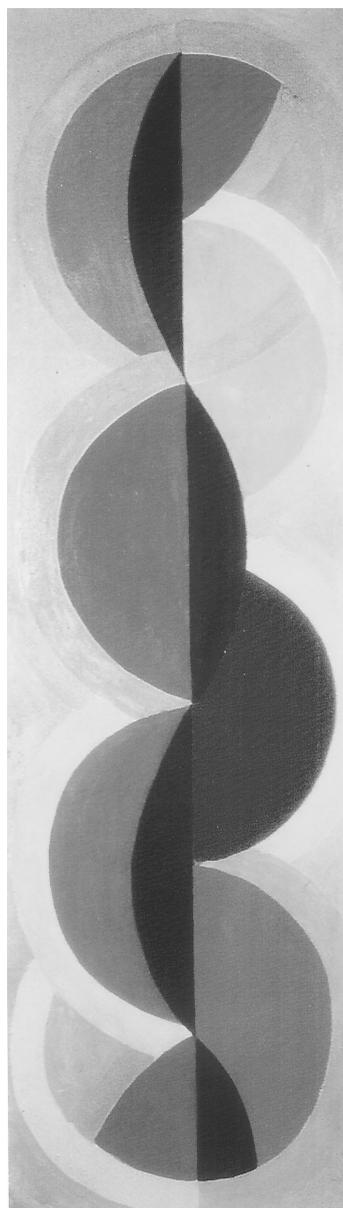

**Lineamientos para el desarrollo
de una estrategia de intervención
en atención primaria en salud
y promoción de la salud para
la población desplazada,
pobre y vulnerable
de la zona sur oriental
de Cartagena**

Amparo Hernández Bello,

Román Vega Romero

**Del pluralismo estructurado
hacia la protección social**

Cecilia Echeverri Velasco



Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud

Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA, POBRE Y VULNERABLE DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA*

Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero

Resumen

Mediante un enfoque participativo que promueve el uso combinado de diferentes métodos y técnicas, cuantitativos y cualitativos, desde una perspectiva sistémica, crítica y pluralista, el proyecto tuvo como objetivos la elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de la población desplazada, pobre y vulnerable que se asienta en la zona sur oriental de Cartagena, la exploración de las políticas locales y nacionales y del papel de los servicios de salud, con miras a la definición de los lineamientos para el diseño de una estrategia de intervención que permita mejorar el bienestar de la población.

El estudio presenta los principales problemas de salud y sus determinantes en la visión de comunidades desplazadas, pobres y vulnerables, autoridades y de otros sectores sociales. Resume las características y limitaciones de la normatividad existente para la atención de la población desplazada y de la población pobre y vulnerable previstos por el Sistema de seguridad social en salud. Propone lineamientos para la intervención a partir de los contenidos de la atención primaria y la promoción de la salud en los aspectos de integralidad, intersectorialidad, descentralización, participación social, equidad y salud familiar, con base en las propuestas de comunidades y autoridades.

Palabras clave: poblaciones vulnerables, atención primaria de salud, política de salud, promoción de la salud.

* Los autores expresan su agradecimiento a todas las personas e instituciones que participaron del proyecto para lograr los lineamientos de esta propuesta de intervención. En particular, a Freddy Ruiz, Rigoberto Jiménez, Gloria Mancilla y Teófilo Rangel, funcionarios de la Asociación Nacional para la Ayuda Solidaria (Andas), a tra-

vés de quienes conocimos la grave y triste situación de la población de la zona sur oriental de Cartagena y que nos acompañaron y posibilitaron los recorridos, las entrevistas y reuniones con las comunidades.

Nuestra mayor gratitud para los hombres, mujeres, jóvenes, niñas y niños de las Comunas 5 y 6 que



Abstract

By means of a participative point of view that promotes usage of different quantitative and qualitative methods and techniques, from a systemic, critical and pluralist perspective, the project was focused to prepare a diagnosis of the health situation of displaced people, poor and vulnerable population of the south east zone of Cartagena, the search into the local and national health policies, and the role of the health services, in order to define and design a control strategy to grant people health improvement.

The investigation includes the main health problems and consequences from the point of view of the displaced people, poor and vulnerable population, the health authorities and other social sectors. Summarizes the characteristics and limitations of present procedures for health attention to displaced people and the poor and vulnerable population, as stated in the social security health system. Presents the basis for the intervention based on the aspects of the primary health care and health promotion contents, such as continuous and comprehensive care, intersectorial collaboration, decentralization, community participation, equity and family health, as stated in the communities and authorities proposals.

Key Words: vulnerable populations, primary health care, health policy, health promotion.

Introducción

El desplazamiento forzado de la población responde a procesos estructurales de carácter histórico, político, económico, social y cultural de vieja data en el país. Sin embargo, en los últimos tiempos ha tenido una estrecha relación con el conflicto que se libra desde hace aproximadamente cuarenta años, así como con fenómenos entrelazados como la concentración de la tenencia de la tierra por vía violenta, la expansión de los cultivos ilícitos, el desarrollo de grandes pro-

se reunieron con nosotros y expresaron sus necesidades y anhelos, y a quienes esperamos esta iniciativa beneficie en el más corto plazo. A los representantes de las instituciones públicas y privadas responsables o relacionadas con la atención a la población pobre y desplazada de la ciudad.

Reconocimientos especiales a Julia Isabel Álvarez Rincón y a Henny Teresa Zapata Mena, estudiantes de la Maestría en Administración en Salud, por su asistencia en la recolección y procesamiento de la información y en los contactos institucionales. A Clara Inés Durán por su ayuda en las transcripciones.

yectos de infraestructura en algunas regiones, la explotación de las riquezas del subsuelo y la apetencia por la riqueza que supone la biodiversidad (Misas, 2002; Lozano, 1999; González, 2002).

En los años más recientes el desplazamiento se ha recrudecido, tomando las características de lo que la Organización Panamericana de la Salud ha llamado una emergencia compleja (OPS, 1998), y se teme aumente su magnitud y se agudice la crisis humanitaria que genera (Acnur, 2002). En efecto, en el 2001 el fenómeno no sólo aumentó en números absolutos sino que ganó en extensión territorial, complejidad y en consecuencias sociales y económicas negativas.

Datos recientes estiman el desplazamiento total acumulado en los últimos siete años en cifras que oscilan entre 720 mil y 2 millones de personas (Acnur, 2002; Codhes, 2002). Según los registros oficiales (Red de Solidaridad Social, 2002) sólo en el 2001 fueron desplazadas 190.454 personas, con un in-

crecimiento del 48% con respecto al año anterior. La misma fuente ha señalado un cambio en la calidad del desplazamiento que tiende a ser cada vez más de carácter individual, lo cual tiene implicaciones para identificar la magnitud y atención del desplazamiento forzado, en la medida en que el desplazado individual es menos propenso a declarar su condición y, por tanto, tiene menos oportunidad de acceder a los beneficios del Sistema nacional de atención integral a la población desplazada por la violencia (SNAIPDV).

En términos territoriales el desplazamiento pasó de comprometer 480 municipios en el 2000 a 819 en el 2001, lo que significa no sólo que 74% de los municipios del país está afectado, sino que de un año a otro aumentó en 70%. En el 2001 Cartagena ocupó un sexto lugar (2,7%) como municipio de mayor llegada de población desplazada luego de Bogotá, Fundación, Medellín, Valledupar y Buriticá, en Antioquia, y pasó al quinto lugar (6,3%) en el acumulado entre enero y junio de 2002 de la Red (2002).

Las consecuencias sociales, psicológicas, económicas y políticas que trae aparejadas el desarraigo del desplazamiento se agravan con la crisis económica, la extensión y ahondamiento de la pobreza y miseria en el país. Se conoce que los grupos de población más afectados son justamente los más vulnerables: las mujeres, niñas, niños y jóvenes menores de 18 años y las comunidades negras e indígenas (Acnur, 2002). A pesar de no existir diagnósticos consolidados hay acuerdo en que las principales necesidades de estas poblaciones son la seguridad alimentaria, la vivienda, la salud, el empleo, la educación y los proyectos productivos generadores de ingresos.

Pero la respuesta del Estado a esta situación no ha sido la esperada. El Alto Comisiona-

do de las Naciones Unidas para los Refugiados ha señalado que

la atención al desplazamiento está resultando claramente insuficiente ante las dimensiones de la crisis, teniendo un efecto de agravamiento por falta de atención o atención inadecuada (Acnur, 2002, p. 10).

Y es el sector salud uno de los más afectados tanto por los problemas en la asignación de los recursos disponibles como por la carencia o ineficacia de las estrategias de intervención y mecanismos de gestión orientados a traer soluciones integrales a los problemas de salud.

Se han realizado esfuerzos fragmentados y en comunidades aisladas en tres campos fundamentales. El diagnóstico epidemiológico de la población del barrio Mandela, en Cartagena realizada por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud (2001); la investigación sobre las condiciones de salud y acceso a los servicios de familias desplazadas en Medellín y Urabá (Díez Ruiz, 1997) y el diseño de un sistema de información epidemiológica para población desplazada en seis municipios del Valle del Cauca (Secretaría de Salud del Valle, 2001).

Dado el reconocimiento de la influencia que factores estructurales tienen en explicar los problemas de salud en esta población, no parece que las intervenciones deban reducirse a programas de salud básica de carácter individual orientados a la curación de enfermedades, a la vigilancia de factores de riesgo o al desarrollo de actividades de promoción y prevención como han sido definidas por las normas que reglamentan la ley 100 de 1993. En este sentido la atención primaria en salud (OMS, 1978; OPS-OMS, 1980) y la promoción de la salud (WHO, 1986, 1988; OPS-OMS-Ministerio de Salud, 1992; OMS, 1997; WHO-PAHO, 2000), entendidas como un abordaje inte-



gral sobre el conjunto de determinantes de la salud de individuos y colectivos (Annett y Rifking, 1990; Restrepo, 2001), se configurarán en la mejor estrategia de intervención como lo demuestra la experiencia mundial (Starfield, 1992, 2001).

Este estudio tuvo como objetivos la elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de la población desplazada y vulnerable de la Ciénaga de La Virgen, en Cartagena y la exploración de las políticas de salud locales y nacionales y del papel de los servicios de salud, con miras a la definición de los lineamientos de una estrategia de intervención que permita a las comunidades, autoridades y organizaciones, mejorar la salud de la población. Constituye un esfuerzo en la dirección de mostrar la necesidad de introducir nuevos enfoques a la solución de problemas de salud, particularmente en la definición de lineamientos estratégicos de intervención.

Es la primera etapa de un proyecto integral de intervención en salud, porque de acuerdo con su enfoque metodológico, la definición de programas específicos requiere que se cumplan dos requisitos no desarrollados en este estudio: un proceso de diálogo y acuerdos entre los afectados y tomadores de decisiones en la solución de la situación problemática que faciliten relaciones de carácter intersectorial e interinstitucional y, sobre todo, la participación de la comunidad en la toma de decisiones, en los niveles territorial y local.

1. Materiales y métodos

Se utilizó un enfoque multimetodológico que promueve el uso combinado de diferentes métodos y técnicas, cuantitativos y cualitativos, desde una perspectiva sistémica, pluralista y crítica (Vega 1999; Taket,

2000; Midgley, 2000). Esta perspectiva posibilitó la identificación de los problemas y el planteamiento de las iniciativas iniciales de solución mediante la promoción de la participación de los distintos actores involucrados: individuos, familias, comunidad y sus organizaciones, expertos, autoridades de salud locales y nacionales y organizaciones y redes de apoyo locales, nacionales e internacionales.

Para identificar las necesidades de salud de la población, hacer una descripción de sus determinantes y lograr una visión aproximada de las características de la respuesta institucional, se utilizó el método de evaluación rápida de necesidades de Bie-Nio-Ong y Humphris (1994), una aplicación al sector salud de los desarrollos metodológicos de Chambers (1994) para la evaluación rápida de necesidades en zonas rurales. Este método facilitó la recolección de información de distintas fuentes secundarias y primarias, particularmente cuando las primeras no posibilitaron una descripción adecuada de la situación en estudio y por la escasez de recursos para aplicar técnicas más costosas de investigación para la recolección de información primaria. Además, su énfasis en la participación de los involucrados permitió obtener una visión enriquecida de las diferentes dimensiones epidemiológicas, sociales, culturales, políticas y técnicas de los problemas.

Se utilizaron distintas fuentes secundarias entre las que se destacan la información epidemiológica, ecológica, demográfica y social proveída por el Dadis, Dasalud, el Hospital Casa del Niño, Planeación Distrital, Personería Distrital, Médicos Sin Fronteras, Damarena, Pastoral Social, Aguacar, juntas de acción comunal del área, Andas, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Dane, Red de Solidaridad Social, Programa Mundial de Alimentos, entre otros.

Como fuentes primarias sirvieron los directivos de distintas instituciones de servicios públicos, la comunidad y sus líderes, las autoridades locales y de salud y organismos internacionales del Sistema de Naciones Unidas.

La recolección de información de fuentes secundarias se hizo mediante técnicas comunes de inspección de documentos, y para la de fuentes primarias se emplearon el método de los grupos focales, la observación y las entrevistas. Las entrevistas y discusiones de los grupos focales fueron transcritas y analizadas teniendo en cuenta el patrón de regularidades en el discurso de los participantes sobre los temas objeto de investigación.

Se adelantaron dos visitas de campo en las que se recorrió parte de la zona sur oriental, se hicieron contactos con entidades públicas y organizaciones del orden nacional e internacional y reuniones con la población. Las reuniones se hicieron siguiendo una guía que tenía como objetivos: examinar las necesidades de las comunidades y los factores determinantes asociados; definir cuáles de esas necesidades eran cubiertas por los programas de salud y demás programas sociales; establecer cuáles aspectos de los programas existentes conocía la población; determinar la información que tienen las instituciones sobre la población y el grado de coordinación intersectorial e interinstitucional existente.

Se realizaron entrevistas en profundidad con representantes de la comunidad, entrevistas semiestructuradas con funcionarios de las instituciones y se organizaron grupos focales, cuyos integrantes se seleccionaron teniendo como criterio principal el pertenecer a comunidades de desplazados o población residente en el área sur oriental de Cartagena. A través de discusiones

grupales o por subgrupos se identificaron los problemas de salud, sus causas y soluciones buscando establecer prioridades y acuerdos entre los distintos puntos de vista, además de recoger las divergencias.

Para el análisis de la información obtenida se acudió a la triangulación de fuentes siguiendo el ordenamiento previsto en los objetivos. En la sección de resultados se presenta una síntesis de los principales hallazgos empíricos y normativos, se resumen las propuestas de la comunidad, se presenta una reinterpretación de ellas desde la perspectiva de los investigadores y se trazan los lineamientos de intervención que podrían articularlas.

2. Resultados

El sector sur oriental del distrito turístico de Cartagena está conformada por cerca de 250 mil habitantes que habitan en 58 barrios de las Comunas 4, 5, 6 y 7. El área visitada corresponde a sólo 30% y comprende los sectores comprendidos entre el canal Tabú, pasando por los barrios Ricaurte y Olaya Herrera hasta unas cuadras después del Arroyo las Maravillas hasta el canal Chapundún, limitando abajo con la avenida Pedro Romero, además de los sectores de Foco Rojo, Playas Blancas y Zarabanda.

La zona estudiada tiene dos características importantes. La primera es que aparece en los registros del Instituto Geográfico Agustín Codazzi como una zona de agua y, por tanto, existe una buena parte de la población que en las riberas y dentro de la Ciénaga no es contemplada para el desarrollo de los planes y proyectos locales. La segunda es que en ella vive una pluralidad de personas desde nativos, los menos, hasta desplazados recientes por razones económicas o políticas (Yepes, 2002).



Según datos de Pastoral Social, Cuadro 1, en el período 1996-2000 se contabilizaron 41.360 desplazados en Cartagena y 10,2% se asentaba en el sector sur oriental. Entre el 2000 y el 2001 se adicionaron 10.393 personas desplazadas nuevas en la ciudad y 2.053 en el sector sur oriental, con un incremento en un año del 25,1% en la ciudad y de 63,8% en la zona sur oriental. Mientras en el período 1996-2000 el total de desplazados en la zona era de 7,7% del total de la ciudad, la proporción aumentó a 19,7% en el período 2000-2001.

La distribución por comuna y barrio muestra que más del 90% de la población reside en las Comunas 5 y 6, en los barrios Olaya, El Pozón, El Líbano, La María y Fredonia, donde se ubican las áreas de mayor asentamiento de población desplazada del sur oriente.

2.1 Condiciones de vida y de salud

Según las cifras proyectadas de población de la ciudad (Dane, 1993a), en el 2002 era de 952.523 personas, de las cuales 28,7% residía en la zona sur oriental. De ésta se trabajó con la asentada en el sector central, conforme los acuerdos del área delimitada

para estudio, que según datos estimados del censo de 1993 (Dane, 1993b) corresponde a 36.070 personas, cuya distribución por edad y sexo sigue los patrones de la población general, 51,6% son mujeres, los menores de 5 años constituyen 13,2% y aquellos entre 15 y 44 años corresponden al 48,7%.

Como se muestra en el Cuadro 2, a junio de 2002 el total de población desplazada asentada en la zona sur oriental y registrada ante la Personería Distrital (2002) era de 3.803 personas correspondientes a 840 familias, con un promedio de personas por familia de 4.3.

El 50,3% eran mujeres y la distribución por edad sigue la tendencia general de ser una población joven, de características transicionales. En alrededor del 35% de los hogares la jefatura es femenina (Personería Distrital, 2002; Pastoral Social, 1996; 2001).

Cerca del 30% de esta población es de raza negra, lo que se explica porque la mayoría de las personas procede de los departamentos de Bolívar, Sucre, el Urabá antioqueño y Chocó (Personería Distrital, 2002; reuniones de grupos focales) y se asienta en los sectores más pobres de la ciudad, en la zona sur oriental, según lo reportado en el infor-

CUADRO 1
TOTAL POBLACIÓN DESPLAZADA EN CARTAGENA. 1996-2001

	1996-2000	2000-2001	Total
Distrito			
Total personas	41360	10393	51753
Total familias	8212	2092	10304
Personas por familia	5.04	4.96	5.02
Sector sur oriental			
Total personas	3217	2053	5270
% del total	7.7	19.7	10.2
Total familias	637	426	1063
Personas por familia	5.05	4.82	4.96

Fuente: Pastoral Social, informes enero 1996 a septiembre 2000 y septiembre 2000 a septiembre 2001.

CUADRO 2
POBLACIÓN DESPLAZADA POR EDAD Y SEXO, ZONA SUR ORIENTAL, CARTAGENA. 2002

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 1	50	2.6	34	1.8	84	2.2
1-4	268	14.2	250	13.1	518	13.6
5-14	562	29.7	552	28.9	1114	29.3
15-44	795	42.0	857	44.8	1652	43.4
45-59	129	6.8	141	7.4	270	7.1
60 y más	81	4.3	74	3.9	155	4.1
No informa	6	0.3	4	0.2	10	0.3
Total	1891	49.7	1912	50.3	3803	100.0

Fuente: Personería Distrital, 2002. Encuesta a población desplazada enero 2000 a junio 2002.

me del Sisben de abril de 2002 de Cartagena, donde cerca del 80% fue clasificada en los nivel 1 y 2, la proporción más alta de la ciudad (Correal, 2002).

La mayoría de estos residentes pobres carece de acceso a servicios públicos, apenas 44,7% tiene abastecimiento de agua potable y menos del 70% dispone de algún sistema de eliminación de excretas y de recolección de basuras (Correal, 2002).

Según el gerente del Plan maestro de acueducto y alcantarillado de la empresa Aguas de Cartagena (Aguacar) (Mendoza, 2002), 95% de la población de la zona sur oriental no dispone de alcantarillado ni servicios sanitarios y los caños naturales y canales de aguas lluvias reciben vertidos de aguas negras sin ningún tratamiento que van a dar a la Ciénaga de La Virgen, alrededor o dentro de la cual se asientan los desplazados. En la actualidad, se descarga a la Ciénaga 60% de las aguas residuales de la ciudad a través de canales y del precario alcantarillado existente y 40% restante se vierten en la bahía. Se conocieron varias iniciativas de la comunidad para hacerle frente al problema de las basuras y de la suciedad de los caños

que no habían sido acogidas aún por las instituciones distritales.

En un censo de algunas de las calles del sector central realizado por iniciativa de los miembros de la comunidad se encontraron 647 viviendas que no poseen alcantarillado ni conexión domiciliaria.

La población afectada por la falta de alcantarillado es la de toda la zona, pues todos sufrimos lo mismo. Lo que pasa es que creen que sólo nosotros nos afectamos pero se afecta toda Cartagena porque la zona bota todo el aire para allá. (líder cívico barrio Olaya)

Un oficio remitido por la Personería Distrital (2001) al alcalde de la ciudad sobre la situación del sector central del barrio Olaya Herrera resume los principales problemas:

En visita realizada por funcionarios de esta entidad se pudo verificar que la comunidad vive en un estado ambiental malsano relacionado con emisiones gaseosas ofensivas y nauseabundas derivadas de dos emisarios de alcantarillas que descargan su contenido en ambas calles (Miramar y Maravillas). ...Las emanaciones gaseosas de estas dos descargas afectan un entorno dis-



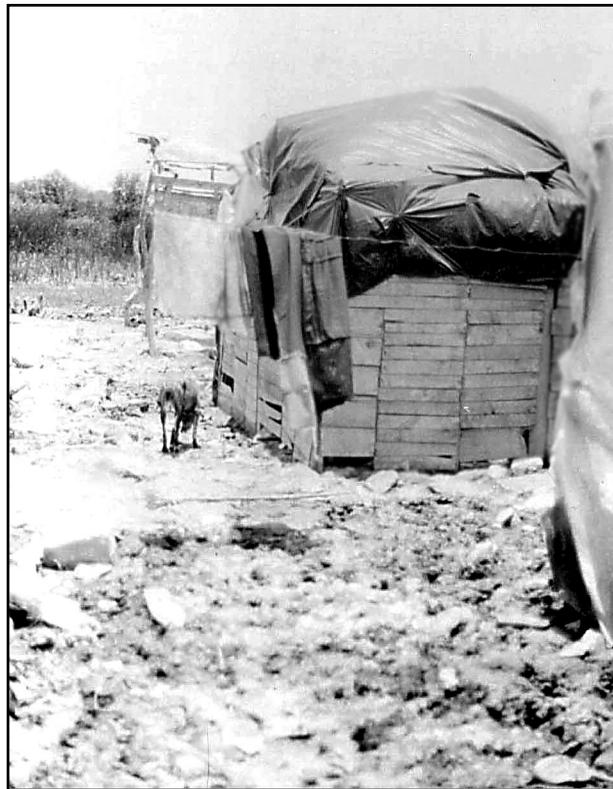
perso de unos 300 metros a favor de la brisa, aumentándose, según los pobladores, en horas de la noche y en momentos de lluvia cuando se aumenta el caudal y las afectaciones por inundaciones y desbordamientos. Según algunos entrevistados, el efecto de la permanencia en el ambiente producido por la descarga en las calles se ha relacionado con la muerte de niños en la zona y con la afectación cutánea y respiratoria de otros niños.

Con respecto a la vivienda, en los recorridos se pudo apreciar que las diferencias en las características y condiciones de las viviendas son marcadas y parecen seguir el patrón de colonización de la zona. Así, mientras en los asentamientos más recientes las familias habitan en tugurios o “cambuches” construi-

dos con tela, plástico, cartón y algunos paños, y en grave hacinamiento, hacia la avenida Pedro Romero las viviendas aparecen más sólidas, construidas con ladrillo y zinc. Sin embargo, la apariencia exterior puede ser engañosa porque las hay en las que las tejas son latas cribadas que poco protegen a sus moradores, particularmente en épocas de lluvia. El piso es de tierra en la mayoría de los casos y en los campamentos más pobres el suelo es fangoso y el relleno de tierra y desperdicios.

El comportamiento de otros indicadores sociales no es menos crítico. Cifras reportadas por la Personería Distrital (2002) en población desplazada revelan que 94,1% de

Foto 1



Fuente: Sector Foco Rojo. Tomada por los investigadores.

las personas no tiene ningún nivel educativo, apenas 4,2% alcanza el nivel de primaria y 1,7% algún nivel de secundaria. La asistencia escolar entre los mayores de 6 años de la zona sur oriental era en el 2001 de 44,2% (Pastoral Social, 2002). Más de la mitad de la población está desempleada y de quienes se encuentran ocupados la mayoría se dedican a actividades informales.

A diferencia de los grupos conformados por personas desplazadas, los habitantes de estos barrios del sector central son trabajadores, algunos en el sector formal de la economía y muchos son propietarios del terreno donde han construido sus casas. Disponen de agua potable y servicio de energía eléctrica. Tienen servicios sanitarios en las casas pero conectados al caño o a los canales y tampoco disponen de alcantarillado.

Con respecto a la situación de salud, la frecuencia de enfermedad entre la población desplazada es alta. En las encuestas realizadas por Pastoral Social (2000; 2001) se reporta un porcentaje de enfermedad de 30,8% para el total de la ciudad y de 26,1% entre las personas que se asientan en la zona sur oriental, siendo las enfermedades respiratorias y digestivas las causas más frecuentes.

De la salud infantil, datos de morbilidad de pacientes atendidos en el período comprendido entre enero de 2001 y mayo de 2002 en el Hospital Infantil Napoleón Franco, muestran que del total de 11.370 egresos en el período fallecieron un total de 210 niños, es decir, 2,37 de cada cien egresos. El 64,8% de las muertes ocurrió en las primeras 48 horas de estancia hospitalaria. El 65,2% de los niños eran menores de un año. Unos 72,1% de los fallecidos en el período tenía su esquema de vacunación incompleto para la edad y 70,1% algún grado de desnutrición. Las principales causas de mortalidad fueron infecciosas: neumonía, diarrea aguda y sepsis

neonatal (Pinzón, 2002), al igual que las principales causas de morbilidad: diarrea, celulitis y neumonía bacteriana y viral.

Este perfil de salud de los niños coincide con lo reportado por el Departamento Administrativo Distrital de Salud (Dadis), sobre casos de enfermedades de notificación obligatoria en el 2001 en Cartagena. Las Comunas 4, 5, 6 y 7 tienen las más altas tasas de incidencia de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda de la ciudad y es importante la incidencia de meningitis bacteriana (Ramos, 2002).

Según el consolidado de las 95 primeras causas de morbilidad por edad y sexo entre enero y abril de 2002 (Dadis, 2002), las diez primeras causas de enfermedad general en la población del sector sur oriental son el resfrío común, la caries, las parasitosis intestinales, la hipertensión arterial, las infecciones urinarias y genitales y la escabiosis.

En el grupo entre 5 y 14 años predominan la caries, enfermedades respiratorias infecciosas agudas, enfermedades intestinales y de la piel. Las patologías que afectan a las mujeres en edad reproductiva son la caries dental, las infecciones genitales y urinarias, las infecciones respiratorias, parasitosis, enfermedades de piel y anemias. Entre los 45 y 59 años prevalecen los trastornos cardiovasculares, y en mayores de 60 años la hipertensión y otras patologías crónicas como diabetes, gastritis y los trastornos músculo esqueléticos además de las infecciosas respiratorias, parasitosis y caries.

La mayor frecuencia de consulta entre la población joven y las mujeres en edad reproductiva y el carácter infeccioso de las patologías, se verifica en los reportes de atención a desplazados incluidos en el sistema de información con cargo a la subcuenta de riesgos catastróficos del Fondo de Solida-



ridad y Garantía del Ministerio de Salud. Del total de 27.172 reclamaciones de las 27 instituciones prestadoras de servicios autorizadas para la atención de los desplazados en Bolívar durante el primer semestre de 2002, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales agudas, parasitosis, lesiones de la piel, enfermedades alérgicas de piel y ojos, desnutrición, problemas genitourinarios y las afecciones mentales como estrés, depresión y ansiedad, fueron las principales causas de consulta junto con la atención odontológica, el control prenatal y la atención del parto.

2.2 Percepción de la comunidad sobre su salud y riesgos

Este perfil de salud descrito coincide plenamente con los problemas mencionados por las comunidades que participaron de los grupos focales y la propia observación de los investigadores.

Los habitantes, desplazados y pobres del sector de Calle Colombia y Calle Maravillas de

la zona sur oriental que participaron de uno de los grupos identificaron como principales problemas de salud la diarrea, enfermedades de la piel, las gripas y la malnutrición, problemas que afectan a los niños y tienen mayor peso en las comunidades desplazadas; además del “trauma psicológico” por el desplazamiento y por la hostilidad de los residentes de los lugares a donde llegan.

La contaminación que proviene del caño es percibida como la causa principal de las diarreas, enfermedades de la piel y la rinitis alérgica. Antes respiraban un aire limpio y ahora sienten que el aire amenaza su salud. Los niños sufren de “rasquiña” y alergias, las mujeres de infecciones genitales “por hongos” y hay elevados niveles de desnutrición.

Aunque disponen de agua potable su manejo es inadecuado puesto que las mangueras que la conducen están en contacto con las aguas negras y del colector adonde llegan los desechos hospitalarios y humanos que los habitantes botan a las calles. Cuando llue-

Foto 2



Fuente: Habitante Calle Maravillas. Tomada por los investigadores.

ve, los caños se desbordan y las aguas negras entran a las casas. La convivencia con animales fue identificada como riesgo adicional. En el sector hay tres porquerizas y los alimentos y el agua que estos animales consumen, que proviene del caño, está contaminada. Los animales se meten en las aguas residuales y luego deambulan libremente por las casas y los niños juegan con ellos, y hay una gran cantidad de mosquitos, roedores y cucarachas.

Se identificaron como necesidades que constituyen riesgos para la salud, la falta de vivienda adecuada, de empleo para adquirir alimentos, de educación y la deficiente atención del centro de salud. En esto último, los habitantes mencionan como problemático el que no se les suministran los medicamentos, y cuando ello ocurre, las “pastillitas” y las “cremas” no resuelven los problemas. Niegan que se adelanten campañas de prevención o promoción por parte de las autoridades.

La mayoría de los entrevistados refirió tener carné de certificación de desplazado con el cual reciben servicios si aparecen en el registro único de la Red de Solidaridad Social, pero se mencionó también que después de un tiempo son excluidos del sistema de información y no se les atiende. La Red asigna la IPS a la que deben asistir y autoriza el servicio, y no es el desplazado quien elige la institución para la atención. Cuando consultan, deben diligenciar el formulario del Fosyga y no siempre reciben toda la atención que requieren.

Los asistentes del grupo focal del sector de Foco Rojo que se reunió en la escuela comunitaria Luz de Esperanza y que congregó a 51 habitantes de las calles La Arrocería, La Unión, Angostura, 11 de Noviembre, Las Delicias y Papa Negra, concluyeron que los principales problemas de salud de la comu-

nidad son igualmente las gripas, fiebres, “rasquiñas”, parásitos, diarreas, desnutrición, caries y enfermedades crónicas como el asma y la hipertensión arterial. Se reportaron cuatro muertes en el último año, en tres casos por enfermedades de tipo infeccioso (dengue) y un niño por desnutrición. “.. la desnutrición es frecuente. Se pasa hambre, pero más los adultos que los niños”.

Como principales causas de estos problemas se señalaron: las aguas negras de los canales y de la Ciénaga, la falta de alcantarillado y conexión domiciliar, los mosquitos y roedores, el aire contaminado por los caños y el humo de la avenida, el manejo inadecuado de las basuras y la falta de higiene de la población. Existe un servicio de fumigación en la zona por el cual se le cobra a la gente 2.000 pesos, prestado por entes privados.

...la contaminación está produciendo diarrea, fiebre, problemas de la piel, parásitos y hay muchos niños con problemas en los dientes y es porque hay madres que no tienen principios de higiene y perjudican a su hijos.

Otras necesidades urgentes son el desempleo, las precarias condiciones de las viviendas y el no acceso a otros servicios públicos como agua, luz y gas. No todas las personas tienen estufa y en muchos hogares se cocina con leña en un fogón en el piso hecho con piedras. El agua es de “contrabando” o comprada a intermediarios y la mayoría de las personas vive en arriendo o subarriendo. No hay servicio de electricidad.

Los niños no todos están vacunados. Los servicios médicos para los desplazados se prestan en el Hospital San Pablo y en tres instituciones privadas; dos de ellas no incluidas en el registro que la Red de Solidaridad Social entregó a los investigadores. Las señoras embarazadas llevan a cabo los controles en el puesto de salud pero no conocen



de los programas de prevención y promoción y refieren no ser atendidas sin carné.

En opinión de los participantes los servicios de salud para la población desplazada y pobre son regulares y no se suministran los medicamentos. Los residentes refirieron insatisfacción con el Sisben y sugieren que se considere en la encuesta las condiciones de trabajo de la gente. Algunas personas expresaron no tener ningún servicio de salud porque no tienen Sisben y no son desplazadas. Otras, siendo desplazadas, no son atendidas porque ya no aparecen en el registro de la Red.

En el sector de Zarabanda se han contabilizado 220 familias con un promedio de seis personas por cada una. Los asistentes al grupo focal, representantes de doce familias, expresaron como los problemas de salud que más aquejan a la población las enfermedades virales, “rasquiña”, infecciones de la piel y cuadros patológicos consistentes en dolor de cabeza y de estómago, fiebre y diarrea. Ha habido muertes por leucemia y son frecuentes los heridos por las riñas callejeras. Los más afectados son los niños.

Son causas que explican estos problemas las aguas contaminadas con excrementos de los caños, las basuras de las calles y los caños, los depósitos de agua contaminados a lo largo de las casas y la carencia de letrinas y alcantarillado.

Un riesgo adicional es el contador de luz que instaló la electrificadora, insuficiente para las necesidades de las familias que pagan por el servicio. En días anteriores a la visita de los investigadores se reportó la muerte de tres niños por descarga eléctrica. “Quedaron pegados a la nevera”, fue la descripción.

Como para las otras comunidades, en Zarabanda el desempleo, los problemas de vi-

vienda y de educación y las deficiencias en los servicios de salud son necesidades sentidas. Se reportó que una buena proporción de niños en edad escolar no tiene acceso a la educación y que existen adultos interesados en continuar o iniciar estudios, pero el número de cupos en colegios públicos es escaso en primaria y bachillerato.

La mayor parte de las personas acude al centro de salud de La Magdalena y a la Policlínica para la atención médica, pero la necesidad de acreditar carné de Sisben o registro de desplazado es la principal barrera para el acceso. Los habitantes opinan que los servicios son regulares y que el suministro de medicamentos es completamente deficiente; por ello quienes tienen que pagar por la consulta prefieren acudir a la farmacia por una receta.

De nuevo las quejas sobre el Sisben señalan las dificultades en conocer los resultados de la encuesta o la insatisfacción con el nivel asignado.

Hay muchas personas que no tienen carné. Se supone que el Sisben es general para todas las personas colombianas, pero pasa que eso lo manipulan los políticos. Cuando ya la persona que no tiene acceso va a sisbenizarse le ponen muchas trabas y ya grave la persona, es que van a censarla al hospital. El Estado tiene que hacer algo porque hay carnés que no cubren los servicios. ...Aquí los pobres sin Sisben y los desplazados sin carné son como 20 familias (líder comunitario Zarabanda).

Un problema adicional en particular grave en el caso de la población desplazada, es que muchas de las personas no tienen documento de identidad para acreditarse ante la Personería Distrital y la Red de Solidaridad Social, con el propósito de recibir asistencia.

Cuando se inició el Sisben mucha gente no lo pidió porque pensó que no servía para

nada y ahora es un problema conseguirlo. Lo del Sisben generalmente es por falta de documentación. ...Y eso lo están manipulando (la cedulación) por medio del concejal y las cédulas de los desplazados no aparecen desde septiembre (líder comunitario Zarabanda).

Una observación importante durante la visita es el número de muchachos en las esquinas de las calles charlando o jugando, que la comunidad refirió no tienen dedicación ni vinculación escolar y se organizan en bandas para robar y atracar. Se insistió en que hay en la zona un alto consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. De hecho el tema de la seguridad se enunció como uno de los riesgos importantes para la salud de niños y jóvenes.

Para los grupos de las acciones comunales del Once de Noviembre, del sector central del Barrio Olaya y de Comuna Libre que representan a la población pobre de la zona, los problemas de salud son los mismos. La gripa, las enfermedades de la piel que producen "rasquiña" y las diarreas son los más frecuentes y afectan en especial a los niños. Se reportó que en días anteriores habían muerto dos adultos por diarrea, fiebre y escalofríos.

...la tosferina que es perjudicial para los niños. Los de tercera edad decaídos. La piel infectada y una rasquiña que no se soporta (habitante barrio Once de Noviembre).

La contaminación de los caños, los canales y de la Ciénaga, el problema de las disposición final de las basuras, la presencia de mosquitos, cucarachas y roedores que provienen de los caños y la contaminación del aire, fueron reconocidos como las principales causas.

... el problema está al lado del caño que va tres veces peor que éste (canal Maravillas). Este se ve limpio, claro que hablamos de limpio a la enterversa (sic). Usted

no puede pasar por ahí porque siente que el estómago se le sale (líder comunitario Once de Noviembre).

En estas comunidades también se destacó el problema de la seguridad, como consecuencia de los "invasores" de la Ciénaga que perpetúan el problema de la contaminación y se conectan ilegalmente a los servicios de agua y luz disminuyéndose la presión y el voltaje de quienes en el sector pagan por ellos. Aquí un problema adicional es el de la estratificación de la zona para el pago de servicios públicos porque es más alta que lo que sus residentes consideran pueden pagar.

Con respecto a la atención en salud hay diferentes opiniones según si se pertenece al régimen contributivo, si se es beneficiario de los subsidios a través del Sisben o vinculado. En general se percibió inconformidad con el proceso de sisbenización y asignación de subsidios.

El Sisben es para personas de escasos recursos pero conozco personas que están bien y tienen Sisben y otras que en verdad lo necesitan y no lo tienen. Entonces, ¿dónde queda eso de que es para personas de bajos recursos?. ...personas que están afiliadas le están quitando la oportunidad a otras personas que realmente lo necesitan (líder Comuna Libre).

Yo tengo Sisben de Magangue y acá en Cartagena no me sirve y no nos atienden porque mi esposa y mi hija tienen problemas renales y eso no lo cubre el POS (líder barrio Olaya Herrera).

Los servicios son considerados regulares porque no son completos en los exámenes o con respecto a los medicamentos debido a la falta de insumos en las instituciones.

La salud es pésima y la atención ni se diga. No hay medicamentos. En la Policlínica uno tiene que comprar la anestesia, guantes, algodón para que lo atiendan (líder comunitario sector central Olaya).



En general, un hallazgo importante de las reuniones con todos los grupos y las entrevistas con líderes cívicos y comunitarios es que las comunidades han elevado múltiples quejas ante las entidades oficiales como la Alcaldía, la Gobernación de Bolívar, la Personería y las secretarías de Salud, Vivienda, Desarrollo y Participación Social y Obras Públicas; han presentado propuestas y no han recibido respuesta ni solución a los problemas.

En los diálogos con los líderes del asentamiento de desplazados en el sector de Playas Blancas las necesidades prioritarias expresadas fueron: vivienda, ingresos, alimentos, salud y educación y servicios públicos, como se manifiesta con detalle en una propuesta remitida a Corvivienda en enero de 2002:

La comunidad de Playa Blancas está conformada por 40 familias de desplazados que emigraron de Ungía (Chocó), Macayebo (Bolívar) y Cesar huyéndole a la violencia ...somos un número aproximado de 150 personas entre adultos y niños, nos ubicamos en el barrio Olaya Herrera en el sector de Playas Blancas en los límites con la Ciénaga de La Virgen y desde el principio de

nuestra ubicación allí hicimos gestiones con diferentes entidades con el objetivo de buscar una reubicación ya que este lugar no es apto para el desarrollo de la vida humana. Nos tuvimos que ubicar en él por la necesidad y por ser un lugar en donde dadas sus condiciones ninguna institución nos reclama por estar allí. Desde el primer lugar hemos tenido que afrontar las adversidades del lugar, las enfermedades tanto de tipo infecciosas como diarreas, gastroenteritis (sic), IRAS, EDAS y enfermedades de la piel. Como también las inclemencias de las lluvias que en el mes de noviembre (de 2001) se agudizaron y pusieron en verdadero riesgo la seguridad de nuestra comunidad y en mayor grado la de los niños quienes en varias ocasiones estuvieron a punto de morir en las aguas pestilentes de la Ciénaga. ... somos tratados de manera indiferente por los habitantes originarios de ellas (las ciudades donde llegan) que nos ven como competente en actividades productivas, ante el alto índice de desempleo en todo el país.

... Nosotros no nos encontramos acá por nuestro propio gusto sino, que fuimos expulsados en nuestra contra de nuestras casas. Aún no podemos hablar en un regreso ya que la situación de orden público es cada vez peor. Las circunstancias nos obli-

Foto 3



Fuente: Sector Playas Blancas. Tomada por los investigadores.

gan a salir del sitio en que nos encontramos por no presentar normas higiénicas y de salubridad aptas para el ser humano, porque somos presa de los excrementos, aguas negras y basuras, que demuestran la Ciénaga y vemos la ploriferación (sic) de epidemias, enfermedades de la piel y alteración de la conducta normal de los niños” (Comité de desplazados de Playas Blancas 2, 2002).

Con estos argumentos la población pide la reubicación en condiciones de seguridad y con garantía de alimentación, salud, vivienda y servicios públicos, para emprender proyectos productivos de autosostenimiento. En la segunda visita se comprobó que estas familias habían sido reubicadas en el barrio El Pozón, pero los terrenos que habían dejado ya habían sido colonizados por nuevas familias desplazadas.

2.3 Atención en salud para la población desplazada y pobre de la zona sur oriental

Las necesidades expresadas por la población son grandes y variadas, siendo las más urgentes la alimentación, la salud y el trabajo. Sin embargo, la ayuda reportada no parece corresponderse con las necesidades.

La entidad responsable de la atención a la población desplazada es la Red de Solidaridad Social, que no realiza intervención directa sino a través de los demás entes públicos y con organizaciones privadas con las que contrata la asistencia. Se encarga de la atención inicial de urgencias o fase humanitaria y de la atención subsiguiente luego que las personas se han certificado como desplazadas por la violencia, y sólo en esos casos (Yepes, 2002).

Para recibir ayuda del gobierno las familias que han sido expulsadas de su territorio por un actor armado deben certificar su condición de desplazadas. Para ello deben pre-

sentar declaración ante el Ministerio Público (la Personería Distrital) a través del Formato Único de Declaración, en el cual se consignan los sitios de expulsión y de llegada, las fechas correspondientes, el nombre del declarante y de los miembros de su familia y algunos aspectos sociodemográficos, y sobre las razones y hechos del desplazamiento. Una vez declarado su estado, los desplazados deben presentarse ante las oficinas de la Red donde se diligencian los formatos de caracterización básica del hogar y de seguimiento de las ayudas entregadas. La Red y las ONG contratadas por ella para administrar y prestar la labor de asistencia humanitaria (Pastoral Social, por ejemplo), procesan la información y la entrega a las secretarías departamentales a fin de que se informe a las distintas entidades del Estado sobre las personas para la entrega de los servicios, incluidas las IPS.

Otras organizaciones de protección y de la iglesia, contratadas por la Red, tienen un importante papel en administrar y prestar la labor de asistencia humanitaria a las personas desplazadas: la Cruz Roja Colombiana, seccional Bolívar, la Pastoral Social y el Codhes. Sin embargo, la organización con más fuerte presencia entre los desplazados de la zona sur oriental es la Asociación Nacional de Ayuda Solidaria (Andas). Una organización de derechos humanos, sin ánimo de lucro y de base social, cuyo objetivo es la organización de los desplazados y víctimas de la violencia política en Colombia y la promoción de procesos organizativos autogestionarios para el desarrollo y reconstrucción de los proyectos de vida de la gente, a través de la asistencia humanitaria y la solidaridad (Ruiz y Jiménez, 2002).

En salud, la Red otorga también certificación a las instituciones que prestarán servicios y que los desplazados pueden escoger. Las personas que tienen Sisben no son be-



neficiarias de las ayudas del Estado y entran a recibir servicios de salud como beneficiarias del régimen subsidiado o vinculadas. No obstante, en la práctica, para acceder a los servicios de salud las personas desplazadas requieren autorización de la Red, la que asigna las IPS para consulta, contradiciéndose lo establecido por las normas y lo referido por la propia dirección de la entidad.

En Cartagena la atención médica curativa a desplazados la realizan 25 instituciones prestadoras de servicios, públicas y privadas, autorizadas por la Red de Solidaridad, y se paga con cargo a los recursos de la subcuenta Ecat para enfermedades catastróficas del Fondo de Solidaridad y Garantía. En general, cualquier IPS que cumpla con los requisitos esenciales puede acceder y competir por los recursos para la prestación de servicios a desplazados. Sin embargo, por los registros del aplicativo de la subcuenta de enfermedades y eventos catastróficos Ecat del Fosyga, entre el 1 de enero y el 15 de julio de 2002, siete instituciones más presentaron reclamaciones por servicios a la población desplazada.

En el pasado las secretarías departamental y distrital captaban recursos y hacían convenios con los hospitales para la atención a los desplazados. Desde su nacimiento, la Red de Solidaridad Social maneja toda la atención en salud para esa población, hace los convenios con las ONG y centros asistenciales y el departamento y el distrito sólo asesoran a los entes públicos para la atención integral (Dasalud, 2002).

En materia de atención, además de las instituciones privadas, la salud en la ciudad es función del Dadis, responsable de la ejecución del Plan de atención básica, de la vigilancia epidemiológica y del pago de la prestación de servicios médicos a la pobla-

ción vinculada y subsidiada en la red pública de instituciones de primero, segundo y tercer nivel de atención a cargo de la Empresa Social del Estado de Cartagena, algunas por contrato como el Hospital San Pablo y el Hospital Universitario que son entes departamentales.

En la zona sur oriental trabajan cerca de veinte brigadistas del servicio distrital de salud en actividades de salud oral, citología, cáncer de cuello uterino y campañas sobre el maltrato infantil y saneamiento básico. La principal dificultad para el trabajo en la zona es de acceso por razones de seguridad, “siempre se requiere la compañía de un líder de la zona para entrar” (Ramos, 2002).

Sin embargo la percepción de la población en situación de desplazamiento como de los demás moradores del sector es que los servicios de salud que se prestan no son buenos.

Yo tuve una enfermedad. Un sueño, un sueño, un sueño y una rasquiña. Fui a San José de Clemencia y me dieron unas tabletas pero nada. Fui donde un médico privado que me recetó unas tabletas que valían 1.800 pesos cada una, no me cobró la consulta, yo me compré los medicamentos y me curé. Es que la medicina que sirve es la que uno paga (líder Playas Blancas).

Apoyo adicional en el control de las enfermedades de notificación obligatoria se recibe del nivel departamental (Mercado, 2002) con la participación de la Organización Panamericana de la Salud (Rojas, 2002); y en material nutricional a través de los programas de complementación de escolares y gestantes y de alimentos por trabajo que desarrollan el Programa Mundial de Alimentos (PMA) (Benavides, 2002) y el ICBF. La ONG Médicos Sin Fronteras ha realizado brigadas en el asentamiento de Playas Blancas (Ayala, 2002).



Sobre los riesgos ambientales, la responsabilidad por el saneamiento y mantenimiento de canales, disposición de basuras y rellenos sanitarios recae sobre el departamento del medio ambiente (Damarena) que a la fecha de este estudio dependía de recursos del Plan Colombia para realizar la limpieza de los canales y sólo estaba ejecutando el proyecto de La Bocana (2002; Franco, 2002); una iniciativa para descontaminar la Ciénaga a través de la autodepuración mediante la ampliación técnica de una comunicación con el mar que permite el intercambio permanente, pero que cada vez que abre la compuerta, el agua contaminada se devuelve inundando las calles y viviendas de los pobladores.

La Bocana complementa lo previsto en el Plan maestro de acueducto y alcantarillado (Aguacar, 2002) que prevé la construcción de redes para toda la zona sur oriental, cuyo tratamiento y disposición final iniciará operaciones en el 2005 a través del Emisario Submarino; un sistema de recolección de la red de alcantarillado que luego de un tratamiento preliminar para eliminar 99% de la contaminación la enviará mar adentro (Mendoza, 2002). En su diseño se comprometieron recursos para las necesidades previstas en el 2001 y uno de los problemas más importantes es que no incluirá a las comunidades desplazadas que hoy se asientan en las orillas de la Ciénaga ni a los que vendrán en el futuro, y se estima que la zona ha crecido en por lo menos 500 metros en los dos últimos años.

2.4 Aspectos normativos de la atención en salud para la población desplazada

Se define como *desplazado por la violencia* a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, a abandonar su localidad de residencia y sus actividades económicas habituales, porque

su vida, integridad física, seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas por razones del conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores, que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público (ley 387 de 1997).

Desde el gobierno, las políticas para la atención de la población desplazada por la violencia se proponen articuladas con las acciones del Estado orientadas a lograr la prosperidad económica y social, el fortalecimiento de la seguridad nacional y el logro de la paz; a lo cual se le da forma específica en el Plan nacional para la atención integral de la población desplazada (decreto 173 de 1998; Conpes 3057 de 1999).

La atención en salud es uno de los componentes del Plan que dispone de dos grandes estrategias relacionadas con la atención en salud: la primera se refiere a la atención humanitaria de emergencia y, la segunda, a la consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados. Ambas incluyen lineamientos y programas específicos para la atención en salud de la población desplazada y a ellos se tiene derecho en virtud de la ley 387 de 1997 y del decreto reglamentario 2569 del año 2000.

La *atención humanitaria de emergencia* se define como “la ayuda temporaria e inmediata encaminada a acciones de socorro, asistencia y apoyo a la población desplazada, a fin de mitigar las necesidades básicas en alimentación, salud, atención psicológica, alojamiento, transporte de emergencia, elementos de hábitat interno y salubridad pública” (artículo 20 del decreto 2569 de 2000), bajo estándares míni-



mos de calidad, y mediante la alianza entre las agencias del gobierno, el sector privado, las ONG, la iglesia y las agencias internacionales especializadas.

El derecho a la atención humanitaria de emergencia se extiende por un tiempo máximo de tres meses prorrogable por otros tres. Los municipios, distritos y departamentos son responsables de la solicitud, gestión y ejecución de los recursos para la atención humanitaria de emergencia. Ésta debe darse de manera preferencial y diferenciada a los grupos desprotegidos y vulnerables como los niños; los jóvenes entre 12 y 18 años; las mujeres cabeza de hogar, gestantes y lactantes; la población discapacitada víctima del desplazamiento; y a los grupos étnicos minoritarios.

El decreto 173 de 1998 concibe la atención integral en salud brindada a los desplazados dentro de la estrategia de atención humanitaria de emergencia como un derecho cuyo diseño y ejecución es responsabilidad del Ministerio de Salud, el ICBF, la Cruz Roja Colombiana y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud. Se entiende por atención integral en salud, el conjunto de acciones de promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad, la atención sicosocial y la rehabilitación que se realizan bajo el marco de la ley 100 de 1993, las resoluciones 412 de 1992 y 1283 de 1996, los acuerdos 59 y 85 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social y los lineamientos sobre atención sicosocial que debe trazar el Ministerio de Salud.

En la fase de atención humanitaria de emergencia, y aún en la de consolidación, las enfermedades de los desplazados, y también las necesidades de promoción, prevención y rehabilitación, pueden ser atendidas por las instituciones prestadoras de servicios de sa-

lud públicas o privadas con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Para el efecto, el acuerdo 59 de 1997 declaró el desplazamiento por causa de la violencia como evento catastrófico y otorgó el derecho al acceso a servicios para la atención de la enfermedad derivada de la exposición a riesgos debidos al desplazamiento. En el acuerdo 85 del mismo año se adicionan los servicios derivados de riesgos ambientales, nutricionales y sicosociales. El acuerdo 44 de 1997 fija los criterios de distribución de los recursos de la subcuenta Ecat del Fosyga y el 64 establece que la asignación de recursos de esta subcuenta debe hacerse con carácter prioritario para la atención del trauma mayor causado por la violencia. Con el acuerdo 77 de 1997 se obliga a las instituciones prestadoras de servicios de salud a atender a la población desplazada afiliada al régimen subsidiado sin límite territorial. Los acuerdos 72 y 74 amplían el plan de salud subsidiado y se adicionan la rehabilitación y el trauma mayor para los hospitales en las zonas de conflicto. La resolución 185 del 2000 define el procedimiento aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios prestados a la población desplazada y abre la posibilidad de que la atención sea brindada por cualquier entidad, pública o privada, en todo el territorio nacional. Finalmente, con la circular conjunta del Ministerio de Salud y la Red de agosto de 2001 se instruye sobre la asistencia en salud de la población desplazada y sobre los mecanismos para el cobro de la atención.

Se entiende por *consolidación y estabilización socioeconómica* de la población desplazada por la violencia, la situación mediante la cual ésta accede a programas que garanticen la satisfacción de sus necesidades básicas en vivienda, salud, alimentación y educación a través de sus propios medios o de los programas que para tal efecto desa-



rollen el gobierno nacional y las autoridades territoriales, en el ámbito de sus propias competencias y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal (artículo 25 del decreto 2569 de 2000).

La estrategia se orienta a la atención de los desplazados a partir del momento en el que la población decide retornar voluntariamente a su lugar de origen o cuando decide reubicarse en otra zona, urbana o rural, porque el retorno no puede llevarse a cabo. En esta condición, el Estado se compromete a brindar a los desplazados condiciones de seguridad y sostenibilidad y contribuir al desarrollo de las zonas receptoras (decreto 173 de 1998).

En esta fase la atención en salud se concibe como continuidad de la atención integral que se ofrece desde la atención humanitaria de emergencia. En particular, se promete la afiliación de la población desplazada al régimen subsidiado como una responsabilidad cuyo cumplimiento debe ser garantizada por los entes territoriales (decreto 173 de 1998).

Como sucede en la fase de atención humanitaria, el acuerdo 77 de 1997 define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado. Se supone que al lograrse la afiliación la población desplazada pierde las garantías que en materia de atención se le otorgaban mediante los acuerdos 59 y 85 de 1997. De igual modo, los desplazados pueden ser beneficiarios del Plan de atención básica, un plan de acciones colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control de factores de riesgo, a cargo del Estado y del cual son responsables los entes territoriales.

El Ministerio de Salud y la Consejería Presidencial para Desplazados son las instancias encargadas de diseñar y ejecutar proyectos de rehabilitación sicosocial a tra-

vés de organizaciones que certifiquen experiencia en el trabajo con poblaciones vulnerables (decreto 173 de 1998).

En síntesis, la asistencia sanitaria parece orientarse en dos sentidos: la relacionada con la atención de emergencia durante los tres primeros meses y la de una fase más estable del asentamiento del desplazado, pero restringida sólo a los siguientes tres meses. En ambos casos debe tener carácter integral, pero mientras en la primera estrategia algunas actividades y procedimientos se apoyan más en organismos de socorro, en la segunda, la responsabilidad recae en las agencias aseguradoras e IPS públicas y privadas, el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social y los entes territoriales, sin que haya una clara definición de las responsabilidades en el nivel territorial y de articulación entre los diferentes entes del sector salud comprometidos.

Una vez la condición de desplazado deja de ser reconocida legalmente por la Red de Solidaridad Social, los derechos en materia de salud son regidos en su totalidad por la normatividad del Sistema de seguridad social, lo que significa que muchos de ellos quedan sin ninguna protección social en salud si no reúnen los requisitos para pertenecer a éste.

Los lineamientos generales del Plan de acción para la atención de la población desplazada orientan que las acciones trasciendan el enfoque asistencialista y puramente de emergencia, fortalezcan las capacidades de las comunidades afectadas, aborden el diseño y la ejecución de las acciones bajo un enfoque poblacional y territorial que tenga en cuenta las particularidades regionales y locales, de género, étnicas y las costumbres y tradiciones de la población desplazada. En la ejecución de los planes, programas, proyectos y acciones debe involucrarse a la sociedad civil, al sector pri-



vado y a los entes territoriales y demás instituciones públicas, directamente o mediante convenios de cofinanciación.

Los programas, proyectos y acciones del Plan se financian, en el caso de salud, con los recursos específicos del Sistema de seguridad social en salud, pero además con las otras fuentes previstas por el decreto 173 de 1998: el Fondo nacional para la atención de la población desplazada por la violencia, el Fondo nacional de calamidades, aportes territoriales y los aportes con destinación específica para atención de la población desplazada provenientes de la cooperación internacional, entre otras.

2.5 Argumentos y posibilidades para el desarrollo de una estrategia de intervención en salud para la población pobre, desplazada y vulnerable

De la revisión de la normatividad y del estudio de las necesidades, se infiere que el conjunto de las acciones de curación, rehabilitación, promoción, prevención, fomento de la salud y control de factores de riesgo no es responsabilidad exclusiva del sector sanitario ni de las instituciones del gobierno, y una de las posibilidades para superar las restricciones y dificultades existentes para actuar sobre el entramado de los determinantes del proceso salud-enfermedad puede estar en las enseñanzas de la *atención primaria en salud* que surge a mediados de los setenta (OPS-OMS 1978; OPS-OMS, 1980). Luego de casi treinta años muchos de sus planteamientos tiene vigencia hoy para las condiciones de la población pobre y desplazada de la zona sur oriental de Cartagena.

Desde sus inicios, la asistencia sanitaria primaria, entendida como asistencia curativo-preventiva con técnicas de asistencia médica

unificadas y sencillas y aplicadas por personal de asistencia primaria, junto con medidas que promovieran el desarrollo como el saneamiento, la provisión de vivienda, la nutrición, la educación y las comunicaciones, además de la participación de la colectividad, ha sido una estrategia a la que se le ha reconocido un gran valor para mejorar la calidad de la vida y la salud de los pobres, socialmente vulnerables y desprotegidos, con tecnologías accesibles, costo-efectivas, culturalmente aceptables y apropiadas a las necesidades de esas poblaciones (Banco Mundial, 1975; OMS, 1975; Unicef-OMS, 1975; Starfield, 1992).

En los países del continente americano ha existido una tradición de aplicación de medidas de atención primaria. En Colombia la forma más afortunada de ponerla en práctica fue la organización de los Sistemas locales de salud (Jaramillo 1980; OPS-OMS, 1988; Ministerio de Salud, 1989) cuyo aporte a la salud de los colombianos pobres y desprotegidos fue evidente por sus resultados en la mayoría de los indicadores de salud (Agudelo, 2001). Infortunadamente su aplicación fue suspendida con la reforma al Sistema nacional de salud que dio origen al Sistema de seguridad social en salud en 1993.

La APS ha sido fortalecida con los lineamientos sobre *promoción de la salud* desarrollados desde mitad de los años ochenta, orientados a modificar los determinantes individuales y colectivos de la salud; en el nivel individual en los estilos de vida y en el nivel colectivo para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos que definen las condiciones de vida y de salud de la gente (Restrepo, 2002). Para efectos de este trabajo se acogen las orientaciones estratégicas de cuatro conferencias internacionales de promoción de la salud.

La Primera conferencia internacional de promoción de la salud (WHO, 1986) definió

las condiciones y recursos que deberían reunirse para tener una buena salud: paz, vivienda, educación, alimentos, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Dos años más tarde, la Conferencia de Adelaida en 1988 (WHO, 1988), tuvo como eje el tema de las políticas públicas saludables, que fue caracterizado como una abierta preocupación por la salud y la equidad en todas las áreas de las políticas y por la rendición de cuentas sobre su impacto en salud.

Esta Conferencia se centró especialmente en las responsabilidades por la salud que otros sectores, el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades, deben tener al formular sus políticas, en particular, en lo relacionado con el ambiente físico y social. Concibió la salud como un derecho humano fundamental y una inversión social con repercusiones en el crecimiento económico en el largo plazo. Su perspectiva de equidad dio prioridad a los grupos marginados y vulnerables, y pregónó igual acceso a los servicios en especial, a los de carácter comunitario.

Por su parte, de la Declaración de Yakarta, promulgada durante la Cuarta conferencia internacional reunida en Indonesia en 1997 (OMS, 1997), se desprende un llamado por la consolidación y ampliación de las alianzas estratégicas por la salud y el desarrollo social entre diferentes sectores y niveles del gobierno y de la sociedad, con base en reglas y principios éticos comunes.

La Quinta conferencia de promoción de la salud (WHO/PAHO, 2000) hizo énfasis en la creación de condiciones subjetivas y estructurales para lograr una acción exitosa en procura de la promoción de la salud, en particular en el empoderamiento de individuos y comunidades y en la articulación de esfuerzos entre el sector sanitario y otros sectores.

Destaca la necesidad de reorientar los sistemas y servicios mediante la incorporación de la promoción y de la prevención como una parte integral del modelo de atención y mediante la definición de acciones de promoción de carácter colectivo dentro y fuera del sector.

A pesar de que la promoción de la salud emergió en estrecha relación con la APS como una forma de renovar el discurso de la salud pública, las naciones latinoamericanas fueron reacias a poner en práctica sus lineamientos al considerarla una política que poco tenía que ver con las realidades del sector del mundo en desarrollo (Restrepo, 2002). De ahí la importancia de la Conferencia internacional de promoción de la salud realizada en Bogotá en 1992 (OPS-OMS, Ministerio de Salud, 1992). En ella se plantearon una serie de estrategias y compromisos entre los países para ponerla en práctica; estrategias referidas al impulso de una nueva cultura de la salud y a la lucha por la reducción de las inequidades. Se buscaba promover una serie de compromisos alrededor del derecho y respeto a la vida y a la paz que colocaban a la PS en el centro de la acción de los gobiernos, del sector y de la ciudadanía, desde una perspectiva amplia de la salud con centro en la participación.

Desde 1991 Colombia empezó a poner en práctica las políticas de promoción (OPS-OMS, 1992) y para 1992 ya tenía formulado un programa amplio y concreto (Agudelo, 1992). Sin embargo, el programa declinó en el período entre 1993 y 1996 en pleno proceso de puesta en práctica de la reforma al sistema (De Taborda, 2002) y no es sino a partir de 1996 que tomó un nuevo aliento, cuando la OPS y el gobierno lograron articular una serie de estrategias entre las cuales se destacan los Municipios Saludables por la Paz; Salud



Mental y Estilos de Vida Saludables; Salud, Familia y Población y Comunicación Social en Salud. (OPS-OMS, 2001c). Empero estas estrategias han estado centradas en actividades del sector con poca acción y coordinación intersectorial e interinstitucional.

En mucho, lo que haga el sector tanto en el espacio individual como en el colectivo de las acciones de promoción de la salud, dependerá de las reglas de juego de sistema, de la inclusión de las actividades de promoción en los beneficios que deben asegurarse a la población y de la capacidad de agencia y habilidad desarrollada por el sector para actuar en los planos individual y colectivo. Una evaluación de las funciones esenciales del Sistema de seguridad social en Colombia mostró a la promoción de la salud como la función peor ubicada por asignación insuficiente de recursos financieros, la incapacidad de convocatoria y liderazgo de las autoridades sanitarias para desarrollar alianzas con otros sectores, la insuficiente reorientación del sector hacia un modelo de atención con mayor énfasis en la atención primaria, y porque las responsabilidades de acción aparecen fragmentadas y diluidas en múltiples planes y actores.

No obstante, muchos de los lineamientos normativos del actual Sistema de salud y del Sistema de atención a población desplazada, pueden servir de base para la articulación de programas que retomem como eje estos contenidos sobre atención primaria y promoción de la salud: la atención sicosocial, el Plan de atención básica y las acciones sobre promoción, prevención y protección específica definidas en el Plan obligatorio de salud, conforme la distribución de competencias y recursos prevista en la ley 715 de 2001.

2.5 Alcance de las políticas y estrategias para la atención en salud de los desplazados, como se desprenden de la normatividad y de la experiencia en Cartagena

Hay indicios claros de que la política sobre desplazamiento que se expresa a través del Plan nacional de atención integral a la población desplazada por la violencia es limitada en sus beneficios y ejecución frente a la magnitud de las necesidades de la población (ACNUR, 2002a). La intervención intersectorial también ha estado ausente, y hay referencias explícitas a la falta de articulación de las acciones de los gobiernos nacional, regional y local.

Todo pareciera indicar también que la atención en salud a la población desplazada por la violencia está fuertemente sesgada por una concepción asistencialista que privilegia la atención curativa en detrimento de una acción intersectorial propiciatoria de una efectiva integración de las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Con el asistencialismo se viene estimulando la proliferación de instituciones de servicios curativos poco interesadas en intervenir los determinantes no médicos del proceso salud-enfermedad pero sí en la obtención de ingresos por vía de la atención de la enfermedad, en un círculo vicioso que perpetúa las condiciones de su producción.

En el caso de la atención sicosocial, que parece ser la estrategia que pretende dar pie a una política de estímulo a la acción intersectorial y a la integralidad, al privilegiar un enfoque que hace énfasis en los aspectos psicológicos, desatiende los determinantes económicos, sociales, medioambientales, culturales y políticos que afectan la salud colectiva de los desplazados. De acuerdo con la Red de Solidaridad Social (2001), las principales dificultades de esta estrategia se en-

cuentran en la falta de acuerdo sobre sus alcances y la carencia de personal humano calificado para la evaluación e intervención.

En el caso del sector salud no existe una política de Estado clara sobre la atención en salud para la población desplazada, ni estrategias en los órdenes nacional y territorial que enfatizan y promuevan la integración de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en el nivel primario de atención; así como tampoco mecanismos que promuevan la necesaria coordinación interinstitucional entre las instancias nacionales y territoriales; como tampoco un plan de acción intersectorial, de gestión local y de participación social que propicie el desarrollo y la materialización de las políticas de salud.

Para el Ministerio de Salud “la dificultad más importante que afronta actualmente la atención integral en salud a la población desplazada por la violencia está relacionada con el cumplimiento de requisitos de reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas: la facturación y el registro en la Red de Solidaridad” (citado por RSS, 2002, tomo II, p. 4).

Sin embargo, el mayor vacío desde el Ministerio, los entes territoriales y los servicios, parece darse en el campo de la salud pública y en la relación entre las políticas económicas, sociales y ambientales, sobre todo cuando el desplazamiento se encuentra en la fase de consolidación y estabilización. Como señala Acnur (2002), para el caso de los desplazados que se asientan individualmente, por lo general en las áreas más pobres y marginadas, la protección es casi ausente en materia de servicios públicos, distribución de agua y saneamiento y falla la protección frente a desastres naturales. Justamente en esta población los indicadores de salud pública son calificados de

preocupantes: “apenas 43% de los niños y niñas menores de cinco años dispone de carné de vacunación, 80% de estos presentan síntomas de enfermedades respiratorias y 30% de ellos presenta diarreas” (ACNUR, 2002, p. 54).

Con base en estos elementos de juicio y con los aportados por esta investigación, se puede decir que es clara la ausencia de políticas, estrategias de intervención, mecanismos de gestión, de diagnóstico de necesidades y de evaluación de impacto de programas y proyectos en el campo de la salud pública, que sean adecuados para la situación de la población desplazada y vulnerable. Ni las autoridades sanitarias nacionales y territoriales ni las instituciones y servicios de salud, y todo su personal, parecen estar suficientemente preparados para trabajar con las condiciones de estas poblaciones.

Enfoques con proyección en la salud familiar y comunitaria como el de la atención primaria en salud y la promoción de la salud, capaces de abordar “los factores socioeconómicos determinantes de la salud, las políticas sociales y económicas que afectan la distribución del ingreso, así como los aspectos de los servicios de salud que fortalecen la atención primaria” (Starfield, 2001), con un enfoque multidisciplinario y de equidad, que han probado ser costo-efectivos en muchos países del mundo, hoy brillan por su ausencia en Cartagena y en el país.

2.6 Propuestas para la intervención

De lo descrito en los hallazgos y expresado por los funcionarios y comunidades, se resume que la intervención debe concitar la participación y articulación de distintos sectores y debe abarcar tanto a la población desplazada como a la población pobre y vulnerable que comparte con ella los mismos problemas de salud y factores de riesgo. Sin



embargo, también queda claro de lo observado y del trabajo con la gente, que existen asentamientos, aquellos más adentro de la Ciénaga, en los que no es posible desarrollar ningún proyecto de mejoramiento por tratarse de zonas de alto riesgo para la vida. En estos casos la reubicación en sitios con mejores condiciones ambientales, de vivienda y de servicios es la única salida.

Para el resto, los principales problemas son el saneamiento ambiental, el empleo, la educación, la vivienda y el acceso a servicios de salud. Una síntesis de los hallazgos y propuestas muestra:

1. Saneamiento ambiental. La respuesta más importante es la construcción de las redes de alcantarillado hasta alcanzar todas las calles y sectores de la zona. Tal proyecto debe incluir el desarrollo de un sistema de tratamiento de aguas negras antes de su salida a la Ciénaga. Se requerirá de algún sistema de subsidio para garantizar la conexión domiciliar que asegure el funcionamiento del sistema construido. De manera concomitante, se deberá propender por la recuperación de los canales de aguas lluvias y caños naturales. Para ello es importante desarrollar mecanismos para el control de las basuras, promoviendo prácticas adecuadas de reciclaje y disposición final en los hogares y garantizando un sistema de recolección efectivo, que puede consultar y apoyar las iniciativas comunitarias.

Universalizar la cobertura de otros servicios públicos como agua y energía son necesidades a satisfacer y así eliminar los riesgos para la salud que de ellos se derivan.

2. Empleo-ingresos. Las oportunidades de empleo y el apoyo para el desarrollo de proyectos productivos son las propuestas fundamentales para la generación de

ingresos en las familias, que les permita acceder a vivienda, servicios sociales y públicos y alimentos, sin detrimento de la necesidad de otros subsidios.

La contratación de la comunidad en los proyectos de servicios de la zona es una de las mejores alternativas para la gente. Tal es el caso de la mano de obra requerida para adelantar las obras del acueducto y alcantarillado, para la recolección y reciclaje de basuras, para la fumigación del área o para la promoción en salud. Ello requiere fortalecer los procesos de organización comunitaria y asesoría jurídica para conocer sobre las modalidades y requisitos de contratación.

Por otra parte, los paquetes integrados de capacitación, asesoría técnica en producción y comercialización, y apoyo financiero para el desarrollo de microempresas y proyectos productivos, constituyen una respuesta a las iniciativas de la gente para adelantar proyectos de cultivos de peces, de producción de alimentos, de confección de ropa y calzado y de encuadernación y empaste.

3. Educación. Además de garantizar la cobertura universal de la educación básica primaria, la población pide que los jóvenes y adultos puedan tener acceso a la educación secundaria y que se estimule la formación técnica. No basta con la existencia de cupos en las instituciones, es necesario eliminar las barreras económicas y geográficas al acceso y generar sistemas y redes de apoyo para el mantenimiento de los estudiantes en las escuelas mediante subsidios para transporte, libros y alimentación.
4. Vivienda. Este aspecto incluye el apoyo técnico y económico para adelantar mejoras físicas en las viviendas y garantizar la conexión domiciliar de los servicios públicos.

5. Salud y acceso a servicios. La dificultad mayor es el pobre carácter integral del modelo de atención vigente, limitado para actuar sobre la salud y sus determinantes desde una perspectiva que permita la participación y el trabajo intersectorial e interinstitucional.

De los hallazgos sobresalen dos problemas para resolver. El primero es garantizar el acceso a los servicios, lo que requiere revisar el proceso de focalización de subsidios en salud y su instrumento de aplicación el Sisben para el caso de la población pobre y vinculada. El segundo, desde el punto de vista de la atención, actuar sobre los problemas de calidad de los servicios, las dificultades en el suministro de medicamentos y el énfasis curativo que requerirán, en el caso de los desplazados, redimensionar las normas existentes en lo que atañe a la prevención y promoción. Además, las entidades sanitarias deben garantizar la vigilancia epidemiológica y el control de los factores de riesgo que definen las causas de enfermedad y muerte en la población.

Conclusiones. Lineamientos para la intervención

Como puede observarse por las evidencias empíricas y normativas aportadas por esta investigación, la solución de los problemas de salud de la población desplazada por la violencia asentada en los márgenes de la Ciénaga de la Virgen en Cartagena está estrechamente relacionada con la intervención de un conjunto de factores determinantes de la salud como el saneamiento básico, la preservación de la ecología, la oferta de empleo y mejoramiento de los ingresos, la seguridad alimentaria, la educación y capacitación técnica, la entrega y mejoramiento de la vivienda y sus servicios, el acceso a servicios de salud y de seguridad social y el

empoderamiento de la comunidad. Con excepción de la urgente necesidad de la reubicación de aquellas familias desplazadas que viven en condiciones de extrema precariedad y en terrenos de alto riesgo, los demás desplazados comparten la suerte de miseria, desprotección y falta de oportunidades de los tradicionales habitantes del área.

Por eso, la solución a los problemas de salud de estos grupos de población son similares y consultan acciones a dos niveles: las que deben realizarse dentro de los límites del sector salud y aquellas de carácter intersectorial o que además de comprometer al sector en sentido estricto, involucran a otras agencias del Estado, al sector privado, a las diferentes organizaciones sociales y ONG.

Además de las actividades de curación, rehabilitación, prevención y promoción propias del actual sistema de seguridad social en salud, es necesario desarrollar un conjunto de acciones orientadas a remover aquellos factores relacionados con la presencia de las enfermedades prevalentes en esta población que caen en lo que tradicionalmente se llama prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Acciones estas últimas que rebasan las de promoción y prevención incluidas en los actuales planes de beneficios.

Un elemento adicional a considerar es el carácter de las estrategias de intervención predeterminadas en gran parte por el contenido de la normatividad. De esto pudiera decirse que aunque las normas para la atención a desplazados generan incentivos más para la atención que para la prevención de la enfermedad y para la promoción de la salud, pueden posibilitar acciones intersectoriales más afines a la remoción de los determinantes que están afectando la salud de esta población, si quienes participan de los órganos de dirección nacional y territorial del SNAIPD se lo propusieran.



A pesar de existir un espacio para promover la integralidad, la intersectorialidad y la participación social, éstas se encuentran ausentes en el caso de salud en Cartagena. Cada agencia del Estado sigue actuando débilmente y por separado frente a los problemas de su competencia sin que se genere ningún plan de acción conjunto.

El sector salud, por su parte, hasta la fecha ha carecido de liderazgo para convocar la acción de otros actores institucionales y de la misma comunidad y de una clara estrategia de acción que le posibilite ir más allá de la atención de la enfermedad y del paquete limitado de acciones del Sistema de seguridad social en salud. En mucho esta incapacidad parece proceder de las restricciones normativas que han desempoderado a las autoridades de salud, a los servicios y a sus funcionarios, como también de la falta de audacia para poner en práctica estrategias de atención que en otras épocas se han mostrado eficaces. Tal vez en los retos que al sector coloca la población desplazada, y en las oportunidades que ofrece al sector salud la normatividad de atención integral a los desplazados, pudiera encontrarse una ocasión histórica para transformar las políticas y estrategias de intervención vigentes.

Es por esto que, a juicio de los investigadores, podrían servir como lineamientos de intervención para desarrollar las propuestas de la población entrevistada de la zona sur oriental de Cartagena, una combinación de elementos de la atención primaria en salud y la promoción de la salud con algunas modificaciones en las normas. Tales elementos son:

1. Integralidad. Esto es, el desarrollo de un conjunto de formas de atención en salud que hagan énfasis en la integración de las acciones de curación, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación.
2. Intersectorialidad e interinstitucionalidad. Es decir, la acción coordinada de las diferentes agencias del Estado, entidades privadas, individuos y organizaciones comunitarias y ONG, que respondan con claridad a las necesidades de la población y a los objetivos y metas trazados de común acuerdo para satisfacerlas.
3. Descentralización. Es necesario que los espacios de definición de políticas, planes, programas, proyectos y de asignación de recursos, se acerquen a las comunidades para conocer mejor sus necesidades y posibilitar su participación en la toma de decisiones. En este sentido la estructura de los Comités territoriales debería ser replicada a escala zonal, y las mesas de trabajo, además de ser órganos consultivos, deberían tomar el carácter de organismos permanentes de vigilancia y control.
4. Participación social. La promoción de la participación de los beneficiarios y afectados en los procesos de toma de decisiones, ejecución, vigilancia y control. Se requeriría el empoderamiento, no sólo de la comunidad sino también de los diferentes sectores. Los desplazados deberían tener representación tanto en el Consejo nacional como en los comités territoriales y zonales.
5. Equidad. Es necesaria una noción de distribución de los beneficios de los planes, programas y proyectos que consulte las necesidades de la población antes que las limitaciones autoimpuestas por los planes preestablecidos por el sistema de salud.
6. Una práctica basada en la salud familiar y comunitaria. Se ha probado que el predominio de una práctica de atención individual es un obstáculo para actuar eficazmente sobre determinantes de la salud como los que afectan a esta población. Se requiere de nuevas prácticas de

los servicios que incluyan a la familia y la comunidad, lo que podría aportar los conocimientos y experiencias para generar un nuevo liderazgo del sector y ganar la eficacia perdida frente a los retos de la salud colectiva.

Los anteriores lineamientos no pretenden sustituir las propuestas hechas por los desplazados y demás comunidades de la zona sur oriental. Se trata de encontrar estrategias eficaces para su articulación. Esta investigación demanda una fase siguiente de desarrollo orientada a poner en interacción a los diferentes actores y lograr los acuerdos locales para adelantar las propuestas y sus lineamientos de acción.

Bibliografía

- Aguacar, 2002. *Proyecto para el tratamiento de las aguas residuales de Cartagena y su disposición final en el mar Caribe mediante Emisario Submarino*. Cartagena.
- Agudelo, 2001. *Aporte a la salud de los colombianos pobres y desprotegidos*.
- Agudelo, C., 1992. "Promoción de la salud en Colombia: ¿por qué y para qué?". En: OPS-OMS, Ministerio de Salud. *Conferencia internacional de promoción de la salud*. Bogotá. Noviembre de 1992, p. 80-88.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 2002. *Estado de situación del desplazamiento: enero a diciembre de 2001*. Grupo temático de desplazamiento (GTD). Bogotá. Mayo.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 2002a. "Desplazados son casi invisibles para la sociedad". *El Tiempo*, 19 octubre de 2002.
- Annet, H; Rifking, S., 1990. *Improving urban health*. Geneva. World Health Organization.
- Ayala, C., 2002. Entrevista con Carlos Ayala de la ONG Médicos Sin Fronteras-España realizada por Amparo Hernández y Julia Álvarez el 20 de mayo de 2002.
- Banco Mundial, 1975. *Salud: documento de política sectorial*. Washington DC.
- Benavides, Y., 2002. Entrevista a Yolanda Benavides directora del PMA en Cartagena realizada por Amparo Hernández y Román Vega el 16 de abril de 2002.
- Bie-Nio-Ong; Humphris, G., 1994. "Prioritizing needs with communities. Rapid Appraisal methodologies in health". In: Popay, J. and Williams, G. (eds.). *Researching the People's Health*. London, Routledge.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), 2002. *Tendencias de población desplazada en Bogotá de 1995 al 30 de septiembre de 2002*. Sisdes. www.codhes.org.co
- Chambers, R., 1994. "The origins and practice of participatory rural appraisal". *World Development*. v. 22, no. 7, p. 953-969.
- Comité de desplazados de Playa Blancas, 2002. "Propuesta de reubicación para cuarenta familias desplazadas. Asentamiento de Playas Blancas número 2, enero 4 de 2002". Mimeo.
- Correal, D., 2002. *Análisis estadístico de la base de información del Sisben*. Secretaría de Planeación Distrital, Cartagena, abril.
- Damarena, 2002. *Proyecto Bocana de la Ciénaga de la Virgen*. Folleto informativo. Ministerio de Transporte-Reino de los Países Bajos.
- De Taborda, 2002. Entrevista conjunta a Ramón Granados y María Cristina de Taborda realizada por Román Vega Romero y Mónica García el 9 de octubre de 2002, Bogotá.
- Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena (Dadis), 2002. Consolidado de las 95 primeras causas de morbilidad por edad y sexo. Enero 1 a abril 30.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), 1993a. *Colombia. Proyecciones de población según municipios. A junio 30 de 1995-2005*. www.dane.gov.co
- Dane, 1993b. *Índice de los 13 productos a nivel de sector, sección y manzana para todos los municipios del país. Censo 1993*. Sectores seleccionados zona sur oriental.
- Díez, G.P., 1997. *Condiciones de salud de familias desplazadas por la violencia en Urabá*. Medellín, CES. www.disaster.info-net/desplazados/efectos/index.htm.
- Franco, D., 2002. Entrevista a Paola Franco y Paola Beltrán del proyecto La Bocana realizada por Román Vega y Julia Álvarez en Cartagena el 21 de mayo.
- González, M., 2002. *Desterrados. El desplazamiento forzado en Colombia*. Médicos Sin Fronteras. España.
- Jaramillo, A., 1980. *Informe del Ministerio de Salud al Congreso de la República*.
- Lozano, F.; Osorio, P., 1999. *De víctimas de la violencia a constructores de vida*. Pontificia Universidad



- Javeriana, Facultad Estudios Ambientales y Rurales. Bogotá.
- Mendoza, J., 2002. Entrevista a Jorge Mendoza, Gerente Plan Maestro de Acueducto y Alcantarillado, Aguacar, realizada por Amparo Hernández, Román Vega y Julia Álvarez en Cartagena el 20 de mayo de 2002.
- Mercado, B., 2002. Entrevista conjunta a Beatriz Mercado y Alcira Rojas de la división de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Departamental de Salud de Bolívar, realizada por Amparo Hernández en Cartagena el día 22 de mayo de 2002.
- Midgley, G., 2000. *Systemic intervention: philosophy, methodology and practice*. Contemporary Systems Thinking. New York. Kluwer Academic-Plenum publisher.
- Ministerio de Salud-INS, 2001. *Perfil epidemiológico de la población desplazada en el barrio Mandela* www.disaster.info-net/desplazados/especiales/mandela/index.htm
- Ministerio de Salud, 1989. *Memoria al Congreso*. Bogotá - Colombia.
- Misas, G., 2002. *La ruptura de los años 90. Del gradualismo al colapso*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas. Ediciones Antropos. Bogotá.
- OMS, 1975. "28ª Asamblea Mundial de la Salud-2". *En: Crónica de la OMS*, v. 29, p. 311-322.
- OMS, 1997. *Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI*. IV Conferencia internacional de promoción de la salud. Indonesia, julio.
- OMS, 1978. "Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia internacional sobre atención primaria de salud". Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre. *Serie Salud para Todos*, no. 1. Ginebra.
- OPS-OMS, 1978. *IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas*. Documento Oficial no. 155. Washington.
- OPS-OMS, 1980. "La declaración de Alma-Ata, URSS". Anexo III incluido en: *OPS-OMS, 1980. Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, diciembre.
- OPS-OMS, 1988. "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los Sistemas nacionales de salud", documento CD33/14, Resolución XV - XXXIII del Comité Directivo. Washington DC, 30 de septiembre de 1988. *En: Paganini J.M. y Capote R. (Eds.), 1990. Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, Publicación Científica no. 519, OPS, Washington D.C.
- OPS-OMS, 1992. "Implantación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud". Citado por Agudelo, 1992.
- Promoción de la Salud en Colombia: ¿por qué y para qué?* *En: OPS-OMS, Ministerio de Salud, 1992. Conferencia internacional de promoción de la salud*. Bogotá, noviembre de 1992, p. 80-88.
- OPS-OMS, 2001c. *Informe transferencia de la Representación OPS-OMS en Colombia*. Bogotá. (Inédito).
- OPS-OMS, Ministerio de Salud, 1992. *Conferencia internacional de promoción de la salud*. Bogotá, noviembre.
- OPS, 1998. *Cooperación técnica en pro de la salud*. Bogotá.
- Personería Distrital, 2002. Base de datos de la encuesta a población desplazada enero 2000-junio 2002, procesada por los investigadores.
- OPS-OMS, 2001. Oficio 571/DPD/2001 dirigido al Alcalde de Cartagena por el cual se describe la situación de la calle Miramar y el canal Maravillas, se define el incumplimiento de los deberes de policía y se configura la constitución de renuencia y peticiones.
- Pastoral Social, 2001. Boletín RUT. Familias desplazadas ubicadas en Cartagena. Informes enero 1996-septiembre 2000; septiembre 2000-septiembre 2001. www.pastoralsocial.org
- Pinzón, H., 2002. Entrevista a Hernando Pinzón, director de Epidemiología Hospital Infantil Napoleón Franco realizada por Román Vega y Julia Álvarez en Cartagena, mayo 21.
- Ramos, A., 2002. Entrevistas a Alexis Ramos epidemiólogo del Departamento Administrativo Distrital de Salud, realizadas por Amparo Hernández y Román Vega en Cartagena los días 14 de abril y 21 de mayo.
- Red de Solidaridad Social, 2002. *Sistema único de registro de población desplazada*. Información a junio 19 de 2002. www.red.gov.co - www.col.ops-oms.org
- Red de Solidaridad Social, 2001. *Sistema nacional de atención integral a la población desplazada*. Informe al Congreso de la República. Enero 2001 a febrero 2002, tomos nos. I y II.
- Restrepo, H.E., 2001. "Conceptos y definiciones". *En: Restrepo H.E. y Málaga H. (editores), 2001. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá.
- Restrepo, H.E., 2002. Intervención en Conversatorio sobre la cooperación OPS-Estado Colombiano dirigido por Román Vega Romero y Jineth Hernández Torres, 5 de junio de 2002. Facultad de Medicina Universidad del Valle, Cali-Colombia.
- Rojas, V., 2002. Entrevista a Víctor Rojas de la OPS en Cartagena, realizada por Amparo Hernández y Román Vega en Cartagena el 16 de abril de 2002.



- Ruiz, F.; Jiménez R., 2002. Entrevista a Freddy Ruiz y Rigoberto Jiménez, funcionarios de Andas, realizada por Amparo Hernández y Román Vega en Cartagena el 15 de abril.
- Secretaría de Salud del Valle, 2001. *Hacia la construcción de un modelo piloto para el diseño e implementación de un sistema de información en salud pública y vigilancia epidemiológica en poblaciones desplazadas por violencia política*. www.disaster.info-net.desplazados/documentos/sdsvalle
- Starfield, B., 1992. *Primary Care. Concept, evaluation, and policy*. New York, Oxford University Press.
- Starfield, B., 2001. "Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos", en: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, no. 1, p. 7-28. Bogotá, noviembre.
- Taket, A.; White, L., 2000. *Partnership and participation. Decision making in the multiagency setting*. Wiley, Chichester.
- UNICEF-OMS, 1975. "Necesidades sanitarias básicas de los países en desarrollo: posibles soluciones". En: *Crónica de la OMS*, v. 29, p. 179-200.
- Universidad Javeriana, 2003. Proyecto realizado con recursos de la Vicerrectoría Académica de la Universidad Javeriana en el marco del Programa de apoyo a proyectos de investigación, convocatoria 2001. Informe completo publicado en web en abril de 2003. www.disaster-info.net/desplazados/documentos/puj/lineamientos.htm
- Vega Romero, R., 1999. *Health care and social justice evaluation: a critical and pluralist approach*. PhD Thesis. The University of Hull. England.
- Vergara, R., 2002. Entrevista a Rafael Vergara del departamento Administrativo del Medio Ambiente realizada por Román Vega y Julia Álvarez en Cartagena el 21 de mayo de 2002.
- WHO, 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, 21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1
- WHO, 1988. *The Adelaide Recommendations. Conference Statement of the 2nd International Conference on Health Promotion*. Adelaide South Australia, 5-9 April 1988. WHO/HPR/HEP/95.2
- WHO-PAHO, 2000. *Fifth Global Conference for Health Promotion*. Mexico, 5 – 9 June 2000.
- Yepes de los Ríos, A., 2002. Entrevista conjunta al director de la Red de Solidaridad en Cartagena realizada por Amparo Hernández y Román Vega el 17 de abril de 2002.

