en el ámbito institucional.
- Formación y dotación a primeros respondientes, especialmente en comunidades indígenas altamente vulnerables.



Quindío. Terremoto. 1999

69. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=384:plan-de-respuesta-en-salud-ante-erupciones-volcanicas-volcan-galeras&catid=687&Itemid=561



Riosucio, Bajo Atrato, Choco. 2011

III. Factores de éxito

- Existencia de un Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres en el país, con escenarios de actuación nacional, departamental y municipal.
- Liderazgo en la gestión del riesgo del sector de la salud a cargo del Grupo de Atención de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Inclusión de la estrategia de Hospital Seguro dentro de las normas legales vigentes del país, incluyendo el requisito de que cada IPS tenga un plan hospitalario de emergencias.
- Reconocimiento de las autoridades departamentales y municipales de la importancia del tema de la gestión integral del riesgo en salud.
- Compromiso y participación activa de los funcionarios del sector de la salud en temas de emergencias y desastres y gestión integral del riesgo en salud.
- Participación intersectorial, interdisciplinaria y de la comunidad en las estrategias mencionadas.

IV. Retos

- Aumentar la cobertura de la estrategia de Hospital Seguro a todas las IPS públicas y privadas del país, incluyendo análisis y acciones para reducir la vulnerabilidad estructural de las mismas.
- Garantizar la operatividad de los planes hospitalarios de emergencia mediante actualización permanente y ejercicios de simulación o simulacros.
- Asegurar la sostenibilidad financiera de los ERI, que se ve amenazada por la ausencia de una normatividad del orden nacional que sustente su operación en los niveles locales y departamentales, que permita además estandarizar los mecanismos para su funcionamiento y una mayor operatividad en terreno.
- Incidir en la disminución de la rotación de personal que altera la continuidad del acompañamiento administrativo que de parte de la entidad territorial debe hacerse a la operación de los ERI y la consolidación de los planes hospitalarios.
- Implementar a nivel nacional el SAT-RIAS como

modelo de atención temprana e integral a personas en situación de desplazamiento.

- Lograr la articulación entre el Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (SNPAD) y el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población en Situación de Desplazamiento (SNAIPD) en pro de la optimización y la integralidad de la respuesta.

Conclusiones

A pesar de los notables esfuerzos de la reciente administración del Gobierno presidido por Juan Manuel Santos, Colombia sigue padeciendo una importante crisis humanitaria provocada por el conflicto armado interno que vive el país.

El fenómeno del desplazamiento sigue produciéndose en muchos municipios y veredas de Colombia. Según el Departamento de Prosperidad Social (DPS), 144.109 nuevas personas desplazadas fueron registradas en el 2011, lo que implica 41.000 hogares. A esto, debemos sumar el incremento de desplazamientos masivos registrados, que aumentaron en 2011 de 58 a 83, dejando 15.785 personas desplazadas frente a las 9.971 de 2010 por este tipo de desplazamiento, según DPS.

El conflicto armado interno en Colombia está en un estado de metamorfosis y de escenarios imprevisibles. La diversificación de las fuentes generadoras de amenazas, con la aparición de nuevos grupos armados, denominados por el Gobierno como Bacrim (bandas criminales), sumado a la presencia de los actores armados tradicionales, como las FARC, ELN y grupos paramilitares, sometidos a una estrecha presión militar y la entrada en escena de los recursos naturales, como fuente de financiación de las actividades ilegales y criminales, han complejizado la situación en los territorios y han añadido un mayor reto, si cabe, a la respuesta humanitaria. Por otro lado, el confinamiento de las poblaciones en las áreas más dispersas y alejadas de la autoridad estatal, sigue constituyéndose como un constante desafío para la comunidad humanitaria internacional.

El Estado colombiano ha realizado importantes esfuerzos en materia de protección, a través de la Corte Constitucional y su jurisprudencia y el desplazamiento es un tema que forma parte del núcleo duro de la agenda del país. La Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, Ley 1448 de 2011, es un buen ejemplo de esa voluntad, así como la nueva Unidad Administrativa de Prosperidad Social, que pretende mejorar la coordinación y armonización de una política pública social, donde el tema del desplazamiento continuará siendo piedra angular.

Sin embargo, la buena voluntad existente se enfrenta en muchos momentos a la realidad de los territorios. La restitución de los derechos de la población desplazada en medio de un conflicto vivo, la devolución de sus tierras ligadas a poderosos intereses, la estigmatización y discriminación de las víctimas por el conjunto de la sociedad y la debilidad de las instituciones en el ámbito local para hacer cumplir la normatividad son, entre otros elementos, condicionantes muy importantes que el Estado deberá abordar de manera clara, si quiere desarrollar un instrumento efectivo al servicio de todas las víctimas.

La paz social en Colombia requiere también de un cambio estructural en los patrones de convivencia, de las relaciones de poder y de la puesta en marcha de un modelo de desarrollo rural que privilegie la convergencia, la cohesión social y la inclusión. La inequidad tan grande que presenta el país y la brecha social entre lo urbano y lo rural sigue favoreciendo a la violencia como un modus vivendi y se constituye en un impedimento para la reincorporación del mundo violento a una sociedad libre y pacífica.

El sector de la salud no es ajeno a esta compleja realidad social y sufre también sus consecuencias.

El acceso a los servicios de salud de la población desplazada y víctima del conflicto sigue siendo una de las mayores brechas humanitarias en Colombia, sobre todo en las zonas rurales. Las infracciones y amenazas al mandato de la Misión Médica son frecuentes y los funcionarios de salud, médicos, enfermeros, técnicos de saneamiento, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros, que trabajan en áreas remotas, lo hacen condicionados por el miedo y la inseguridad. Seguir profundizando en mejorar el conocimiento de los protocolos de la Misión Médica y su desarrollo, es uno de los desafíos permanentes para la Mesa Nacional de Misión Médica que lideran el CICR y el MSPS, con la participación de la OPS/OMS.

Por otro lado, y a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social y sus entidades territoriales, la propia arquitectura burocrática y de gestión del Sistema de Salud en Colombia se constituye en sí misma en una barrera en el acceso a los servicios.

El complejo entramado entre la Entidad Aseguradora y la Prestadora de Servicios de Salud, EPS-IPS, no garantiza ni facilita el acceso a los servicios de la población desplazada y condiciona la disposición de los recursos financieros y humanos en los municipios y en los establecimientos de salud y por ende, la atención en estas zonas. El hecho de que las coberturas de afiliación sean elevadas, no es garante alguno de acceso a los servicios. No es real la medición del goce efectivo de derechos en salud en base al aseguramiento. Al día de hoy es un indicador que induce a interpretaciones erróneas y muy alejadas de la realidad en muchas áreas del país.

En este escenario de triple complejidad, administrativa, geográfica y de orden público, el acceso real y sostenido a la salud en las zonas de conflicto, se debería concebir desde el desarrollo de modelos basados en la Atención Primaria en Salud (APS), en los que se involucre directamente a la comunidad, con enfoque diferencial, privilegiando las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en zonas de complejo acceso, recuperando la figura del promotor o agente de salud, en el marco de la nueva Ley 1438 de 2011, como una alternativa para llevar la salud a estas áreas. Sumado a ello, sería necesario consolidar unas misiones extramurales desde las ESEs que sean constantes, sostenidas, equipadas y bajo los protocolos debidos, que afiancen la atención, la vigilancia en salud pública, el control de enfermedades y el seguimiento de la salud de las comunidades en riesgo de desplazamiento o desplazadas, asegurando, en su caso, el servicio de referencia y contra referencia. Para anclar esos procesos de Atención Primaria en Salud y atención extramural, se debería incidir en reforzar el esquema de la red de prestación de servicios de primer nivel, sobre la base de los puestos de salud existentes en estas zonas, de difícil acceso, muchos de ellos funcionando muy por debajo de sus capacidades y abandonados, debido a una gestión deficitaria.

Por otro lado, en la respuesta a la brecha del acceso a los servicios, la consolidación de los equipos de respuesta inmediata en salud, que Colombia ha favorecido en estos años, frente a desplazamientos, requeriría de un mayor compromiso de la autoridad competente en los niveles departamentales y municipales para garantizar su sostenibilidad y dotarles de una visión más holística y operativa. Hay que mantener la protección de los logros

alcanzados en el ámbito de la disminución de barreras, y también del recurso humano que mantiene los procesos. La alta rotación sigue siendo un grave perjuicio para la construcción de procesos sostenidos.

La dificultad, como decimos, no es solo de sistema y recursos el reto es hacerlo dentro de un conflicto armado vigente. En este sentido, los matices del conflicto, como por ejemplo la fumigación de cultivos ilícitos y/o el cofinanciamiento de algunas poblaciones, inciden de manera directa en la morbilidad y mortalidad de la población y deberían ser contemplados desde la política pública en salud como determinantes sociales, que repercuten de manera clara en la salud pública de las poblaciones afectadas.

El acceso a los servicios y su goce efectivo también está íntimamente relacionado con la incidencia, abogacía y control social, que las comunidades puedan ejercer sobre las autoridades, los prestadores y los aseguradores, a través de las veedurías en salud. Garantizar el pleno conocimiento de los derechos a través de la difusión de rutas de la salud y potenciar el acercamiento, negociación y asunción de responsabilidades de las EPS-IPS, es parte del fortalecimiento institucional que se debe continuar haciendo para disminuir las brechas. En este sentido, es pertinente seguir profundizando a través de las mesas de salud y desplazamiento en los niveles departamentales y municipales. Una mayor voluntad, sin olvidar las restricciones que la violencia impone en el sector, favorecería una mejor atención si se priorizaran acciones y recursos.

La gestión de la información en salud sigue constituyéndose en un desafío para el abordaje de la problemática del desplazamiento. Aunque hay avances, podemos concluir que a día de hoy, se carece de un diagnóstico sobre el perfil epidemiológico de la población desplazada, a pesar de que instrumentos como el SIGA y los RIPS podrían favorecer un mayor conocimiento de la salud de este grupo de población. La falta de recurso humano cualificado y permanente, enfocado en la recolección y la calidad del dato, el procesamiento y posterior análisis, no facilita esta labor. Por otro lado, la no existencia de una sala de situación nacional en salud no facilita la rectoría, ni la integralidad de los datos proporcionados desde las salas de situación territoriales, al igual que se hace necesario una mayor coordinación entre los polos

territoriales del Centro Nacional de Enlace, las entidades territoriales de salud y las salas de situación municipales. En este sentido, podemos determinar que la gestión de la información en salud de la población desplazada esta fragmentada, no es sistemática y no se canaliza en torno a una red integrada, bajo la dirección del Ministerio. La consolidación de la información sobre el estado de la salud de la población desplazada, articulada a un Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO-, sigue siendo un reto pendiente, a pesar de los avances que el SIGA ha supuesto.

La coordinación intersectorial e interterritorial es un elemento esencial para toda articulación en la política pública. La creación de la Unidad Administrativa de Prosperidad Social como lo hemos mencionado, es un avance en el ámbito intersectorial y en la articulación de políticas para la población desplazada. Sin embargo, estos años de trabajo han concluido, que el rol que debe desempeñar el nivel departamental y local en salud, sobre todo este último, es esencial para aterrizar las políticas diseñadas desde el nivel nacional e impulsar acciones reales. Por lo tanto, la coordinación interterritorial pasa por reforzar las estructuras de esos niveles para que puedan ejercer sus responsabilidades con medios, capacidad técnica, financiera y transparencia financiera. En este sentido, las entidades territoriales de salud requieren de un mayor acompañamiento y una rectoría clara desde el nivel central para poder hacer frente a necesidades específicas y corregir aspectos de la gestión. De igual forma, en el nivel central es necesaria una mayor articulación entre las áreas con responsabilidades en la salud de la población desplazada. La nueva estructura del Ministerio de Salud es un buen paso en ese sentido, ya que sitúa a la Oficina de Promoción Social y la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres en el mismo nivel administrativo y jerárquico, lo que va a contribuir a incrementar la armonización de acciones conjuntas y específicas en los territorios, juntos con otras direcciones y unidades.

Por otro lado, la coordinación de los actores humanitarios internacionales en salud y su relación con las entidades territoriales también sigue siendo un tema a seguir trabajando. Las misiones médicas internacionales deben ser más activas en su intercambio de información con las autoridades locales, sin perder evidentemente la neutralidad e imparcialidad que definen su accionar hu-

manitario. Debería existir un mayor reporte mutuo para la alimentación de los registros públicos de atención, ya que mucha de la población atendida esta asegurada por una EPS, que cobra por ello. Evitar la duplicidad o intentar armonizar acciones conjuntas, que equilibren esa disfuncionalidad y el desaprovechamiento de los recursos, en teoría disponibles, es un reto para la misión médica internacional y las EPS-IPS.

Por otro lado, el *Cluster* del sector de la salud en Colombia, como instrumento de coordinación presenta algunos retos. La arquitectura humanitaria del sistema de coordinación de la Naciones Unidas en Colombia, ampliamente descentralizada en los equipos locales, debe ser aprovechada por el *Cluster* Salud y sus socios. El *Cluster* debería priorizar una agenda local para mejorar la identificación de brechas y vacíos, sobre todo en los municipios más afectados por el conflicto. La coordinación entre la OPS/OMS y las autoridades territoriales ha sido uno de los grandes logros compartidos en estos años y donde se han reflejado acciones específicas e impacto. Por otro lado, la agenda de salud interagencial (y/o determinantes de salud) aglutinada en diversos *Clusters*, debería coincidir con las prioridades del MSPS y articularse en torno a las orientaciones técnicas del propio Ministerio y de la OPS/OMS.

El MPSP con el apoyo de la OPS/OMS ha trabajado también para reforzar las capacidades institucionales de preparativos frente a desastres naturales y el fenómeno del desplazamiento en sus niveles departamentales y municipales. Después de más de diez años de esfuerzo, podemos concluir que se han instalado capacidades técnicas en ámbitos como la gestión de la información, el conocimiento de metodologías y herramientas para mejorar la preparación frente a eventos adversos para la salud pública y en un acompañamiento constante. En menor medida, se han establecido avances operativos, como el impulso dado por los ERI o los equipos SAT-RIAS, contribuyendo a una mejor preparación y respuesta, la incorporación del formato EDAN en salud a nivel nacional, el LSS/SUMA, o el desarrollo de Planes Hospitalarios de Emergencias y Planes de Contingencia en el ámbito departamental y municipal. Un acompañamiento y fortalecimiento muy importante para el sector, que ha dado importantes resultados.

Sin embargo, todo ese proceso de fortalecimiento de capacidades institucionales en los diferentes niveles, invita, después de más de una década, a una reflexión conjunta, en torno a varios desafíos que se presentan en el corto y mediano plazo para los actores involucrados en favorecer el acceso a la salud de la PSD.

El primero de ellos está ligado a la debilidad de los socios institucionales en los territorios más apartados, en la Colombia más invisible. El fortalecimiento, donde la autoridad es débil y tiene restricciones para realizar su trabajo bajo parámetros de normalidad, la sostenibilidad es muy relativa y no llega a generar el cambio deseado, tanto por la propia debilidad institucional, la falta de capacidades, la alta rotación y la inseguridad generada por el conflicto. La cooperación técnica requiere en muchos casos de un desarrollo posterior y de compromisos, que deben ser realizados con una mirada a largo plazo, lo que tiene implicaciones presupuestarias y de recursos humanos para la institucionalidad, difíciles de abordar en muchos municipios de Colombia hoy en día. Este sigue siendo un proceso en construcción a medio y largo plazo.

En segundo lugar, en lo inmediato, es necesario traducir la cooperación técnica en mejoras concretas en el acceso a los servicios de salud de la población desplazada o en riesgo. Hay que aterrizar el fortalecimiento con acciones específicas, con acciones de respuesta concretas, que atajen las necesidades en salud. El trabajo que la OPS/OMS y las instituciones del sector están realizando en Arauca, Choco o Norte de Santander, es un buen ejemplo de este aterrizaje. Por otro lado, la cooperación técnica debe ser también una herramienta de acompañamiento, abogacía y de incidencia, ayudando al esquema de salud en Colombia, EPS-IPS-MPSP, en el cumplimiento de sus obligaciones con la población desplazada, tal y como exige la Corte Constitucional en materia del goce efectivo de derechos en salud.

Y en tercer lugar, el fortalecimiento institucional en los territorios de esa otra Colombia, presenta un importante déficit en la medición del impacto y la rendición de resultados, para las propias instituciones locales de salud, porque los cambios estructurales y de gestión, de funcionamiento en general y de atención a la población en situación de desplazamiento en particular, no

dependen exclusivamente del trabajo, por muy bueno que este sea, de sólo un sector, en este caso salud, y están expuestos a muchos imponderables políticos y sociales. Además, la heterogeneidad del sector salud, su segmentación y fragmentación, hipoteca también los resultados y los hace menos visibles, aun siendo estos importantes y reconocidos. En ese sentido, la búsqueda de una mayor integralidad, con el resto de sectores, es más importante que nunca en estos momentos de cambio, reestructuración y transición del sistema de atención a la población desplazada.

Por otro lado, los preparativos en salud y el fortalecimiento institucional, han ido orientados también hacia el mejoramiento de la capacidad para afrontar el impacto de los desastres naturales y su gestión. Cabe mencionar que Colombia se encuentra inmersa en una profunda reestructuración de su sistema de atención a desastres y en un proceso de transversalización de la gestión del riesgo en la política nacional y territorial, de la mano de nuevas entidades, como el Fondo de Adaptación, la reestructurada Unidad Nacional para Gestión del Riesgo de Desastres y la nueva Ley del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo. Esos nuevos procesos, que deberían estar vinculados a la gestión del territorio y el ordenamiento territorial, van a cruzarse con complejos escenarios que están larvados por el conflicto interno y sus consecuencias humanitarias. Existe un notable desafío en como se va articular el enfoque de gestión de riesgo a desastre, las regulaciones ambientales y los procesos de adaptación al cambio climático, con las locomotoras del desarrollo definidas por el Gobierno, como la minería y las infraestructuras, que a su vez están muy vinculadas, en muchos territorios del país, al proceso de restitución de tierras a las víctimas de despojos y desplazamiento forzado.

Es claro que en materia de gestión de riesgo a desastres el Marco de Acción de Hyogo 2005-2015 debería ser piedra angular de todo el esquema, lo que ayudaría a ordenar las prioridades de acción, hoy excesivamente atomizadas entre las diversas instituciones con participación en la materia. El sector de la salud tiene su mayor reto en dos frentes. En primer lugar traducir la política de Hospitales Seguros, que es ya una realidad como política pública en salud, en acciones concretas para reforzar la protección de los establecimientos de salud. Ese

camino ya esta en proceso y existe consenso, voluntad y recursos para ello. Y en segundo lugar, reforzar las capacidades de los Centros Reguladores de Urgencia y Emergencias, CRUEs, en los niveles departamentales, dotándolos de un sentido mas operativo de la gestión de las crisis y en apoyo a las nuevas unidades de riesgo departamentales que la ley determina, los cuales presentan, desde los CREPAD y CLOPAD, muchas debilidades en los tres pilares de la preparación para una mejor respuesta: gestión de la información, coordinación y capacidad de respuesta propia.

En definitiva, han transcurrido mas de diez años de cooperación técnica, en donde el MSPS y la OPS/OMS han transferido al conjunto de las instituciones responsables de garantizar el acceso efectivo a la salud de la PSD, en sus diferentes niveles, un amplio conjunto de estrategias, metodologías, herramientas y recursos que sin duda han sido, son y serán generadoras de cambios para la PSD. Pero esos cambios y avances en la política pública en salud que se han construido, requieren ser percibidos en las comunidades desplazadas o víctimas de la violencia de una manera más clara, como últimas receptoras de nuestro trabajo. Esos cambios deben ser más transformadores en la vida de la PSD, capaces de generar un acceso real a los servicios de salud.

Este es un paso hacia adelante que es necesario dar con una mayor contundencia de la mano de las instituciones, desde la cooperación técnica que la OPS/OMS brinda al país en materia de desplazamiento forzado, en el marco de un conflicto armado vigente, con todo lo que ello significa y conlleva.

Siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	CREPAD	Comité Regional de Prevención y Atención de Desastres
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	DGR	Dirección de Gestión de Riesgo
APS	Atención Primaria en Salud	ECAT	Subcuenta de Fosyga de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito
ASIS	Análisis de Situación de Salud	EDAN	Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades
AUC	Autodefensas Unidas de Colombia	ECHO	Comisión Europea
BPRM	Oficina de Población, Refugiados e Inmigración del Gobierno de los Estados Unidos	ELN	Ejército de Liberación Nacional
CAPRADE	Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres	EPS	Empresa Promotora de Servicios de Salud. Aseguradora de riesgos para la salud
CDAIPD	Comité Departamental de Atención Integral a la Población Desplazada	ERI	Equipo de Respuesta Inmediata
CERF	Central Emergency Responde Fund	ESE	Empresa Social del Estado
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja	FAO	Agencia de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional	FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
CLOPAD	Comité Local de Prevención y Atención de Desastres	UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
CODHES	Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento	FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social	GED	Goce Efectivo de Derechos
		GTD	Grupo Temático de Desplazamiento

IASC	Comité Interagencial Permanente (Inter-Agency Standing Committee)	PIU	Plan Integral Único de Atención a la Población Desplazada por la Violencia
INS	Instituto Nacional de Salud	PMA	Programa Mundial de Alimentos
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos	PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud (comprende centros, puestos de salud u hospitales)	PSD	Población en Situación de Desplazamiento Forzado por la Violencia
LSS/SUMA	Sistema de Apoyo Logístico para la Gestión de Ayudas Humanitarias	PSIS	Plan de Servicios Integrales de Salud a Población en Situación de Desplazamiento
MPS	Ministerio de la Protección Social	PVC	Cloruro de Vinilo Polimerizado
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social	RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
OACNUDH	Oficina de las Naciones Unidas en Colombia para los Derechos Humanos	RSS	Red de Solidaridad Social
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)	RUPD	Registro Único de Población Desplazada
OIM	Organización Internacional para las Migraciones	SAT-RIAS	Sistema de Atención Temprana articulado a la Red Institucional de Atención en Salud
ONG	Organización No Gubernamental	SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
OXFAM/GB	Oxfam Gran Bretaña	SIGA	Sistema de Información para la Gestión de las Atenciones de Salud de la Población en Situación de Desplazamiento Forzado por la Violencia
PAH	Plan de Acción Humanitaria	SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
PED	Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS/OMS	SNAIPD	Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada
PHE	Plan Hospitalario de Emergencias	SNPAD	Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres

SNU	Sistema de la Naciones Unidas
SUR	Sistema Único de Registro
UAO	Unidades de Atención y Orientación a la Población en Situación de Desplazamiento
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIPA	Unidad Nacional Indígena del Pueblo Awá
UNGR	Unidad Nacional de Gestión del Riesgo
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Bibliografía

Arcas, I., “Reforma Humanitaria de Naciones Unidas I: el enfoque de clústers”, web del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria. Bogotá, 2009. Disponible en: http://www.iecah.org/web/index.php?option=com_content&view=article&id=627:reforma-humanitaria-de-naciones-unidas-i-el-enfoque-de-clusters&catid=34:analisis&Itemid=85.

Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno y Consejo Noruego de Refugiados (2011). “Visión Global de Tendencias y Desarrollos en 2010 /Internal Displacement: Global Overview of Trends and Developments in 2010”. Disponible en: [http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/F58CA5EF98ACEEB1C125785C00389FA8/\\$file/global-overview-2010-fact-sheet.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/F58CA5EF98ACEEB1C125785C00389FA8/$file/global-overview-2010-fact-sheet.pdf).

Comité Permanente entre Organismos (IASC) “Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes” Ginebra, Suiza. 2007 Disponible en: http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_spanish.pdf.

Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres. “Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, Aumento de la Resiliencia de las Naciones y las Comunidades ante los Desastres”. Extracto del informe de la conferencia (A/CONF 206.6). Kobe, Japón. 2005, Disponible en: <http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/ext/hyogo.pdf>.

Congreso de la República de Colombia.”Constitución Política de Colombia”. Segunda edición corregida. Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991. Colombia. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (1997). “Acuerdo No. 59”. Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas. Colombia. Disponible en: http://www.brookings.edu/~media/Files/Projects/IDP/Laws%20and%20Policies/Colombia/Colombia_AcuerdoNo59_1997.pdf.

Corte Constitucional de Colombia. “Sentencia T-025”. Estado de Cosas Inconstitucional en Materia de Desplazamiento Forzado. Bogotá, Colombia. 2004. Disponible en:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. “Auto No. 109”. Adopción de los indicadores de resultado. Bogotá, Colombia. 2007. Disponible en: http://www.codhes.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1&Itemid=50.

Corte Constitucional de Colombia. “Auto No. 116”. Pronunciamiento sobre la propuesta de indicadores de resultado de goce efectivo de derechos de la población desplazada presentados por el Gobierno y por la Comisión de Seguimiento para superar los vacíos y falencias en la batería de indicadores adoptada mediante Autos 109 y 233 de 2007. Bogotá, Colombia. 2008. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PORTALWEB/LinkClick.aspx?fileticket=7WSNIOzYMA%3D&tabid=1080>.

Corte Constitucional de Colombia. “Auto No. 174”. Adopción de medidas cautelares urgentes para la protección de los derechos fundamentales del Pueblo Indígena Awá, ubicado en los departamentos de Nariño y Putumayo, en el marco del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004 y de las órdenes emitidas en el auto 004 de 2009. Bogotá, Colombia. 2011. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2011/a174-11.htm>.

Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, OPS/OMS y OMS. Campaña Mundial 2008-2009 para la Reducción de Desastres: “Hospitales Seguros frente a Desastres: Reducir el Riesgo, Proteger las Unidades de Salud, Salvar Vidas”. 2008. Disponible en:

http://safehospitals.info/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=118.

Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres. Campaña Mundial de la ONU/EIRD para la Reducción de Desastres 2010-2011: “Desarrollando Ciudades Resilientes” que incluye dentro de sus iniciativas la Campaña “Un millón de Escuelas y Hospitales Seguros”. 2010. Disponible en:

<http://www.unisdr.org/english/campaigns/campaign2010-2011/>.

Fedesalud y Plan Internacional INC. “Evaluación de la Implementación del Sistema de Seguridad Social frente a las Características Particulares de la Región Pacífica en Chocó y Tumaco. Colombia. 2004. Disponible en:

http://fedesalud.org/documentos/estudios_5_implementaregionpacifica.pdf.

Ministerio del Interior. “Decreto 2569”. Artículo 12. Diario Oficial No. 44.263, del 19 de diciembre de 2000. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997 y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. 2000. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PORTALWEB/LinkClick.aspx?fileticket=80U13VP8zz8%3D&tabid=1080>.

Ministerio del Interior y de Justicia de Colombia. “Decreto No. 250”. Por el cual se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. 2005. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PORTALWEB/LinkClick.aspx?fileticket=dPwCfxdo9Jc%3D&tabid=1080>.

Ministerio de Salud y Protección Social. “Perfiles Ocupacionales y Normas de Competencia Laboral para Auxiliares en las Áreas de la Salud”. Bogotá, Colombia. 2004. Disponible en:

<http://issuu.com/camanriq/docs/perfiles-auxiliares-de-la-salud>.

Ministerio de Salud y Protección Social. “Decreto No. 3616”. Diario Oficial No. 46.060 de 13 de octubre de 2005. Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. 2005. Disponible en:

http://www.gobcesar.gov.co/media/Archivos/Normatividad/Leyes/Decreto_3616_2005.pdf.

Moro, B., (2009) “Implementando la Reforma Humanitaria en Colombia/ Implementing Humanitarian Reform in Colombia”. web Red de Práctica Humanitaria/ Humanitarian Practice Network, publicación 45. Diciembre 2009. Disponible en: <http://bit.ly/refhumcol1>.

Muñoz, F. y cols. “Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud”, Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health 8. 2000. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. “Estrategia 2007-2013 para Reducción del Riesgo y Preparación para Emergencias”. Ginebra, Suiza. 2007. Disponible en:

http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_preparedness_eng.pdf.

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. “Comparación de la Situación de Salud, entre Población en Situación de Desplazamiento y Receptora, en seis ciudades: Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha. 2002-2003”. Serie Salud y Desplazamiento en Colombia. Colombia. 2005. Disponible en:

<http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/OPS/OMS/seriesaldes/index.html>.

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. “Plan de respuesta en salud ante erupciones volcánicas –Volcán Galeras”. Colombia. 2009. Disponible en:

http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=384:plan-de-respuesta-en-salud-ante-erupciones-volcanicas-volcan-galeras&catid=687&Itemid=561.

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. “Informe de Progreso sobre los Preparativos y la Respuesta frente a Desastres Sanitarios a nivel Nacional y Regional”. Washington D.C. CD47/INF/4. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-inf4-s.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. “Tecnologías apropiadas para el suministro de agua en situaciones de emergencia”. Bogotá, Colombia. 2010. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=14&Itemid=361.

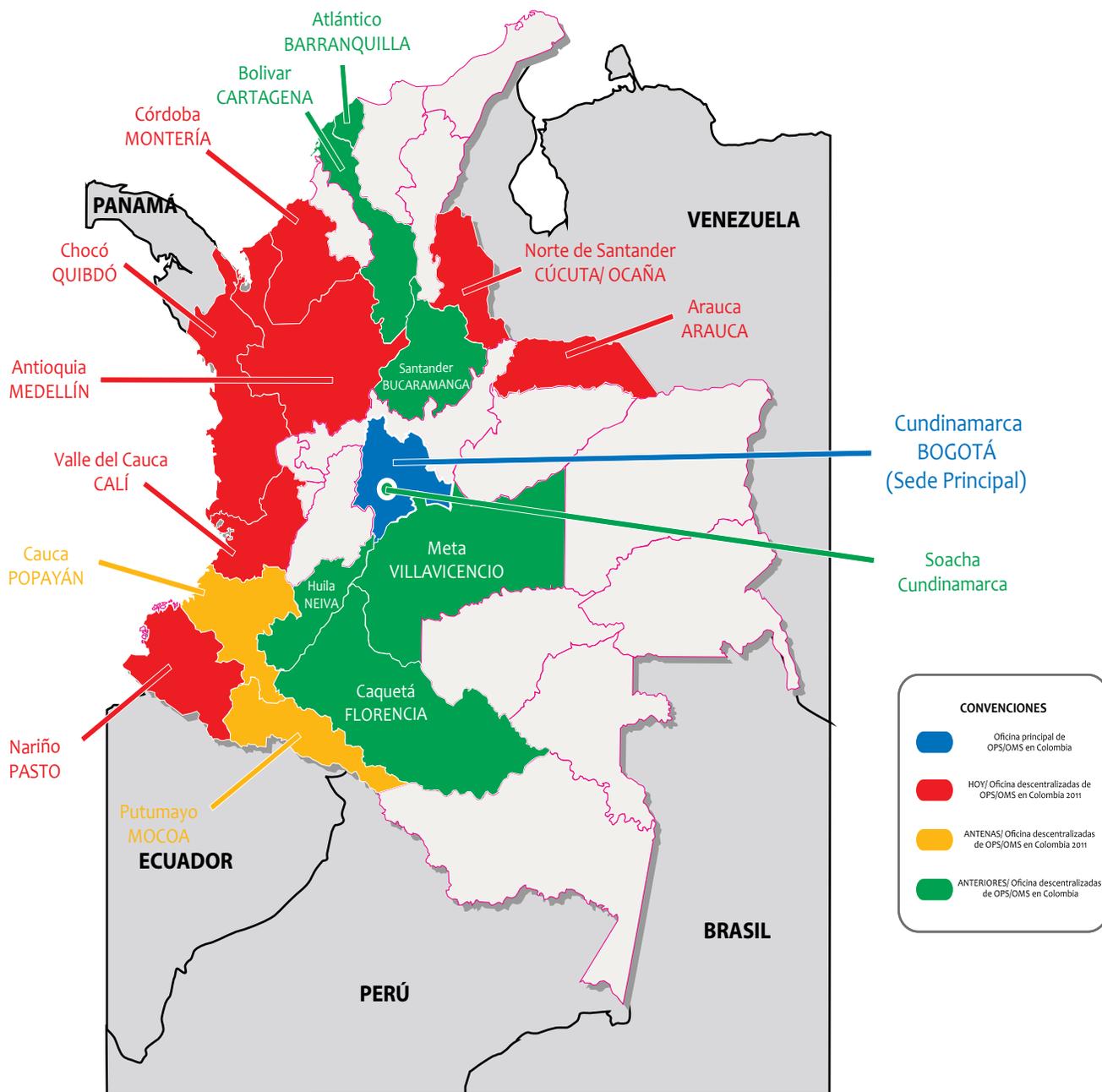
Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. “Plan de Acción de Hospitales Seguros 2010 - 2015” Washington D.C. 2010 CE146/20. Disponible en: <http://www.eird.org/artes/CE146-20-s-Plan-de-Accion-HS.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. “Manual de Planeamiento Hospitalario para Emergencias”. Bogotá, Colombia, 2007. Disponible en: <http://bit.ly/MPHE-MSPS>.

Decreto Ley 919, por el cual se organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y se dictan otras disposiciones, Artículo 60. Bogotá, Colombia. 1989. Disponible en: <http://www.cempre.org.co/Documentos/DECRETO%20919%20DE%201989.pdf>.

Anexo

Oficinas Descentralizadas de OPS/OMS en Colombia



Fuente: Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED), de la OPS/OMS. 2011



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Con el apoyo financiero de:



COMISION EUROPEA



Ayuda Humanitaria



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Gobierno del Reino de Suecia

Gobierno del Reino de Noruega

www.paho.org/col

Carrera 7ª No. 74 – 21 Piso 9, Edificio Seguros Aurora

Tel: (571) 3144141

e-mail@col.ops-oms.org

Bogotá, Colombia



9 789275 316757