

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
Secretaría
Salud

**FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD
PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO
FORZADO POR LA VIOLENCIA EN BOGOTÁ D.C. 2008**

Línea de base y propuesta de proceso

Documento I

Investigadores

Amparo Hernández Bello
Román Vega Romero
Martha Lucía Gutiérrez Bonilla
André Noël Roth
Alejandro Perdomo Rubio
Rosaura Arrieta Flórez
Consuelo Peña Aponte
Jenny Russy Torres
Jairo Guerrero Ramírez
Patricia Tovar Rojas

Bogotá, abril de 2008

Con el apoyo de la Secretaría de Gobierno de Bogotá
Proyecto Atención Complementaria a Población en Situación de Desplazamiento

**PROYECTO PROTECCIÓN SOCIAL, SALUD
Y DESPLAZAMIENTO FORZADO POR LA
VIOLENCIA EN BOGOTÁ D.C.
Convenio SDS-UJ/IDRC**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario de Salud

José Fernando Martínez Lopera
Director de Salud Pública

Consuelo Peña Aponte
Jefa Análisis Políticas, Dirección de Salud Pública

Pontificia Universidad Javeriana
Joaquín Sánchez S.J.
Rector

Vicente Durán Casas S.J.
Vicerrector Académico

Gustavo Tobón Londoño
Decano Académico Facultad de Ciencias
Económicas y Administrativas

Claudia Dangond Gibsone
Decana Académica Facultad de Ciencias Políticas y
Relaciones Internacionales

Nelson Contreras Caballero
Director Programas de Posgrado en Administración
de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias
Económicas y Administrativas

Grupos de Investigación Universidad Javeriana
Gerencia y Políticas de Salud, Facultad Ciencias
Económicas y Administrativas
Política, Género y Democracia, Facultad Ciencias
Políticas y Relaciones Internacionales

**Permitida su reproducción y utilización citando la
fuente**

Información y contactos:

Amparo Hernández Bello, Investigadora Principal
Pontificia Universidad Javeriana
Telefax (571) 3208320 Ext. 5430-5185
desplazadosenbogota@javeriana.edu.co
politicadesplazados@gmail.com

Este documento recoge los hallazgos de la línea de base y posterior divulgación, socialización y discusión en el marco del proyecto “Mejorar al efectividad de las políticas de protección social para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá DC”, que se realiza en convenio entre la Universidad Javeriana, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Fundación de Atención al Migrante Famig de la Arquidiócesis de Bogotá, con recursos financieros del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo IDRC, Ottawa, Canadá

Equipo de investigación 1ª fase 2004-2005:
Amparo Hernández Bello. Martha Lucía Gutiérrez Bonilla, Ofelia Restrepo Vélez. Luigi Conversa. Luis Jorge Hernández Flórez, John Ariza Montoya. Asistentes: Julia Isabel Álvarez Rueda, Claudia Naranjo Gómez, Gloria Jiménez Cabrejo, Jenny Russi Torres.

Equipo de investigación 2ª fase 2006:
Amparo Hernández Bello, Martha Lucía Gutiérrez Bonilla, Román Vega Romero, Luigi Conversa, John Ariza Montoya. Asistentes: Jenny Russi Torres, Julia Isabel Álvarez Rueda, Claudia Naranjo Gómez, Gloria Jiménez Cabrejo.

Equipo de investigación 3ª fase 2007-8:
Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero, Martha Lucía Gutiérrez Bonilla, André Noël Roth, Rosaura Arrieta, Alejandro Perdomo, Consuelo Peña Aponte, Jenny Russy Torres, Jairo Guerrero Ramírez, Patricia Tovar Rojas.

PRESENTACIÓN

En Colombia más de cuatro millones de personas han sido desplazadas por la violencia desde 1985.¹ El país ocupa el segundo lugar en desplazamiento forzado en el mundo luego de Sudán² y Bogotá es el primer municipio receptor con más de 250 mil personas. La población en situación de desplazamiento es víctima de violación sistemática de los principios del derecho internacional, excluida de los derechos sociales básicos y discriminada social, política y culturalmente. Muchos de los graves y frecuentes problemas de salud que sufren los desplazados son consecuencia del desplazamiento que los expone, más que a otras poblaciones pobres y vulnerables, a factores de riesgo como consecuencia de las privaciones materiales y afectivas, del ahondamiento de las disparidades sociales y de las limitaciones de la respuesta oficial.³

Este documento presenta los resultados de la línea de base del proyecto “Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia”, desarrollada entre enero de 2005 y junio de 2006 mediante encuesta de hogares de población desplazada y receptora de las localidades de Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usme, Suba y Rafael Uribe, trabajo de campo cualitativo con poblaciones y funcionarios de los hospitales y revisión de fuentes secundarias. Los hallazgos se complementan con la información de los reportes de los proyectos especiales con población desplazada de los hospitales de la red pública y los datos de la ficha anexa de Salud a su Hogar⁴, y se discuten a la luz de otros estudios nacionales y distritales sobre condiciones de vida y salud de la población desplazada como el realizado por el CICR y el PMA en el año 2007, lo reportado por Codhes a partir de la Enade 2006, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de mujeres desplazadas 2005 y la Serie Salud y Desplazamiento de la Organización Panamericana de la Salud⁵.

A partir del diálogo entre hallazgos y el proceso continuo de divulgación y validación, el documento –que pretende servir como punto de partida de las discusiones futuras–, recoge los principales problemas de salud de la población desplazada y sus determinantes; las características, posibilidades y restricciones de las políticas nacionales y distritales para darles respuesta; los lineamientos vigentes para la atención en salud a los desplazados en Bogotá y los primeros acuerdos sobre la orientación general del proceso venidero tendiente a la formulación de la política de salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia que habita la ciudad, cuya propuesta metodológica se presenta en la última sección.

¹ Codhes 2007. “Huyendo de la Guerra”. *Codhes informa*. Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, No. 72, noviembre 30. Descargado de: www.codhes.org 19/Feb/2008.

² Internal Displacement Monitoring Centre, Norwegian Refugee Council 2007. Internal displacement. Global overview of trends and developments in 2006. Geneva. Descargado de: www.internal-displacement.org 19/Feb/2008.

³ Mogollón AS, Vázquez ML y García Gil MM, 2003. Necesidades en salud percibidas por la población desplazada por conflicto armado en Bogotá, Colombia. *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 77:257-266.

⁴ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2007. *Proyectos especiales de atención psicosocial a población desplazada ESE del primer nivel 2006-2007*. Bogotá y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2007. Resultados de caracterización de la estrategia de APS – Salud a su Hogar. Hogares e individuos desplazados. Base de Datos Caracterización Grupo de información Salud a su Hogar, SQL Server 2000.

⁵ Ver: CICR-PMA 2007. *Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. Resumen ejecutivo de la ciudad de Bogotá*. Bogotá, 54 p. Codhes-Famig 2007. *Gota a Gota. Desplazamiento forzado en Bogotá y Soacha*. Bogotá, Codhes-Famig-OIM. Ojeda G y Murad R 2006. *Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales. Situación de las Mujeres Desplazadas 2005*. Bogotá, Profamilia-USAID. Organización Panamericana de la Salud OPS – Universidad de Antioquia 2005. Comparación de la situación de salud entre la población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades 2002-2003. *Serie Salud y Desplazamiento*, Módulo 1. Bogotá, 28 p

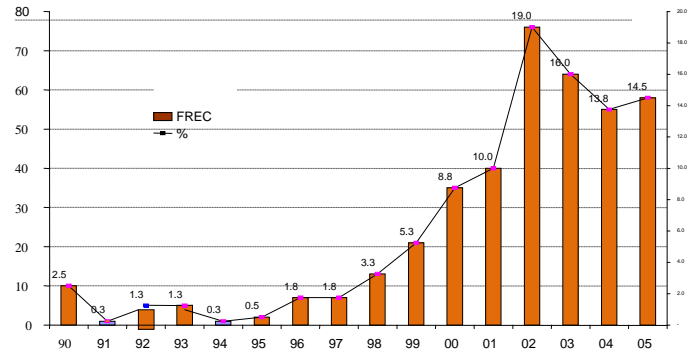
Contenido

1. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ	1
1.1. Dinámica del desplazamiento y migración.....	1
1.2. Composición de la población desplazada y receptora asentada en Bogotá	1
1.3. Condiciones de vida y bienestar de hogares desplazados y receptores	2
1.3.1. Vivienda y acceso a servicios.....	3
1.3.2. Nivel educativo y asistencia escolar.....	3
1.3.3. Condiciones de empleo	4
1.3.4. Gasto de los hogares.....	4
1.4. Condiciones de salud.....	6
1.5. Respuestas a las condiciones de salud y sus determinantes	8
1.5.1. Reconocimiento formal de la condición de desplazamiento y apoyos institucionales	8
1.5.2. Organización comunitaria y capacidad de agencia.....	9
1.5.3. Afiliación a la seguridad social en salud	10
1.5.4. Acceso a servicios de salud	10
2. POLÍTICAS Y NORMAS PARA LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA	15
2.1. El nivel nacional.....	15
2.2. Las políticas y normas nacionales para garantizar el derecho a la salud	16
2.3. El nivel distrital	17
2.4. Políticas y normas para la garantía del derecho a la salud en Bogotá	19
3. RETOS PARA LA FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ	21
3.1. La situación problema objeto de política pública.....	21
3.2. Lineamientos generales de la política pública de salud.....	23
4. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA EN BOGOTÁ.....	25
4.1. Contenidos generales de la política	25
4.2. Etapas y reglas del proceso	25
4.3. Actores en el proceso	29
4.4. Cronograma.....	30

1. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ

1.1. Dinámica del desplazamiento y migración

- 77.4% de la población desplazada encuestada provenía de zonas rurales.
- Escogieron a Bogotá como lugar de residencia por razones de seguridad y 19% refirió haber sufrido más de un desplazamiento.
- 25% de los desplazados encuestados tenía en el 2005 menos de un año de vivir en la ciudad.
- 20% del total llegó en 2002, año reportado como el pico más alto del fenómeno.
- 45% de la población residente local era migrante de departamentos vecinos por razones económicas y 55% había nacido en la ciudad⁶.

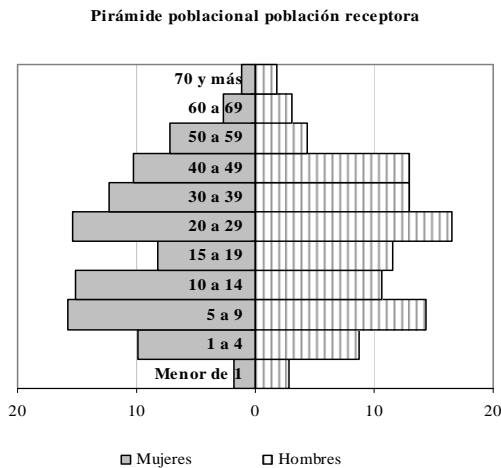
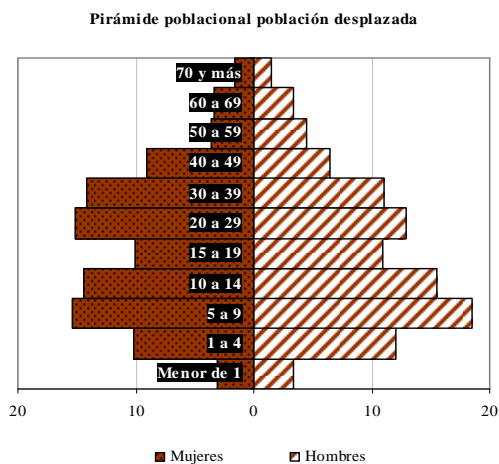


Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

1.2. Composición de la población desplazada y receptora asentada en Bogotá

- La población desplazada era más joven que la población receptora. La media de edad fue de 16 años en los primeros frente a 20 en los segundos.
- La proporción de menores de 15 años fue de 46% en los desplazados y 39% en receptores.
- En la distribución por sexo hay ligero predominio de las mujeres en ambas poblaciones: 52%
- El índice de envejecimiento de las dos poblaciones es bajo (10% en desplazados y 11% en receptores) si se compara con el índice de Bogotá que en 2003 era de 38%.⁷

Pirámides poblacionales personas desplazadas y receptoras encuestadas

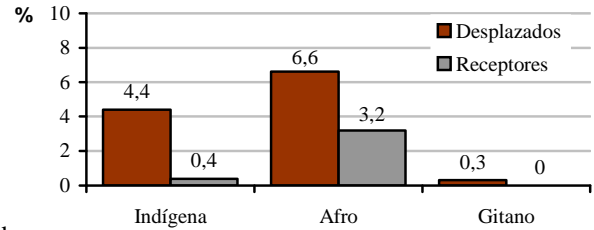


⁶ Según el último censo de población, DANE 2005, el 63% de los habitantes de Bogotá era oriundo de la ciudad y 37% había nacido en otro municipio o país.

⁷ DANE. Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá, Septiembre 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- El riesgo de afectar minorías étnicas es 10 veces mayor en desplazados.
- 11% de los desplazados y 3.6% de los receptores era indígena o afro-descendiente en proporciones significativamente mayores que la distribución por etnia de la población receptora, cuyas cifras son más próximas a la distribución reportada por el Dane⁸ de 0,2% indígenas y 1,5% afro descendientes. El estudio de Codhes-Famig⁹ encontró que en 2006 la proporción de desplazados afro era de 11% y de indígenas el 6%.

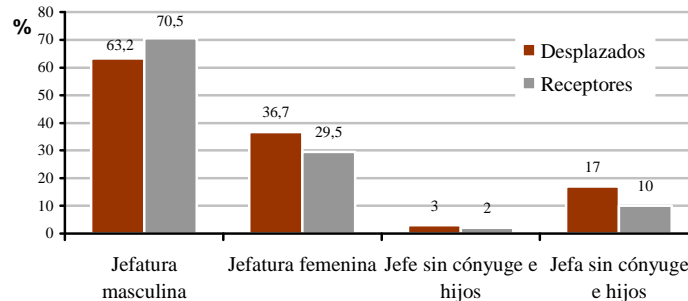


Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá, Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

1.3. Condiciones de vida y bienestar de hogares desplazados y receptores

- El desplazamiento afecta la estructura y dinámica familiares y de manera diferencial a hombres, mujeres, niños, jóvenes y ancianos.
- Antes las familias eran más numerosas (6.2 personas en promedio) y, como consecuencia del desplazamiento, el promedio ha disminuido (5.2). Cerca del 50% de las familias han perdido a algunos de sus miembros.
- La familia nuclear completa predominante en zonas rurales es una estructura menos frecuente en hogares desplazados (50%) que en receptores (60%) y nuevas tipologías como las familias recompuestas conformadas por personas que provienen de uniones anteriores, las familias monoparentales o las familias de hijos solos sin padres (32%) que viven con otros parientes o no parientes, son frecuentes.

Población desplazada y receptora encuestada según jefatura de hogar



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá, Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- La jefatura femenina alcanza 37% en hogares desplazados y 30% en hogares receptores, mayor que el promedio para la ciudad de 34%¹⁰ y que el promedio nacional de 26% en 2005¹¹. En 2006 el estudio de Codhes-Famig¹² encontró que la jefatura femenina era de 57% de los hogares, porcentaje similar a lo reportado por Arco Iris en 2004.
- Las jefas sin cónyuge representaban el 30% de las desplazadas y el 25% de las jefas de hogares receptores, y la vulnerabilidad es mayor al examinar la presencia de hijos menores de 18 años, 17% en las primeras y 10% en las segundas.

⁸ DANE 2005. Censo Nacional de Población.

⁹ Codhes-Famig 2007. *Ob. Cit.*, p. 68.

¹⁰ Ver Encuesta de Calidad de Vida 2003. Bogotá.

¹¹ Datos reportados por DANE 2005, *Ob. Cit.*

¹² Codhes-Famig 2007. *Ob. Cit.*, p. 66.

1.3.1. Vivienda y acceso a servicios

- Las viviendas de los desplazados fueron peores que las de los receptores, 50% habitaba en inquilinatos mientras 60% de los receptores habita en cuartos de otro tipo.
- 68% de los desplazados y 58% de los receptores vivía en estrato 0 o 1 en zonas de alto riesgo.
- El promedio de personas por hogar fue mayor en desplazados. 59% de estos y 43% de los receptores tenía condiciones de hacinamiento crítico, comparados con el 19% antes del desplazamiento.
- Las condiciones y propiedad de la vivienda se deterioraron con el desplazamiento. De casas o apartamentos (95%) se pasa a vivir en inquilinatos o cuartos (93%).
- El acceso a servicios públicos domiciliarios aumentó posterior al desplazamiento, pero la cobertura fue inferior en los hogares desplazados que en los receptores, y del 80% que antes disponía de 2 o más cuartos para dormir, se pasó a 40%.

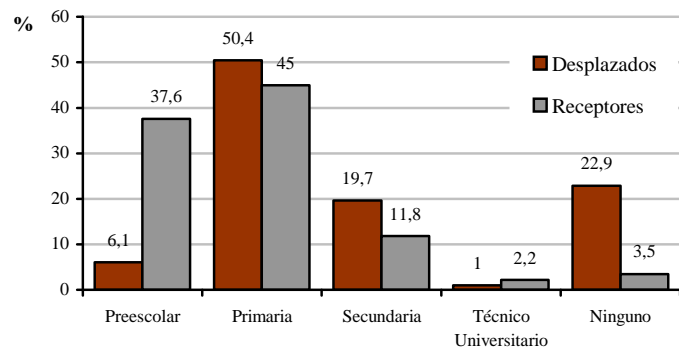
Características de la vivienda	Población antes desplazamiento	Población desplazada	Población receptora
Tipo de vivienda			
Casa o apartamento	95.0	7.0	6.0
Cuartos en inquilinato	3.0	48.0	32.0
Otro cuarto o vivienda	1.9	46.0	62.0
Acceso servicios públicos			
Acueducto	47.0	77.0	79.0
Alcantarillado	76.0	70.0	73.0
Energía	64.0	96.0	98.0
Personas por hogar	6.2	5.2	4.3
Cuartos para dormir			
Uno	19.3	59.0	43.0
Dos o más	80.7	41.0	57.0

Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- A pesar de la mayor cobertura de servicios públicos, por las características de la vivienda y el hacinamiento, el 64% de los desplazados considera que su situación actual es peor que antes del desplazamiento.

1.3.2. Nivel educativo y asistencia escolar

- 23% de la población desplazada y 3.5% de la receptora refirió no haber asistido nunca a la escuela.
- En los desplazados el riesgo de no saber leer y escribir fue 1.5 veces superior que en los receptores (OR= 1.5, 4.0-20.4).
- La proporción de mujeres sin ningún nivel de instrucción fue mayor en población desplazada (11%) que en población receptora (2%) y superior al 6.5% de las mujeres desplazadas y de zonas marginadas reportado en la ENDS-05,
- En ambas poblaciones predominó el nivel de primaria como máximo grado de instrucción.
- 30% de los desplazados y 34% de los receptores mayores de 5 años refirió asistir a la escuela, colegio o entidad educativa.
- Al desagregar la población en edad de estudiar se encontró que la asistencia de los menores entre 5 y 11 años (equivalente a los grados de primaria) fue en general alta y mayor en los niños desplazados (82%) que en los receptores (71%) y que la asistencia de los menores entre 12 y 18 años en edad de cursar secundaria fue más baja en ambos grupos, manteniéndose la tendencia de mayor asistencia en desplazados (71%) que en receptores (58%).



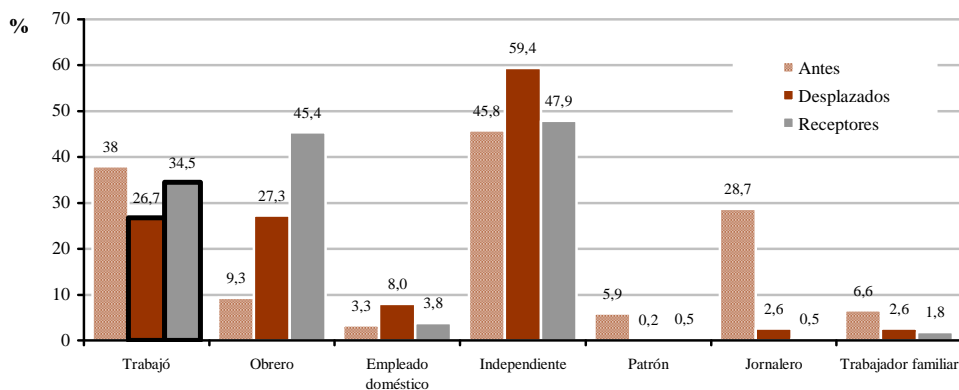
Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- La mayor asistencia en desplazados podría estar explicada por el trato preferencial para la matrícula en instituciones educativas. No obstante, aunque no se obtuvieron datos cuantitativos sobre permanencia, los testimonios refieren deserción escolar por los costos adicionales asociados a la participación escolar como los derivados de útiles, uniformes, trámites y transporte.
- En más del 60% de las dos poblaciones las razones de inasistencia escolar fueron la falta de recursos y la necesidad de trabajar.

1.3.3. Condiciones de empleo

- Si la condición de acceso a un trabajo es difícil ya para la población en general, para la población desplazada esta opción es más complicada, tanto por la baja cualificación para oficios urbanos, como por el imaginario que se construye alrededor de la condición del desplazamiento.
- 27% de los desplazados y 35% de los receptores refirieron tener trabajo y 7% y 3% respectivamente haberlo buscado en las dos semanas anteriores a la encuesta.
- Sólo 19% de los desplazados conservó su vinculación al empleo después del desplazamiento.
- En cuanto a la calidad del empleo, parece ser mejor la condición de la población receptora que la de la población desplazada. Casi la totalidad de los desplazados que hoy cuentan con un empleo lo ejercen en oficios de baja cualificación, tales como obrero y empleado-a doméstica o trabajando por cuenta
- En 70% de los desplazados y 54% de los receptores el empleo es informal o de baja calidad
- La población desplazada en edad de trabajar tiene 1.4 veces más riesgo que la población receptora de no tener trabajo.
- El empleo y la generación de ingresos constituyen una de las necesidades más sentidas por la población desplazada, tanto como requerimiento para el sostenimiento de la familia como por la necesidad de sentirse útiles, integrados y activos. En palabras de los desplazados, “no queremos ser una carga, ni un miserable más de la ciudad”, desean entrar en la dinámica productiva de una nueva vida, aunque sea transitoria, en condiciones de dignidad y posibilidades concretas de acción.

Población desplazada y receptora encuestada según empleo y categoría ocupacional



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

1.3.4. Gasto de los hogares

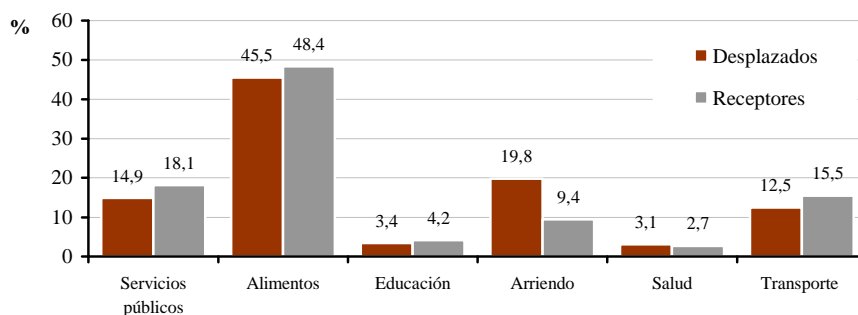
- Cerca de 50% del gasto en el último mes de hogares desplazados (39% según CICR-PMA¹³) y receptores fue en alimentos, seguido del gasto en servicios públicos y transporte.
- La alimentación es una de las necesidades más sentidas de los desplazados. Dos terceras partes de los hogares producían sus alimentos y, posterior al desplazamiento, más del 80% refirió comprarlos, cifra también reportada por el estudio del CICR-PMA¹⁴. En 14% de los casos provenían de donaciones.
- No obstante comprarlos, los hogares manifiestan que la falta de dinero es una de las principales razones que explica la disminución en el número de comidas diarias para los distintos miembros de las familias.

¹³ CICR-PMA. *Ob. Cit.*, p. 31.

¹⁴ *Ibidem*, p. 30

- El CICR ha reportado que en cerca del 50% de los hogares se come menos de tres comidas al día, porcentaje que se eleva al 55.2% en los datos de caracterización de hogares desplazados de noviembre de 2007 de la estrategia de APS de la Secretaría Distrital de Salud.¹⁵
- El gasto promedio es inferior a un salario mínimo en hogares desplazados (igual que lo reportado por CICR-PMA) y, aún cuando el gasto en hogares receptores es apenas 19% superior a un SMLV, es 21% superior que el gasto de los desplazados. Como medida Proxy del ingreso, esto muestra mayor vulnerabilidad de los desplazados.
- Al considerar la estructura, en los hogares desplazados el gasto en arriendo (20%) es significativo y proporcionalmente mayor (43%) al gasto que en el mismo rubro hacen los hogares receptores. Igual ocurre con el gasto en consulta médica, hospitalización o medicamentos que fue en promedio igual entre las dos poblaciones.
- La estructura de gastos en arriendo, servicios, transporte público y alimentos es nueva en los hogares desplazados.
- La situación es más crítica al desagregar el gasto según jefatura. En los hogares desplazados a cargo de mujeres, el gasto promedio es 88% inferior al de los hogares con jefatura masculina, y al comparar con los hogares receptores encabezados por mujeres, el gasto es aún inferior, 78%; una evidencia adicional de la vulnerabilidad asociada a la creciente jefatura femenina.

Distribución del gasto de los hogares desplazados y receptores encuestados



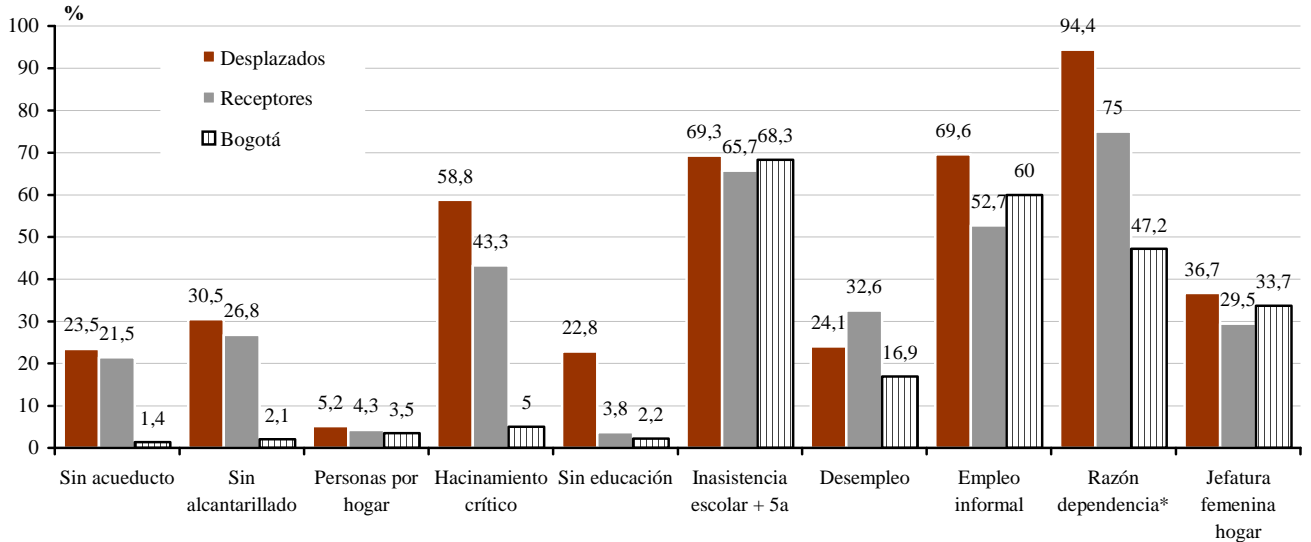
Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- El panorama descrito de hacinamiento, deficiente cobertura de servicios, desempleo, baja educación, pocos ingresos, cambios en la estructura y dinámica familiares y las condiciones de discriminación y estigmatización aparejadas a los imaginarios sociales sobre el desplazamiento, son algunos de los indicadores más representativos de las circunstancias de extrema vulnerabilidad de la población víctima del desplazamiento comparada con la población receptora local, todas determinantes sociales de la salud física y mental y que explican la mayor carga de enfermedad en la población desplazada que se ve agravada por las restricciones en el acceso a servicios de salud y otros servicios sociales.
- Esto coincide con el estudio del CICR-PMA que reporta que la tercera parte de los hogares desplazados están por debajo del mínimo del índice de condiciones de vida ICV¹⁶ y 2/3 partes de estos por debajo de la línea de indigencia, haciendo de los desplazados “la población más pobre entre los pobres” (p. 19).
- No obstante estas evidencias, la información muestra también que la situación de la demás población (receptores) es también crítica si se compara con el comportamiento promedio de los principales indicadores sociales de condiciones de vida de la ciudad como se muestra en la siguiente gráfica.

¹⁵ Ver Secretaría Distrital de Salud. Base de datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Hogar – SQL Server 2000.

¹⁶ El ICV ha sido considerado como una medida Proxy del sistema de sustento de los hogares, para referirse a los mecanismos de control sobre los recursos para enfrentar las crisis y satisfacer necesidades. CICR-PMA. *Ibidem*, p. 6-7.

Indicadores condiciones de vida población desplazada, receptora y promedio distrital 2005



Fuentes: Datos para Bogotá según Dane 2003. Encuesta Calidad Vida 2003 y Censo Nacional de Población 2005. Datos población desplazada Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

*La razón de dependencia se calcula como: No. De personas entre 15 y 65 años/población de 15 a 65.

1.4. Condiciones de salud

- Para las poblaciones estudiadas la salud es un derecho humano fundamental en estrecha relación con los demás derechos sociales como educación, trabajo, vivienda y alimentación
- La población desplazada tiene 1.6 veces más riesgo de percibir mala salud que la población receptora (OR=1.6 1.3-1.8).
- La incidencia de mortalidad (infantil, materna, violenta) fue más alta en la población desplazada, 2.5%, que en los receptores, 0.5%..
- La enfermedad reportada en los 30 días anteriores a la encuesta fue de 10.4% en desplazados y 8.3% (1.3 más riesgo en desplazados OR= 1.29 1.03-1.61) en receptores y la incapacidad por enfermedad fue también más alta en los primeros, 69% que en los segundos, 60%.
- La presencia de discapacidad de algún miembro del hogar fue más alta en los hogares de población receptora 13% que en los desplazados 10%. Codhes-Famig reportó que en 2006 la prevalencia de discapacidad era de 16.5% en hogares desplazados¹⁷, cifra mayor que el promedio nacional de 6.4% estimado en el Censo de 2005¹⁸.

¹⁷ Codhes-Famig 2006. *Ob. Cit.*, p. 74.

¹⁸ DANE. Censo Nacional de Población 2005.

Población desplazada y receptora encuestada según condiciones de salud (%)

Condiciones de salud-enfermedad	Población desplazada	Población receptora
Eventos de interés en salud hogares		
Muertes infantiles, maternas o violentas	2.5	0.5
Discapacidad	10.3	12.8
Percepción sobre salud		
Buena o muy buena	72.5	81.0
Mala o muy mala	27.5	19.0
Enfermedad		
Enfermedad crónica	9.4	9.4
Enfermedad últimos treinta días	10.4	8.3
Incapacidad por enfermedad	69.2	59.6

Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- Los problemas prioritarios de salud son similares en las dos poblaciones pero la población y los funcionarios de los servicios de salud perciben que la magnitud de los eventos es mayor en la población desplazada que en la población receptora
- El perfil de causas está caracterizado por problemas de salud mental, violencia intrafamiliar, desnutrición, embarazo en adolescentes, enfermedades respiratorias y enfermedades de la piel.
- El embarazo adolescente, en particular, tiene presencia importante en ambos grupos. Aunque la proporción de mujeres embarazadas fue superior entre las desplazadas (8%) que en las receptoras (5%), en estas últimas la proporción de embarazo adolescente (mujeres 15-19 años) fue más alta, 36% vs. 28%, porcentajes sin embargo superiores a los reportados por la ENDS de 2005 de 24.5%¹⁹.

Percepción de salud y problemas prioritarios de salud

Población desplazada	Población receptora
Salud mental	Desnutrición
Violencia intrafamiliar	Salud mental
Desnutrición	Enfermedades respiratorias
Embarazo en adolescentes	Dermatitis y otras piel
Enfermedades respiratorias	Embarazo en adolescentes
Dermatitis y otras piel	Enfermedades transmisibles
Enfermedades crónicas	Enfermedades crónicas
Enfermedades transmisibles	Violencia intrafamiliar
Discapacidad	Discapacidad

Fuente: Talleres y grupos focales con funcionarios de los hospitales de la red pública de las seis localidades de Bogotá en estudio Julio-diciembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

¹⁹ Ojeda G y Murad R 2006. *Ob. Cit.*, p. 66.

Ciclo vital	Problemáticas	Problemáticas femeninas	Problemáticas masculinas						
Infancia	De comportamiento, déficit atención Desnutrición ERA, EDA, inmuno-prevenibles Maltrato infantil	Abuso sexual Gestación temprana Maltrato infantil Desnutrición infantil	Maltrato infantil Desnutrición infantil Enfermedades transmisibles Depresión, intento suicidio						
Adolescencia	Embarazo, complicaciones embarazo/parto Ansiedad, depresión, ideario suicida ETS y genito-uritarias Consumo sicoactivos Violencia intrafamiliar	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Influencias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Violencia, discriminación, desarraigo, exclusión social, rechazo, estigmatización</td> </tr> <tr> <td>Pérdida de la familia, destrucción proyecto de vida individual y familiar, cambio de roles</td> </tr> <tr> <td>Falta de ingreso, bajo nivel educativo, hacinamiento, inadecuadas condiciones sanitarias, inseguridad alimentaria, contaminación ambiental</td> </tr> <tr> <td>Dificultad para manejar contexto urbano, nuevos riesgos de consumo (Ej. sicoactivos)</td> </tr> <tr> <td>Falta de acceso a servicios sociales y de salud, respuesta inapropiada a las necesidades particulares (enfoque diferencial)</td> </tr> </tbody> </table>		Influencias	Violencia, discriminación, desarraigo, exclusión social, rechazo, estigmatización	Pérdida de la familia, destrucción proyecto de vida individual y familiar, cambio de roles	Falta de ingreso, bajo nivel educativo, hacinamiento, inadecuadas condiciones sanitarias, inseguridad alimentaria, contaminación ambiental	Dificultad para manejar contexto urbano, nuevos riesgos de consumo (Ej. sicoactivos)	Falta de acceso a servicios sociales y de salud, respuesta inapropiada a las necesidades particulares (enfoque diferencial)
Influencias									
Violencia, discriminación, desarraigo, exclusión social, rechazo, estigmatización									
Pérdida de la familia, destrucción proyecto de vida individual y familiar, cambio de roles									
Falta de ingreso, bajo nivel educativo, hacinamiento, inadecuadas condiciones sanitarias, inseguridad alimentaria, contaminación ambiental									
Dificultad para manejar contexto urbano, nuevos riesgos de consumo (Ej. sicoactivos)									
Falta de acceso a servicios sociales y de salud, respuesta inapropiada a las necesidades particulares (enfoque diferencial)									
Adulto	Complicaciones embarazo, parto puerperio Violencia intrafamiliar Depresión, alteraciones sueño Enfermedades transmisibles Enfermedades crónicas Síntomas inespecíficos Discapacidad								
Adulto mayor	Depresión, tristeza, abandono Enfermedades crónicas Desnutrición Discapacidad								

Fuente: Talleres y grupos focales con funcionarios de los hospitales de la red pública de las seis localidades de Bogotá en estudio Julio-diciembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- Existen diferencias en el perfil de salud por sexo y ciclo vital, aunque los problemas de salud mental están presentes en todos los grupos con diferentes expresiones.
La población desplazada estudiada y los funcionarios de los hospitales refirieron como influencias principales que explican estos problemas de salud, factores derivados de las circunstancias del desplazamiento, las condiciones de vida en los

- asentamientos y las limitaciones de la respuesta oficial en acceso a servicios públicos y sociales.
- No obstante el predominio de alteraciones de salud mental en la población desplazada, funcionarios y población señalaron las limitaciones de los planes de beneficios (particularmente del plan obligatorio del régimen subsidiado) para atenderlas.

1.5. Respuestas a las condiciones de salud y sus determinantes

1.5.1. Reconocimiento formal de la condición de desplazamiento y apoyos institucionales

- 80% de los hogares desplazados refirió haber declarado su situación y 77% del total está incluido en el sistema único de registro SUR²⁰. Si bien estas cifras difieren de lo encontrado en 2007 por el CICR-PMA²¹ que reporta que sólo el 25% de los hogares está incluido en el Registro, las razones aducidas por la población para la no declaración son las mismas: desconocimiento y exceso de trámites y razones de seguridad.
- En 23% de los hogares declarantes que se rechazó su inclusión las principales razones fueron los problemas con la información de la declaración y de nuevo los trámites y razones de seguridad.
- En la práctica, no obstante las normas disponen un tiempo máximo entre la declaración y el registro de 30 días, para el 74% de la población es superior a un mes, 90 días en promedio según CICR-PMA²².
- Los dos estudios mencionados, en su componente cualitativo, encontraron que la baja capacitación de los funcionarios en los derechos de los desplazados y el trato descortés y poco sensible, constituyen barreras para la declaración, así como el desconocimiento de las circunstancias y efectos del desplazamiento forzado es una barrera para la apropiada valoración y reconocimiento

²⁰ Hoy Registro Único de Población Desplazada RUPD

²¹ CICR-PMA 2007, *Ob. Cit.*, p. 21.

²² *Ibidem*, p. 23.

de las declaraciones y la inclusión en el sistema oficial.

- Más del 60% de la población encuestada refirió haber recibido alguna de las ayudas previstas en las normas, fundamentalmente alimentos y subsidio de arrendamiento. 37% de los hogares declaró no haber recibido ninguna
- 63% de la ayuda fue aportada por la Red de Solidaridad Social (hoy Acción Social).

- Vivienda, alimentación, proyectos productivos y salud fueron, en su orden, las necesidades más sentidas.
- Los desplazados consideraron que las ayudas que reciben son escasas, intermitentes e insuficientes y percibieron los trámites y procedimientos para obtenerlas como barreras.

Instituciones y tipos de ayuda a los hogares desplazados encuestados (%)

Tipo de ayuda	RSS	CICR	Cruz Roja	PMA	Pastoral social	Autoridad local/ONG	Amigos/familia	ACNUR	ICBF	Otra
Salud	15.0	0.7	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	1.0	4.2
Educación-capacitación	11.0	1.0	0.0	0.0	0.2	0.7	0.5	0.2	3.0	1.0
Vivienda- arriendo	37.0	2.0	5.5	0.0	0.7	1.0	7.0	0.7	0.0	0.0
Documentación	4.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Empleo	2.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.5	0.7	0.0	0.2	0.5
Mercados -alimentos	47.0	11.0	16.7	4.0	4.0	5.7	12.0	0.5	17.0	2.7
Dinero	10.0	0.5	1.5	0.0	0.0	0.2	4.0	0.7	0.2	0.5
Otra	3.0	1.0	0.7	0.0	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	1.0
No recibe	37.2	84.0	79.0	97.0	92.0	90.0	80.0	96.0	78.0	88.0

Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

1.5.2. Organización comunitaria y capacidad de agencia

- 17 organizaciones de población desplazada participaron en el estudio, de ellas trece estaban legalizadas como organizaciones comunitarias de base con personería jurídica.
- 47% de ellas tenía menos de tres años de funcionamiento y sólo 18% 5 años o más; más del 70% eran del tipo asociaciones y el total de afiliados que reportaron fue de 2.726 familias.
- Casi la totalidad de los representantes y miembros de estas organizaciones fueron líderes comunitarios, gremiales o sindicales en sus lugares de origen.
- Las organizaciones contribuyen a tejer redes que facilitan el acceso a la información, la apropiación de los procedimientos institucionales, la identificación y manejo del medio urbano y, con ello, el acceso a los apoyos estatales previstos.
- Combinan acciones de abogacía (legales y de hecho) para la exigibilidad de derechos, con acciones directas de asesoría y acompañamiento a las familias para la realización de trámites de reconocimiento para recibir los apoyos estatales y realización de programas de atención, promoción de la afiliación en salud, espacios de acogida

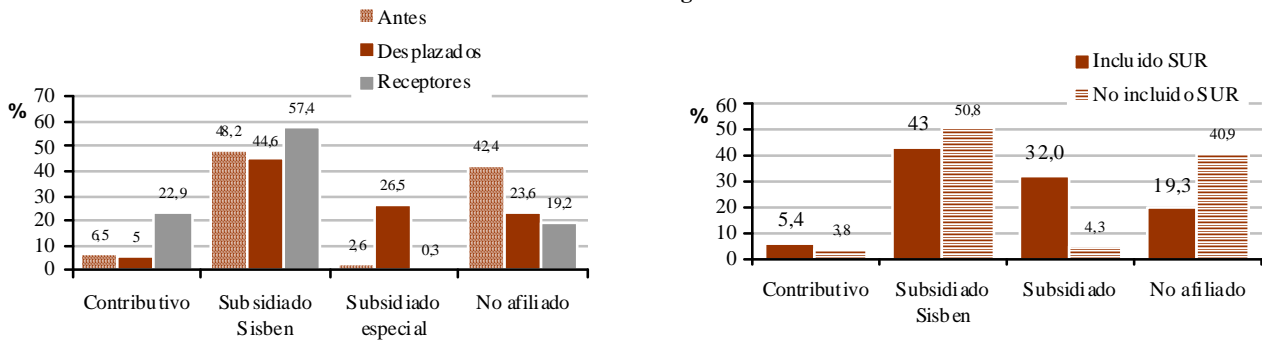
(hogares de paso) o comedores comunitarios, entre otros.

- Un tema central de la acción participativa es el del control social de las instituciones del Estado responsables de la atención en el nivel distrital y nacional.
- Ven en la acción de representación, de abogacía y presencia en espacios de decisión, su principal labor. Sin embargo, expresan desconfianza y desilusión acerca de los efectos de su acción frente al cambio, redirección o implementación de políticas y programas de atención que acojan sus demandas y aportes profusos, por las propias debilidades resultado de la fragmentación de instituciones con intereses diversos y los problemas de representación que se adicionan a la cultura institucional y a la concepción limitada y tutelada de participación que tienen los funcionarios institucionales estatales.
- Habiendo ganado espacios locales y distritales, consideran que su capacidad de incidencia es aún limitada

1.5.3. Afiliación a la seguridad social en salud

- Para responder a las necesidades de salud de la población, las normas disponen que se haga en el marco del sistema de aseguramiento en salud creado con la Ley 100 de 1993.
- La afiliación al sistema general de seguridad social en salud aumentó al comparar la situación antes y después del desplazamiento. La población afiliada era 58% en los lugares de origen y posterior al desplazamiento, había aumentado al 76% como consecuencia de la estrategia de inclusión al sistema de salud como población especial en el régimen subsidiado.
- 71% de los desplazados estaba afiliado al régimen subsidiado (las dos terceras partes como población especial Sisben 0) y 5% al régimen contributivo, en tanto en los receptores 57% estaba en el subsidiado y 23% en el contributivo. Este bajo porcentaje de aseguramiento contributivo en los desplazados estaría explicado por el bajo nivel de empleo.
- Disminuyó la afiliación que tenía la población desplazada al régimen contributivo al comparar antes y después del desplazamiento de 7% a 5%.
- No obstante el mayor aseguramiento actual, la proporción de población desplazada no afiliada (24%) fue mayor que la de la población receptora (19%).
- El riesgo de tener problemas con la afiliación fue también 1.4 veces mayor ($=R=1.4$ 1.1-1.8) en los desplazados siendo la principal razón los trámites (43% desplazados y 27% receptores).
- Las principales razones de no-afiliación referidas por las dos poblaciones fueron: la no aplicación de la encuesta Sisben, la falta de inclusión en el sistema de registro oficial y problemas con los trámites e información.
- La inclusión en el sistema de registro oficial es factor promotor del aseguramiento. De hecho, la no afiliación es dos veces superior en la población no incluida en el SUR (41%), frente a la población registrada (19%).
- Un porcentaje alto de los desplazados declaró no conocer sus derechos en materia de atención en salud (59%), ni los requisitos para usar los servicios médicos (44%), ni los horarios de atención (40%).

Población desplazada y receptora encuestada según régimen afiliación a la seguridad social en salud e inclusión en el registro oficial²³



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

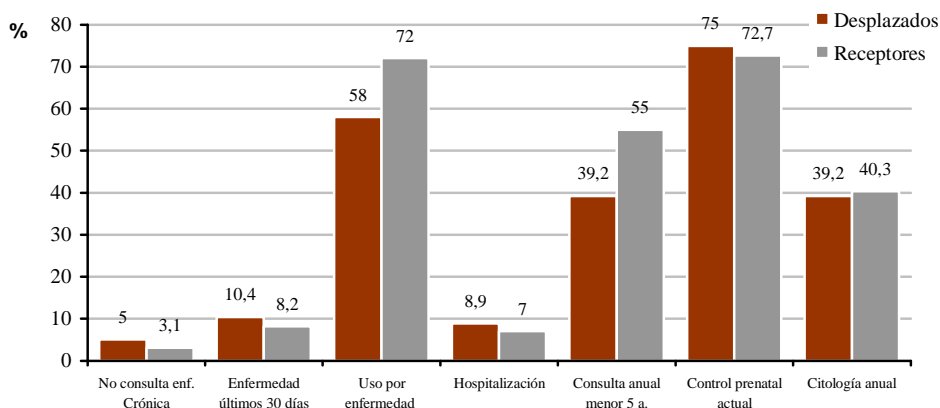
1.5.4. Acceso a servicios de salud

- A pesar de una mayor carga de enfermedad y una percepción de mala salud más alta en desplazados, el uso de servicios según necesidad en los 30 días anteriores a la encuesta fue mayor en receptores, 72%, que en desplazados 62%.
- En ausencia de necesidad (“el caso era leve”), las principales razones de no uso de servicios fueron la falta de dinero (54% en receptores y 43% en desplazados), la falta de tiempo (23%) y el exceso de trámites o negación del servicio (20%).

²³ Se refiere al Sistema Único de Registro SUR hoy Registro Único de Población Desplazada RUPD

- En la población desplazada no incluida en el SUR, la percepción de mala salud fue superior, 32%, la enfermedad reportada de 9.6%, el uso de servicios, particularmente de urgencias, fue de 83%, y predominan las razones de no uso por razones económicas.
- La prevalencia de hospitalización fue también más alta en la población desplazada (9%) que en la receptora (7%), y en la población no registrada oficialmente (8%).
- Al momento de la encuesta 8% de las mujeres entre 14-49 años desplazadas y 5% de las receptoras se encontraban embarazadas, y más del 70% refirió haber asistido a control prenatal en el embarazo actual. La ENDS-05²⁴ reportó en 5.4% el porcentaje de mujeres desplazadas embarazadas y una proporción semejante de quienes refirieron haber asistido a control prenatal, 69%.
- 29% de las mujeres desplazadas y 25% de las receptoras refirió haber tenido embarazos terminados en pérdida o aborto, proporción alta en ambas poblaciones y mayor que lo reportado por la ENDS-05 de 21.8%²⁵.
- 68% de los niños desplazados menores de un año y 72% de los receptores tenía esquema de vacunación incompleto para la edad, y la cobertura de vacunación fue en general mayor en niños que en niñas.
- En relación con la práctica de la citología vaginal, 31% de las mujeres desplazadas y 29% de las receptoras refirió no haberse realizado nunca el examen, porcentajes elevados comparados con el 22% referido por el estudio con mujeres desplazadas de Profamilia²⁶.

Población desplazada y receptora de las localidades en estudio según uso de servicios según tipo



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- En cuanto a la atención, los principales problemas percibidos por las dos poblaciones fueron la demora en la atención y el trato deficiente por parte del profesional y se destaca en los desplazados como problema de la consulta el exceso de trámites en 23%.

²⁴ Profamilia 2006. *Ob. Cit.*, p. 68.

²⁵ *Ibidem*, p. 72.

²⁶ *Ibidem*, p. 98.

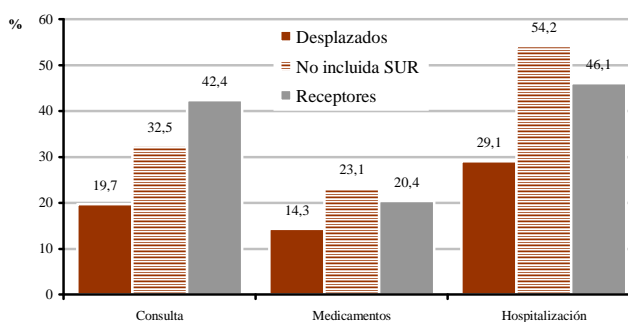
Características de la atención en salud solicitada por la población encuestada (%)

Características de la atención	Hogares y personas desplazadas	Hogares y personas receptoras
Servicio consultado últimos 30 días		
Consulta médica general	65.0	69.4
Consulta médica especializada	5.3	6.4
Urgencias	10.2	9.0
Consulta odontológica	10.2	9.3
Otro servicio	2.1	0.9
Lugar en que se realizó la consulta		
Hospital, centro ARS/EPS afiliación	41.4	65.1
Hospital o centro de salud de la SDS	55.1	30.2
Hospital, clínica, centro privado	3.3	4.6
Problemas con la consulta	7.4	5.7
Tipo de problema con la consulta		
Demora en la atención	31.3	36.0
No recibió buen trato (médico/otros)	29.0	40.0
No le informaron sobre trámites	3.0	2.0
No tenía con qué pagar servicios	6.0	8.4
Muchos trámites para consulta	23.3	9.4

Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- En general el pago por servicios fue mayor en la población receptora que en la población desplazada incluida en el registro oficial SUR; sin embargo en los desplazados no reconocidos el porcentaje que tuvo que pagar por medicamentos y hospitalización fue sensiblemente más alto.
- 42% de los receptores, 33% de los desplazados no incluidos en el SUR y 20% de los desplazados en el registro oficial refirió pago total o parcial de la consulta la última vez que usó servicios.
- Aunque el porcentaje de receptores que pagó por medicamentos fue mayor que el de población desplazada incluida en el SUR, el desembolso efectivo por este rubro fue mayor en los desplazados.

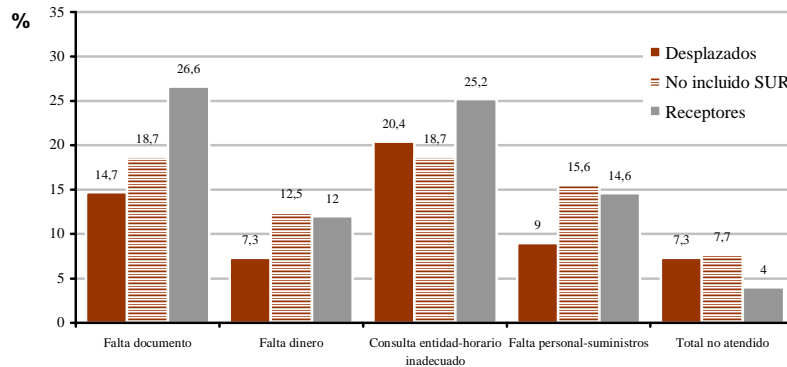
Población desplazada (incluida y no incluida en el SUR) y población receptora según pago por servicios de salud última consulta (%)



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- 7% de los desplazados en el SUR, 8% de los desplazados no reconocidos y 4% de los receptores refirió haber tenido necesidad de consultar los servicios y no haber sido atendido.
- Las principales razones de no atención fueron en los receptores la falta de documento y la consulta en entidad u horario inadecuado en más del 50%, y en desplazados la consulta a entidad que no atiende desplazados, la falta de documento y la falta de dinero.

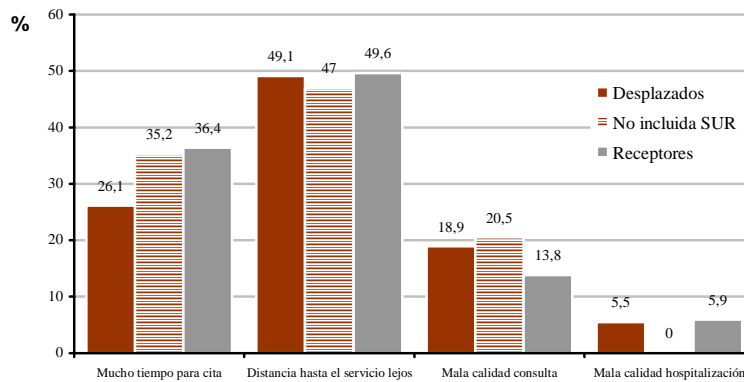
Población desplazada y receptora encuestada según necesidad de servicios y no atención



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- Además de las barreras financieras como razones de no uso, las poblaciones tienen mala percepción sobre aspectos relacionados con distancia, tiempo y calidad de los servicios que afectan el acceso.
- La calidad de la atención fue considerada mala o muy mala por 19% de desplazados y 14% de receptores.
- Cerca de la mitad de ambas poblaciones considera que los servicios le quedan lejos o muy lejos. Alrededor de 40% considera excesivos los trámites para la afiliación y la atención y la percepción del tiempo para recibir los servicios fue calificado prolongado por cerca del 30% de los encuestados.

Mala percepción sobre distancia, tiempo y calidad de los servicios población encuestada



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC.

- De la consulta con la población y funcionarios se identificaron dos categorías de barreras para el acceso a los servicios de salud: barreras por fuera del sector salud y barreras del sistema de salud propiamente.
- El porcentaje de población por fuera del sistema de registro oficial SUR, las limitaciones económicas, físicas y culturales para la movilidad de la población, su desconocimiento de derechos, servicios, horarios, requisitos y red para la atención y las dificultades en el flujo de información entre el registro oficial y las instituciones, fueron considerados las principales barreras externas.
- De las barreras propias del sistema, los desplazados muestran mayores dificultades para acceder a los servicios de salud debido a limitaciones asociadas a sus condiciones económicas que impiden el desplazamiento dentro de la ciudad o los pagos parciales de servicios en medicamentos y consultas, pero también barreras de la forma como se organizan y estructuran los servicios de salud.
- En relación con el aseguramiento se resaltaron como obstáculos: La obligatoriedad de identi-

cación de los afiliados para el cobro de los servicios a las aseguradoras; la des-actualización de las bases de datos que registran a la población desplazada; las dificultades de desafiliación a aseguradoras previas al desplazamiento; la multiplicidad y complejidad de trámites para la afiliación y la atención; las dificultades para la movilidad dentro de la ciudad que implica la organización local del aseguramiento; las restricciones en los beneficios del régimen subsidiado frente a los ofrecidos en el contributivo

- Sobre el proceso y organización de la atención, las principales barreras identificadas fueron: La

fragmentación de la atención por niveles, la inoperancia del sistema de referencia y contrarreferencia y la concentración de la oferta de servicios en ciertas áreas que definen grandes distancias hasta los servicios; geográficas; el incumplimiento en los beneficios como la entrega completa de medicamentos; el desconocimiento de los funcionarios sobre derechos de los usuarios y la baja oportunidad, integralidad, continuidad y calidad de la atención para responder a las complejas y específicas demandas de los desplazados, particularmente en aspectos de salud mental.

En síntesis:

Este panorama permite concluir que el desplazamiento acentúa la vulnerabilidad y la exclusión y profundiza las desigualdades en condiciones materiales de vida, resultados en salud y acceso a servicios sociales y de salud.

Los desplazados son en su mayoría mujeres, niñas-os y jóvenes. La jefatura femenina de hogar es más alta entre desplazados que en la población pobre no desplazada y la frecuencia de indígenas y afro-colombianos es 10 veces mayor. Son víctimas de desarraigo, discriminación y estigmatización. Habitan en condiciones precarias, en zonas de alto riesgo, hacinados y con menor acceso a servicios públicos.

Comparativamente con la población receptora, tienen altas tasas de desempleo y empleo de mala calidad, bajo nivel educativo y alta deserción escolar; tienen 1.6 veces más riesgo de percibir mala salud y una prevalencia mayor de muertes infantiles, maternas y por violencia. Cerca del 40% no recibe ayuda estatal alguna. Además, tienen una participación limitada en la formulación de las políticas públicas.

Aunque tienen mejores niveles de aseguramiento comparados con los lugares de origen, la cobertura es menor que en la población receptora, reciben menos beneficios que los afiliados del régimen contributivo y tienen más barreras geográficas, administrativas y económicas de acceso a los servicios que se expresan en un menor uso de servicios y, el modelo de atención, particularmente en problemas sico-sociales, es inefectivo frente a sus necesidades.

2. POLÍTICAS Y NORMAS PARA LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA

2.1. El nivel nacional

La normatividad dirigida a la protección de los derechos de la población desplazada por la violencia en Colombia ha tenido importantes avances en los últimos trece años. Este marco normativo parte del reconocimiento del desplazamiento y su crisis subsiguiente, y orienta políticas públicas con un importante compromiso institucional y presupuestal. Para diversos actores estos progresos han permitido atenuar el proceso de deterioro y exclusión social de los desplazados^{27 28 29}.

A pesar que la dinámica actual del desplazamiento forzado interno en Colombia se inició en la década de los 80 solo es hasta 1995 que el gobierno nacional crea el primer abordaje específico y sistemático sobre el desplazamiento a través del CONPES 2804/95, el cual busca garantizar el retorno voluntario o el reasentamiento de la población. Dos años después, mediante la ley 387/97 y sus decretos reglamentarios, se reconocieron la situación de la población desplazada y sus derechos, se establecieron etapas específicas para la atención, se realizó una re-organizaron y articularon institucional y se trazó el norte de la intervención a través del Sistema Nacional y el Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.

Desde entonces la política para la población desplazada en Colombia se edifica sobre tres fases: Una de prevención que busca anticipar los riesgos de desplazamiento. La segunda o de Atención Humanitaria de Emergencia (AHE), tiende a asistir y proteger las necesidades de alimentación, aseo

personal, atención en salud, transporte de emergencia y alojamiento transitorio. La tercera o de Consolidación y Estabilización Socioeconómica (CES), pretende la recuperación de la capacidad productiva y la sostenibilidad económica y social de los hogares a través de créditos y asistencia técnica, asignación de tierras, planes de empleo y acceso a programas sociales regulares de salud, educación, vivienda y a los dirigidos a la niñez, la mujer y las personas de la tercera edad.

Los resultados e impacto de la política de atención a los desplazados han sido objeto de diversos estudios y evaluaciones, los cuales tuvieron su principal hito en la sentencia T-025 de 2004 de la Corte Constitucional³⁰. Esta sentencia concluyó que por las condiciones de vulnerabilidad extrema en las cuales se encuentra la población desplazada, así como por la omisión reiterada de las distintas autoridades encargadas de brindarle una protección oportuna y efectiva, se han violado sus derechos.

Para la Corte esta violación ha ocurrido de manera masiva, prolongada y reiterada y obedece a un problema estructural de la política en razón a la insuficiencia de recursos destinados a financiarla y a la precaria capacidad institucional para implementarla. En consecuencia, declaró un Estado de Cosas Inconstitucional (ECI) el cual busca como efectos que las autoridades ajusten y mejoren sus actuaciones.

Tras esta declaratoria el Gobierno expidió un cuerpo de normas, dentro de las cuales las más importantes son el decreto 250/05 que ordena el nuevo Plan Nacional de Atención y el CONPES 3400/05 que busca asegurarla financieramente. El decreto tiene como objetivo establecer la política general del Gobierno y las líneas de acción para la prevención y la atención al desplazamiento forzado interno en Colombia, e integra en sus principios los enfoques diferencial, territorial, humanitario, restitutivo y de derechos.

²⁷ Ver ACNUR 2007. Introducción, conclusiones y recomendaciones del balance de la política pública de atención integral a la población desplazada por la violencia 2004-2006; Balance de la política pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado en Colombia. Agosto 2002-agosto 2004; Balance de la política de atención al desplazamiento interno forzado en Colombia 1999-2002.

²⁸ CODHES- Pastoral Social, 2006. Desafíos para construir nación. El país ante el desplazamiento, el conflicto armado y la crisis humanitaria 1995-2005. Bogotá, CODHES- Secretariado Nacional de Pastoral Social.

²⁹ Defensoría del Pueblo, 2003. Evaluación de la política pública en procesos de restablecimiento de la población desplazada desde un enfoque de derechos humanos. Bogotá, junio, 76 p.

³⁰ Sentencia T-025 de 2004.

No obstante, el avance normativo, según diversos estudios e investigaciones³¹ persisten problemas estructurales en las políticas de atención entre los cuales se encuentran: Retroceso en la concesión de la ayuda humanitaria, incipiente incorporación de un enfoque de derechos más allá de la fase de emergencia; ausencia de estrategias para articular la transición entre las fases; insuficiencia de los espacios de participación y carencia de un enfoque diferencial. Además, se indica la continuación de problemas institucionales como su desarticulación y falta de sincronización, indefinición de competencias y responsabilidades, limitaciones en recursos humanos, logísticos y tecnológicos, ausencia de información oportuna y sistemática sobre la gestión de las estrategias implementadas y sus resultados y la persistencia de barreras de acceso a los servicios estatales para una parte considerable de la población debida a su no inclusión en los registros oficiales, que puede alcanzar el 50%³².

Se han señalado también las limitaciones de las políticas sociales que reducen la atención a los programas de lucha contra la pobreza, en particular del proyecto bandera del Gobierno Nacional para la atención a las víctimas del desplazamiento a través de Familias en Acción. Este hace parte de los programas de transferencias condicionadas cuyo objetivo es compensar a corto plazo la disminución de ingresos durante las crisis económicas mediante la entrega de subsidios en efectivo y, a largo plazo, romper el ciclo intergeneracional de la pobreza mediante mejoras en capital humano (salud y educación).

La efectividad de largo plazo de Familias en Acción es incierta pues en la realidad no existe una relación directa y lineal entre el aumento del capital humano y la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, debido a la complejidad de los fenómenos sociales, culturales y económicos que intervienen en la

población desplazada. Sólo para ilustrar, según datos del CICR³³, solo el 64% de los hogares de Bogotá conoce el programa y se inscribió.

Estos hechos explican el porqué la Corte Constitucional considera que, a pesar las normas y la mayor apropiación de recursos, aún no se ha superado el Estado de Cosas Inconstitucional y se han restablecido los derechos de los desplazados, por lo que mantiene su competencia que se expresa en más de 40 Autos de seguimiento pronunciados desde 2004. De estos se resalta la preocupación por evaluar los objetivos de la política y el grado de realización de los derechos contenidos en las metas e indicadores de que tratan los Autos 109 y 233 de 2007, en los que se definen indicadores de goce efectivo (GED), complementarios y sectoriales para la medición de los avances en los derechos en las distintas etapas de la prevención, atención inmediata y restablecimiento de que tratan las leyes.

2.2. Las políticas y normas nacionales para garantizar el derecho a la salud

En una perspectiva de derechos se entiende el derecho a la salud como un derecho inclusivo que abarca no solo la atención en salud sino también los principales determinantes como el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, la nutrición y vivienda adecuadas, condiciones sanas de trabajo y el medio ambiente y acceso a educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud³⁴, cuyos elementos mínimos esenciales son: disponibilidad, accesibilidad (física, económica, información, no discriminación), aceptabilidad y calidad.

En los principios rectores de los Desplazamientos Internos enunciados por Naciones Unidas³⁵ se encuentra que, cualesquiera que sean las circunstancias, las autoridades competentes deben proporcionar a los desplazados internos, como mínimo, servicios médicos y de saneamiento esenciales, y servicios psicológicos y sociales.

Como lo señala la Corte Constitucional, en un derecho con marcada dimensión prestacional como el de la salud, se deben cumplir la prohibición de

³¹ Ver Unidad Técnica Conjunta – UteC, Convenio Acción Social – ACNUR (2007) “El Desplazamiento Forzado en Colombia 10 Años de Política Pública”; CODHES – Pastoral Social, *Ob. Cit.*; Ibáñez AM 2006. La estabilización económica de la población desplazada. Serie Working Papers FIP No. 3. Fundación Ideas para la Paz; Ibáñez AM y Moya A 2006. ¿Cómo el desplazamiento forzado deteriora el bienestar de los hogares desplazados?. Análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepción. Documento Cede 2006. Bogotá, julio, 43 p. Comisión de Seguimiento a la Política Pública Sobre el Desplazamiento Forzado (2008) Proceso Nacional de Verificación de los Derechos de la Población Desplazada, Primer Informe a la Corte Constitucional, Bogotá.

³² Comisión de Seguimiento a la Política Pública Sobre el Desplazamiento Forzado (2008), *Ibidem*.

³³ *Ibidem*

³⁴ Naciones Unidas, El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11/08/2000.

³⁵ Principios Rectores de las Naciones Unidas para los Desplazamientos Internos. E/CN.4/1998/53/Add.2, 11Feb 98.

discriminación y a desconocer unos mínimos³⁶. En cuanto a los desplazados, dichos mínimos se refieren tanto a la prestación del servicio cuando sea urgente e indispensable para preservar la vida y la integridad de la persona ante situaciones de enfermedad o heridas como a la prevención de las enfermedades contagiosas e infecciosas. Para cumplir con este derecho, el Estado debe realizar todas las acciones necesarias para garantizar el acceso efectivo al sistema sanitario y para garantizar el suministro de los medicamentos que se requieran.

En el sector salud es a partir la ley 387/97 que la atención de la población desplazada comienza a verse regulada. En esta norma se señala que el SGSSS debe implementar los mecanismos para que la población desplazada acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación. Sin embargo, para acceder a estos servicios es requisito estar inscrito en el RUPD.

La amplitud de la cobertura se da conforme a las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para el respectivo régimen de afiliación (contributivo, subsidiado o de excepción), pero si la población no está asegurada ni tiene capacidad de pago, quien asume la prestación de los servicios es la entidad territorial receptora³⁷.

El decreto 250/05 establece dentro de la AHE las siguientes acciones a) Apoyo psicosocial; b) Atención inicial de urgencias; c) Atención en salud a la población incluida en el RUPD según su situación de afiliación al SGSSS, mientras que en el caso de la población no asegurada, la norma señala que los servicios se brindarán por las instituciones prestadoras de salud pública que defina la entidad territorial receptora y, d) el desarrollo de acciones de salud pública, en lugares de asentamiento masivo. En la fase de consolidación socioeconómica se establece que: a) el acceso a los servicios se hará conforme a lo dispuesto en la normatividad promoviendo la afiliación al régimen subsidiado; b) las Direcciones territoriales de salud beneficiarán a la población desplazada de manera prioritaria de las acciones del PAB; c) en los procesos de retorno y reubicación las direcciones municipales de salud adelantarán jornadas y acciones de salud pública y, d) se buscará fortalecer la dotación y el mejoramiento de la infraestructura de las instituciones públicas de salud, ubicadas en lugares de retorno o

reubicación. Finalmente, establece como responsables al Ministerio de la Protección Social ya las Direcciones y Secretarías de Salud a nivel regional.

En términos de resultados nacionales, las coberturas en salud siguen siendo insuficientes³⁸. La Comisión de Seguimiento a la Política Pública sobre el Desplazamiento Forzado, basada en los indicadores de medición propuestos por la Corte, encontró que en 2007 la cobertura de aseguramiento de personas incluidas en el RUPD era de 79%, de los cuales el 90% se encontraba afiliado al régimen subsidiado y sólo 9,5% al contributivo. Si la proporción de población no incluida en el RUPD es cercana al 50%, la cobertura efectiva sería sustancialmente menor. La cobertura en atención sicosocial fue del 21% y sólo 51% de los niños menores de 7 años con esquemas completos de vacunación³⁹. Con estos resultados concluye no se ha alcanzado aún el derecho a la salud para los desplazados.

2.3. El nivel distrital

En Bogotá la atención a los desplazados está enmarcada por las políticas y leyes nacionales, aunque la ciudad ha formulado y ejecutado políticas considerando los principios de subsidiariedad, complementariedad, descentralización y concurrencia. Los principales antecedentes regulatorios de la ciudad para atender son el Acuerdo 02 y el Decreto 624 de 1998⁴⁰ mediante los cuales se crean el Consejo y el Plan Distrital para la Atención Integral de los desplazados por la violencia.

Con el Plan de Desarrollo 2004-2008 Bogotá sin indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión la ciudad avanzó en la formulación e implementación de políticas y programas de atención a la población víctima de desplazamiento forzado. Ejemplo de ellos es el Proyecto “Atención Complementaria a Población en Situación de Desplazamiento Forzado, Desmovilización o Vulnerabilidad frente a la Violencia en el Distrito Capital, con perspectiva de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario” a

³⁸ Unidad Técnica Conjunta – UteC, Convenio Acción Social – ACNUR (2007), *Ob. Cit.*

³⁹ *Ibidem.*

⁴⁰ Ver: Concejo de Santafé de Bogotá Distrito Capital. Acuerdo No. 02 de abril 20 de 1998. “Por el cual se dictan normas para la atención integral de los desplazados por la violencia y se dictan otras disposiciones”; Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. “Decreto No. 624 de julio 13 de 1998. “Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Consejo Distrital para la Atención Integral de la Población desplazada por la Violencia”

³⁶ Sentencia T-025 de 2004, *Ob. Cit.*

³⁷ Decreto 2131 de 2003

cargo de la Secretaría de Gobierno, cuyos objetivos son: Diseñar e implementar políticas para la PD, coordinar las instituciones Distritales de atención y las organizaciones de personas en situación de vulnerabilidad; mejorar el sistema de atención a PD; y establecer un enfoque diferencial de atención.

Es en este marco de política de la administración anterior que se diseña y aprueba en 2004 el Plan Integral Único de Atención a la Población desplazada (PIU) mediante el cual se establecen las fases de materialización de los derechos de los desplazados y las instituciones de la ciudad responsables de su ejecución, el cual tuvo como característica la amplia participación de la población y de entidades nacionales y distritales.

En la fase de ayuda humanitaria de emergencia el Distrito brinda atención complementaria representada en bonos alimentarios de urgencia que se distribuyen en las Unidades de Atención y Orientación (UAO); vinculación a programas psicosociales; vinculación prioritaria a los programas que de protección de la familia, el menor y el adulto mayor que ofrece la Secretaría de Integración Social; transporte de emergencia y orientación legal. Además, en las UAO se cuenta con la presencia permanente de la Personería de Bogotá para la toma inmediata de las declaraciones.

En la fase de consolidación consolidación socioeconómica, el gobierno distrital ha establecido programas complementarios como el de documentación, programas de alimentación y programas dirigidos especialmente a la población infantil, a las mujeres en estado de gestación o de lactancia y a las personas mayores.

Frente a la generación de ingresos, el gobierno de la ciudad ha implementado algunas estrategias que pretenden hacer a la población económicamente autosuficiente. Sin embargo, según el estudio Gota a Gota los programas que existen no son sensibles con la realidad de la población desplazada, no se articulan con los requerimientos de la oferta laboral, son insuficientes, de lento proceso para la respuesta y muchas veces incoherentes con las normas⁴¹. Según el CICR⁴², las estrategias de capacitación para conseguir trabajo y para mejora de negocios tienen una cobertura baja (12%).

Las personas asisten a las capacitaciones confiadas en recibir recursos oportunamente para su proyecto productivo o ubicación laboral, pero algunos se encuentran con demoras en la respuesta institucional. Además, tales políticas no cuentan con un enfoque diferencial de género, desconociendo los mayores riesgos de caer en la pobreza absoluta que tienen los hogares encabezados por mujeres como lo han demostrado varios estudios.

Frente al tema de vivienda se resalta la política de Subsidio Distrital de Vivienda complementaria al subsidio proveído por la nación. No obstante, la suma de ambos subsidios no es suficiente para la compra de vivienda digna en la ciudad. Como lo señala el CICR⁴³ la política distrital de vivienda para desplazados no reconoce barreras de acceso administrativas y económicas como los costos de los trámites, la escrituración, los documentos de soporte, los avalúos, las fotocopias y las dificultades para asegurar la financiación por entidades privadas para cubrir el faltante del valor del inmueble. Como resultado, sólo un 12% de los desplazados que solicitó el subsidio lo recibió y de estos la mayoría eran hogares registrados. Los hogares que recibieron el subsidio tuvieron que esperar en promedio 18 meses para recibir respuesta.

En educación el distrito ha ejecutado una serie de estrategias entre las que se destacan el acceso gratuito a la educación hasta el grado 11 y los subsidios permanentes para cubrir gastos de matrículas y transporte. Empero, estos apoyos escolares son recibidos apenas por la mitad de las personas que asisten a establecimientos educativos.

Igualmente ha implementado proyectos que buscan reconocer e integrar de manera plena a la vida escolar a grupos con condiciones específicas de aprendizaje y brindar oportunidades educativas para jóvenes des-escolarizados y adultos. El estudio del CICR⁴⁴ muestra que a pesar de estos esfuerzos se siguen presentando barreras económicas para acceder al estudio: los costos adicionales para materiales, actividades extra, libros, uniformes y pago de transportes. Y si bien es cierto que estas facilidades se crearon para superar las barreras, en algunos casos se han convertido en elementos de discriminación y estigmatización. Tampoco la oferta educativa cuenta con un enfoque diferencial por género, y es incipiente en cuanto a etnias⁴⁵.

⁴¹ Codhes-Famig, *Ob. Cit.*

⁴² CICR-PMA, *Ob. Cit.*

⁴³ *Ibidem.*

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Ibidem.*

2.4. Políticas y normas para la garantía del derecho a la salud en Bogotá

Es a través del PIU y del Plan de Desarrollo 2004-2008 que el abordaje a la problemática del desplazamiento toma en el distrito mayor fuerza.

En materia de salud, la respuesta a la situación de la población desplazada se fundamenta en tres ejes: aseguramiento, prestación de servicios y salud pública, en el marco del enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud que se define como: “el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales”⁴⁶, entendiendo por autonomía la capacidad de decidir y materializar los proyectos de vida de acuerdo con las necesidades.

La importancia de este enfoque es que permite comprender que las enfermedades, la asistencia médica, el ambiente, el acceso a servicios públicos y otros servicios sociales son causas que afectan la pérdida de autonomía, y por tanto deben ser intervenidos propendiendo por la distribución equitativa de oportunidades⁴⁷.

En cuanto al aseguramiento, la política se basa en la afiliación al régimen subsidiado la cual es financiada con recursos del Sistema General de Participaciones y recursos propios, y se promueve mediante jornadas de afiliación, verificaciones constantes del sistema de información, ferias periódicas de afiliación y reemplazo de cupos.

Para la afiliación al Régimen Subsidiado en la vigencia 2006, el Distrito financió del 1 de enero al 30 de septiembre la suma de \$5.244.621.145.20 con el fin de cubrir la atención en salud de 31.782 desplazados. Para el último trimestre del mismo año se contó con recursos adicionales del Ministerio de la Protección Social por \$1.318.460.359 y aportes distritales equivalentes a \$443.219.080 para un total de \$7.006.300.584, garantizando la continuidad de la afiliación⁴⁸.

⁴⁶ Secretaría Distrital de Salud. Marco política de salud pública. Bogotá, noviembre de 2007. Presentación en ppt.

⁴⁷ Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos del plan de acciones colectivas para población desplazada 2008. Bogotá, marzo, p. 9.

⁴⁸ Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento. Registro presupuesto de inversión atención a población desplazada. 2006-2007.

Durante el año 2007 el número de personas afiliadas fue de 30.902. Esto no significa una pérdida de afiliados sino que es el resultado de los procesos de depuración de las bases de datos por los cuales se identificaron duplicaciones con lo que de los más de 45.000 identificadas, sólo 31.000 se encontraban activas. No obstante el aseguramiento ha tenido avances importantes los cuales pueden mostrarse a partir de la asignación presupuestal para el aseguramiento de la población que en octubre de 2007 alcanzó \$6.300 millones, el 90% del valor asignado para todo el año 2006 y en marzo de 2008 \$7.180 millones para un total de 33.646 personas afiliadas.

En materia de prestación de servicios, la población desplazada accede a través de la Red adscrita y complementaria. Los servicios prestados incluyen consulta externa, hospitalización, procedimientos y atención de urgencias. La población registrada en el sistema de información oficial (SIPOD) y que se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado tiene derecho a los servicios, medicamentos y procedimientos incluidos en el POS subsidiado, sin mediar copago, y los servicios no incluidos en el POS se hacen con cargo al subsidio a la oferta. La población no afiliada, por su parte, recibe atención a través del subsidio a la oferta como participante vinculada o mediante demanda inducida.

Tanto en la red adscrita como en la complementaria, se realizaron durante el primer semestre del año 2005 85.689 atenciones a personas desplazadas, 367.615 en el año 2006 y entre enero y septiembre de 2007 un total de 322.789, evidenciándose un aumento sostenido de las atenciones, según los registros RIPS.

Ello es, entre otras razones, resultado de las decisiones para intervenir las barreras de acceso a los servicios. En 2006 el gobierno distrital emitió la circular 006 en la cual se indican los procedimientos para garantizar la atención en salud a la población desplazada. Por un lado, la norma indica que la PD vinculada, con la sola declaración de los hechos que motivaron el desplazamiento podrá acceder a los servicios de salud, tanto de promoción y prevención, urgencias y las acciones del POS sin cancelar cuotas de recuperación ni presentar ningún tipo de autorización. Para estos efectos, la declaración de la situación de desplazamiento tiene una validez de 90 días (Anexo 2, circular 006-06), término del que dispone Acción Social para certificar registrar a las personas desplazadas y que puede ser extendido hasta por 180 días más (numeral 3, anexo 2, circular 006-06).

La Secretaría destina una parte del presupuesto para el desarrollo de actividades que desde el área de salud pública buscan avanzar en la garantía del derecho a la salud bajo el enfoque promocional de calidad de vida y teniendo como estrategia fundamental la Atención Primaria en Salud⁴⁹. Y determina su accionar por núcleos problematizadores, generadores y transversalidades de los que se desprenden las acciones que realizan los hospitales de primer nivel de la red pública.

La atención en salud por el Plan de Atención Básica PAB a la población desplazada en el Distrito, se ha configurado desde el 2007 como una estrategia para transversalizar las acciones a partir de la caracterización por la estrategia de *Salud a su Hogar* y a través de la construcción participativa de procesos de gestión local, de vigilancia en salud pública y de abordaje de los fenómenos sociales del proceso salud – enfermedad en ámbitos de vida cotidiana y comunitario y por etapas del ciclo vital.

Los recursos asignados responden a una meta fija de beneficiarios por actividad en cada ámbito y componente, y se factura por un techo fijo mensual a las empresas sociales de primer nivel de la red pública que ejecutan las acciones⁵⁰.

Es en este marco que se desarrollan las acciones de ampliación de coberturas de acciones de salud pública como caracterización y metas útiles de vacunación, respuesta integral en el área de salud mental a través de proyectos especiales de los hospitales, procesos de planeación con participación de los desplazados, atención en el área de salud sexual y reproductiva, acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública en las 10 localidades con mayor presencia de población desplazada y, capacitación y asesoría a funcionarios sobre derechos y deberes de los desplazados.

Además, la Secretaría de Salud ha articulado su respuesta a las necesidades específicas de los desplazados a través del Grupo Funcional de Desplazamiento, el cual tiene como objetivo responder integralmente a las necesidades y demandas de la población y construir de manera participativa e incluyente los lineamientos y enfoques que orientan la acción de la SDS. Estos lineamientos tienen como objetivo general garantizar el derecho a la salud enfocado en la inclusión social y la ciudadanía activa, y sus objetivos y enfoques se describen en la sección 3.

No obstante esta respuesta, tal parece que las intervenciones del gobierno distrital, aunque son un avance importante y ejemplo nacional, no son suficientes aún para mejorar la situación de salud de los desplazados y contribuir a superar el Estado de Cosas Inconstitucional declarado por la Corte.

Bogotá debe complementar la atención dada por la nación que es débil y en algunos ámbitos tiende a deteriorarse. En el nivel distrital los enfoques de discriminación positiva y diferencial tienen baja capacidad resolutive en la práctica y predomina todavía el asistencialismo. Además, los sistemas de atención presentan deficiencias en coberturas, barreras de acceso económicas, administrativas, culturales y geográficas, existen problemas de calidad y persisten las dificultades intra e inter institucionales de rectoría, articulación, definición de competencias, sincronización en distintos niveles y limitaciones en recursos humanos, logísticos y financieros, tal como lo muestran los datos de la línea de base y los han relatado numerosas investigaciones y evaluaciones citadas.

⁴⁹ Lineamientos de atención a la población desplazada SDS 2006

⁵⁰ Informe de cumplimiento a la Sentencia de Tutela T-025 de 2004 de la Corte Constitucional, con respecto a la atención integral en salud de la población residente en Bogotá D.C. en situación de desplazamiento forzoso por la violencia en el año 2006 y 2007.

3. RETOS PARA LA FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ

De manera general las evidencias aportadas por las distintas fuentes muestran que el desplazamiento acentúa los riesgos para la salud y la exclusión social y profundiza las desigualdades en condiciones materiales de vida, resultados en salud y acceso a servicios sociales y de salud.

Los desplazados tienen una mayor vulnerabilidad que los demás colombianos porque a los riesgos anteriores al desplazamiento (generalmente la pobreza y exclusión) se sobreponen los propios de éste (la pérdida en calidad de vida, activos físicos, derechos y capital social), los de la desatención del Estado y de la sociedad (pérdida de capacidades, oportunidades futuras y empeoramiento de las consecuencias sociales del desplazamiento) y los de la discriminación y falta de reconocimiento de las circunstancias del desplazamiento, de la diversidad cultural de la población y de la necesidad de un enfoque de derechos, diferencial y afirmativo, todos los cuales configuran una alta carga de riesgos, exposición diferencial e inequidad.

3.1. La situación problema objeto de política pública

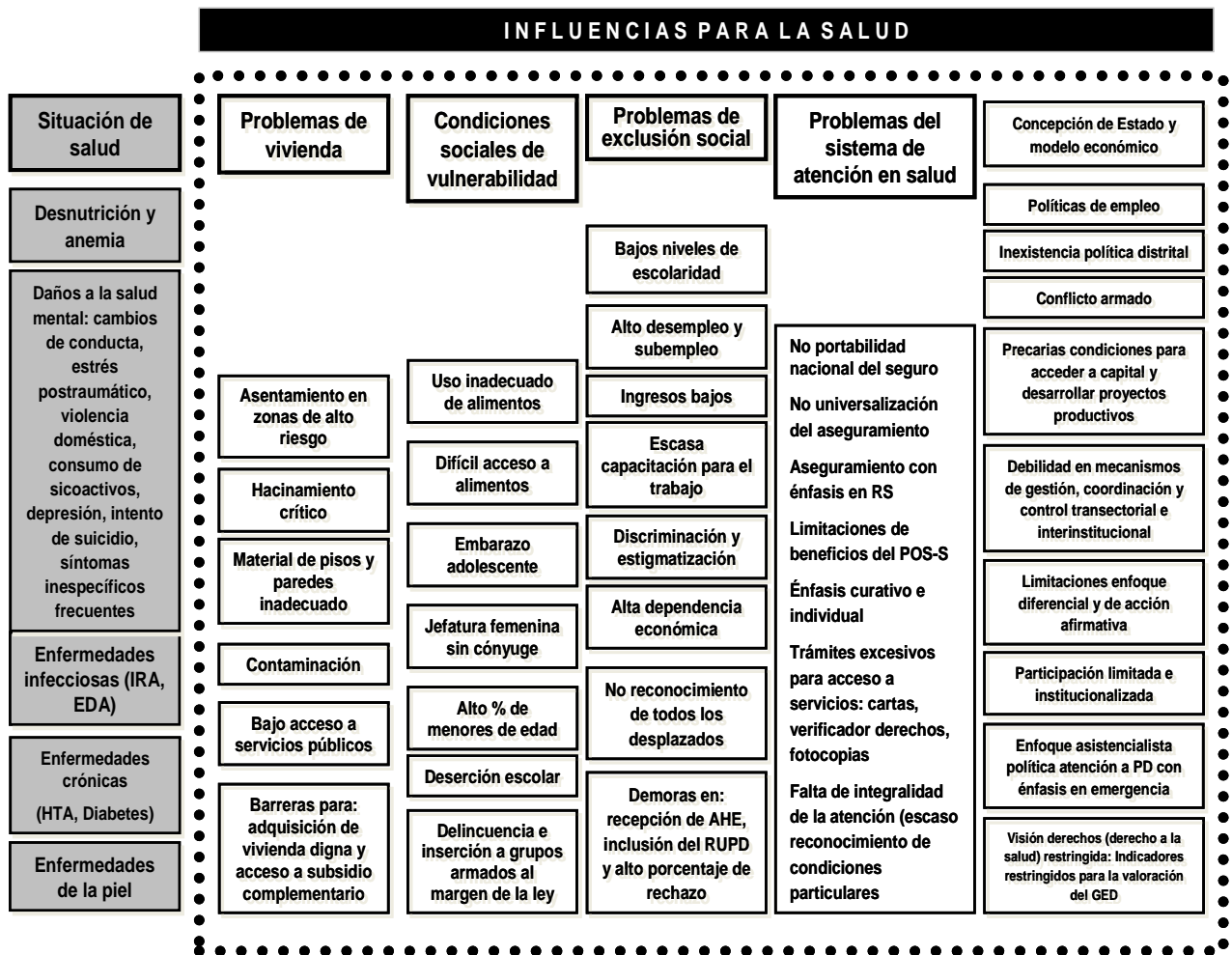
Para avanzar en la construcción y la concertación de las acciones para la intervención, el conjunto de problemas identificados en la línea de base han sido sometidos a juicio y análisis de la población afectada –particularmente, de los líderes de las organizaciones de desplazados-, funcionarios de la Secretaría de Salud, de las instituciones y sectores sociales involucrados u obligados a la atención, representantes de agencias internacionales y organismos de

derechos humanos, en distintos escenarios de diálogo y sucesivos ejercicios de devolución de información, reflexión y complementación, haciendo acopio de técnicas cualitativas y de consenso. Estos han sido re-interpretados, validados (y apropiados) por los distintos actores como una visión relativamente completa del fenómeno en la ciudad y comparados con los resultados de los demás estudios e investigaciones discutidos, se puede decir que existe un consenso inicial alrededor de los principales problemas que afectan a la población desplazada, tal como se muestra en la figura 1.

En la primera columna se presentan los daños a la salud tanto física como mental influidos por: a) problemas de la vivienda como el asentamiento en zonas de alto riesgo, materiales inadecuados de pisos y paredes, hacinamiento crítico, contaminación, bajo acceso a servicios públicos y barreras para la adquisición de vivienda digna; b) condiciones sociales de vulnerabilidad como embarazo adolescente, jefatura femenina sin cónyuge, alto porcentaje de menores de edad en las familias, deserción escolar, difícil acceso a alimentos y bajo acceso a alimentos; c) problemas de exclusión social como los bajos niveles de escolaridad, alto desempleo y subempleo, ingresos bajos, escasa capacitación para el trabajo, discriminación y estigmatización, entre otros. Otras influencias de los resultados en salud de la población desplazada son los problemas mismos del sistema de atención en salud que, en gran proporción, son reflejo del modelo económico vigente y las concepciones sobre el Estado y lo social que determinan la salud de la población.

Figura 1.

Condiciones de salud de la población desplazada, influencias para la salud y retos para la política pública distrital de salud



A partir de la identificación y acuerdo sobre estos asuntos, los primeros avances han permitido establecer que se requiere una nueva perspectiva de respuesta a las causas y a los problemas que permita que cese el desplazamiento forzado por violencia, que las víctimas sean reparadas por las pérdidas y daños causados en sus bienes y derechos sociales, y compensadas por las pérdidas en las oportunidades futuras, e incluidas en un sistema de derechos sociales con enfoque integral, como lo establecen los principios y las normas del DIH, los tratados generales sobre derechos humanos, y lo exigen las sentencias de la Corte Constitucional de Colombia.

Por la naturaleza de los problemas, el principal reto es definir un enfoque desde el cual el mejoramiento

de la salud de los desplazados sea el resultado de mejoras en su bienestar y calidad de vida y no la simple atención de la enfermedad.

Esto es consecuente con una orientación universalista, integral, de acción afirmativa y con enfoque diferencial que garantice los derechos sociales y políticas para neutralizar el impacto de los riesgos sociales en salud, garantizar la asistencia de las necesidades individuales y colectivas y reducir la mayor desigualdad social.

No obstante ello requiere un replanteamiento de la forma de intervención del Estado Colombiano en el área social, por lo que el liderazgo de la autoridad sanitaria para gestionar los cambios en un horizonte

de largo plazo resulta una tarea esencial en la formulación de una política que responda a las demandas, expectativas y necesidades de la población.

La propuesta de intervención en salud debería apoyarse en los siguientes elementos:

- Un enfoque de determinantes que permita el análisis y la intervención de las influencias sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales para la salud.^{51 52}
- El reconocimiento de la salud como derecho fundamental en el marco de derechos económicos, sociales y culturales interdependientes que supere la visión del derecho sólo como atención médica.^{53 54}
- Un enfoque de sistema de salud universal e integral orientado por el logro de resultados en salud de individuos, familias y población.
- Un enfoque de equidad en salud tendiente a disminuir o eliminar las desigualdades sociales y las relacionadas con acceso a los servicios de salud y otros bienes sociales que influyen la salud.⁵⁵
- El reconocimiento de la diversidad (etnia, género, generación) y de las circunstancias del desplazamiento que afectan diferencialmente a la población desplazada -y a los distintos grupos que la componen- y que requieren de acciones afirmativas.¹⁴

Esto surge, entre otras fuentes, del taller “Problemas prioritarios de salud, retos y definiciones para las políticas de protección social en salud para la población desplazada por la violencia en Bogotá”, en el cual participaron los investigadores de la Universidad Javeriana y los representantes de diferentes instituciones y organizaciones como el Insti-

⁵¹ Ver: Solar O; Irwin A. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de Trabajo, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. OMS. Mayo 5/ 2005.

⁵² Diderichsen F; Evans T y Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans y otros (Eds.). Desafíos a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Publicación científica No. 585. Washington: Fundación Rockefeller – OPS; 2002. pp. 13-24.

⁵³ Defensoría del Pueblo. Evaluación de la política pública en procesos de restablecimiento de la población desplazada desde un enfoque de derechos humanos. Bogotá, Defensoría del Pueblo; 2003.

⁵⁴ Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales. Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2000.

⁵⁵ Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int. J. Health Services* 1992; 22(1): 429-445.

tuto Colombiano de Bienestar Familiar, el Proyecto Fondo Mundial, la Red Pública de Hospitales, la Personería Distrital, ACNUR, Codhes, la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría de Salud Distrital, la Secretaría de Gobierno, Acción Social, y organizaciones como la ONIC, ADESCOP, ANDICOL y Yo Mujer.

3.2. Lineamientos generales de la política pública de salud

La propuesta coincide con el enfoque y principios propuestos en el documento de Lineamiento del Plan de Acciones Colectivas para Población Desplazada 2008⁵⁶, cuyo diseño surge como respuesta de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud a los diagnósticos a través del Plan de Atención Básica según núcleos problematizadores por etapas del ciclo vital⁵⁷ (Infancia, Juventud, Adulthood, Persona mayor), de los cuales se desprenden temas generadores para la intervención en los distintos espacios sociales donde transcurre la vida cotidiana de la gente o ámbitos (familiar, comunitario, escolar, laboral e IPS), en sus componentes, comunitario y de gestión local.

Siguiendo la perspectiva promocional de Calidad de Vida y Salud, el documento define siete enfoques para el abordaje de la población desplazada:

1. Enfoque de derechos: Entendiendo “el derecho a la salud desde una concepción positiva en donde es a través de la realización de proyectos de vida en condiciones favorables que se asegura una adecuada calidad de vida y se promueve el desarrollo de posibilidades y potencialidades para que las personas puedan ejercer su autonomía en el logro de su salud”⁵⁸.
2. Enfoque de equidad: Supone que “enfrentar las inequidades requerirá afectar los determinantes sociales, en este caso, las causas y consecuencias del desplazamiento forzado”⁵⁹.
3. Enfoque de participación: “La perspectiva del derecho a la salud tiene como elemento central la generación de poder de quienes están excluidos, mismos que históricamente han generado respuestas propias por la ausencia del Estado en la resolución de sus necesidades, con lo cual la

⁵⁶ Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos del plan de acciones colectivas para población desplazada 2008. *Ob. Cit.*

⁵⁷ *Ibidem*, p. 11-13.

⁵⁸ *Ibidem*, p. 9.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 10.

construcción de las respuestas debe reivindicar estas opciones desde la comunidad, a los tiempos y dinámicas de éstas, como un compromiso real con la generación de dicho poder”⁶⁰.

4. Enfoque de determinantes de la salud: “Es el reconocimiento de la existencia de características específicas del contexto social que influyen en la salud y de condiciones sociales que se traducen en efectos sanitarios, en donde al entrar a intervenirlas, es posible alterar de manera positiva el proceso salud-enfermedad”. Supone un abordaje en tres niveles: general o de los mecanismos de orden estructural; particular o del medio, oportunidades y experiencias de grupos específicos y, el nivel singular o de las variaciones individuales⁶¹.
5. Desarrollo de oportunidades y capacidades que asume a la salud como espacio de concreción de las condiciones para el desarrollo humano más allá de la ausencia de enfermedad⁶².
6. Enfoque diferencial: Que reconoce la multiplicidad de orígenes socio-culturales y da lectura de las identidades múltiples y de las necesidades y posibilidades diferenciales de intervención social e institucional según etnia, género y condición socio-económica. Define además que las nociones de territorio, familia y comunidad sean incluidas en el diseño de la política de salud⁶³.
7. Enfoque integral que supone que los problemas, demandas y expectativas de salud de los desplazados, requieren de esfuerzos colectivos y estructuras que permitan dar respuestas de forma regular, suficiente, oportuna y equitativa a las necesidades y justifican la acción transectorial⁶⁴.

A partir de estos elementos, el objetivo general del lineamiento, que debe servir de base a la construcción de la política, es: “Mejorar la efectividad de la protección social en salud para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia”.

Y los objetivos específicos:

- “Incorporar acciones especiales para la población desplazada en ámbitos de vida cotidiana, transversalidades, gestión local y PDA

- Promover universalidad y equidad en el acceso a los beneficios sociales en general, y a los del sistema y políticas de salud en particular.
- Promover la inclusión y el reconocimiento y hacer énfasis en un enfoque diferencial y de acción afirmativa.
- Impulsar la participación activa y comprometida de la población desplazada, sus líderes y dirigentes en todos los procesos de planificación, implementación y continuidad de las políticas de salud enfocadas a ellos.
- Trabajar en coordinación intersectorial para la unificación de criterios para la atención de la población hacia la gestión social de la salud y la eliminación de condiciones de inequidad”⁶⁵

Con una orientación de reparación y restitución de derechos, estos objetivos están encaminados a lograr la inclusión y reconocimiento de la población y a eliminar las inequidades que se derivan del desplazamiento y de las condiciones sociales, económicas, culturales y de salud injustas.

Estos lineamientos constituyen el insumo a partir del cual la discusión sobre la política pública deberá avanzar aclarando, como mínimo:

- Si acoge los valores, principios y objetivos señalados y cómo entenderlos.
- Si el objetivo general es mejorar la efectividad de la protección social en salud actual o si se requiere un nuevo sistema de protección social integral, lo que ello implica y su viabilidad.
- Los componentes sectoriales (problemas prioritarios de salud, aseguramiento, acceso y prestación de servicios, participación) y extrasectoriales (vivienda, empleo, nutrición, educación) necesarios para intervenir sobre los determinantes de la salud.
- Los demás componentes de la política derivados de la adopción de los principios y enfoques.

⁶⁰ Secretaría de Salud 2007. “La Ruta de la Estrategia promocional de Calidad de Vida y Salud”, Cuadernillo No. 2, citado en *Ibidem*, p. 10.

⁶¹ *Ibidem*, p. 10.

⁶² *Ibidem*, p. 11.

⁶³ *Ibidem*, p. 11.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 11.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 14.

4. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA EN BOGOTÁ

Dado que la decisión sobre una política pública es generalmente un proceso largo y complejo en el que participan multiplicidad de actores con valores, ideologías, intereses, influencias, saberes y poderes conflictivos y asimétricos, la metodología para la formulación de la política distrital de salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia tiene un carácter participativo y pretende articular las visiones, intereses, posiciones y propuestas de grupos sociales dentro del Estado y la Sociedad Civil que tienen una capacidad de influencia alta en la formulación de políticas, con otros que tienen una influencia menor. Es decir, pretende conjugar un modelo de formulación de arriba hacia abajo con otro de formulación de abajo hacia arriba.

Esto pasa por el reconocimiento del problema con base en la información disponible, el desarrollo de procesos de diálogo que faciliten su comprensión, reflexión y análisis, la generación de ideas sobre las soluciones posibles y la escogencia de alternativas viables, comunes en el discurso de los participantes. Para formular las soluciones de política se seguirá un proceso que incluye la definición de los contenidos generales de la política y una serie de etapas que permitan la más amplia participación posible de los actores, en particular de la población desplazada, la socialización del problema y la legitimidad de las soluciones acordadas.

Particular atención se dará a las formas de articulación de este proceso de construcción por aproximaciones sucesivas de los distintos actores, con los escenarios y enfoques de discusión sobre el Plan de Desarrollo de la ciudad y los encuentros ciudadanos dispuestos para tal fin. Se buscará que los debates y decisiones sean incluidos en tales espacios.

Los investigadores de la Universidad Javeriana y funcionarios de las Secretarías de Salud y Gobierno conforman el equipo técnico que hará la facilitación y sistematización del proceso y de la propuesta de política.

4.1. Contenidos generales de la política

La política pública deberá incluir y desarrollar claramente los siguientes aspectos:

- La definición de sus valores, principios, componentes y elementos
- La definición de los objetivos generales o de largo plazo según los resultados en salud buscados
- La definición de los objetivos específicos por componente de la política, que den cuenta del logro de los objetivos generales y las metas asociadas
- La priorización de las necesidades de salud conjugando el conocimiento institucional y de los expertos con la percepción de la comunidad desplazada, teniendo en cuenta criterios de exposición y vulnerabilidad diferencial, entre otros.
- Las estrategias y líneas de acción para desarrollar los principios y valores y cumplir los objetivos
- La ponderación de los objetivos para la asignación de los recursos disponibles a partir de las necesidades prioritarias de salud identificadas
- El enfoque de la intervención a desarrollar, por ejemplo la equidad
- Su viabilidad técnica, administrativa y legal, y su efectividad en función de los resultados buscados.
- Los métodos e indicadores para el seguimiento y la evaluación

4.2. Etapas y reglas del proceso

A partir de la presentación pública del proceso y de la conformación de mesas de actores, se realizarán dos rondas de discusión en distintos niveles cuyos aportes serán recogidos en documentos sucesivos que darán como producto final la propuesta de política pública de salud con los contenidos generales ya señalados. En conjunto el proceso supone cuatro etapas: Presentación y validación; consulta, discusión y propuestas; devolu-

ción, nueva consulta y decisiones finales y, presentación y divulgación pública de resultados, como se muestra en el diagrama adjunto, cuya duración se estima en cinco meses (ver cronograma).

Etapas 1. Presentación pública y validación por el Consejo Distrital de Población Desplazada

El punto de partida es la presentación al Consejo Distrital de este que presenta los resultados de la línea de base realizada en el 2005 por la Universidad Javeriana en convenio con la Secretaría Distrital de Salud, algunos elementos generales de principios y objetivos sobre la política y la propuesta metodológica para su discusión.

De esta presentación se espera el aval político del Consejo al proceso de formulación de la política, sus métodos y actores, y la designación de una Comisión operativa de apoyo que trabajará en coordinación con el equipo técnico. Las observaciones al documento serán incluidas en una versión ajustada (Documento No. 1) que se adjuntará a la convocatoria a los actores participantes del proceso.

La presentación pública se hará en un evento distrital de lanzamiento en la primera semana del mes de mayo, cuyos objetivos son:

1. Presentar y discutir el Documento línea de base y propuesta metodológica para el proceso participativo de formulación de la política
2. Hacer público el compromiso de la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Gobierno y demás actores con el proceso
3. Lograr un acuerdo sobre el método y la orientación general del proceso.
4. Constituir los escenarios para la amplia discusión

Los escenarios de discusión serán mesas de trabajo en distintos niveles y con diversos actores, de las que se proponen las siguientes:

- Mesa Distrital intersectorial. Integrada por las distintas instituciones que hacen parte del sistema de atención a población desplazada (en el nivel nacional y del distrito) o instituciones que deban ser incluidas en las decisiones de política sanitaria, que incluyen: Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Gobierno, Acción Social Bogotá, Ministerio de la Protección Social, Secretaría de Educación, Secretaría de Integración Social, Secretaría de Hábitat, Secretaría de Hacienda, Planeación Distrital e ICBF.
- Mesa de consejeros. Estará integrada por diferentes organizaciones e instituciones que trabajan con población desplazada y son reconocidas por ésta como interlocutoras de sus intereses y necesidades frente al Gobierno Nacional y defensoras de sus derechos. Estará integrada por entidades del Ministerio público (Personería de Bogotá, Contraloría, Procuraduría), Defensoría del Pueblo, CICR, Pastoral Social, Arquidiócesis de Bogotá-Famig, Acnur, OPS, PMA, OIM, Corte Constitucional, Codhes, Comisión de Seguimiento, Comisión Colombiana de Juristas, Banco Arquidiocesano de Alimentos, universidades y demás organizaciones, proyectos y personas interesadas y reconocidas por su trabajo en el área.
- Mesas locales. Este espacio tiene un componente institucional y otro de población de base. El primero se desarrollará dentro de los Comités locales de atención a población desplazada en los que se espera participación de los alcaldes locales. Para el segundo, se acudirá al trabajo que realizan con la población de base (organizada o no) los referentes de los hospitales de la Secretaría de Salud, los funcionarios de las UAO de la Secretaría de Gobierno y las propias organizaciones de población desplazada, en las localidades que se acuerde trabajar según posibilidades y restricciones de recursos humanos, físicos y financieros.
- Mesas inter-locales. Con el propósito de dar cuenta de la necesidad de un enfoque que reconozca las diferentes particularidades de los desplazados, se constituirán mesas de grupos específicos como indígenas, afro y mujeres, entre otros, cuyo objetivo será analizar y discutir la política a partir de la diversidad.

La etapa tiene una duración de un mes y concluirá con el evento de lanzamiento. Los productos esperados son el aval del Consejo, el compromiso público de los tomadores de decisiones, la conformación de las mesas de discusión, la definición final de los actores en el proceso, la decisión sobre las localidades de trabajo y la organización y definición de las mesas, sus objetivos, metodología, cronograma, agenda, integrantes y responsables.

Etapa 2. Consulta, discusión y propuestas

En esta etapa los diferentes actores agrupados en las distintas mesas de trabajo conformadas en el evento distrital de instalación discutirán el Documento I, llegarán a acuerdos sobre los problemas a resolver, el contenido de la política en términos de su valores, principios, componentes, objetivos, prioridades, estrategias, recursos e indicadores de éxito. Todas las mesas trabajarán simultáneamente y de manera independiente durante un periodo no mayor de un mes (mayo) con el propósito de producir sus aportes por escrito al Documento I.

Cada Mesa designará representantes para un taller conjunto en la segunda semana del mes de junio, cuyo propósito es la discusión técnica y normativa de lo producido en las distintas mesas y hacer un pronunciamiento de conjunto sobre los principales acuerdos y posibilidades de solución de las diferencias en cuanto a enfoque general de la intervención, viabilidad técnica, administrativa, financiera y legal de la propuesta e indicadores de seguimiento y evaluación. Insumo para esta reunión será la sistematización de los avances en la propuesta de política fruto de los aportes y discusiones de las mesas que realizará el equipo técnico.

En el taller participarán representantes con capacidad de decisión de cada una de las instituciones que serían responsables de la política (preferiblemente los directores de planeación, finanzas y oficinas jurídicas, entre otros pertinentes).

Los aportes, consensos y disensos de este escenario de debate serán recogidos por el equipo técnico para la construcción de un nuevo informe (Documento II) en el que se presentarán los resultados y los temas limitados o no abordados tratados hasta el momento. Este Documento II será presentado al Consejo Distrital como un primer informe de los avances del proceso, y se espera que el Consejo reafirme el mandato y el compromiso de los distintos actores gubernamentales y oriente sobre su enfoque, viabilidad política, económica y normativa e indicadores. Las observaciones y propuestas del Consejo al documento quedarán recogidas en una versión ajustada (Documento III) preparatoria de la siguiente ronda de discusión (etapa 3).

El tiempo total para la realización de esta etapa es de dos meses (mayo y junio) y el producto esperado es el Documento III que recoge los acuerdos sobre el contenido de la política, disensos y discusiones pendientes.

Etapa 3. Devolución, nueva consulta y decisiones finales

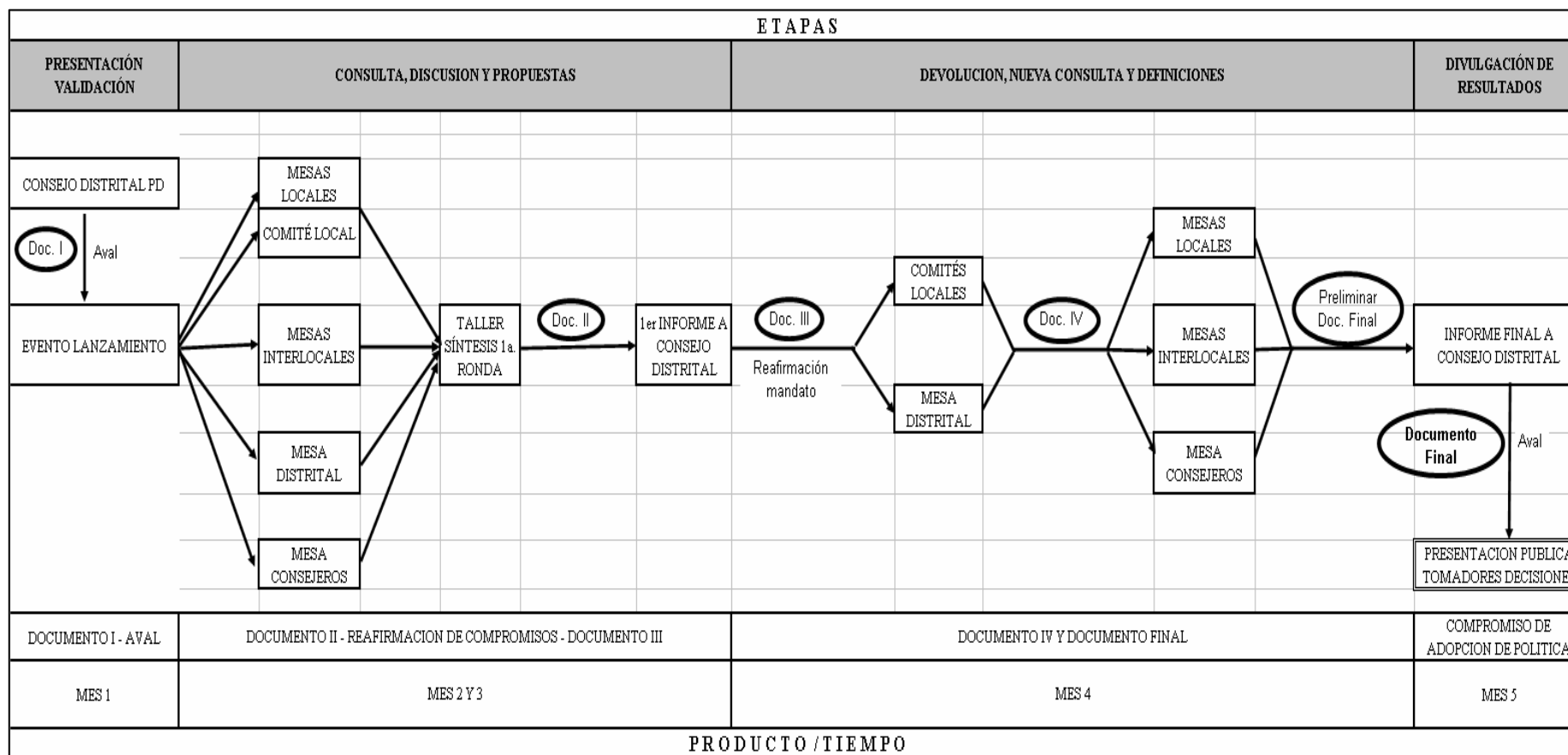
Esta etapa inicia remitiendo a las instancias locales y distritales de gobierno (comités locales y mesa distrital) el Documento III para la discusión sobre aspectos dudosos y demandas sin respuesta. Las observaciones de la consulta serán recogidas por el equipo técnico para la construcción de un cuarto informe (Documento IV) que será devuelto a todos los actores participantes en las mesas a través de los mismos canales de consulta, y presentado al Consejo Distrital de Atención a Población Desplazada para su aprobación definitiva.

El producto de esta etapa, cuya duración es de un mes (julio), es el documento propuesta (Documento Final) en su versión más completa y con los mayores acuerdos por parte de los actores, para su entrega a las instancias políticas de la administración distrital.

Etapa 4. Presentación y divulgación pública de resultados

El proceso finaliza con la presentación pública del Documento Final al Alcalde Mayor, al Secretario de Salud, a la Secretaria de Gobierno, a las instituciones del Sistema Nacional y Distrital de Atención a Población Desplazada, a las organizaciones consejeras nacionales e internacionales y a la población desplazada, en un evento de clausura en el mes de agosto, de amplia divulgación por medios de comunicación y canales institucionales, académicos y de distintas organizaciones, en el que se socializará la propuesta de política pública resultado del proceso y en el que se espera comprometer a los organismos competentes (Alcaldía Mayor, Alcaldías Locales, Concejo de Bogotá) para su adopción en el corto plazo.

Figura 2. Etapas, productos y tiempos del proceso de formulación participativa de la política de salud para la población desplazada



4.3. Actores en el proceso

Los actores centrales son la población desplazada y su líderes, principales beneficiarios de la política; las instituciones del nivel distrital y nacional responsables de la respuesta a las necesidades y demandas de la población incluidas en el SNAIPDV y representantes de organizaciones no gubernamentales, ministerio público, organizaciones de derechos humanos, agencias internacionales y demás organizaciones y personas interesadas en la situación de la población desplazada.

Teniendo en cuenta que la iniciativa de formulación de política surge de la Secretaría de Salud Distrital, su papel en el proceso será transversal y tendrá como objetivos:

1. Dinamizar y garantizar la participación de todos los actores en las discusiones locales a través de la coordinación de las mesas locales por parte de los referentes de los hospitales para población desplazada.
2. Generar al interior de la institución procesos de coordinación entre sus diferentes áreas, con el fin de empoderar a sus funcionarios del proceso.
3. Desarrollar capacidades institucionales y humanas que permitan participar activamente en la formulación de la política y responder a ella.

Por su parte, como cabeza del sistema de atención distrital, la Secretaría de Gobierno tendrá también un rol central tendiente a:

1. Garantizar las reuniones del Consejo Distrital de Atención a la población desplazada para recibir los informes del proceso y garantizar las definiciones que se soliciten y asegurar con tiempo suficiente la inclusión en el orden del día del tema de la política para su discusión
2. Convocar y facilitar la movilización de la población en situación desplazamiento para que participe en el proceso a nivel de las localidades seleccionadas y en los eventos generales
3. Promover la participación de las entidades del Distrito que deban ser comprometidas con la política
4. Coordinar la participación de los organismos de control, ministerio público, agencias internacionales, ONG y otras instituciones que participen como consejeros y vigilantes del proceso

Todo el proceso contará además con las funciones y potencialidades de la Comisión técnica de apoyo que se creará por delegación del Consejo Distrital de Población desplazada, cuyas funciones serán:

1. Coordinar con el equipo técnico las actividades y eventos que requiera el desarrollo del proceso
2. Apoyar la integración, instalación y desarrollo del trabajo de cada una de las mesas de discusión
3. Llevar la vocería del Consejo ante las instituciones y mesas de trabajo para efectos de coordinar las actividades del proceso
4. Ayudar a coordinar la participación de los distintos actores en las mesas y escenarios de discusión

Finalmente, el Equipo técnico conformado por los investigadores de la Universidad Javeriana, con la participación de funcionarios de las secretarías de salud y gobierno, será el facilitador principal del proceso y tendrá como funciones:

1. Realizar propuestas metodológicas para favorecer la formulación e intermediar entre los diferentes actores involucrados
2. Recoger, registrar y sistematizar las propuestas que surjan en las discusiones de las mesas con el fin de incluirlas en la propuesta de política
3. Realizar eventos que permitan hacer público el proceso y los compromisos institucionales.
4. Divulgar el documento final de política a todos los actores beneficiarios, obligados e interesados.

4.4. Cronograma

	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Etapa 1																				
- Presentación Consejo Distrital y aval		♦																		
- Construcción Documento I			♦																	
- Convocatoria a actores			♦	♦	♦															
- Evento lanzamiento					♦															
Etapa 2																				
- Discusión en mesas (1ª ronda)						♦	♦	♦												
- Taller de socialización									♦											
- Construcción Documento II									♦											
- 1er informe al Consejo Distrital y aval										♦										
- Construcción Documento III										♦										
Etapa 3																				
- Discusión institucional distrital/local											♦									
- Construcción Documento IV											♦	♦								
- Discusión en mesas (2ª ronda)												♦	♦	♦	♦					
- 2º informe al Consejo Distrital y aval															♦					
- Construcción Documento Final															♦	♦	♦			
- Presentación documento final al Consejo																		♦		
Etapa 4																				
- Convocatoria a actores																			♦	♦
- Presentación pública (evento final)																				♦