

Kelly Viviana Aristizábal Gómez**

Falencias en la protección del derecho a la salud: una mirada a la población desplazada*

Failings in the protection of the right to the health: a look to the displaced population

Recibido: 19 de abril de 2013 / Aceptado: 3 de mayo de 2013

Palabras clave:

Falencias, Protección, Salud, Desplazados, Violencia, Conflicto.

Resumen

El presente artículo de revisión tiene como finalidad identificar las principales falencias en materia de protección al derecho a la salud de la población que se encuentra en situación de desplazamiento forzado, a partir de un análisis juicioso que inicia con una descripción del origen del fenómeno del desplazamiento en Colombia, continúa con la evolución normativa y jurisprudencial que ocupa al tema, precisa el alcance jurídico que se le atribuye al derecho a la salud, para finalmente desarrollar cada una los aspectos que más limitaciones y afectación al derecho a la salud han generado al pretender aplicar la regulación normativa existente al respecto a las personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado.

Key words:

Shortcomings, Protection, Health, Displaced, Violence, Conflict.

Abstract

This review article aims to identify the main shortcomings in the protection of the right to health of the population in a situation of forced displacement, from a judicious analysis begins with a description of the origin of the phenomenon of displacement in Colombia, continues the evolution rules and case law that addresses the issue, says the legal significance attached to the right to health, to finally develop each of the aspects that most limitations and affected the right to health have led to trying to apply the existing legal regulation about the people who are in situations of forced displacement.

* Este artículo de revisión es el resultado de la investigación denominada Falencias en la protección de los derechos a la salud, educación y vivienda del desplazado de cara a la implementación del Observatorio del desplazamiento forzado en el distrito de Santa Marta en el Grupo de Investigación denominado Gestión, Gobierno y Políticas Públicas del Programa de Derecho de la Universidad del Magdalena.

** Abogada, especialista en Derecho Público y Derecho Laboral de la Universidad del Norte, Magíster en Derecho de la misma institución, investigadora del Grupo de Investigación denominado Gestión, gobierno y políticas públicas del Programa de Derecho de la Universidad del Magdalena, kvag13@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Es incuestionable que el desplazamiento forzado comporta una múltiple y continua violación a los derechos humanos y por ende, exige una respuesta efectiva y permanente por parte del Estado para efectos de lograr un verdadero grado de protección a la población que se encuentra inmersa en este fenómeno.

Sin embargo, mientras que la regulación normativa existente al respecto crece constantemente, la protección brindada a la población que se encuentra en situación de desplazamiento forzado no es suficiente, razón que llevó hace más de ocho años a la Corte Constitucional colombiana a declarar dicho fenómeno como un estado de cosas inconstitucionales obligando de esta manera al Estado a materializar por medio de políticas públicas, reordenamiento institucional y disponibilidades presupuestales adecuadas, el goce efectivo de los derechos de la población víctima del desplazamiento forzado.

Dentro de los derechos objeto de protección se encuentra justamente el derecho a la salud que no se manifiesta únicamente con la ausencia de enfermedad sino que exige el estado completo de bienestar físico, psicológico y las demás esferas del ser humano.

En este contexto, a través de este estudio se buscó dar respuesta a la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las principales falencias en materia de protección del derecho a la salud de la población que se encuentra en situación de desplazamiento forzado en Colombia?

En consecuencia, la respuesta a esta pregunta problema se encontrará en el desarrollo

de los cuatro capítulos de este artículo: en el primero se aborda específicamente el contexto del desplazamiento forzado en Colombia, en el segundo se describe el origen y desarrollo del desplazamiento desde la perspectiva normativa, en el tercero se precisa el alcance del derecho a la salud en el caso de la población en situación de desplazamiento forzado y finalmente se narra justamente cuáles son las principales falencias que existen en Colombia en materia de protección al derecho a la salud de la población desplazada cuando se pretende aplicar la regulación.

Se invita entonces a los potenciales lectores a no perderse la oportunidad de utilizar este artículo como herramienta para presentar alternativas y propuestas frente a la protección de la población desplazada por la violencia.

METODOLOGÍA

El enfoque del presente estudio es de carácter cualitativo, su alcance es descriptivo, y se sustenta en el método documental. Se utilizaron como técnicas para alcanzar los resultados de investigación, la revisión de literatura especializada sobre el tema soportada en los correspondientes resúmenes analíticos de investigación, el análisis jurisprudencial evidenciado en las llamadas fichas de análisis jurisprudencial y la interpretación legal.

Contexto del desplazamiento forzado en Colombia

El desplazamiento forzado no es un fenómeno nuevo en el contexto del conflicto armado colombiano. A partir del costoso desangre de las

guerras de independencia, se pasó a las guerras civiles entre 1830 y 1903. Concluidas estas, se inicia el siglo XX, en un trasegar de conflicto con práctica de poder, en tanto que las élites divergentes en su tradición recurren a la violencia y a la fuerza, para presionar y consolidar el impulso de un proyecto económico de acumulación (Restrepo, 2008, p. 40). Más adelante, en la segunda mitad de los 90, con la agudización del conflicto armado, el desplazamiento interno aumentó significativamente (Rodríguez, 2010, p. 15).

En este sentido, los conflictos durante este periodo estaban orientados a expulsar a pequeños campesinos y a despojarlos así de sus tierras. Debido a la falta de apoyo estatal o al colapso del Estado en algunas regiones, los colonos adoptaron respuestas violentas al desalojo de tierras por parte de los grandes terratenientes, quienes a su vez reaccionaban con amenazas y destrucción de propiedades. Ello sucedía, en particular, en regiones donde persistían las disputas acerca de la autenticidad de los títulos, en áreas de colonización intensiva y en zonas donde los grupos indígenas ocupaban extensas áreas de territorio. Se expulsaba también a los pequeños propietarios, pues eran los más débiles y no se podían defender fácilmente; muchos abandonaban entonces sus parcelas y migraban a la ciudad (Ibáñez, 2009, p. 23).

Luego el Frente Nacional, la Constitución de 1991 y con ella el viraje hacia el neoliberalismo, caracterizando una sociedad cerrada a la participación de las mayorías del país. Al comenzar el siglo XXI la sociedad colombiana se orientó en

este continuo proceso, con la misma estrategia y en el marco de una democracia apenas formal hacia un proceso de fragmentación inducido por factores internos de desestabilización y por influencia de las políticas aperturistas del desarrollo del capitalismo (Restrepo, 2008, p. 40).

A partir de 1980 y hasta hoy los acontecimientos históricos colombianos se complejizan con el advenimiento de hechos y actores que imprimen otras dinámicas de caos y de violencia, que ubican al país en los primeros escenarios de violencia y de violación de los derechos humanos, en el contexto internacional. Es así como el narcotráfico y el paramilitarismo han consolidado un gran poder y han penetrado toda la sociedad, vinculando tanto a las élites como a los campesinos, a las clases medias y bajas de las ciudades (Restrepo, 2008, p. 40).

Es por lo anterior, que la migración forzada es un fenómeno recurrente en Colombia. La intensificación de los conflictos armados en el país ha estado acompañada de la expulsión de los habitantes de las áreas rurales. La agudización reciente del conflicto durante la década de los 90 no es la excepción. El fortalecimiento de los grupos guerrilleros y el surgimiento de los grupos paramilitares, ambos financiados con recursos de la producción y comercio de cultivos ilícitos, recrudeció el conflicto y favoreció su expansión geográfica, incrementando además los ataques hacia la población civil (Ibáñez, 2009, p. 23).

Origen y desarrollo del desplazamiento desde la perspectiva normativa

Solo hasta 1995 a través del documento

CONPES número 2804, el Estado colombiano reconoció en forma expresa el fenómeno del desplazamiento forzado como una de las formas de violación al Derecho Internacional Humanitario, los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (Departamento Nacional de Planeación, 1995); y así mismo, diseñó unas políticas para la prevención del desplazamiento, la atención y la protección a los derechos de la población desplazada (Hernández, 2006, p. 8).

Seguidamente, en el año 1997 se expide en Colombia la Ley 387 por la cual se adoptaron medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Esta ley, aún vigente, recogió y articuló lo establecido por los documentos del CONPES de 1995 y 1997 (L. 387/1997).

En esa medida, el Ejecutivo y Legislativo coincidieron en los ejes que debía tener la política pública de desplazamiento, a saber: (i) La prevención del desplazamiento, (ii) Atención humanitaria de emergencia, (iii) El retorno voluntario y el reasentamiento de la población, (iv) La estabilización socioeconómica, marcando así, un punto de quiebre en términos legales y de formulación de políticas públicas a nivel nacional. Por un lado, el legislativo que hasta el momento había sido un actor ausente, ingresó al campo de formulación de las políticas sobre el desplazamiento. Por otro lado, la ley reconoció explícitamente los derechos de esta población (Rodríguez, 2010, p. 16).

La estructura, plasmada por la misma, inicia

con el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, luego existen entidades como Acción Social, el Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, y luego las entidades privadas y públicas. Posteriormente desde la estabilización socioeconómica en materia de vivienda las entidades encargadas son INCODER, INURBE, Banco Agrario; en materia de educación: Ministerio de Educación Nacional y el Sena; en materia de salud: EPS, ARS, y en general las personas jurídicas y naturales que hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud; en materia de empleo, está a cargo el Sena y el Ministerio de Industria y Comercio (Muñoz, 2009, p. 247).

En dicho sentido, se desarrolla en Colombia un marco normativo que pretende aumentar el grado de protección de los derechos a la población desplazada dentro del que se desatacan la Ley 812 del 26 de junio de 2003, a través de la cual se fundamenta el llamado Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 (L. 812/2003, Art. 8). Así mismo, la Ley 1190 de 2008 por medio de la cual el Congreso de la República declara el 2008 como el año de la promoción de los derechos de las personas desplazadas por la violencia y se dictan otras disposiciones, el Decreto 501 del 13 de marzo de 1998, por el cual se establece la organización y funcionamiento del Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones, el Decreto 1547 de 19 de agosto de 1999 por medio del cual se traslada la administración integral del Fondo Nacional para la Atención a la Población Desplazada por

la Violencia, el Decreto 2569 de 12 de diciembre de 2000 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997 y se dictan otras disposiciones, el Decreto 2007 de 2001, por medio del cual se evita la apropiación ilegal de los predios de la población desplazada, el Decreto 250 del 07 de febrero de 2005 por el cual se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones y el Decreto 1660 de 2007, por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 19 de la Ley 387 de 1997, en lo relacionado con la permuta de predios de propiedad de la población en condición de desplazamiento, y se dictan otras disposiciones.

En este orden de ideas, se crea también el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas a través de la Ley 1448 de 2011, se trasladan las funciones del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia – SNAIPD, al Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y del Consejo Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada – CNAIPD, al Comité Ejecutivo para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas a través del Decreto 0790 de 2012.

También existe normatividad internacional suscrita o ratificada por Colombia como son “la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Estatuto de Refugiados; la Convención contra la Discriminación Racial; la Convención contra la

Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Derechos de los Niños, el Convenio 169 de la OIT; en los cuatro Convenios de Ginebra y en sus Protocolos Adicionales, los cuales deben ser tenidos como pautas que los poderes públicos deben seguir en el diseño e interpretación de las políticas que se desarrollen para atender la problemática del desplazamiento forzado, más cuando tales principios adoptan preceptos que reiteran normas ya incluidas en tratados internacionales de derechos humanos y del Derecho Internacional Humanitario aprobados por Colombia y que gozan de rango constitucional, como lo señala el artículo 93 de la Constitución (Ramírez, 2010, p. 25).

Alcance del derecho a la salud de la población desplazada

En Colombia, todas las personas deben disfrutar del más alto nivel de salud física y mental. La salud es un derecho social y es obligación del Estado que lo garantice como parte del derecho a la vida y asegure su acceso y prestación de manera gratuita. La salud es el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad (Muñoz, 2009, p. 65).

Bajo esta perspectiva el artículo 49 de nuestra Constitución de 1991, señala que:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los ha-

bitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley”.

Este derecho, que ha tenido todo un desarrollo jurisprudencial, al ser ubicado como derecho fundamental siempre y cuando actúe en conexión con el derecho a la vida, adquiere autonomía al ser determinado como un derecho fundamental de manera propia, de acuerdo a unas circunstancias precisadas por la misma Corte. Ahora, en otro orden de ideas. La obligación estatal de proteger los derechos de la población desplazada, incluido su derecho a la salud, “fue reconocida en el país a partir de la aprobación de la Ley 387 de 1997, la cual asignó a las entidades públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la responsabilidad de implementar mecanismos expeditos para el acceso de la población desplazada a los servicios de asistencia médica, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral” (Bustillo, 2003, p. 189).

Desde este contexto, se pudo observar cómo la Ley 387 de 1997, “implementaba nuevas tendencias que comprendían acciones inmediatas para garantizar entre otros derechos, la atención

humanitaria en alimentación, atención médica y psicológica, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas, con atención especial a las mujeres y niños” (Bustillo, 2003, p. 189); así, como era necesario asegurar la efectividad de las políticas que se estaban trazando para la atención oportuna a la población desplazada, con posterioridad a esta ley que aún está vigente, “el gobierno reglamentó dicha normatividad condicionando la prestación de la atención humanitaria de emergencia y estabilización socioeconómica de los desplazados a la disponibilidad presupuestal, y dispuso que el pago por los servicios de salud se haría con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías, previa acreditación de la inclusión de los beneficiarios en el Sistema Único de Registro de Población Desplazada”, esta medida, entre otras como la presencia de una “carta de salud” (Bustillo, 2003, p. 189) para la prestación de dicho servicio, ya sea de manera municipal, distrital, departamental; estos hechos, traen consigo, una serie de falencias, ya previstas, entre esas se encuentran:

1. “La atención no era oportuna, pues existía demora en el ingreso al sistema de registro y la entrega de la carta de salud.
2. Algunos hospitales no contaban con capacidad suficiente para responder a la demanda de la población.
3. En pocas oportunidades la población desplazada podía ser atendida por médicos especialistas.
4. Y la prestación del servicio era deficiente” (Bustillo, 2003, p. 189).

Por otra parte, con la expedición del Decreto 2131 de 2003, se buscaba regular la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 (D. 2131/2003).

Este panorama cambió, a partir de la sentencia T-327 de 2001, que señaló que por ser el desplazamiento forzado una situación de hecho, no necesita como requisito indispensable para adquirir la condición de desplazado, ser certificado por ninguna entidad ni pública ni privada para configurarse. Según la Corte, la certificación de la ‘condición de desplazado’ no se puede tener como un requisito *sine qua non* para el ejercicio de los derechos fundamentales de los desplazados (C. Const. colombiana, 2001).

La exigencia del gobierno vulnera los derechos de esta población, que en muchas ocasiones se niega a rendir la declaración por razones como el temor, los riesgos para su seguridad u otros factores que por decisión de la Red de Solidaridad no fueron incluidos en el Sistema de Registro.

Es así, que este fenómeno del desplazamiento, no solo se ubica en el periodo señalado anteriormente, sino que inicia con la Sentencia “T-227 de 1997, en donde se ha mantenido que la condición de desplazado interno no depende de la certificación que de esa situación haga una autoridad estatal, sino que está determinada por dos elementos objetivos: 1) La coacción que obliga al desplazamiento; 2) Que ese desplazamiento se realice dentro de las fronteras del Estado. Es decir, se trata de “una situación de

hecho ajena incluso a la voluntad de la persona pues ella abandona el lugar en que se encuentra radicada por fuerza de las circunstancias y con el propósito de ponerse a salvo de los potenciales peligros que la acechan” (Sentencia T-215 de 2002; en el mismo sentido, las Sentencias T-327 de 2001 y T-602 de 2003). De la misma manera, la exclusión de una persona del registro no implica el cese de la condición de desplazado porque el registro es una consecuencia del desplazamiento y no viceversa (Pizarro, 2005, 25).

Con fundamento en lo expuesto anteriormente, se puede concluir que la legislación aplicable en materia de salud para la población que se encuentra en situación de desplazamiento forzado en Colombia es: El Decreto 2131 de julio 30 de 2003, que en su artículo 2 establece como requisito para recibir los servicios en salud dentro de las coberturas establecidas legalmente; que la población desplazada por la violencia deberá estar inscrita en el Registro Único de Población Desplazada, conforme a lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley 387 de 1997 y el Título III del Decreto 2569 de 2000 o las normas que los modifiquen, sustituyan o adicionen. En su Párrafo 1°. Modificado por el artículo 1, el Decreto Nacional 2284 de 2003, que aclara que en el caso de las personas desplazadas, afiliadas al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los afiliados a un régimen de excepción, este requisito será necesario solo cuando se requieran servicios distintos a la atención inicial de urgencias, a través de una red diferente a la contratada por la respectiva Entidad Promotora de Salud o por la entidad

administradora del régimen de excepción.

El Decreto 2284 de agosto 11 de 2003, el cual establece que la atención en salud de la población desplazada por la violencia asegurada en el régimen contributivo, régimen subsidiado o en un régimen de excepción, debe ser garantizada por la respectiva entidad de aseguramiento en la entidad territorial receptora, el Decreto 412 de marzo 6 de 1992, en el cual de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2o. de la Ley 10 de 1990, se decreta que todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.

La Ley 1122 de enero 9 de 2007 a través de la cual se reformó el SGSSS y estableció que la afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente periodo de traslado (tres años después).

El Decreto 250 de 2005, a través del cual se crea el Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (Caicedo, 2006, p. 39). En materia de programas de gestión social este plan incluye acciones en salud, educación y bienestar familiar. La población desplazada sin capacidad de pago debe ser afiliada al régimen subsidiado de salud, con el apoyo del nivel nacional. Las direcciones territoriales en salud, deben priorizar la atención a esta población en los planes de atención básica y las direcciones municipales de

salud adelantarán jornadas y acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, saneamiento básico e intervención de factores de riesgo. Se prevé la dotación y el mejoramiento de la infraestructura de las instituciones públicas de salud ubicadas en lugares de retorno o reubicación, con apoyo de las administraciones municipales, distritales, departamentales y la Nación, culminando con la Ley 1448 de 2011 y el Decreto 0790 de 2012 (Caicedo, 2006, p. 27).

Sin embargo, pese a existir una legislación amplia al respecto, se observa, cómo la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia tiene que acudir a instrumentos que en primera instancia no serían los llamados a utilizarse para que a estas personas se les garantice, entre otros, este derecho esencial; es el caso de la acción de tutela, la cual es empleada por los afectados al ser el único medio que le permite a esta población la atención mínima de este derecho (Muñoz, 2009, p. 27).

1.1. Un acercamiento a las falencias en materia de protección al derecho a la salud de la población desplazada

En este escenario de falta de efectividad de los derechos constitucionales de la población desplazada, se profiere en Colombia la Sentencia T-025 de 2004 por parte de la Corte Constitucional, expresando en la misma respecto a la protección del Derecho a la salud lo siguiente: El trámite para que las personas desplazadas accedan al servicio, por un lado, y para que las entidades prestadoras del servicio puedan cobrar por estos al FOSYGA, por el otro, han obstruido

el acceso de la población desplazada a la salud. (C. Const. 2004/T-025).

En esta misma sentencia, esta alta corporación al referirse sobre el derecho a la salud se quedó a medio camino, pues asegura que el mínimo de protección debe garantizarse a la persona en situación de desplazamiento cuando el servicio se requiera de manera urgente y este sea indispensable para preservar la vida y la integridad de la persona ante situaciones de enfermedad o heridas que le amenacen directamente y para prevenir las enfermedades infectocontagiosas. Solo tratándose del derecho a la salud de niños y niñas en situación de desplazamiento, el mínimo de protección se hace extensivo y prioritario (Muñoz, 2009, p. 27).

Bajo este contexto, es fundamental precisar que a partir de la Ley 100 de 1993 y la articulación que tuvo con la Ley 387 de 1997, la población desplazada accede a la atención mediante su afiliación al SGSSS que comprende dos regímenes: “contributivo y subsidiado. Dadas las anotaciones anteriores, el Consejo Nacional en Seguridad Social en Salud mediante Acuerdos 059 y 244, señala que al régimen contributivo pertenecen las personas con capacidad de pago cuyas prestaciones se definen en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y al subsidiado las personas pobres definidas mediante el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) con derecho al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). En el año 2003, se eliminó la encuesta SISBEN como requisito para la afiliación de la población desplazada al SGSSS exigiéndose

solo su inscripción ante el Sistema Único de Registro (SUR)” (Mogollones, 2008).

Pero ¿cómo se logra su financiamiento?, a nivel contributivo, se financia con los aportes de los trabajadores y empleadores, en tanto que el régimen subsidiado lo hace a través de los recursos de las entidades territoriales: Sistema General de Participaciones, juegos de suerte y azar y rentas cedidas por los departamentos y distritos; del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA); 1,5 % de las aportaciones del régimen contributivo, de los regímenes especiales y de excepción, así como transferencias del gobierno nacional; aportes de las cajas de compensación familiar y, finalmente, de otros aportes dados por gremios, asociaciones y otras organizaciones (Mogollones, 2008).

A partir de estos estudios, se pudo determinar que las falencias que se estaban presentando en materia de salud se situaban en problemas financieros como una de las principales limitantes para el cumplimiento de la misión social de las ESE, que incide de la provisión de la atención. El exceso de trámites para la atención, refleja la rigurosidad del sistema para la implementación de las políticas. Circunstancias que, por un lado, cuestionan el enfoque actual del sistema de salud en Colombia y, por otro, merecen una acción gubernamental decidida que garantice el cumplimiento del derecho a la salud y proporcione apoyo a las IPS de carácter público para hacer efectiva la atención a la población más vulnerable del país (Mogollones, 2008).

Posteriormente en estudios realizados en el año 2009, se obtuvo que las principales falen-

cias en materia de salud, “era su evidente incumplimiento de los derechos al que la población desplazada se enfrenta. Teniendo en cuenta la responsabilidad del Estado de proveer seguridad social para todos los habitantes del territorio, los planes implementados de atención humanitaria de emergencia, estabilización socioeconómica y retorno, si bien es cierto que son necesarios y justos, requieren avances en materia de derechos y atención diferencial” (Gutiérrez, 2009). Es decir, era prioritario proveer mecanismos que permitieran una prestación del servicio más eficaz, debido a que no se está trabajando con una población normal, sino a personas que bajo las circunstancias que han tenido que sobrellevar merecen un trato preferencial, adecuado a sus necesidades y sobre todo eficiente.

Es así, que es necesario considerar a las personas desplazadas como una población con necesidades específicas, que no solo tiene el título de desplazada sino de víctima desde el momento en el que abandona su lugar de origen, dejando atrás no solo su lugar de residencia sino los derechos inherentes a su condición como ser humano (Gutiérrez, 2009).

Lo cierto es, que los principales problemas de salud que presentan las víctimas del desplazamiento forzado son: “alta prevalencia de desnutrición, enfermedad mental y violencia intrafamiliar, trastornos depresivos, embarazos a temprana edad, al igual que alta incidencia de enfermedades respiratorias, digestivas, cutáneas y transmisibles. Esto permite que para que exista una real eficiencia del sistema de salud, se requiere partir de abordajes amplios, multi-

dimensionales, intersectoriales e interdisciplinarios. Reconociendo la naturaleza multifactorial de las situaciones que atañen a la salud de los desplazados, los frentes de trabajo son múltiples y se constituyen en un reto para el Estado, sobre el que recae la responsabilidad de ofrecer los servicios que respondan a las necesidades sentidas de la población, más allá de responder a los supuestos construidos a partir de las valoraciones de agentes externos al problema del desplazamiento. Pues los problemas radican en que los mismos no cuentan con un fácil acceso a los programas de salud, ni tampoco se pueden beneficiar de ellos” (Bernal, 2009).

En este sentido, son diversas las falencias en la protección del derecho a la salud de la población que se encuentra en situación de desplazamiento forzado, dentro de las cuales se destacan las siguientes:

1. “Existe una baja utilización de los servicios de salud mental y rehabilitación, a pesar de la enorme afectación de la esfera mental de los desplazados, explicada por una baja percepción de la necesidad de este tipo de atención pero también de la escasa oferta por parte de las instituciones de salud” (Moreno, 2009), dada su importancia la prestación del servicio de salud mental se debería considerar como uno de los elementos fundamentales, dado que esta población ha sido expuesta a factores de violencia, amenazas que en cierta medida afectan no solo su parte mental, sino también aspectos físicos y emocionales.
2. Limitaciones en el acceso geográfico, algunas “situaciones de cobro y negación del

servicio por la ausencia de contratos, la dispensación de medicamentos y el número de trámites necesarios para la atención, fueron las principales limitaciones relacionadas con el atributo de accesibilidad,” esto da a conocer que uno de los mayores inconvenientes que presenta esta población es que al momento de hacer efectivos sus derechos ante las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, aparte que en algunas ciudades se han establecido rutas para que esta no tenga inconvenientes, la realidad es otra, esto con fundamento a las largas filas que enfrenta esta población para adquirir una cita, de la mano a que son programadas para uno o dos meses, lo que limita su acceso.

3. En la continuidad e integralidad del servicio, las mayores dificultades se encontraron en los controles posteriores al egreso de hospitalización y cirugía y la ausencia o parcialidad en la resolución de sus necesidades de salud, manifestada por un alto porcentaje de desplazados” (Moreno, 2009).

Fernández (2009) sostiene que: “Las falencias en materia de salud inician con la falta de información sobre las “rutas de atención disponibles en los servicios en salud”, principal aspecto para poder proteger a las mujeres que como consecuencia del desplazamiento, han sido utilizadas como botín de guerra, vulnerando así sus derechos, ocasionando enfermedades depresivas que son las que más afectan a esta población”.

Desde el punto de vista de la aplicación de los programas y proyectos que se han establecido a

la población desplazada, “existe un desconocimiento del personal de salud de protocolos de atención con enfoque diferencial y género sensible para la atención de las violencias de mujeres desplazadas, entre otras, por un aspecto de gran importancia y es las limitaciones de personal y su alta rotación en los servicios. Tampoco hay claridad en las instituciones de salud, ni entre el personal, de la importancia del registro del maltrato infantil y de las violencias que ocurren en la población desplazada (conyugal, sexual e intrafamiliar)”.

Es por eso que, este autor, señala una serie de materias en las cuales agrupa las falencias resultantes de su estudio, es así que en “materia de accesibilidad que es uno de los limitantes más evidentes, es necesario agilizar los trámites referidos a la capacitación del personal de salud en el manejo de la base de datos de Acción Social, a fin de verificar la información sobre la población desplazada en la atención en salud, así como en el manejo de los protocolos de atención para las violencias sexual, intrafamiliar e infantil” (Fernández, 2009).

En materia de calidad, se debe procurar “la continuidad de la contratación de personal ya capacitado en el área, para no interrumpir los procesos de capacitación al personal, de seguimiento de los casos, y de atención por parte de equipos integrales (médico, enfermera, psicóloga, trabajadora familiar) de la violencia sexual, intrafamiliar e infantil. Es necesario mejorar el diligenciamiento de las historias clínicas” (Fernández, 2009).

En materia de coordinación interinstitucional, es preciso fortalecer la participación del

sector salud en la red interinstitucional para el manejo y el abordaje de las violencias sexuales, intrafamiliares e infantiles que sufre la población desplazada, y poner en funcionamiento el sistema (Fernández, 2009). Es evidente la creciente descoordinación que tienen las entidades públicas y privadas en la aplicación de los planes establecidos para la población desplazada, esto conlleva a que el manejo y abordaje de casos de extrema atención como son problemas de salud, de niños, mujeres embarazadas o adultos mayores, presenten fallas, lo que ocasiona las innumerables acciones de tutela para proteger estos derechos.

Esto conlleva a que la condición de desplazamiento excluye a “la población de atención en salud y de prioridad en materia socio-sanitaria. Producto de ello el embarazo adolescente, la cobertura de vacunación, y la seguridad alimentaria están amenazados. La desnutrición, el hacinamiento y la falta de saneamiento básico y de manejo adecuado de residuos sólidos, así como la disposición de agua segura, son parte de los riesgos permanentes y reales que afronta la población desplazada en su subsistencia” (Fernández, 2009).

Estas contingencias que afectan la salud de la población desplazada dan a conocer que las falencias en materia de salud no se circunscriben a una sola ciudad sino que la falta de integración de las diferentes Entidades Prestadoras de los Servicios de Salud, está ocasionando un panorama desolador más cuando lo que se ha establecido como programas, proyectos y políticas para la protección de esta población ha quedado en la teoría.

En este orden de ideas, Vázquez (2009) afirma que: “las dificultades que se presentan en materia de protección al derecho a la salud son principalmente: la no afiliación al SGSSS, originando barreras para su acceso, prestación o uso de estos servicios a las personas que tienen la calidad de población vulnerable porque son víctimas del desplazamiento forzado, la sola sobrecarga asistencial que presentan las IPS y las ESE que constituyen el principal aspecto limitante para la población desplazada y el precario sistema de financiación con la que cuentan estas entidades, lo que ha ocasionado la discriminación en la atención de pacientes para asegurar y mantener su funcionamiento”.

Por otra parte, Carreño (2002) señala que: Desde el punto de vista institucional, la falta de conocimiento de las disposiciones gubernamentales en torno a la política de atención a la población desplazada en ciudades como Santa Marta y Valledupar, constituye una falencia en la protección del derecho a la salud del desplazado por la violencia en la medida en que si bien todas las entidades prestadoras conocen la Ley 387 de 1997, solo la Secretaría Departamental de Salud conoce los lineamientos de atención psicosocial y los principios rectores del fenómeno del desplazamiento, además de que ninguno de los profesionales recibe orientaciones sobre el manejo de esta población.

Otros de los factores que limitan el acceso de esta población, son el mal estado de las vías que conducen a donde están ubicados los centros hospitalarios, esto con relación a los pueblos o localidades pequeñas donde se les dificulta lle-

gar hasta la ciudad, la deficiencia en el sistema de cobertura en planes de vacunación a los niños de cero a cinco años.

CONCLUSIONES

El desplazamiento forzado no es un fenómeno nuevo en el contexto del conflicto armado, sin embargo, solo hasta 1995 el Estado colombiano reconoció en forma expresa el fenómeno del desplazamiento forzado como una de las formas de violación al Derecho Internacional Humanitario, los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y así mismo, diseñó unas políticas para la protección a los derechos de la población desplazada.

Desde entonces, en Colombia se ha desarrollado un amplio marco normativo y jurisprudencial respecto a la protección a los derechos de esta población dentro de los que se destaca, el llamado derecho a la salud, entendido no solo como la ausencia de enfermedad sino como el estado completo de bienestar en todas las esferas.

Lo paradójico es, que pese a existir abundante regulación del tema de la protección al derecho a la salud, sigue existiendo un alto grado de desprotección al momento de pretender aplicarla a la población que se encuentra en situación de desplazamiento forzado, conduciendo de esta manera a que la acción de tutela sea utilizada como mecanismo para garantizar la protección del derecho no siendo en principio la vía adecuada para hacerlo.

En este orden de ideas, son diversas las falencias que existen en materia de protección al de-

recho a la salud de la población que se encuentra en situación de desplazamiento, encontrando en este estudio como principales las siguientes: Falta de información sobre las rutas de atención disponibles en los servicios en salud, el exceso de trámites para la atención, la rigurosidad del sistema para la implementación de las políticas, en materia de accesibilidad al derecho a la salud, limitaciones en el acceso geográfico, la dispensación de medicamentos y el número de trámites necesarios para la atención, prevalencia de desnutrición, enfermedad mental y violencia intrafamiliar, trastornos depresivos, embarazos a temprana edad, al igual que alta incidencia de enfermedades respiratorias, digestivas, cutáneas y transmisibles, baja utilización de los servicios de salud mental y rehabilitación, a pesar de la enorme afectación de la esfera mental de los desplazados, desconocimiento del personal de salud de protocolos de atención con enfoque diferencial, la no afiliación al SGSSS, originando barreras para su acceso, prestación o uso de estos servicios a las personas que tienen la calidad de población vulnerable, el precario sistema de financiación con que cuentan estas entidades, la falta de conocimiento de las disposiciones gubernamentales en torno a la política de atención a la población desplazada, falta de más voluntad política nacional y local para hacer efectivo el derecho a la salud de los desplazados, rigurosidad en los requisitos exigidos para acceder al servicio de salud, dispersión en la regulación que aborda el desplazamiento forzado desde el derecho a la salud, falta de eficacia y calidad de los servicios de salud que se ofrecen a la pobla-

ción desplazada, falta de acceso a agua potable, embarazos no deseados, falta de acceso a medicamentos fuera del POS y falta de coordinación entre las entidades encargadas de la atención y protección al derecho de la población desplazada.

Es por lo anterior, que aunque se reconoce el avance normativo que se ha producido en Colombia en los últimos años respecto al derecho a la salud de la población en situación de desplazamiento forzado, es necesario a través de un trabajo coordinado entre cada una de las entidades responsables de la política pública en materia de protección a este derecho que se superen cada una de las falencias mencionadas con miras a que se logre un verdadero grado de protección a esta población.

Esta protección solo se logrará cuando exista un mayor compromiso y mayor disponibilidad presupuestal, para garantizar la efectividad de los derechos de esta población que es víctima de la violencia.

Falta de acceso a medicamentos fuera del POS, negación a prestar el servicio argumentando que no tienen dinero para pagar el servicio.

REFERENCIAS

- Bernal, L. (2009). *Atención en salud de familias desplazadas por la violencia: reflexiones desde la experiencia docente-asistencial*. Universidad Javeriana.
- Bustillo, J. (2003). *El derecho a la salud de los desplazados en Colombia*. Recuperado de http://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/es/pdf/RMF19-20/RMF19-20_48.pdf
- Ibáñez, A. (2009). *Desplazamiento forzado en Colombia: Un camino sin retorno hacia la pobreza*. Colombia: Editorial Uniandes, Colombia.
- Caicedo, L. (2006). *Desplazamiento y retorno, balance de una política, retornos sin principio, desplazamiento sin final*. Bogotá: Comité Editorial ILSA.
- Carreño, L. (2002). *Estudios diagnósticos para el fortalecimiento integral de los proyectos de asistencia humanitaria de emergencia para personas internamente desplazadas*. Reporte final, Bogotá.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-025 de 2004. M. P. Manuel Cepeda.
- Departamento Nacional de Planeación (1995). Documento CONPES N° 2804, Bogotá.
- Gutiérrez, D. (2009). Proyecto Vidas Móviles: caracterización de las poblaciones en situación de desplazamiento y vulnerable receptora en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, D.C., Colombia. Universitos Médica. Pontificia Universidad Javeriana.
- Hernández, A. (2005). Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situación de salud y acceso a los servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá (s. Ed.).
- Hernández, E. (2006). *El desplazamiento forzado y la oferta estatal para la atención de la población desplazada por la violencia en Colombia*. Bucaramanga: Editorial Universidad Autónoma de Bucaramanga.

- Fernández, S. (2009). *Derecho a la salud de la población desplazada: el caso de las mujeres del auto 092*. Medellín-Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Mogollón, A. (2008). *Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia*. Universidad del Rosario. Bogotá-Colombia, 2008. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/04.pdf>
- Moreno, G. (2009). *Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia*. Universidad de Antioquia.
- Muñoz, A. (2009). *Derechos de la población desplazada*. Colombia: Editorial Señal Ediciones.
- Pizarro, R. (2005). *Derechos humanos de la población desplazada*. Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
- Ramírez, A. (2009). *Desplazamiento forzoso en Colombia, producción académica y política pública*. Encontrado. Recuperado de http://www3.udenar.edu.co/viceacademica/ciclos%20proped%c9uticos/convenio%20al-caldia_udenar/taller%20aspectos%20curricular/dt%20proyecto/desplazamiento%20forzado.pdf
- Restrepo, M. (2008). *Caracterización del sujeto desplazado*. Colombia: Editorial Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Rodríguez, G. (2010). *Más allá del desplazamiento forzado en Colombia*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Vázquez, M. (2009). *Acceso de la población desplazada por el conflicto armado a los servicios de salud en las empresas sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Villa, M. (2008). Políticas públicas sobre el desplazamiento forzado en Colombia: una lectura desde las representaciones sociales. En publicación: *Las migraciones en América Latina. Políticas, culturas y estrategias*. Novick, Susana. Catálogos-CLACSO, Buenos Aires. ISBN: 978-950-895-269-1. Acceso al texto completo: Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/novick/novick.pdf>