



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

POR LA EQUIDAD, EL RECONOCIMIENTO, LA INCLUSIÓN SOCIAL Y EL GOCE PLENO DEL DERECHO A LA SALUD

**POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA
POBLACIÓN DESPLAZADA VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
INTERNO ASENTADA EN BOGOTÁ D.C.2008-2020**





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

POR LA EQUIDAD, EL RECONOCIMIENTO, LA INCLUSIÓN SOCIAL Y EL GOCE PLENO DEL DERECHO A LA SALUD

**POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA
POBLACIÓN DESPLAZADA VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
INTERNO ASENTADA EN BOGOTÁ D.C.2008-2020**

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



**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE
BOGOTÁ**

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario de Salud

Luis Guillermo Cantor Wilches
Director de Salud Pública

Consuelo Peña Aponte
Jefa Análisis Políticas, Dirección de Salud Pública

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Joaquín Sánchez García S.J.
Rector

Vicente Durán Casas S.J.
Vicerrector Académico

**Facultad de Ciencias Económicas y
Administrativas**

Gustavo Tobón Londoño
Decano Académico

Juan María Andrade Pérez
Director Departamento de Administración

Nelson Contreras Caballero
Director Programas de Posgrado en Administra-
ción de Salud y Seguridad Social

**Facultad de Ciencia Política y Relaciones
Internacionales**

Claudia Dangond Gibsone
Decana Académica

Rodrigo Losada Lara
Director Departamento de Ciencia Política

Este documento es el resultado del diálogo, negociación y concertación entre los líderes y lideresas de las organizaciones de población desplazada, los funcionarios de las distintas direcciones de la Secretaría Distrital de Salud, de instituciones distritales y nacionales del sistema de atención a la población desplazada y de organismos internacionales de cooperación participantes de las reuniones del proceso de consulta para la formulación de la política de salud realizadas entre mayo y octubre de 2008, con el acompañamiento y facilitación del equipo de investigación de la Universidad Javeriana.

Recoge los hallazgos de la línea de base y posterior divulgación, socialización y discusión en el marco del proyecto “Mejorar la efectividad de las políticas de protección social para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá DC”, realizado mediante contratos 0481 de 2004 y 0737 de 2007 entre la Universidad Javeriana y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y con recursos financieros del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo IDRC, Ottawa, Canadá (Convenio 102107-002).

Equipo de investigación:

Amparo Hernández Bello
Marta Lucía Gutiérrez Bonilla
Román Vega Romero
Rosaura Arrieta Flórez
Pablo Martínez Silva
Jenny Russy Torres
Alejandro Perdomo Rubio
Olga Lucía Yepes (SecGob)
Fernán Espinosa Támara (SDS)

Asesores:

André Noël Roth
Patricia Tovar Rojas

Grupos de Investigación

Universidad Javeriana:
Gerencia y Políticas de Salud
Política, Género y Democracia

Información y contactos:

Amparo Hernández Bello, Directora de proyecto
Pontificia Universidad Javeriana
Telefax (571) 3208320 Ext. 5430-5426
ahernand@javeriana.edu.co

CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN	i
CONVOCATORIA PARA LA ACCIÓN	v
EL DIAGNÓSTICO: CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN DES- PLAZADA EN BOGOTÁ.....	1
LA POLÍTICA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ	6
CONSIDERACIONES	6
ENFOQUE GENERAL	7
VALORES	8
PRINCIPIOS	9
OBJETIVO GENERAL	10
EJES ESTRATÉGICOS	10
Aseguramiento y acceso a servicios de salud	10
Servicios integrales de salud	12
Modelo de atención	19
Participación social y comunitaria.....	21
ESTRATEGIAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA POLÍTICA	46
EL PROCESO METODOLÓGICO DE FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD	49
ETAPAS DEL PROCESO	50
LECCIONES APRENDIDAS	52

Lista de tablas

Tabla 1. Indicadores de seguimiento	37
Tabla 2. Indicadores de resultados	44

PRESENTACIÓN

La Secretaría Distrital de Salud, en concordancia con su misión y objetivos estratégicos de garantizar la atención en salud a los ciudadanos y ciudadanas residentes en el Distrito Capital, trabaja permanentemente en el diseño de respuestas integrales.

La población desplazada víctima del conflicto armado interno requiere de una atención integral dada su condición de alta vulnerabilidad, su evidente desarraigo social y cultural y la pérdida de sus derechos, lo que implica una respuesta efectiva que mejore sus condiciones de vida, enmarcada en el goce efectivo de los derechos.

La Política Pública Distrital de Salud para la Población Desplazada pretende garantizar una atención con enfoque promocional de calidad de vida, de participación, de diversidad cultural y étnica, de territorialidad y bajo los principios de universalidad, integralidad, intersectorialidad, calidad y eficiencia.

Esta política que hoy se presenta, formulada en un proceso ampliamente participativo que partió de una propuesta de la población desplazada acordada y negociada en la que todos los actores tuvieron la oportunidad de expresar libremente sus opiniones, se convierte en un claro ejercicio de profundización de la democracia que conlleva al fortalecimiento de la participación social y de la exigibilidad del derecho a la salud en el marco de nuestros principios y valores.

Es muy grato y valioso para nosotros adelantar este tipo de procesos que reflejan una vez más el alto compromiso de nuestra institución con la salud y el bienestar de la población desplazada y con el cumplimiento de nuestras metas en el Plan de Desarrollo 2008- 2012 Bogotá Positiva, cuyo propósito primordial es el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Nuestros agradecimientos a la población desplazada por su colaboración y actitud constructiva; a la Secretaría de Gobierno Distrital por su apoyo institucional y, a los investigadores de la Universidad Javeriana quienes con su asistencia, dedicación y metodología contribuyeron al éxito de este proceso que redundará en la salud y el bienestar de la población.

HÉCTOR ZAMBRANO RODRÍGUEZ
Secretario Distrital de Salud

Una política pública de salud, participativa y con enfoque diferencial para la población desplazada

Desde hace varias décadas los colombianos y colombianas padecemos un cúmulo de expresiones amargas consistentes en tragedia, llanto, dolor, despojo y, sobre todo, el destierro dentro de nuestro propio país como consecuencia de la sistemática y múltiple violación de los derechos humanos causada por los actores que propician, dominan y mantienen la alteración del orden interno y de la mal llamada paz ciudadana.

Las condiciones de desigualdad en todos los campos, de opresión, de exclusión y de marginación social en que vivimos, son generadas por trampas cada día más insalvables que han trascendido la tranquilidad natural en que vivíamos, aunque podríamos coexistir juntos en un mismo territorio nacional a pesar de nuestras diferencias, si la violencia en nuestros territorios cesara.

La mayor parte de la gente que habita en el territorio colombiano está expuesta a situaciones de vulneración de su humildad y de su dignidad como personas, pero ante todo a la violación de sus derechos fundamentales como población civil víctima del desplazamiento forzado, lo que ha llevado a la más grande desesperación e incertidumbre de todos los tiempos.

Por ésta razón, en cientos de municipios, a miles y miles de hermanos y hermanas nos ha tocado padecer la barbarie y la crueldad de la guerra que se ha instaurado como la única manera de solucionar nuestras diferencias, valoradas en distintos ámbitos sociales como no reconciliables en un marco de relaciones civilizadas por las posiciones erróneas, prepotentes, con ansias de poder y la acumulación de riqueza de quienes creen que tienen la última palabra y usan la violencia para imponer y mantener sus privilegios.

Es en ese marco social, político y cultural que se ha venido produciendo el desplazamiento forzado por la violencia que ha desterrado a millones de personas de sus territorios y les ha obligado a asentarse como víctimas en Bogotá. Esas personas y pueblos, nosotros, tenemos derecho a la protección integral del Estado aún en los espacios territoriales que no hemos elegido libremente.

En este contexto, la Pontificia Universidad Javeriana y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, con el apoyo del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo del Canadá IDRC, iniciaron un largo proceso de investigación para conocer y construir propuestas de solución a las condiciones sociales y de salud de la población desplazada asentada en Bogotá. El recorrido de ese proceso se extiende desde el año 2004 hasta la fecha, y desde su inicio ha contado con la activa participación de la población desplazada y de sus organizaciones. Juntos, la Universidad, las instituciones y los desplazados, hemos sido conscientes del desafío y compromiso social, moral,

político y cultural que implica el tema del desplazamiento forzado, por lo cual, con esta investigación, buscamos contribuir a la búsqueda de una paz verdadera.

Luego de elaborado el diagnóstico de la situación social y de salud de la población forzada a desplazarse hacia Bogotá, que contó con el aval de la Fundación de Atención al Migrante, investigadores de la Universidad Javeriana, la Secretaría Distrital de Salud y la población nos dimos a la tarea de trabajar en una segunda fase que fue apoyada por la Secretaría de Gobierno Distrital. Una fase para elaborar la política pública de salud para la población desplazada, con enfoque diferencial, que hoy presentamos a ustedes.

Ésta busca que el Gobierno Distrital cumpla con su responsabilidad y la implemente como una solución a las necesidades de la población civil desplazada víctima del conflicto armado que vive en la ciudad, generando así confianza entre quienes aportamos a su elaboración; buscando un mayor compromiso del Gobierno Nacional y la cooperación internacional y, forjando la solidaridad de otros sectores para que se supere la condición de desplazamiento que hoy se extiende por todo el país.

Es nuestra expectativa que otras propuestas sociales, económicas y culturales que se ventilaron en este proceso y sobre las que infortunadamente no se lograron acuerdos con las entidades públicas responsables de la atención se conviertan también en políticas públicas, y que, a lo contemplado en la política de salud acordada, se le dé cumplimiento real.

Esperamos que el papel a desempeñar por nosotras y nosotros en su implementación sea el de un actor permanente, que se respete su participación y se facilite el seguimiento permanente, estricto y sin barreras, para que haya una respuesta adecuada e integral a nuestras necesidades.

Somos conscientes tanto de las limitaciones nacionales del contenido de la política acordada, en la medida en que dadas las reducidas competencias del gobierno territorial no fue posible trascender las restricciones de la política nacional de salud, como de su falta de integralidad, en tanto no se pudieron acordar acciones intersectoriales orientadas a afectar los determinantes sociales, económicos y culturales de las desigualdades sociales y discriminaciones culturales en salud que padecemos. Por ello, reafirmamos que se hace necesario continuar trabajando y desarrollando una propuesta integral y diferencial, haciendo de la población desplazada el símbolo nacional de la redención social, de la solidaridad y del respeto por parte de los actores de la guerra.

Dejamos en claro que los y las desplazados y desplazadas estamos preparados y somos capaces, desde nuestro mundo cosmogónico, de aportar propuestas concretas para la construcción de un tejido social hacia una verdadera paz.

Como personas sujetas de cambio no somos más que los demás, pero tampoco menos que otros. Estamos conscientes que es tiempo de celebrar juntos la riqueza que se funda en la igualdad y el respeto por la diversidad, y que como seres humanos, sólo somos grandes cuando nos unimos para lograr propósitos compartidos a pesar de nuestras diferencias.

AURA AMELIA ABRIL, ARCÁNGEL CADENA, PEDRO EMILIO GUTIÉRREZ
FRANCISCO LOZANO, MARITZA OLIVARES, ESPERANZA RAMÍREZ,
MARTHA LUCÍA RENTERÍA Y EVELIO RODRÍGUEZ
Líderes y lideresas participantes del proceso, en nombre de la población desplazada.

CONVOCATORIA PARA LA ACCIÓN

Las víctimas del desplazamiento forzado que participamos tanto en las localidades como a nivel distrital en la construcción de la política pública de atención integral y diferencial en salud, agradecemos a la cooperación internacional del IDRC y destacamos la labor del equipo técnico de la Pontificia Universidad Javeriana que no escatimó sus conocimientos profesionales para orientarnos en la cimentación de esta política. Colocaron a nuestra disposición su saberes y ante todo la parte humana de cada uno de sus miembros, tanto hombres como mujeres, quienes pusieron lo mejor para que nosotros y nosotras encamináramos esta propuesta de manera responsable y seria, sin perder el interés de la población, sacrificando nuestros intereses individuales, para aportar por primera vez en una propuesta colectiva de carácter distrital en beneficio de todos y todas.

Para nosotros y nosotras como víctimas del desplazamiento forzado, contribuir en la construcción de esta política pública de salud fue un reto y devuelve en una mínima parte la tranquilidad que perdimos producto de los efectos de la guerra. La aprobación de esta política significa la recuperación integral de un marco de respeto a los derechos humanos y la esperanza de reformas sociales y políticas que superen la exclusión y posibiliten condiciones de vida digna para toda la población desplazada que se encuentra en el Distrito Capital.

Las consecuencias de la llamada degradación del conflicto armado, entre otras violaciones, conlleva un alto y creciente fenómeno de desplazamiento forzado, frecuentes homicidios fuera de combate, desapariciones forzadas, amenazas y ataques indiscriminados contra la población civil y los bienes civiles, que se están agudizando cada vez más, generando más desplazamiento, tanto interno como externo, y la respuesta de las políticas públicas está siendo inferior a la magnitud del fenómeno.

La política de Seguridad Democrática del gobierno del presidente Álvaro Uribe Vélez ha agravado la crisis de derechos humanos en el país. Especialmente en los territorios que históricamente han sido marginales, a través del involucramiento creciente de la población civil en el conflicto armado, la militarización de la vida civil, la conformación de redes de informantes, el reclutamiento de jóvenes campesinos, violaciones sexuales, la generalización de las detenciones masivas y arbitrarias, el impulso del Plan Colombia y el Plan Patriota, la ejecución de fumigaciones indiscriminadas, los falsos positivos, la criminalización de la protesta social, las reformas a la Constitución Nacional, la adopción del Estatuto Antiterrorista y la expedición de leyes y normas que amparan la impunidad y contravienen los principios internacionales que garantizan los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Políticas todas que van en contra de un Estado Social de Derecho.

Por ello la población desplazada víctima del conflicto armado ha venido proclamando que es necesario definir la paz como una política permanente de Estado sobre la base de que es un derecho y un deber constitucional de obligatorio cumplimiento por parte del ejecutivo.

Los desplazamientos forzosos como ejecución de un plan generalizado y sistemático contra la población civil, atentan contra nuestros derechos sociales, culturales, ambientales, territoriales políticos y civiles. El desplazamiento por el conflicto armado tiene todos los elementos de juicio que demuestran la culpabilidad del Gobierno colombiano y de las autoridades civiles y militares en estas violaciones a los derechos humanos y que califican los hechos como componentes de represalia de Estado.

La amplia participación de personas, familias, líderes, lideresas y organizaciones sociales garantiza nuestra capacidad para formular propuestas y alternativas buscando un sistema democrático participativo, incluyente y soberano que de paso a la verdad, la justicia, la reparación integral y la no repetición de los daños físicos, morales, económicos, culturales y territoriales contra las organizaciones y la población.

Es necesario que las víctimas del crimen del desplazamiento forzado realicemos acciones de movilización en la defensa de las políticas públicas en nuestro favor, para que los gobernantes no hagan caso omiso a las propuestas y políticas diseñadas conforme a nuestras necesidades sentidas y vividas por nosotras y nosotros, asumiendo la responsabilidad que como actores y actoras nos compete en la construcción de un mejor país, en el que los resultados se vean reflejados en bienestar para nuestros hijos e hijas, evitando que personas mal informadas sigan haciendo ver a la población desplazada como una plaga y no como personas capaces y comprometidas con el desarrollo del país.

Las políticas públicas -y en este caso la política pública de salud-, deben de ser sustentadas en el reconocimiento de los derechos de las víctimas a la verdad, a la justicia y a la reparación integral, rechazando toda decisión que favorezca la impunidad frente a los crímenes de guerra y de lesa humanidad.

Los compromisos que hemos logrado con la Secretaria Distrital de Salud, que ha sido la institución pública que ha estado de la mano con la población desplazada, esperamos lograrlos también con el resto de las instituciones del distrito y la nación, ya que esta política está sujeta además a la voluntad del orden nacional.

La población víctima del desplazamiento forzado reconoce el permanente acompañamiento de la Secretaria de Salud de Bogotá y la abogacía que realizó ante las demás instituciones para la negociación de los programas sectoriales. Esperamos seguir contando con ustedes para sensibilizar a las otras secretarías de la ciudad que no mostraron voluntad política para poder llegar a unos acuerdos mínimos. Seguiremos

insistiéndoles en la importancia que tiene para la comunidad esta política pública integral y diferencial de salud.

No nos subsisten más que agradecimientos y felicitaciones a los que contribuyeron junto con la población desplazada en la construcción de lo que aquí en adelante será la política pública diferencial de salud y el inicio de la implementación de una política pública integral diferencial en el distrito capital.

Esperamos en este año 2009, seguir recorriendo unidos y unidas en una sola voz los caminos de la lucha y la movilización como estrategia hacia la exigibilidad y el disfrute de nuestros derechos.

Muchas gracias a todos y todas,

POBLACIÓN DESPLAZADA, PRESENTE!!

**AURA AMELIA ABRIL, ARCÁNGEL CADENA, PEDRO GUTIÉRREZ,
FRANCISCO LOZANO, MARITZA OLIVARES,
MARTHA LUCÍA RENTERÍA Y EVELIO RODRÍGUEZ**
Líderes y lideresas participantes del proceso

EL DIAGNÓSTICO: CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ

Colombia es el segundo país con mayor proporción de población desplazada en el mundo después de Sudán¹. Cifras oficiales a agosto 31 de 2008² mostraban un acumulado de 2.649.139 personas desplazadas equivalentes a 598.542 hogares, 70% menos que las cifras de la ONG de Derechos Humanos Codhes³ de 4.518.707 personas afectadas entre 1985 y el primer semestre de 2008. Se estima que en 2008 la tasa nacional era de 632 desplazados por cada cien mil habitantes, que se desplazaban en promedio 1.500 personas por día y que a su llegada los migrantes forzosos se concentraban en 785 municipios de 25 departamentos.

En los últimos años el fenómeno del desplazamiento no sólo no ha cesado sino que por el contrario ha tendido a aumentar. Bogotá continúa siendo el principal municipio receptor (9% del total de desplazados del país) con más de 380.000 personas estimadas por Codhes, 71.4% más de las incluidas en el registro oficial SIPOD de 223.087. Entre 2005 y 2008 se desplazaron 1.108.66 personas, de las cuales 155.587 arribaron a Bogotá, y se ha alertado sobre un incremento de más del 40% entre el primer semestre de 2008 y el mismo período de 2007⁴.

La población desplazada es víctima de violación sistemática de los principios del derecho internacional, excluida de los derechos sociales básicos y discriminada social, política y culturalmente. Muchos de los graves y frecuentes problemas de salud que sufren los desplazados son consecuencia del desplazamiento que los expone, más que a otras poblaciones pobres y vulnerables, a factores de riesgo como consecuencia de las privaciones materiales y afectivas, del ahondamiento de las disparidades sociales y de las limitaciones de la res-

¹ Ver: The Internal Displacement Monitoring Centre IDMC 2008. Internal Displacement. Global Overview of Trends and Developments in 2007. Descargado de: www.internal-displacement.org 11/May/08. UN Refugee Agency UNHCR 2007. Los desplazados internos. Preguntas y respuestas. Geneva, sept. Descargado de: www.acnur.org/biblioteca/pdf/5755.pdf 15/Jun/2008.

² Agencia Presidencial para la Acción Social 2008. SIPOD a 31 de agosto de 2008. Descargado de: www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/publicacion%20agosto%2031%20de%202008.htm 22/Sep/08

³ Ver Codhes 2007. “Huyendo de la Guerra”. *Codhes informa*. Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, No. 72, noviembre 30. Descargado de: www.codhes.org 19/Feb/2008. Codhes 2008. “Tapando el sol con las manos”. *Codhes informa*. Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, No. 74, septiembre 25. Descargado de: www.codhes.org 29/Sep/2008.

⁴ Codhes 2007 y Codhes 2008, *Ob. Cit.*

puesta oficial.⁵

Diversas investigaciones han mostrado las graves repercusiones del desplazamiento forzado sobre la salud física y mental de la población desplazada pero, más alarmante aún, es su efecto sobre los determinantes o causas sociales de la salud, lo cual genera en la población mayor vulnerabilidad y un nuevo perfil de enfermedad, discapacidad y muerte.

De manera general las evidencias⁶ muestran que el desplazamiento acentúa los riesgos para la salud y la exclusión social y profundiza las desigualdades en condiciones de vida, resultados en salud y acceso a servicios. Los desplazados tienen una mayor vulnerabilidad que los demás colombianos porque a los riesgos anteriores al desplazamiento (generalmente la pobreza y exclusión) se sobreponen los propios de éste (la pérdida en calidad de vida, activos físicos, derechos y capital social), los de la desatención del Estado y de la sociedad (pérdida de capacidades, oportunidades futuras y empeoramiento de las consecuencias sociales del desplazamiento) y los de la discriminación y falta de reconocimiento de las circunstancias del desplazamiento, de la diversidad cultural de la población y de la necesidad de un enfoque de derechos, diferencial y afirmativo, todos los cuales configuran una alta carga de riesgos, exposición diferencial e inequidad.

El desplazamiento condiciona la vulnerabilidad y la exclusión y profundiza las desigualdades en condiciones materiales de vida, resultados en salud y acceso a servicios sociales y de salud. Los desplazados son en su mayoría mujeres, niñas-os y jóvenes. La jefatura femenina de hogar es más alta entre desplazados que en la población pobre no desplazada (37% vs. 30%) y la frecuencia de indígenas y afro-colombianos es 10 veces mayor. Son víctimas de desarraigo, discriminación y estigmatización. Habitan en condiciones precarias, en zonas de alto riesgo, hacinados y con menor acceso a servicios públicos (inferior a 70% en desplazados y mayor de 75% en receptores). Comparativamente con la población receptora, tienen altas tasas de desempleo (sólo 27% de la población desplazada y 35% de la receptora refirió trabajar) y empleo de mala calidad (70% desplazados frente a 54% receptores), bajo nivel educativo (23% no tiene ningún nivel educativo vs. 3,5% en receptores) y alta deserción escolar; tienen 1.6 veces más riesgo de percibir mala salud y una prevalencia mayor de

⁵ Ver: OPS-Universidad de Antioquia 2005. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades 2002-2003. Bogotá. CICR-PMA 2007. Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. Resumen ejecutivo.

⁶ Se refiere a las aportadas por la Línea de Base construida por el proyecto “Mejorar la efectividad de las políticas de protección social para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006. Convenio Universidad Javeriana-Secretaría Distrital de Salud-Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo IDRC del Canadá y discutidas con otros estudios y encuestas. Ver: Hernández A, Gutiérrez ML, Restrepo O, Conversa L, Hernández LJ y Ariza J 2005. Condiciones de vida, salud y acceso a servicios de salud. Informe Final, 100 p. CICR-PMA 2007. Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. Resumen ejecutivo de la ciudad de Bogotá. Bogotá, 54 p. Codhes-Famig 2007. Gota a Gota. Desplazamiento forzado en Bogotá y Soacha. Bogotá, Codhes-Famig-OIM. Ojeda G y Murad R 2006. Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales. Situación de las Mujeres Desplazadas 2005. Bogotá, Profamilia-USAID. Organización Panamericana de la Salud OPS – Universidad de Antioquia 2005. Comparación de la situación de salud entre la población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades 2002-2003. Serie Salud y Desplazamiento, Módulo 1. Bogotá, 28 p.

muerdes infantiles, maternas y por violencia (2.5% vs. 0.5%). Cerca del 40% no recibe ayuda estatal alguna.

Aunque tienen mejores niveles de aseguramiento comparados con los lugares de origen, la cobertura es menor que en la población receptora (76% frente a 81%), reciben menos beneficios que los afiliados del régimen contributivo y tienen más barreras geográficas, administrativas y económicas de acceso a los servicios (por ejemplo, la distancia, la calidad, la tramitología, la falta de dinero, entre otros). Estas barreras se expresan en el menor uso de servicios y, cuando ello ocurre -particularmente en atención de problemas sicosociales-, el modelo de atención es inefectivo frente a sus necesidades.

Este panorama de hacinamiento, deficiente cobertura de servicios públicos, desempleo, baja educación, pocos ingresos, cambios en la estructura y dinámica familiares y las condiciones de marginación y estigmatización aparejadas a los imaginarios sociales sobre el desplazamiento es indicación de la extrema vulnerabilidad de la población desplazada cuando se compara con la población receptora local, y puede explicar la mayor carga de enfermedad, que se agrava por las restricciones en el acceso a servicios de salud y servicios sociales.

Las políticas para la atención a la población desplazada por la violencia se fundamentan en la normativa internacional sobre derechos humanos y el derecho internacional humanitario y han sido incorporadas en el bloque constitucional y articuladas con las acciones del Estado orientadas a lograr el desarrollo económico y social, y la seguridad nacional y la paz. Y aunque distintos actores⁷ han reconocido los avances que para la protección de los derechos de los desplazados ha tenido el desarrollo normativo y jurisprudencial iniciado con la ley 387 de 1997 que ha contribuido a evitar el deterioro de la grave situación de los desplazados, la política de atención presenta grandes restricciones para superar las limitaciones para la garantía efectiva de derechos.

En el caso del sector salud, una de las mayores deficiencias de la protección en salud es que está fuertemente limitada por una concepción asistencialista que privilegia la atención curativa en detrimento de la prevención y promoción, no existe una política que garantice la integralidad de la atención y el tema de los desplazados carece de posicionamiento entre las autoridades e instituciones del sector. De aquí que se perciba que la política es limitada en sus beneficios y ejecución frente a la magnitud de las necesidades, y se sigan señalando barreras de acceso al aseguramiento y a los servicios y la inefectividad e inadecuación del modelo de atención.

⁷

Ver: ACNUR, 2007. Introducción, conclusiones y recomendaciones del balance de la política pública de atención integral a la población desplazada por la violencia 2004-2006. ACNUR, 2004. Balance de la política pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado en Colombia. Agosto 2002 – agosto 2004. Descargado de: www.acnur.org/paginas/index.php?id_pag=5595#D, 25/Feb/08. Codhes-Pastoral Social, 2006. Desafíos para construir nación. El país ante el desplazamiento, el conflicto armado y la crisis humanitaria 1995-2005. Bogotá.

Varios estudios⁸ han mostrado cambios en la dinámica del conflicto y deterioro de la situación humanitaria y de realización de derechos de las víctimas, como consecuencia de una política de marcado desarrollo normativo pero precario nivel de aplicación, no obstante la promulgación de la sentencia T-025 de 2004. Con base en la acumulación de 108 acciones de tutela, la Corte Constitucional colombiana declaró en esta sentencia que la situación de vulnerabilidad extrema que vive la población desplazada es un “Estado de Cosas Inconstitucional”⁹, como consecuencia de la violación de sus derechos y de la reiterada omisión de las autoridades encargadas de brindarles protección oportuna y efectiva, y ordenó al Gobierno Nacional la atención, niveles mínimos de protección, apropiación de recursos y la adopción de mecanismos de seguimiento de la política. Luego de cuatro años y más de 50 autos de seguimiento, la Corte ha considerado que, a pesar de las normas y la mayor cantidad de recursos, aún no se ha superado el ECI ni se han restablecido los derechos de los desplazados, incluido el derecho a la salud¹⁰.

Los distintos estudios citados han señalado como principales limitantes de la política para la realización del derecho a la salud el enfoque curativo individual del sistema de aseguramiento en salud vigente y la falta de una perspectiva integral y diferencial de la atención, que no han podido ser subsanadas con las recientes normas de ajuste del sector salud¹¹, con lo que se hace aún más evidente la necesidad de una política de Estado.

En Bogotá la atención a los desplazados está enmarcada por las políticas y leyes nacionales, aunque la ciudad ha formulado y ejecutado políticas considerando los principios de subsidiariedad, complementariedad, descentralización y concurrencia. Hoy el Distrito es la región del país con más desarrollos y avances en materia de protección de los derechos de los desplazados víctimas del conflicto, un hecho en mucho propiciado y mantenido por los cambios en la orientación de la política social de las dos últimas administraciones.

En materia de salud la respuesta distrital a la situación de la población desplazada se fundamenta en tres ejes: aseguramiento, prestación de servicios y salud pública, en el marco del Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud. Este busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales¹². Su importancia es que permite comprender y dimensionar toda la complejidad de causas conocidas y determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, que deben ser intervenidos a través de ac-

⁸ Ver: Comisión de Seguimiento a la Política Pública sobre desplazamiento forzado en Colombia 2008. Primer informe a la Corte Constitucional del Proceso Nacional de Verificación. Descargado de: www.codhes.org 12/Mar/2008 y IV informe a la Corte Constitucional del Proceso Nacional de Verificación. Descargado de: www.codhes.org 2/Jun/2008. ACNUR, 2007. *Ob. Cit.* CICR-PMA 2007. *Ob. Cit.* Codhes-Pastoral Social, 2006. *Ob. Cit.*

⁹ Corte Constitucional. Sentencia T-025 de enero de 2004.

¹⁰ V informe a la Corte Constitucional del Proceso Nacional de Verificación 2008. *Ob. Cit.*

¹¹ Ver: Ley 1122 de enero 9 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”. Decreto 3039 de 2007 “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”.

¹² Secretaría Distrital de Salud. Marco política de salud pública. Bogotá, noviembre de 2007.

ciones colectivas y agendas sociales y transectoriales con participación social, propendiendo por la distribución equitativa de oportunidades¹³.

En la atención ha sido fundamental para el aumento de cobertura la decisión de la Secretaría a través de la Circular 006 de marzo de 2006, con la que se garantiza la atención integral para los desplazados desde el mismo momento en que se realiza la declaración ante el Ministerio Público sin mediar su inclusión en el registro oficial de Acción Social. Y en salud pública se resaltan las acciones transversalizadas a partir de la caracterización de la estrategia de Salud a Su Casa y a través de la construcción de procesos de gestión local, de vigilancia en salud pública y de abordaje del proceso salud-enfermedad en ámbitos de vida cotidiana y por etapas del ciclo vital.

Bogotá debe complementar la atención dada por la nación que es débil y en algunos ámbitos tiende a deteriorarse. No obstante, tal parece que las intervenciones del gobierno distrital, aunque son un avance importante y ejemplo nacional, no son suficientes aún para mejorar la situación de salud de los desplazados y contribuir a superar el Estado de Cosas Inconstitucional declarado por la Corte. Por ello, la reafirmación en el Plan de Desarrollo 2008-2012 del derecho a la salud y de los demás derechos de las personas desplazadas, y el objetivo 4 del Eje de Salud Pública que establece como primera meta el compromiso de la Secretaría Distrital de Salud en la formulación de una política de salud para la población desplazada construida con su participación, son una respuesta para avanzar en este sentido.

¹³ Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos del plan de acciones colectivas para población desplazada 2008. Bogotá, marzo, p. 9.

LA POLÍTICA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ

CONSIDERACIONES

La población desplazada víctima del conflicto armado interno que habita en el Distrito Capital, representada a través de distintos sujetos y líderes de agrupaciones, colectivos, organizaciones y redes sociales, y las instituciones del sistema distrital y nacional de atención a la población desplazada vinculadas a este proceso de construcción participativa, ponen de manifiesto las siguientes consideraciones de necesario reconocimiento para el desarrollo de esta política:

Que en Colombia existe en la actualidad un conflicto armado interno que afecta a un amplio sector de la población;

Que el Desplazamiento Forzado por la Violencia constituye un delito de lesa humanidad y crimen de guerra que viola los derechos humanos y el derecho internacional humanitario y es opuesto al Estado Social de Derecho;

Que los desplazados son refugiados internos, víctimas del conflicto armado existente en Colombia;

Que la población desplazada por la violencia tiene derecho a la memoria, a la verdad judicial e histórica, a la justicia, a la reparación integral individual y colectiva y a la no repetición de los hechos;

Que como fundamento de cualquier política se requiere garantizar la Paz en todo el territorio nacional.

ENFOQUE GENERAL

La política pública de salud POR LA EQUIDAD, EL RECONOCIMIENTO, LA INCLUSIÓN SOCIAL Y EL GOCE PLENO DEL DERECHO A LA SALUD de la población desplazada víctima del conflicto armado interno que habita en Bogotá, adopta como sus orientaciones principales:

Un enfoque POBLACIONAL. Reconoce como sujeto y objeto de la política a la población desplazada víctima del conflicto armado interno y sus particularidades.

Enfoque TERRITORIAL. La política se desarrollará para la población desplazada que habita en Bogotá y sus micro-territorios, entendiendo el territorio como el espacio geográfico, histórico, político y cultural donde se desarrolla la vida.

Un enfoque de DETERMINANTES SOCIALES de la salud que permita identificar, analizar e intervenir las causas de las desigualdades en salud de la población desplazada víctima del conflicto armado interno, teniendo en cuenta la diversidad cultural, étnica de género y generación de estas comunidades.

Reconocimiento de la DIVERSIDAD cultural, étnica, de género y generación, y de las circunstancias y riesgos generados por el desplazamiento que afectan diferencialmente a la población desplazada -y a los distintos grupos que la componen-, y que requieren de acciones afirmativas y diferenciales.

Un enfoque de PARTICIPACIÓN que promueva la autonomía de los individuos y colectivos y fortalezca su papel social y político en la toma de decisiones, el control social y el ejercicio de la democracia.

Un enfoque de DERECHOS SOCIALES universales y ciudadanos orientados al logro de resultados en calidad de vida y salud de los individuos, las familias y la población.

VALORES

VIDA DIGNA. Hace referencia a la existencia de medios y condiciones para que los seres humanos desarrollen un proyecto de vida que reconozca e integre su diversidad, satisfaga sus capacidades y anhelos y permita el goce efectivo de los derechos.

SOLIDARIDAD. Ayuda mutua y cooperación entre instituciones, sectores y comunidades para el logro de metas que no pueden alcanzarse de manera individual. Este valor tiene que ver con la posibilidad de desarrollo individual y colectivo. Reciprocidad.

TOLERANCIA. Capacidad de aceptar la diferencia y de relacionarse armónicamente con los otros dentro de un territorio. Implica respeto, comprensión, compadrazgo, amistad y amor por el otro.

LIBERTAD. Entendida como la autonomía de individuos y colectivos para elegir y desarrollar sus proyectos de vida. Implica capacidad para tomar decisiones, para movilizarse y expresarse, para reconocer a los otros y sus saberes y está determinada en gran medida por el marco de oportunidades que le prodiga la sociedad.

IGUALDAD. Se entiende como la materialización de las condiciones y dotaciones que deben tener los seres humanos para su adecuado desarrollo individual y colectivo, que se traducen en acciones afirmativas que habiliten a todos por igual, sin restricciones asociadas a ninguna condición.

LA SALUD COMO DERECHO HUMANO fundamental, individual y colectivo, inseparable e indisoluble del derecho a la vida digna y de los demás derechos económicos, sociales y culturales.

EQUIDAD. Orientada a eliminar o disminuir las desigualdades evitables e injustas en salud entre los grupos sociales, y a garantizar igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud y a otros medios esenciales para la salud, y su utilización según necesidad.

PRINCIPIOS

UNIVERSALIDAD. Se refiere a la cobertura y acceso universal y equitativo de la población desplazada a servicios integrales de salud y a las acciones de esta política pública para mejorar la salud.

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA. Es el desarrollo de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación que desarrollan el sector salud y demás sectores en los espacios individuales, familiares, colectivos y ciudadanos en los que tiene lugar la vida cotidiana. Incluye la perspectiva de la población y la perspectiva institucional.

INTERSECTORIALIDAD. Se refiere a la necesaria articulación de actores y acciones que posibiliten cumplir el objetivo de esta Política Pública.

INTERCULTURALIDAD. Entendida como el reconocimiento, el respeto y la legitimidad de la diversidad cultural y su integración paritaria a las acciones definidas en esta política pública.

PARTICIPACIÓN. Es el ejercicio autónomo de decisión, ejecución y control en los distintos niveles de acción de esta política, así como en las demás dimensiones de la esfera ciudadana.

CALIDAD. Es el resultado de la operación adecuada de los anteriores principios, además de las características de accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad propias de los servicios de salud.

EFICIENCIA. Asignación suficiente y uso adecuado de los recursos para el desarrollo de la política y de los servicios de salud.

OBJETIVO GENERAL

Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población desplazada por la violencia que vive en Bogotá, fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial, en un marco general de equidad, de inclusión social, de reconocimiento de la diversidad étnica, de género y generación, de estímulo a la participación social y de garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado interno.

EJES ESTRATÉGICOS

La política tiene dos ejes estratégicos: uno sectorial y otro intersectorial. Los objetivos y acciones sectoriales buscan modificar los determinantes de la salud de la población en los componentes de aseguramiento, servicios integrales de salud, modelo de atención y participación social y comunitaria en salud. El eje intersectorial, por su parte, está orientado a intervenir sobre los determinantes extrasectoriales de la salud e incluye la abogacía y promoción de las acciones para garantizar los derechos al reconocimiento y la ayuda humanitaria de emergencia, a la vivienda, a la tierra y el territorio, a la educación y etno-educación, a la soberanía y seguridad alimentaria y al trabajo y productividad.

1. EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL

Aseguramiento y acceso a servicios de salud

Busca garantizar el acceso universal y equitativo a servicios integrales de salud, con enfoque diferencial.

Objetivo específico 1

Afiliar a toda la población desplazada que habita en Bogotá al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con derecho de atención integral, diferencial y gratuita en todo el territorio nacional.

Acciones:

- El Ministerio de la Protección Social garantizará los cupos del régimen subsidiado necesarios para la afiliación oportuna de la población desplazada al sistema general de se-

guridad social en salud, para lo cual la Secretaría de Salud gestionará ante las instancias competentes.

- Diseño, implementación y ejecución de una estrategia para el logro de la cobertura universal que incluya, como mínimo, la afiliación prioritaria de la población desplazada registrada en el Sistema de Información de Población desplazada SIPOD y aún no aseguradas y la incorporación automática de la población al aseguramiento (y a los planes, programas y acciones de salud con enfoque diferencial) desde su llegada a Bogotá.
- Elaboración e implementación de un plan de comunicación para la difusión de los beneficios del aseguramiento entre la población.
- Diseño y ejecución de una estrategia de abogacía con las instancias responsables (Acción Social) para el proceso de actualización permanente y en tiempo real del sistema de información oficial SIPOD.

Objetivo específico 2

Eliminar las barreras económicas, administrativas, culturales y geográficas que limitan el acceso de la población desplazada a la atención integral en salud.

Acciones:

- Diseño y ejecución de una estrategia de control y seguimiento a la disponibilidad de servicios de salud y acceso geográfico para la población desplazada acorde con su ubicación, concentración y distribución geográfica en el Distrito Capital que incluya los mecanismos necesarios para garantizar a la población desplazada que las instituciones prestadoras de servicios de salud primarias IPS, estén ubicadas en la localidad de residencia de los usuarios. En caso de no disponer de servicios en una ubicación acorde con lo anterior, la Secretaría de Salud gestionará la implementación de una estrategia entre instituciones públicas y privadas que permita el traslado y regreso gratuito de la población a los servicios, con particular atención a los grupos más vulnerables: niños-as, gestantes, adultos mayores y discapacitados.
- Caracterización de los diferentes grupos étnicos (sus costumbres, prácticas y tradiciones relacionadas con la salud) y otros grupos vulnerables (población en condición de discapacidad, personas mayores y niños-as en desprotección), con el fin de tener herramientas que faciliten el diseño de procesos de sensibilización y capacitación a los trabajadores de la salud para el reconocimiento e intervención diferencial y definición de propuestas de ajuste a las formas de atención.
- Gestión con Acción Social para la articulación en red y la adecuación de los sistemas de información sobre población desplazada que permita un mejor conocimiento sobre la población desplazada y la actualización en tiempo real del “Comprobador de derechos” de las Instituciones Prestadoras de Servicios que atienden población desplazada.
- Inclusión en los diferentes instrumentos de registro de información en salud de la variable que permita la identificación y caracterización de la población desplazada.
- Desarrollo de un proceso permanente de capacitación (inducción, re-inducción, formación, actualización) a los funcionarios de las distintas instituciones del sector salud so-

bre los derechos y deberes de los desplazados –en particular el derecho a la salud-, los requisitos y costos de atención, el reconocimiento de su condición prioritaria en el sistema de información en salud y sobre las particularidades étnicas, de género y generación de la población que justifican un enfoque diferencial de la atención y de acciones afirmativas.

- Diseño de mecanismos de seguimiento y control del cumplimiento de lo dispuesto en normas en materia de exención de cuotas moderadoras y co-pagos, atención de urgencias, atención prioritaria, planes de beneficios (incluidos procedimientos y medicamentos), eliminación de barreras de acceso geográfico (red de servicios), administrativo (trámites y procedimientos) y cultural (discriminación racial, regional, de género o por ciclo vital).
- Inclusión en los contratos entre la secretaría de salud y las aseguradoras de cláusulas de control para el cumplimiento de los contenidos de los planes (con enfoque diferencial), información clara a los afiliados sobre portafolio de servicios y redes locales y nacionales de prestadores.
- Establecimiento de mecanismos contractuales de seguimiento y control para el cumplimiento de lo dispuesto en las normas (como el Decreto 4747 de 2007) sobre operación del aseguramiento para la atención a población desplazada y el cumplimiento de planes de salud adecuados a las circunstancias y necesidades diferenciales de la población.
- Reporte ante la Superintendencia Nacional de Salud de los casos de incumplimiento de contrato de aseguradores o prestadores y seguimiento por parte de la Secretaría de Salud.
- Inclusión de cláusulas en los contratos entre los aseguradores y su red de prestación sobre el cumplimiento de los contenidos, calidad, continuidad e integralidad de los servicios.
- Definición de mecanismos de consulta a la población sobre situaciones de cambio de Empresa Promotora de Salud por problemas con contratos o insatisfacción de los usuarios. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, gestionará ante el Ministerio de Protección Social la modificación del Acuerdo 244 de 2003 para garantizar la escogencia de EPS en el caso de liquidación o retiro del ente territorial.
- Diseño de mecanismos de seguimiento y control para que la población desplazada más vulnerable como mujeres embarazadas, discapacitados-as, niños-as, y las personas mayores de edad, tengan prioridad en la oportunidad de atención integral según sus necesidades.
- Diseño e implementación de una estrategia articulada de monitoreo de las barreras de acceso a los servicios de salud a la población desplazada y los mecanismos para su pronta superación.

Servicios integrales de salud

Orientado a garantizar que todas las actividades e intervenciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación requeridas para responder a las necesidades, y para modificar los factores que protegen o deterioran la salud de la población desplazada que se desarrollan a través del Plan Obligatorio de Salud POS y el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, se realicen de manera integral, acorde con sus características culturales, étnicas, de género y generación.

Objetivo específico 1

Ampliar y adecuar el Plan Obligatorio de Salud POS para el reconocimiento e intervención de las necesidades, exposiciones y riesgos diferenciales de la población derivados de su condición de desplazamiento y de sus características culturales, étnicas de género y generación; y garantizar su correcta aplicación.

Acciones:

- La Secretaría Distrital de Salud gestionará con el Ministerio de la Protección Social la unificación prioritaria del plan obligatorio de salud para la población desplazada con el plan obligatorio de salud del régimen contributivo.
- Gestión ante el Ministerio de la Protección Social para que la actualización del plan obligatorio de salud POS esté acorde con las necesidades, exposiciones y riesgos diferenciales de la población desplazada derivadas de su situación. Para ello deberá diseñarse una estrategia de concertación con la población para la identificación de las actividades, intervenciones y procedimientos necesarios para la actualización y ampliación del plan obligatorio de salud POS en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación en atención sicosocial individual y familiar; salud sexual y reproductiva; tratamientos, procedimientos y rehabilitación en salud oral y salud visual y los tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y prótesis para la atención de la población desplazada en condición de discapacidad.
- Gestión ante el Ministerio de la Protección social para la adecuación de las normas técnicas de protección específica y detección temprana a las condiciones socio-culturales de la población desplazada por la violencia, incorporando contenidos diferenciales acordes con sus características étnicas, de género y generación, y para ajustar las guías de atención del POS a sus necesidades y factores de deterioro de la salud derivados de su situación.
- Inclusión de la población desplazada en los comités de actualización y adecuación de los planes de beneficios, en particular, del proceso anual de actualización del plan obligatorio de salud POS, con enfoque diferencial de etnia, género y generación.
- Implementación de lo dispuesto en el Plan de Desarrollo en materia de diseño del Plan de Garantías Explícitas con acceso, calidad, oportunidad e integralidad, definiendo claramente los tiempos mínimos de espera para recibir atención especializada, hospitalización, procedimientos diagnósticos y procedimientos para la entrega de medicamentos, según el listado de enfermedades y necesidades prioritarias de salud acordadas con la población desplazada.
- Inclusión de la población desplazada en los comités de diseño del Plan de garantías.
- Seguimiento a las cláusulas contractuales con las empresas promotoras de salud y su red de servicios en materia de inclusión y entrega de medicamentos contenidos en los planes de beneficios y en materia de acceso, calidad y oportunidad de la atención.

Objetivo específico 2

Adecuar el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a las necesidades de la población desplazada asociadas con el desplazamiento y con sus características culturales, étnicas, de género, generación y potencialidades.

Acciones:

- Diseño, implementación y ejecución de una estrategia de actualización permanente para el reconocimiento e intervención en el plan de intervenciones colectivas PIC de las necesidades de salud de los desplazados y para orientar el abordaje intra, inter y transectorial de los determinantes sociales, con la participación de la población.
- Creación de espacios de participación efectiva de la población desplazada víctima del conflicto armado interno en las actividades, intervenciones y programas desarrolladas por la Red Distrital de Salud, que deberán contar con coberturas desagregadas de la población desplazada según características étnicas, de género y generación.
- Diseño y puesta en marcha de una estrategia de información, educación y comunicación en los territorios y demás ámbitos de operación del plan de intervenciones colectivas PIC orientada a fomentar el respeto y confianza de la ciudadanía para con la población desplazada, que permita que se eliminen la estigmatización y exclusión social, se fortalezcan la solidaridad e integración y se reconozca que los desplazados son víctimas y no actores del conflicto.
- Respeto e inclusión en el plan de intervenciones colectivas PIC de las prácticas colectivas en promoción y prevención propias de las comunidades étnicas y acuerdo con ellas sobre la formulación y ejecución de planes territoriales interculturales y complementarios para actuar sobre los determinantes socio-culturales de la salud.
- Revisión y ajuste de las rutas para la vinculación de la población desplazada en las acciones y programas del plan de intervenciones colectivas PIC.
- Participación en la definición de los procedimientos sectoriales para garantizar, a partir de los albergues y de las Unidades de Atención y Orientación UAO de la Secretaría de Gobierno: Atención integral en salud pública; educación sobre derechos y deberes; conocimiento de la ruta de atención en salud y acciones de educación e inocuidad alimentaria, entre otras, de acuerdo con las características culturales de la población desplazada. Debe incluir las estrategias de abogacía con las demás entidades del sistema distrital de atención sobre otros derechos, conocimientos de la ciudad y apoyos.
- Fortalecimiento de los procesos de capacitación e información que adelanta el plan de intervenciones colectivas PIC para la promoción y reconocimiento del enfoque diferencial de la atención y la sensibilización y respeto por las prácticas tradicionales.

Objetivo específico 3

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención sicosocial adecuados a las necesidades y riesgos de la población desplazada víctima del conflicto armado interno y en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.

Acciones:

- Diseño y puesta en marcha de un plan de atención sicosocial que incluya:
 - Un nivel clínico-terapéutico para las personas y las familias desplazadas desde su llegada a la ciudad, con especial atención a los temas de manejo del estrés post-traumático y del duelo (por la pérdida de bienes, rupturas familiares y lucro cesante, entre otros), incluyendo actividades lúdicas para el uso del tiempo libre.

- Un programa de atención integral para víctimas de alguna de las distintas formas de violencia sexual durante el conflicto o como consecuencia del desplazamiento, teniendo en cuenta su pertenencia étnica y con especial énfasis en niñas, adolescentes, adultas y mujeres mayores.
- Un nivel de intervención colectiva familiar para la atención sicosocial de acuerdo a las necesidades y características culturales, de género y generación de la población
- Actividades en un nivel colectivo social orientado a la conformación y fortalecimiento de redes sociales
- Incluir acciones sicosociales para la intervención más profunda y libre, permitiendo el acceso a la consejería individual, familiar y colectiva, más allá de la fase de atención al estrés postraumático. Particular énfasis se dará a los programas de drogadicción dirigidos a jóvenes.
- Definición en los programas y actividades del Plan de un abordaje diferencial e integral de la atención sicosocial que evite mayor discriminación y exclusión de la población y complemente el enfoque biomédico con el reconocimiento de las diferencias psicológicas de los distintos grupos étnicos a partir de su sentir y cosmovisión.
- Articulación de las acciones y actividades de atención sicosocial del sector salud con las que desarrollan distintas otras instituciones en las Unidades de Atención y Orientación UAO.

Objetivo específico 4

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención en salud sexual y reproductiva adecuados a las necesidades de la población desplazada y en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.

Acciones:

- En coordinación con Acción social, inclusión de la población desplazada en los programas de educación e intervención en salud sexual y reproductiva que desarrolla la Secretaría de Salud en los distintos ámbitos y territorios, desde la fase de ayuda humanitaria de emergencia. Tales programas deberán reconocer sus necesidades diferenciales y particulares mediante acciones de promoción y prevención en temas como: prostitución y embarazo adolescente; VIH-Sida y otras enfermedades de transmisión sexual; violencia sexual en el marco del conflicto armado interno; salud materna y lactancia exclusiva; acceso prioritario a servicios de salud durante el embarazo, el parto y la dieta y, en la reflexión, educación y formación para mujeres y hombres sobre equidad de género.
- Reconocimiento de las características diferenciales de la sexualidad de las personas según etapas del ciclo vital, género y pertenencia étnica y adecuación de las prácticas de atención a tales diferencias.
- Identificación de las redes sociales de apoyo de las-los adolescentes en los diferentes ámbitos y territorios para ofrecer programas de educación integral y de servicios centrados en la promoción de la salud sexual y reproductiva, a la doble protección, la posibilidad de retraso en el inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

- Fortalecimiento del proceso de vigilancia, atención oportuna y seguimiento de los casos de violencia sexual e intrafamiliar en las instituciones de salud.
- Incorporación de las particularidades de la población desplazada en los programas y acciones de la ruta de acción ante las violencias (sexual, intrafamiliar y comunitaria) en los distintos territorios y ámbitos de acción del sector salud, incluyendo actividades de promoción, prevención e intervención específicamente dirigidas a las mujeres desplazadas.
- Atención preferente a la interrupción del embarazo no deseado como consecuencia del conflicto armado interno y del desplazamiento, de acuerdo con las normas legales vigentes y con los valores y tradiciones culturales familiares y respetando la decisión libre e informada de las usuarias.
- Abogacía ante el *Consejo Distrital de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual*, para que se garantice la atención prioritaria y oportuna a las denuncias sobre violencia sexual e intrafamiliar en las instituciones receptoras de los casos (Comisarías de familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Unidades de Reacción Inmediata URI de la Fiscalía y Casas de Justicia) y en aquellas que los remiten.

Objetivo específico 5

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales adecuados a las necesidades y riesgos de la población desplazada en condición de discapacidad, en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.

Acciones:

- Diseño y puesta en marcha de una estrategia para el reconocimiento y estimación de la población desplazada en condición de discapacidad y sus necesidades diferenciales en materia de tratamiento médico, intervenciones quirúrgicas, acciones de rehabilitación física y social y apoyos.
- A partir del reconocimiento de la magnitud de las necesidades diferenciales de la población desplazada en condición de discapacidad, inclusión en el plan de intervenciones colectivas PIC y abogacía para la inclusión en el plan obligatorio de salud POS de las actividades requeridas para un adecuado funcionamiento personal y social de los desplazados en condición de discapacidad.
- **Establecer los mecanismos necesarios para garantizar a la** personas desplazadas en condición de discapacidad, acciones que faciliten el desarrollo de sus habilidades, destrezas y capacidades, aplicando procedimientos terapéuticos sistemáticos que le brinden la oportunidad de desarrollar la máxima funcionalidad e independencia posibles, con el fin de mejorar su calidad de vida y lograr una plena integración a su medio social, familiar y ocupacional, articulando las actividades individuales y colectivas del PIC y del POS para que les sean brindadas de manera integral e integrada.
- Diseño e implementación de una propuesta de intervención diferencial en la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, a partir del reconocimiento de las diferencias culturales, étnicas, de género y generación de la población desplazada en condición de discapacidad.
- Inclusión en el plan de intervenciones colectivas PIC de actividades encaminadas a la

promoción de los derechos y el fortalecimiento social y cultural de las personas desplazadas en condición de discapacidad.

- Gestión para el financiamiento y la entrega de ayudas técnicas específicas, particularmente a las familias que tengan hijos-as en condición de discapacidad.
- Fortalecimiento de las rutas de la salud para el transporte gratuito y prioritario de las personas desplazadas en condición de discapacidad hasta las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.

Objetivo específico 6

Desarrollar la vigilancia en salud pública de las personas y familias alojadas en los sitios de albergue y territorios de residencia de la población desplazada, iniciando el proceso desde las Unidades de Atención y Orientación UAO.

Acciones:

- Mejoramiento de la información sobre población desplazada en los sistemas de información y de vigilancia en salud, con particular atención a la desagregación de datos sobre determinantes derivados del desplazamiento en los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Diseño y ejecución de programas de vigilancia de los lugares de asentamiento con especial énfasis en las condiciones de salubridad, educación en salud, vacunación y control de enfermedades infecciosas y transmisibles.

Objetivo específico 7

Respetar e incluir la cosmovisión y práctica de las medicinas tradicionales en las políticas, planes, programas y actividades de salud.

Acciones:

- Desarrollo y fortalecimiento de iniciativas tendientes a la interacción, interlocución, concertación, construcción y acuerdo entre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los saberes médicos tradicionales. Dichas iniciativas deberán reflejarse en la consolidación de espacios de encuentro entre las instituciones y la población desplazada orientados a la discusión de temas como la inclusión de prácticas tradicionales en los planes de beneficios (POS y PIC); el uso simultáneo y sucesivo entre medicina formal y tradicional; los modos y las formas de regulación social de dichas prácticas y su reconocimiento económico.
- En el marco de lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud apoyará con recursos (físicos, económicos, contactos, convocatorias, entre otros) la construcción de un escenario deliberativo permanente del pensamiento y la palabra de los saberes médicos tradicionales de los distintos grupos étnicos. Este escenario, a cargo de la población, permitirá el acuerdo, diálogo, consulta y concertación entre grupos étnicos y servirá de instancia de seguimiento y control social de los planes territoriales de salud, de la vinculación de la población al Sistema General de Seguridad Social y del desarrollo de los acuerdos sobre articulación y complementariedad entre enfoques terapéuticos.
- Acorde con la ubicación y concentración de individuos, familias y colectivos de los distintos grupos étnicos de la población desplazada víctima del conflicto armado interno,

la autoridad territorial de salud apoyará según su competencia, y gestionará ante el Ministerio de la Protección Social y otras entidades distritales y nacionales pertinentes, la consecución, construcción, adecuación y/o sostenimiento de espacios comunitarios para el ejercicio de la medicina y las prácticas tradicionales.

Modelo de atención

Busca desarrollar un modelo de atención en salud a la población desplazada víctima del conflicto armado que garantice enfoque intercultural y diferencial por etnia, género y generación que promueva la atención integral e integrada, la acción intersectorial por la salud y el empoderamiento y la participación individual y comunitaria. El modelo se basará en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y en la Atención Primaria Integral de Salud actualmente en desarrollo por los hospitales públicos del Distrito.

Objetivo específico 1

Fortalecer la orientación familiar y comunitaria de la atención a nivel de territorios, barrios y albergues, con un enfoque integral de la atención y según las características culturales, étnicas, de género y generación de la población.

Acciones:

- Se mejorará el acceso de la población desplazada a los servicios de atención integral en salud individual y colectiva a nivel de territorios, barrios y albergues, promoviendo la adscripción de las familias a las instituciones y equipos de atención en salud familiar y comunitaria más cercanos a sus sitios de residencia.
- Aumento de la cobertura de atención integral a las familias desplazadas a través de las visitas domiciliarias regulares de promotores-as y profesionales de salud, para desarrollar los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud que deben contar con la adecuación étnica y cultural pertinentes.
- Realización de atención domiciliaria por parte de profesionales a población desplazada que por su condición o situación de salud se encuentre impedida para acudir a las instituciones prestadoras de servicios de salud, según su condición de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Diseño y desarrollo de mecanismos para garantizar el conjunto de acciones e intervenciones en salud y de otros sectores para resolver de manera integral e integrada las necesidades de la población desplazada.
- Diseño e implementación de un programa de formación y capacitación en salud familiar y comunitaria dirigido a profesionales y promotores-as de salud para mejorar su desempeño en este campo y para el fortalecimiento de las capacidades y habilidades de los servicios y equipos de salud familiar para la puesta en práctica del enfoque de derechos y el enfoque diferencial étnico, de género y generación.
- Gestionar con las Empresas Sociales del Estado ESE, la vinculación a los equipos de salud familiar y comunitaria de gestores-as de salud, promotores-as y profesionales de salud procedentes de los distintos grupos (según etnia, género y generación) de la población desplazada.

- Inclusión del enfoque diferencial de las circunstancias y características según etnia, género y generación de la población desplazada en el sistema de garantía de la calidad de los servicios de salud.
- Diseño e implementación de una estrategia de control social para el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por los equipos de salud familiar y comunitaria.
 - En coordinación con las organizaciones de población desplazada y otras organizaciones comunitarias, desarrollo de actividades (jornadas, convites, mingas) orientadas a promover la salud de la comunidad.
 - Mantenimiento de las actuales y ampliación de las rutas saludables de transporte gratuito a los servicios básicos y de atención especializada y/o hospitalaria de la red adscrita, que beneficie prioritariamente a niños-as menores de cinco años, personas en condición de discapacidad, maternas, adultos-as mayores y otras personas con enfermedades crónicas incapacitantes de la población desplazada.

Objetivo específico 2.

Desarrollar un enfoque de atención que tenga en cuenta las diferencias culturales y étnicas de la población que permita comprender el proceso salud-enfermedad de manera holística, brindar servicios de salud con carácter integral y diferencial, y desarrollar procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes prácticas médicas en el marco de la aceptación, respeto y valoración mutua de saberes y prácticas.

Acciones:

- En los territorios étnicos, los servicios de salud, con un equipo completo de atención, desarrollarán sus actividades de curación, rehabilitación, promoción y prevención, de forma coordinada con los sistemas médicos tradicionales.
- Diseño de una estrategia de fortalecimiento de guías y protocolos para el abordaje de la atención en salud con enfoque diferencial e intercultural de las comunidades étnicas en los servicios de salud. En los protocolos se debe indicar que todos los procesos de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación del modelo de atención deben contar con la participación, consulta y concertación de los grupos étnicos, de las organizaciones de mujeres y demás comunidades.
- Consolidación y sistematización de las experiencias e inventarios de los conocimientos y prácticas tradicionales en salud trabajados entre las instituciones y las comunidades.
- Respeto por los usos tradicionales, rituales y medicinales de las plantas naturales y de los usos, costumbres y cuidados ligados al parto y al cuidado de la dieta.
- Se diseñará una estrategia para promover atención en los servicios de salud prestada por personas perteneciente al mismo género o grupo étnico, que reconozcan la diversidad cultural, psicológica y del cuerpo.

Participación social y comunitaria

Tendiente a promover, desarrollar y facilitar en forma permanente procesos autónomos e institucionales de movilización y participación social para la toma de decisiones, la exigibi-

lidad de la materialización del derecho a la salud y el control social frente a la política pública de salud.

Objetivo específico 1

Desarrollar un plan de fortalecimiento de las organizaciones de población desplazada para el desarrollo de la política pública de salud, concertado con la población desplazada.

Acciones:

- Diseño e implementación de estrategias concretas orientadas al empoderamiento de las comunidades desplazadas, al fortalecimiento de la organización y a la movilización comunitaria en favor de la salud y de la promoción de la calidad de vida, con la participación activa de las propias organizaciones y de la dirigencia vinculada a este proceso de construcción de política pública.
- Vincular a la población desplazada en los espacios de acción y gestión social integral e intersectorial sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, en los distintos espacios locales, territoriales y comunitarios.
- Acompañamiento en la creación y abogacía para el desarrollo de redes integrales de soporte social conformadas por la población desplazada para el fortalecimiento de la solidaridad y su protección.
- Diseño y puesta en marcha de una estrategia de formas y medios combinados de comunicación (al interior de las organizaciones, de las organizaciones entre sí y de su interlocución con las instituciones y la ciudadanía) que apoye el fortalecimiento y capacidad de agencia de las organizaciones de población desplazada a nivel sectorial e intersectorial para el desarrollo de la salud. Esta deberá incluir como mínimo las iniciativas de:
 - Gestionar y otorgar un espacio a la población en los periódicos y boletines institucionales distritales y locales.
 - Gestionar el otorgamiento de espacios radiales y televisivos para la difusión de información pertinente a la población y sobre la causa de los desplazados.
 - Diseño de un programa de pedagogía social sobre inclusión y reconocimiento para promover el debate público informado sobre la situación de la población desplazada y los desarrollos en la respuesta a sus necesidades, y gestionar su difusión a través de medios masivos de comunicación.
- Diseño e implementación de un plan de apoyo que facilite la participación efectiva de las organizaciones de la población desplazada víctima del conflicto armado interno, mediante la gestión de recursos para garantizar, entre otros aspectos, espacios adecuados para reuniones, pago de servicios públicos de los espacios, bonificación económica y auxilio de transporte para facilitar la asistencia de los representantes y afiliados a las reuniones.
- Promoción y facilitación de la vinculación de la población desplazada en redes internacionales que apoyen el desarrollo de las organizaciones y la veeduría y restitución de derechos.

- Abogacía con las entidades distritales y nacionales pertinentes para la exoneración del pago de impuestos a las organizaciones de la población desplazada sin ánimo de lucro.

Objetivo específico 2

Integrar de manera orgánica y permanente la participación social y comunitaria de la población desplazada en el diseño, implementación, seguimiento, evaluación y reformulación de políticas, programas y proyectos de salud y de mejoramiento de la calidad de vida.

Acciones:

- Creación e implementación de un mecanismo paritario de toma de decisiones en políticas, programas y proyectos de salud en los ámbitos Distrital, local y micro territorial para la población desplazada.
- Desarrollo de un proceso de seguimiento y evaluación de las políticas, planes y proyectos de salud en los ámbitos distrital, local y micro-territorial, que estimule y vincule activamente la participación de la población.
- Creación y puesta en marcha de mecanismos de participación y empoderamiento de las mujeres desplazadas para la toma de decisiones en salud en los diferentes ámbitos de acción y en los territorios, retomando las estrategias colectivas de afrontamiento por ellas desarrolladas.
- Diseño, implementación y ejecución de una estrategia para la articulación y vinculación de las organizaciones, grupos y colectivos de población desplazada víctima del conflicto armado interno a las instancias de participación social en salud (Asociaciones de Usuarios, Comités de Participación Comunitaria Copacos, Consejeros de micro-territorios) y las del sistema distrital de participación.
- Diseño e implementación de estrategias de empoderamiento de las comunidades desplazadas, y la movilización comunitaria de la población desplazada en favor de la salud y de la promoción de la calidad de vida.
- Incorporación de la experiencia colectiva de la población desplazada en trabajo comunitario, en particular la de las mujeres, en el desarrollo de los programas y proyectos de fomento y formación para la participación y la construcción de tejido social.
- Diseño y ejecución de un programa de capacitación en participación, cuya construcción se realice con la participación de la población desplazada.
- Conformación de un comité de veeduría para Caprecom y las demás empresas promotoras de salud que en la actualidad afilian población desplazada en el distrito.

2. EJE ESTRATÉGICO INTERSECTORIAL

Este eje tiene como objetivo posicionar en la agenda política distrital, la necesaria intervención sobre los determinantes sociales de la salud de la población desplazada víctima del conflicto armado interno, con base en un enfoque de promoción de calidad de vida y salud, iniciando con las acciones sobre los siguientes componentes:

- Reconocimiento de la situación de desplazamiento y ayuda humanitaria.
Centrado en el oportuno y eficiente reconocimiento de la situación de desplazamiento forzado de la población víctima del conflicto armado y del acceso inmediato y continuo a la ayuda humanitaria, el restablecimiento y la reparación.
- Vivienda, tierra y territorio.
Pretende la garantía del derecho a la vivienda digna, a la tierra y al territorio familiar y colectivo, con enfoque diferencial, en espacios adecuados y seguros.
- Educación y capacitación.
Este componente busca garantizar el derecho a la educación sin discriminación, con criterios de calidad y adecuación pedagógica a la diversidad cultural, étnica, de género y generación.
- Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional.
Orientado a garantizar la soberanía (cultivos y disponibilidad de alimentos acordes con las características culturales y regionales) y seguridad alimentaria con enfoque diferencial.
- Empleo, trabajo y productividad.
Tiene como propósito promover oportunidades de empleo y de actividades productivas mediante el diálogo y la concertación interinstitucional e intersectorial.

LA PROPUESTA DE OBJETIVOS Y ACCIONES INTERSECTORIALES QUE A CONTINUACIÓN SE PRESENTA, FUE FORMULADA Y ACORDADA POR LA POBLACIÓN DESPLAZADA (MAYO-JULIO DE 2008) Y TRABAJADA CON LAS DISTINTAS ENTIDADES NACIONALES Y DISTRITALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A PARTIR DE LAS RESPUESTAS INSTITUCIONALES, EN DIVERSOS TALLERES Y ESPACIOS DE DISCUSIÓN ENTRE AGOSTO Y OCTUBRE DE 2008. NO OBSTANTE, NO ALCANZÓ A LLEGAR A UNA DEFINICIÓN ÚLTIMA DE COMPROMISOS Y ACCIONES Y, POR TANTO, REQUIERE AÚN DE CONCERTACIÓN CON LAS DISTINTAS INSTITU-

El componente de acción intersectorial tiene como objetivo: Promover el reconocimiento de la situación de desplazamiento, el acceso efectivo a la ayuda humanitaria de emergencia y, la realización, con enfoque diferencial, de los derechos a la vivienda, a la soberanía alimentaria y nutricional, a la educación y a la productividad de la población desplazada víctima del conflicto armado interno.

Reconocimiento de la situación de desplazamiento y ayuda humanitaria

Garantizar el oportuno y eficiente reconocimiento de la situación de desplazamiento forzado y de la población víctima, y acceso inmediato a la ayuda humanitaria de emergencia.

Acciones:

En el proceso de reconocimiento:

- Acompañamiento jurídico, psicológico y social al momento de rendir declaración. Esta declaración deberá recoger todos los hechos y sucesos, incluyendo los múltiples desplazamientos, así como la garantía de cobertura a todo el núcleo familiar.
- Que el hecho de haber sido reconocido como desplazado perteneciente a un núcleo previo no sea inconveniente para ser reconocido como desplazado en un nuevo desplazamiento.
- Al momento de rendir declaración, la población víctima del desplazamiento forzado de contar con asesoría jurídica, psicológica y social.
- Que se garanticen los derechos reconocidos a la población desplazada independiente del número y reconociendo todos los desplazamientos.
- Prorrogar el tiempo de reconocimiento de los derechos como desplazados atendiendo las disposiciones de la Corte, sin demora y sin que medien visitas ni reconocimientos.
- Que cuando se rinda la declaración se recojan todos los hechos, se permita su ampliación y se remita a los entes responsables de la investigación
- Garantizar que las declaraciones como desplazados cubran al núcleo familiar y no sólo a la persona quien realiza la declaración.
- La creación de una nueva familia debe conservar los derechos adquiridos como desplazados por todos los miembros de la familia previa.
- Evitar las dificultades de reconocimiento del derecho cuando existe ruptura familiar. Informar cómo se puede acceder a los beneficios cuando hay separación.
- Garantizar a las víctimas la información sobre sus derechos tal como lo obliga el Código Penal.
- Que se reconozcan todos los derechos de la población desplazada también a los núcleos compuestos por una sola persona.
- Diseño e implementación de un programa de derecho internacional humanitario para la protección de los derechos de las víctimas del conflicto armado interno.

Responsables: SECRETARÍA DE GOBIERNO DISTRITAL, PERSONERÍA DISTRITAL, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, ACCIÓN SOCIAL, MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA.

En cuanto a la Ayuda humanitaria:

- Ampliación del monto y cobertura de los Bonos de Urgencia.
- Entrega oportuna y eficaz de la ayuda humanitaria de emergencia, con información clara y específica de montos y destino.
- Oportunidad en las visitas domiciliarias establecidas para la prórroga de las ayudas humanitarias.
- Implementación de procedimientos eficaces para conocer la oferta de servicios especiales para los desplazados víctimas del conflicto armado.
- Desarrollo de estrategias de inducción y comunicación a los funcionarios e instituciones para difundir la información relacionada con la ayuda humanitaria de emergencia.

- Creación de albergues y hogares de paso en forma progresiva partiendo de la evaluación y puesta en marcha de la experiencia piloto de hogar de paso de la Secretaría de Gobierno y el apoyo de la Secretaría de salud.
- Direccionamiento y orientación clara, oportuna y eficaz, para poder acceder a los programas para el restablecimiento de derechos y reparación integral con prioridad para niños-as y jóvenes huérfanos desplazados.

Responsables: SECRETARÍA DE GOBIERNO DISTRITAL, ACCIÓN SOCIAL.

Vivienda, tierra y territorio

Garantizar el derecho a la vivienda digna, a la tierra y al territorio familiar y colectivo de la población desplazada, con enfoque diferencial.

Objetivo específico 1

Satisfacer las necesidades de vivienda digna, con acceso a servicios públicos, en lugares adecuados y seguros.

Acciones:

- Que el Estado entregue vivienda digna a la población según necesidades, características culturales y étnicas de la población y tamaño de las familias
- Que se aumente el número de viviendas para la población desplazada en Bogotá.
- Que se de prioridad en la asignación de vivienda a las mujeres cabeza de hogar y jefes sin cónyuge e hijos.
- Garantizar que el sitio donde se compre la vivienda dentro del Distrito Capital sea libremente escogido por la persona o familia desplazada a la que se asigna la vivienda.
- Permitir a las familias desplazadas la compra de lotes para la autoconstrucción, en zonas sin riesgos, como salida a los altos costos de la vivienda. Para ello se debe dar anticipo para la firma de la promesa de compra-venta.
- Que se beneficie y permita a la población desplazada la compra de casas en remate de bancos cuyo costo es mucho menor.
- Las familias desplazadas víctimas del conflicto armado interno que no tengan vivienda, recibirán un subsidio de arriendo equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente (1 SMMLV) mientras el Estado les otorga la vivienda, y este subsidio no interferirá con la obtención de la vivienda.
- El gobierno debe asumir todos los gastos notariales, de registro, visitas técnicas y trámites exigidos para la adquisición de vivienda.
- Garantizar que cuando una persona sea reconocida como desplazada y haya recibido subsidio, no sea razón para negarlo, la falta de algún dato que se haya perdido en el sitio donde la persona hizo la declaración. La constatación de tal información debe recaer en la institución que recibió la declaración y no en la víctima.
- Promover el desarrollo de programas de vivienda saludable que permitan mejorar las condiciones de habitabilidad y de salud de las familias desplazadas y educar en las características mínimas de habitabilidad que deben reunir las viviendas.

- Garantizar que cuando las personas o familias desplazadas hayan tenido que abandonar su vivienda y no puedan regresar al sitio de origen, éstas puedan ser adquiridas a precio justo por el gobierno o las instituciones que éste delegue.

Responsables: SECRETARIA DE HÁBITAT, FONVIVIENDA.

La SECRETARIA DE HÁBITAT desarrollara estrategias orientadas al logro de los siguientes compromisos:

- La compra de vivienda usada
- Compra colectiva de lotes para la autoconstrucción conjugando el valor equivalente de los subsidios de las familias vinculadas a dicha compra.
- Fortalecimiento del banco de materiales para la construcción.
- La viabilidad del uso del subsidio distrital para compra de vivienda en cualquier parte del país

Objetivo específico 2

Garantizar el derecho a la tierra y a la indemnización por los bienes abandonados forzosamente y su improductividad.

Acciones:

- Que el Estado garantice un programa de entrega permanente de tierras asociadas a proyectos productivos (Adjudicación sistemática de tierras con vivienda digna y proyectos productivos).
- Que la asignación de estas tierras sea específicamente para mujeres desplazadas víctimas del conflicto armado y no para los victimarios y, para ello se invite a la Red Nacional de Mujeres a participar en el comité respectivo.
- Que el Estado al entregar las tierras no establezca topes por costos de fanegada o hectárea y respete la libre elección que ha hecho el beneficiario.
- Que en el marco de los programas de entrega de tierras, se garantice la libertad de elección de las mujeres beneficiarias y el respeto por la decisión de disfrute de propiedad individual o colectiva del bien entregado.
- Que se establezcan mecanismos de priorización para la entrega de terrenos para las mujeres desplazadas teniendo en cuenta criterios como: Número de hijos, discapacidad, madre soltera, madres menores de edad, o pertenencia étnica entre otras.
- Que se garantice en el marco de los programas de entrega y devolución de tierras a las víctimas del desplazamiento forzado, una cantidad equitativa de tierras productivas a la población víctima del desplazamiento forzado, incluidas las mujeres desplazadas y comunidades étnicas.
- Implementación de un programa de apoyo en créditos de fácil acceso, a bajos intereses y con periodo de gracia por cinco años, para la adquisición de semillas, insumos orgánicos, mano de obra, máquinas y herramientas de trabajo y, además, facilidades para la comercialización de los productos (construcción de vías de penetración, transporte, centros de acopio o casas campesinas).
- Desarrollo de un programa de asistencia alimentaria por un término no inferior a un año mediante la entrega de bonos alimentarios, mientras la familia que reciba la tierra produ-

ce para su auto abastecimiento, que tenga en cuenta las características regionales y de productividad de la tierra.

- Que la cantidad de tierra entregada a cada núcleo familiar como mínimo obedezca a los criterios establecidos en las unidades agrícolas familiares.
- La entrega de estos terrenos no exime a las comunidades étnicas y campesinas del derecho de dominio y de los derechos ancestrales sobre los terrenos y territorios abandonados forzosamente como consecuencia del conflicto armado interno que vive Colombia. La población en condición de desplazamiento forzado no renuncia al retorno de los territorios de donde fueron expulsados. En todo caso, en situaciones de reubicación o de reasentamiento no se renuncia a la protección de los bienes y territorios abandonados.
- Las tierras que sean entregadas en el marco de este programa deben estar saneadas desde el punto de vista de las características legales de propiedad y deben entregarse con títulos de escrituras públicas.
- La población en condición de desplazamiento forzado no renuncia al retorno de los territorios de donde fueron expulsados. En todo caso, en situaciones de reubicación o de reasentamiento no se renuncia a la protección de los bienes y territorios abandonados.
- Las tierras que sean entregadas en el marco de este programa deben estar saneadas desde el punto de vista de las características legales de propiedad y deben entregarse con títulos de escrituras públicas.
- Que el Estado proteja y responda por las tierras que la población tuvo que abandonar.
- Que se reconozca la posesión ancestral sobre las tierras (aún de las que no se tengan escrituras) y se exploren los mecanismos para su legitimación.
- La entrega de tierras no debe estar condicionada a los procesos de entrega de tierras de los victimarios (Ley 975 de 2004).

Objetivo específico 3

Garantizar territorios colectivos urbanos o rurales en el Distrito Capital para las comunidades étnicas.

Acciones:

- Adjudicación y legalización de tierras de propiedad colectiva para grupos étnicos en espacios urbanos o rurales del Distrito Capital o del territorio nacional dotados con puesto de salud, escuela y zonas productivas y de recreación, acorde con los requerimientos de dichas comunidades.
- Entrega de vivienda digna acorde a los usos, prácticas y costumbres, dentro del territorio, con espacios para el pan coger y plantas medicinales.
- Garantizar espacios sagrados ancestrales tales como malokas para realizar y promover las prácticas y rituales de socialización de los saberes dentro de los territorios.
- Reflexión y construcción de proyectos de vida a nivel individual, familiar y comunitario a través de la generación de espacios de socialización y participación colectiva.

Responsables: MINISTERIO DEL INTERIOR. MINISTERIO DE AGRICULTURA, INCODER, ACCIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DE HÁBITAT.

Educación y capacitación

Garantizar el derecho a la educación sin discriminación para la población desplazada, con criterios de calidad y adecuación pedagógica a la diversidad cultural, étnica, de género y generación, dando paso al logro de las siguientes demandas:

Objetivo específico 1

Garantizar el acceso a sala cunas y jardines infantiles de los niños y niñas en edad preescolar.

Acciones:

- Aumento de cobertura y acceso gratuito.
- Adecuación sociocultural de guarderías y jardines infantiles de acuerdo a las características étnicas y multiculturales de la población beneficiaria.
- Integrar en los programas de formación de jardineras y educadores preescolares la problemática del desplazamiento y estrategias de intervención a niños y familias víctimas de dicha situación.

Responsables: SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF.

Objetivo específico 2

Garantizar acceso gratuito y obligatorio a la educación primaria, secundaria, técnica y universitaria para los niños, niñas y jóvenes desplazados.

Acciones:

- Aumento de cobertura y acceso gratuito y obligatorio a la educación primaria y secundaria, técnica y superior, en horarios flexibles acordes con las características culturales, étnicas de género y generación de la población desplazada víctima del conflicto armado interno.
- Entrega de insumos escolares necesarios para las actividades educativas de los hijos e hijas de las personas desplazadas forzadas.
- Aumento de coberturas en los subsidios de transporte para niñas, niños y jóvenes desplazados forzados.
- El Gobierno facilitará que todos los niños, niñas y jóvenes de un mismo núcleo familiar se matriculen en la misma institución para reducir costos de oportunidad en tiempo y permitir a la familia acceder a otras actividades y labores necesarias para su desarrollo.
- Creación de programas de apoyo escolar en horarios adicionales para que niñas y niños desplazados no se queden solos mientras sus padres trabajan.
- Educación especial para los niños discapacitados de mujeres desplazadas.
- Implementación y desarrollo de programas educativos (de alfabetización y de acceso a los demás niveles educativos) y de capacitación para las mujeres, que les permita asumir adecuadamente su rol productivo y de defensa de sus derechos.
- Implementación de un programa de enseñanza gratuita de otras lenguas como inglés y francés para las mujeres desplazadas.

- Establecer modalidades especiales de educación a distancia y semi presencial para las mujeres desplazadas en todos los niveles educativos en donde ello sea posible.
- Garantizar un enfoque etno-educativo en la formación de niños y adultos, incluyendo la formación de docentes.

Responsable: SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL.

Objetivo específico 3

Garantizar acceso gratuito a la educación de la población desplazada adulta.

Acciones:

- El gobierno garantizará programas de alfabetización con flexibilidad de horarios para la población desplazada adulta.
- El gobierno garantizará programas educativos a las personas adultas en situación de desplazamiento forzado por la violencia que les permita la culminación de la educación primaria, secundaria o técnica, y una vez cumplidos los requisitos, el acceso a formación universitaria.
- Ninguna persona adulta en situación de desplazamiento forzado por la violencia será rechazada por su edad una vez se postule para acceder a los programas de formación y debe garantizarse se respete el desarrollo integral de su personalidad, la elección y talentos de la persona.
- Aumento del número de cupos para capacitación técnica de adultas y adultos mayores en el SENA, en el marco de las acciones afirmativas y de enfoque diferencial.
- Adecuación de los programas ofrecidos por el SENA teniendo en cuenta los saberes y oficios de la población desplazada.
- Garantía de transporte gratuito para asegurar la asistencia y permanencia de la población desplazada a los programas de formación de adultos y jóvenes.
- Aumento de cobertura y acceso gratuito y obligatorio a la educación técnica y superior, en horarios flexibles acordes con las características culturales, étnicas de género y generación de la población desplazada víctima del conflicto armado interno.
- Establecer un programa de enseñanza gratuita de otras lenguas (inglés, francés, etc) para las mujeres en situación de desplazamiento
- Establecer modalidades especiales de educación a distancia y semi-presencial para las mujeres desplazadas en todos los niveles educativos en donde ello sea posible.

Responsables: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, SECRETARÍA DE GOBIERNO DISTRITAL.

Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional

Garantizar la soberanía y seguridad alimentaria de las personas, familias y comunidades desplazadas, con enfoque diferencial.

Objetivo específico 1

Garantizar la soberanía alimentaria.

Acciones:

- Garantizar la soberanía alimentaria familiar impulsando la vivienda productiva, con espacios para cultivar acorde con las características culturales y regionales de la población.
- Que el monto en dinero asignado como bono alimentario sea suficiente para la compra de los alimentos que cada núcleo familiar requiere para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y nutrición, incluidos los núcleos conformados por una sola persona.

Objetivo específico 2

Garantizar la seguridad alimentaria y nutricional integral.

Acciones:

- Garantizar que el bono alimentario sea de libre uso por las familias en situación de desplazamiento en cuanto a la decisión de los sitios de compra y del tipo de alimentos, de tal modo que los precios sean los más adecuados para alcanzar más alimentos de calidad por el mismo dinero. El gobierno debe ampliar el número de expendio de alimentos (Corabastos, Coratiendas o Surtimax) donde los bonos puedan ser invertidos, más allá de los almacenes de grandes superficies donde los alimentos son demasiado caros para las condiciones de ingreso de las familias desplazadas.
- Garantizar que la entrega de los bonos sea oportuna, mensual y sostenida en el tiempo hasta cuando la familia alcance la solvencia económica requerida para el autoabastecimiento alimentario, según sus necesidades.
- El Gobierno Distrital garantizará acceso de los hijos e hijas de población desplazada a alimentos fortificados con micro-nutrientes en sala cunas, jardines infantiles, escuelas y colegios.
- Garantizar que los programas nutricionales y de alimentación que el gobierno implementa en las instituciones educativas distritales sea extendido a los colegios privados que tienen convenios con el distrito y a los que asisten los hijos e hijas de las personas desplazadas víctimas del conflicto armado interno.
- Desarrollar iniciativas de oferta de alimentos a precios subsidiados a cargo del Estado de tal modo que se garantice y mejore el acceso a la alimentación para las familias de bajos ingresos.
- Que los programas nutricionales tengan en cuenta y respeten las diferencias culturales.
- Desarrollar un programa integral de alimentación y nutrición orientado a adolescentes.
- Que se difunda, se amplíe y se cumpla lo establecido sobre ayudas alimentarias y protección de menores previstas en el acuerdo 006 de 1997 entre el Ministerio de Salud y el ICBF.
- Que se construyan comedores en los lugares de asentamiento y se ofrezcan alimentos acorde con usos y costumbres de la población desplazada.
- Garantizar la producción de alimentos nativos en los territorios mediante tierras, semillas y apoyos crediticios.
- Compra preferencial de productos que producen las comunidades en los territorios colectivos de las comunidades étnicas.

Responsables: SECRETARÍA DISTRITAL DE DESARROLLO ECONÓMICO, SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL, ICBF.

Vigilancia Nutricional:

La SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD ejercerá la vigilancia nutricional integral de las personas, familias y comunidades desplazadas, con enfoque diferencial, en los ámbitos de vida y en espacios locales y distritales:

- Desarrollo de programas de educación alimentaria y nutricional que ayuden a mejorar las decisiones de las familias sobre la compra, escogencia de alimentos básicos y consumo, de tal modo que se contribuya a la buena alimentación familiar.
- Promoción de la lactancia materna al menos hasta los seis meses de edad y desarrollo de programas nutricionales y educativos especiales para mujeres en edad fértil y gestantes, que hagan posible la lactancia y se evite la desnutrición infantil desde el nacimiento.
- Desarrollo de guías y minutas alimentarias que tengan en cuenta la cultura alimentaria de los grupos étnicos desplazados.
- Abogacía y coordinación con otros sectores para el acceso de alimentos adecuados en calidad y cantidad según ciclo vital.

Empleo, trabajo y productividad

Promover oportunidades de empleo y de actividades productivas para la población desplazada víctima del conflicto armado interno.

Objetivo específico 1

Generar oportunidades de empleo y fomentar el desarrollo de habilidades y capacitación para el trabajo.

Acciones:

- El gobierno distrital realizará convenios con empresas públicas y privadas para dar oportunidades de empleo seguro a la población desplazada, es decir, empleos estables, con las garantías laborales contributivas, con jornadas apropiadas y remuneración acorde con el tipo de trabajo y jornada.
- Convenios con las características anteriormente enunciadas para generar trabajo seguro acorde a las capacidades de las mujeres cabeza de hogar, con garantía de cuidado de los hijos dentro de la empresa o en sala cunas y guardería infantiles subsidiadas por las empresas o el Estado.
- Que el Distrito proteja los trabajos autónomos que genera la población desplazada. Por ejemplo, que se legitime el trabajo artesanal o el que realizan los médicos tradicionales o cualquiera de la libre iniciativa de la gente sin generar discriminaciones.
- Que empleo y proyectos productivos no sean opciones excluyentes. Dada la precariedad y la limitación en tiempo de los empleos se debe garantizar el derecho al proyecto productivo que genera posibilidades de ingresos.
- Diseñar programas especiales de ofertas laborales en el sector público y privado para población desplazada en condición de discapacidad que contribuyan a mejorar su calidad de vida y la de sus familias desde la autonomía y el empoderamiento psicosocial y económico.

- Aprovechar la experiencia, habilidades y capacidades de las mujeres adultas mayores que deseen trabajar, ofreciéndoles oportunidades de empleo digno bien remunerado y con jornadas laborales acorde a sus capacidades físicas y mentales.
- Diseñar e implementar estrategias de igualdad laboral y salarial entre mujeres y hombres, incrementando el acceso al trabajo, a cargos de responsabilidad pública y a proyectos productivos y garantizar la equidad de ingresos salariales (igual remuneración para igual cargo).
- Desarrollo de programas de capacitación para proyectos productivos los cuales no deben ser un obstáculo para la aprobación de los proyectos ni para recibir los recursos para su ejecución.

Objetivo específico 2

Desarrollar proyectos productivos sostenibles para la generación de ingresos.

Acciones:

- El gobierno aumentará el monto en dinero asignado para proyectos productivos (\$15 millones como mínimo a precios de 2008) de acuerdo con las exigencias de inversión del tipo de negocio aprobado y debe poderse revisar y aumentar el monto ya desembolsado según las necesidades en el desarrollo del proyecto.
- Quienes ya recibieron recursos por debajo del mínimo deben poder acceder a nuevos subsidios.
- Exigir a los operadores de proyectos productivos la vinculación de población desplazada como directores de proyecto o como trabajadores en los contratos de ejecución de programas o proyectos. 70% de los trabajadores contratados deberán pertenecer a la población desplazada.
- Organizar proyectos productivos con recursos suficientes que incluyan un programa de capacitaciones que inicie al aprobar el proyecto y se desarrolle progresivamente según las necesidades del mismo.
- Estimular la creación de empresas que produzcan bienes y servicios acordes con las capacidades y saberes de la población desplazada que dignifican tanto como los empleos formales.
- Que se garantice en los proyectos productivos no sólo las máquinas sino también materia prima, que éstas sean de buena calidad y su propiedad esté a nombre del beneficiario y no del operador.
- Los operadores deberán garantizar acompañamiento y ayuda en la apertura de mercados para los bienes y servicios producidos.
- Crear un comité o mesa de trabajo con representantes de la población desplazada y sus líderes para la veeduría de la asignación y seguimiento de los proyectos productivos
- Diseñar programas de vivienda productiva que le permitan a las mujeres desarrollar fami-empresas y estar al cuidado de las familias.

Responsables: SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO, SECRETARÍA DE GOBIERNO DISTRITAL, ACCIÓN SOCIAL.

Objetivo específico 3

Garantizar a los trabajadores protección de los riesgos derivados del trabajo y pensión para mayores de edad.

Acciones:

- Todos los desplazados que trabajen deberán ser cubiertos en materia de riesgos profesionales, incluso los que desempeñan trabajos informales, inestables o hacen parte de proyectos productivos.
- La protección a los riesgos del trabajo debe garantizarse con la sola presentación del reconocimiento como desplazado.
- Crear un programa específico de nutrición, vivienda y generación de ingresos para adultos-as mayores en situación de desplazamiento, para compensar las limitaciones en el ingreso a otros programas que se ofrecen para población desplazada.
- Garantizar una pensión para personas mayores de edad en situación de desplazamiento, incluidas las mujeres adultas mayores desplazadas que carezcan de ingresos o vinculación laboral.
- Garantizar mecanismos de subsidio pensional para la población en condición de desplazamiento, dando prioridad a las mujeres cabeza de familia y a las-los líderes.

Responsables: SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO, SECRETARÍA DE GOBIERNO DISTRITAL, ACCIÓN SOCIAL.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA

La evaluación de las políticas públicas es un área de vital importancia, ya que la puesta en marcha de las políticas genera cambios sustanciales y estos deben ser monitoreados de manera concreta para mantener el rumbo y dar fuerza a las respuestas. La evaluación constituye un campo que se ocupa de recolectar, verificar e interpretar las informaciones sobre la ejecución y eficiencia de las políticas y programas públicos, siendo a la vez un instrumento valioso e indispensable para conocer y mejorar las acciones implementadas y el propio diseño de la política¹⁴.

Para Joan Subirats¹⁵, la evaluación de una política o programa de mejora social significa preocuparse por los resultados, saber si se han obtenido o no los objetivos planteados, y para ello establece cuatro ejes:

- Trazar los fines generales,
- Ver los indicadores de estos objetivos susceptibles de medición,
- Definir los datos sobre los indicadores para los que participan en el programa y para un grupo de control equivalente y,
- Analizar los datos en función de los fines y objetivos de la política o programa.

Como punto de partida para el desarrollo del seguimiento y evaluación, es necesario optar por un enfoque que guíe su puesta en marcha. Dado que la “Política pública de salud para población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá” ha sido un proceso de amplia participación de actores relevantes, particularmente de la población desplazada, es imperativo que el seguimiento y la evaluación tengan el mismo carácter.

Interesa en este caso la evaluación interactiva, participativa y flexible¹⁶ y hacer de ella un proceso de aprendizaje colectivo y de búsqueda pluralista de soluciones para los problemas sociales hacia los que apunta la política¹⁷. En consecuencia, en esta política se opta por un modelo de Monitoreo y Evaluación Participativa. Éste se define como un proceso de colaboración para la resolución de problemas que involucra a los usuarios de todos los niveles (miembros de comunidades locales, autoridades de la comunidad y personal de las instituciones) en la toma conjunta de decisiones¹⁸, y es visto como un enfoque de monitoreo efi-

¹⁴ Roth AN, 2006. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá, Ed. Aurora.

¹⁵ Subirats J, 2002. Evaluación de políticas de intervención social. Un enfoque pluralista. Barcelona.

¹⁶ Monnier, 1987. Citado por Subirats Joan. Los instrumentos de las políticas, el debate público y el proceso de evaluación. *Gestión y política pública*, vol. IV, No. 1, 1995: 5-23.

¹⁷ Muller, 2002. MULLER, Pierre (2002). Las políticas públicas. Obra original del autor titulada “Les politiques publiques” En: Collection “Que sais-je?” No.2354, 4ª Edición francesa 2000. Traducida al Español, en 2002 por: Jean Francois Jolly y Carlos Salazar. Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

¹⁸ Narayan-Parker D, 1993. Participatory Evaluation: Tools for managing change. World Bank. Washington. D.C.

ciente, efectivo y socialmente incluyente¹⁹ que incorpora el diseño y uso de técnicas e indicadores cuantitativos, cualitativos y mixtos.

A partir de estas premisas, la Secretaría Distrital de Salud, responsable de la puesta en marcha de la política, desarrollará dos grandes tareas: 1) La búsqueda, sistematización y análisis de evidencias que valoren su efectividad y 2) El diseño de herramientas participativas de evaluación que aborden sus principios filosóficos, fines y enfoques, proponiendo una síntesis entre las dos tareas. Para ello recogerá su experiencia en la construcción y análisis de indicadores de situación de salud, calidad de vida, acceso a servicios, calidad de la atención, equidad y participación social, entre otros, al servicio de esta política.

El grupo de estudio es el acumulado de la población desplazada víctima del conflicto armado interno que habita en las localidades de la ciudad en cada año, y los grupos de control: La misma población desplazada que habitaba la ciudad en cortes anteriores iniciando la comparación con la población estudiada en 2005 cuando se realizó la línea de base que permitió la identificación de la situación problemática que dio origen a esta política²⁰; la población receptora de las mismas localidades y micro-territorios que habita la población desplazada a quienes se atiende con la política y, la población de la ciudad de otras localidades y estratos.

El siguiente set de indicadores trazadores (batería mínima) propuestos para el seguimiento y evaluación, supone dos niveles diferenciados y debe ser complementado y ajustado incluyendo los aportes del conjunto de la institucionalidad pública del Distrito y las propuestas y contribuciones de la población beneficiaria:

Un nivel de seguimiento centrado en la medición y análisis periódico del comportamiento de los indicadores que miden los objetivos generales y específicos de cada uno de los ejes y componentes de la política. TABLA 1.

Un nivel de resultados que recoge los fines enunciados en el objetivo general y los avances de la política en aspectos como: Situación de salud, disparidades en el estado de salud, acceso y equidad en el acceso a servicios, goce efectivo de derechos sociales, enfoque diferencial, abogacía en las acciones intersectoriales y empoderamiento (capacidad de agencia de la comunidad y mejoramiento de los mecanismos y oportunidades de participación). TABLA 2.

¹⁹ Abbot J. y Guijst I, 1997. Changing views on change. Documento de trabajo, Instituto Internacional para el Medio Ambiente (IIED) Londres.

²⁰ Hernández A; Gutiérrez ML; Restrepo O; Conversa L; Hernández LJ y Ariza J 2005. Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia sentada en Bogotá, Colombia. Condiciones de vida, salud y acceso a servicios de salud 2005. Informe final. Convenio UJ-SDS-Famig/IDRC. Bogotá.

Tabla 1. Indicadores de seguimiento

Esta tabla presenta un conjunto mínimo de **indicadores propuestos** ampliamente conocidos y validados para el monitoreo de los avances en los objetivos y acciones propuestos, para cuya construcción es necesario considerar:

- La fuente de información oficial para definir el total de la población desplazada en Bogotá D.C. es la suministrada por Acción Social, de quien depende la construcción de una base con información suficiente para la desagregación que permita materializar los alcances en materia de enfoque diferencial.
- Las fuentes de información, la frecuencia de los indicadores y el tiempo necesario para su construcción y aplicación (corto, mediano o largo plazo), es un proceso técnico que se definirá una vez se inicie el proceso de implementación.

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN	DESAGREGACIÓN
EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL			
Aseguramiento y Acceso a Servicios de Salud			
Garantizar el acceso universal y equitativo a servicios integrales de salud, con enfoque diferencial			
Afiar a toda la población desplazada que habita en Bogotá al Sistema general de Seguridad Social en Salud, con derecho de atención integral, diferencial y gratuita en todo el territorio nacional.	Afiliación a la seguridad social	$\frac{\text{Personas afiliadas al SGSSS}}{\text{Total personas desplazadas}} \times 100$	Por sexo, ciclo vital, etnia, discapacidad
	Afiliación a la seguridad social según régimen	$\frac{\text{Personas afiliadas al SGSSS según régimen}}{\text{Total personas desplazadas afiliadas a SGSSS residentes en Bogotá D.C}} \times 100$	
Eliminar las barreras económicas, administrativas y geográficas que limitan el acceso de la población desplazada a la atención integral	Uso de servicios según necesidad últimos 30 días	$\frac{\text{Total personas enfermas según tratamiento para problema de salud}}{\text{Total personas enfermas últimos 30 días}} \times 100$	Por sexo, ciclo vital, etnia, discapacidad y régimen de afiliación
	Razones de no uso de servicios	$\frac{\text{Personas enfermas según razones para no solicitar atención}}{\text{Personas enfermas que no solicitaron atención médica}} \times 100$	

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN	DESAGREGACIÓN
EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL			
	Percepción de la calidad del servicio	$\frac{\text{Personas desplazadas que consultaron últimos 30 días según percepción general sobre la calidad del servicio}}{\text{Total consultantes últimos 30 días}} \times 100$	Según régimen de afiliación y EPS
	Uso de medicamentos	$\frac{\text{Personas que recibieron medicamentos}}{\text{Total personas a quienes se formuló medicamentos última consulta}} \times 100$	
	Cubrimiento costos de atención	$\frac{\text{Personas enfermas últimos 30 días que solicitaron atención médica según cubrimiento de los costos de atención}}{\text{Total personas enfermas últimos 30 días que solicitaron atención}} \times 100$	Según régimen de afiliación y EPS
	Solicitud de servicios y no atención	$\frac{\text{Personas desplazadas enfermas últimos 30 días que solicitaron servicios y no fueron atendidas según razones de no atención}}{\text{Total personas enfermas últimos 30 días que solicitaron servicios}} \times 100$	Por sexo, ciclo vital, etnia, discapacidad y según régimen de afiliación y EPS
	Uso servicios de hospitalización último año	$\frac{\text{Personas desplazadas hospitalizadas último año según motivo de hospitalización}}{\text{Total personas desplazadas}} \times 100$	Por sexo, ciclo vital, etnia y según régimen de afiliación
	Pago por uso de servicios	$\frac{\text{Personas según pago por servicios de consulta, hospitalización y/o medicamentos}}{\text{Total personas que usaron servicios}} \times 100$	Según tipo de servicio y régimen de afiliación
	Uso servicios preventivos de vacunación	$\frac{\text{Niños 0-menos 7 años con esquema completo de vacunación}}{\text{Total niños menores 7 años}} \times 100$	Según edad, sexo, etnia, régimen. Por biológico y edad aplicación
	Uso servicios preventivos - programas específicos	$\frac{\text{Proporción menores 12-23 meses con vacuna anti-sarampión (triple viral)}}{\text{Total menores 12-23 meses}} \times 100$	Según régimen de afiliación
	Uso servicios preventivos - programas específicos	$\frac{\text{Menores de 5 años que presentaron diarrea últimas dos semanas}}{\text{Total menores 5 años}} \times 100$	

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN	DESAGREGACIÓN
EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL			
Servicios Integrales de Salud			
Garantizar que todas las actividades e intervenciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación requeridas para responder a las necesidades y para modificar los factores que protegen o deterioran la salud de la población desplazada que se desarrollan a través del POS y el PIC, se realicen de manera integral, acorde con sus características culturales, étnicas, de género y generación			
Ampliar y adecuar el POS para el reconocimiento e intervención de las necesidades, exposiciones y riesgos diferenciales de la población derivados de su condición de desplazamiento y de sus características culturales, étnicas de género y generación; y garantizar su correcta aplicación.	Ampliación de beneficios	Sí/No reconocimiento y ampliación de beneficios específicos con enfoque diferencial en planes, programas y actividades del POS: Prevención, tratamiento y rehabilitación en atención sicosocial; salud sexual y reproductiva; tratamientos, procedimientos y rehabilitación en salud oral y visual y tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y prótesis para la atención de la población en condición de discapacidad.	Actividades específicas según sexo, ciclo vital, etnia y discapacidad
	Implementación Plan de Garantías Explícitas PGE	Sí/No implementación del PGE y definición de condiciones de acceso, calidad, oportunidad, integralidad y listado de enfermedades y necesidades prioritarias de la población desplazada en el diseño	Según etnia, genero y generación
	Participación de la población en adecuación del POS y PGE	Sí/no participación de la población desplazada en la actualización anual del POS con enfoque diferencial y en el diseño del PGE.	Según participantes y tipo de participación
Adecuar el PIC a las necesidades de la población desplazada asociadas con el desplazamiento y con sus características culturales, étnicas, de género, generación y potencialidades.	Cobertura de PIC	Población desplazada cubierta por programas regulares y actividades del PIC de la SDS ----- x 100 Total personas desplazadas	Según sexo. Ciclo vital, etnia, discapacidad y según tipo de programas
	Adecuación del PIC	Sí/No se han adecuado los programas y actividades del PIC a las condiciones particulares de la población desplazada.	Por sexo, ciclo vital, etnia, discapacidad
	Actualización del PIC	Sí/no existen nuevos programas específicos en el PIC para las necesidades particulares de la población desplazada en salud mental, salud sexual y reproductiva, salud visual, discapacidad.	
Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención sicosocial adecuados a las necesidades y riesgos de la población desplazada y en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.	Cobertura de atención sicosocial	Personas que recibieron atención sicosocial del Gobierno y otros prestadores de servicios ----- x 100 Total personas desplazadas	Por sexo, ciclo vital, etnia y discapacidad
	Cobertura de atención en salud mental	Personas que recibieron atención en salud mental en los servicios de salud según tipo de atención ----- x 100 Total personas desplazadas	Por sexo, ciclo vital, etnia, según actividad y régimen de afiliación

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN	DESAGREGACIÓN
EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL			
Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención en salud sexual y reproductiva adecuados a las necesidades de la población desplazada y en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.	Cobertura en programa de CPN	Mujeres desplazadas 13-49 años en período de gestación que asisten a control prenatal según promedio controles ----- x 100 Total mujeres desplazadas gestantes de 13-49 años	Según régimen de afiliación
	Cobertura citología vaginal	Mujeres desplazadas 18-69 años según citología vaginal alguna vez por fecha última citología ----- x 100 Total mujeres desplazadas 18-69 años	
	Participación en programas SSR	Jóvenes desplazados-as 15-24 años según participación en programas de SSR ----- x 100 Total jóvenes desplazados-as 15-24 años	Por sexo, ciclo vital, etnia, según actividad y régimen de afiliación
Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales adecuados a las necesidades y riesgos de la población desplazada en condición de discapacidad, en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.	Población en discapacidad según tipo	Personas desplazadas en condición de discapacidad ----- x 100 Total personas discapacitadas	Por sexo, ciclo vital, etnia y tipo de discapacidad
	Discapacidad debida al desplazamiento	Personas desplazadas en condición de discapacidad generada por el desplazamiento ----- x 100 Total personas desplazadas discapacitadas	
	Necesidad de atención según discapacidad	Personas desplazadas discapacitadas según tipo de discapacidad y necesidad de atención y/o rehabilitación ----- x 100 Personas desplazadas discapacitadas	Por sexo, ciclo vital, etnia y régimen de afiliación
	Cobertura de servicios médicos y de rehabilitación de población desplazada en discapacidad	Personas discapacitadas que accedieron a servicios de atención médica o rehabilitación ----- x 100 Total personas discapacitadas que necesitaron servicios	Por sexo, ciclo vital, etnia, según tipo de discapacidad, tipo de servicio y régimen
Desarrollar la vigilancia en salud pública de las personas y familias alojadas en los sitios de albergue y territorios de residencia de la población desplazada, iniciando el proceso desde las UAO.	Información sobre población desplazada en sistemas de información de vigilancia en salud pública	Existencia Sí/No de información y No. y tipo de sistemas de información de vigilancia en salud pública que desagregan información sobre población desplazada	Según tipo de sistema
	Cobertura de programas de vigilancia en salud pública en territorios de población desplazada	Personas desplazadas cubiertas por programas de vigilancia en salud pública en territorios de asentamiento de población desplazada ----- x 100 Total población desplazada por territorio	Por sexo, ciclo vital, etnia, según territorio y localidad

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN	DESAGREGACIÓN
EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL			
Respetar e incluir la cosmovisión y práctica de las medicinas tradicionales en las políticas, planes, programas y actividades de salud.	Existencia/conocimiento de espacios para ejercicio prácticas tradicionales	Sí/No existen y se conoce de espacios para el ejercicio de prácticas tradicionales	Según etnia y localidad
	Existencia espacios de discusión intercultural sobre prácticas tradicionales	Sí/No existen y operan los espacios de discusión y articulación intercultural sobre medicina tradicional entre la Secretaría de Salud y las distintas etnias de población desplazada.	
	Operación de espacios de deliberación sobre medicina tradicional	Sí/No existen y operan espacios de deliberación sobre medicina tradicional y articulación intercultural entre las distintas etnias de la población desplazada.	
<p>Modelo de Atención Desarrollar un modelo de atención en salud a la población desplazada víctima del conflicto armado que garantice enfoque intercultural y diferencial por etnia, género y generación que promueva la atención integral e integrada, la acción intersectorial por la salud y el empoderamiento y la participación individual y comunitaria. El modelo se basará en la EPCVS y en la APIS actualmente en desarrollo por los hospitales públicos del Distrito.</p>			
Fortalecer la orientación familiar y comunitaria de la atención a nivel de territorios, barrios y albergues, con un enfoque integral de la atención y según las características culturales, étnicas, de género y generación de la población.	Cobertura del programa Salud a Su Casa	$\frac{\text{Total familias desplazadas adscritas al programa Salud a Su Casa}}{\text{Total familias desplazadas}} \times 100$	Por territorio, localidad y según etnia
	Promedio de visitas domiciliarias	Número de visitas domiciliarias por familia	
	Realización acciones intersectoriales para suplir necesidades sociales	Sí/No realización de acciones intersectoriales para la atención de necesidades de las familias adscritas y visitadas.	
	Conocimiento de efectos de acciones intersectoriales para suplir necesidades sociales	Sí/No se conoce de efectos de la acción intersectorial resultado de las visitas sobre las necesidades de las familias.	
	Porcentaje de población desplazada contratada para el desempeño de tareas en salud	$\frac{\text{Total gestores/promotores/profesionales de la población vinculados por las ESE a programas, proyectos y actividades en salud}}{\text{Total población contrata por ESE para programas, proyectos y actividades en salud}} \times 100$	Según tipo de actividad, contrato y por ESE por localidad
Desarrollar un enfoque de atención que tenga en cuenta las diferencias culturales y étnicas de la población que permita comprender el proceso	Percepción sobre adecuación étnica y cultural de la atención	Percepción de la población desplazada sobre la adecuación étnica, cultural y de género de los programas y actividades de atención primaria integral de salud.	Según etnia y género

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN	DESAGREGACIÓN
EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL			
salud-enfermedad de manera holística, brindar servicios de salud con carácter integral y diferencial, y desarrollar procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes prácticas médicas en el marco de la aceptación, respeto y valoración mutua de saberes y prácticas.	Adecuación de guías y protocolos	Sí/No se han adecuado y ajustado guías y protocolos de atención a las necesidades particulares y con enfoque diferencial de la población desplazada.	Según tipo de guía o protocolo
	Conocimiento sobre experiencias de medicina tradicional	Sí/No se han documentado experiencias de medicina tradicional y de articulación entre sistemas médicos.	
	Percepción sobre características de la atención	Percepción de la población sobre la atención y respeto por enfoque diferencial y adecuación cultural.	Según etnia, ciclo vital, género y discapacidad
<p>Participación Social y Comunitaria Promover, desarrollar y facilitar en forma permanente procesos autónomos e institucionales de movilización y participación social para la toma de decisiones, la exigibilidad de la materialización del derecho a la salud y el control social frente a la política pública de salud</p>			
Desarrollar un plan de fortalecimiento de las organizaciones de población desplazada para el desarrollo de la política pública de salud, concertado con la población desplazada.	Formación para la participación en salud	Sí/No existe plan acordado con la población desplazada para la formación/capacitación y acompañamiento para la participación y agencia comunitaria.	
	Vinculación en cargos de participación	$\frac{\text{No. de cargos ocupados por población desplazada en espacios sectoriales e intersectoriales definidos como sujetos de su participación}}{\text{No. de cargos estimados por población desplazada en espacios sectoriales e intersectoriales definidos como sujetos de su participación}} \times 100$	
	Difusión de la acción comunitaria para el fortalecimiento de la capacidad de agencia	$\frac{\text{No. de difusiones realizadas en medios de comunicación a nivel sectorial e intersectorial para el fortalecimiento de la capacidad de agencia de la población desplazada}}{\text{No. de difusiones estimadas a realizar en medios de comunicación a nivel sectorial e intersectorial para el fortalecimiento de la capacidad de agencia de la población desplazada}} \times 100$	
	Gestión y movilización de recursos para la participación efectiva	Sí/No se han gestionado y movilizado recursos (espacios para reuniones, auxilio de transporte y otros gastos, entre otros) para la participación efectiva	
	Integrar de manera orgánica y permanente la participación social y comunitaria de la población despla-	Participación en toma de decisiones	No. de actores de la población desplazada participantes de espacios (comités, juntas, consejos, asociaciones) de toma de decisiones de políticas, programas y proyectos de salud y de mejoramiento de la

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN	DESAGREGACIÓN
EJE ESTRATÉGICO SECTORIAL			
zada en el diseño, implementación, seguimiento, evaluación y reformulación de políticas, programas y proyectos de salud y de mejoramiento de la calidad de vida.	Vinculación al sistema distrital de participación	Sí/No se ha vinculado a la población desplazada al sistema distrital de participación	calidad de vida
	Efectividad de la participación	Sí/No se han incorporado iniciativas y experiencias de la población en el fomento de la participación y el desarrollo de la salud	Según tipo de experiencia
EJE ESTRATÉGICO INTERSECTORIAL			
Posicionar en la agenda política distrital la necesaria intervención sobre los determinantes sociales de la salud de la población desplazada, con base en un enfoque de promoción de calidad de vida y salud, iniciando con las acciones sobre los siguientes componentes: - Reconocimiento-ayuda humanitaria - Vivienda, tierra y territorio - Educación y capacitación - Soberanía y seguridad alimentaria - Empleo, trabajo y productividad	Posicionamiento en la agenda política	No. de programas, proyectos y recursos para atención a población desplazada en las agendas programáticas de otros sectores para la intervención sobre los determinantes sociales de la salud	
	Escenarios de coordinación intersectorial	Sí/No existen escenarios de coordinación técnica intersectorial para el desarrollo de esta política	
	Estrategias de acción intersectorial	No. y tipo de estrategias implementadas por la SDS para el diálogo y concertación intersectorial para el desarrollo de la salud	Según tipo de estrategia

Tabla 2. Indicadores de resultados

GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD

Sí/No Todas las personas desplazadas del hogar están afiliadas al sistema general de seguridad social en salud

Sí/No Todas las personas desplazadas recibieron atención sicosocial

Sí/No Todas las personas desplazadas que necesitaron servicios de consulta, medicamentos, hospitalización, promoción y prevención, los recibieron

Sí/No Todos los niños del hogar menores de 7 años cuentan con esquema completo de vacunación

Sí/No Todas las personas desplazadas en condición de discapacidad que requirieron servicios de atención médica o rehabilitación la recibieron

RESULTADOS EN SALUD

Tendrá en cuenta el comportamiento en la población desplazada de los indicadores de:

- Morbilidad sentida
- Morbilidad por EDA – ERA en menores de 5 años
- Mortalidad por EDA – ERA menores 5 años
- Desnutrición global menores 5 años
- Mortalidad por desnutrición global menores 5 años
- Mortalidad perinatal
- Embarazo adolescente
- Mortalidad materna
- Mortalidad por cáncer cuello uterino

AVANCES EN EQUIDAD

Desigualdades en morbilidad sentida	$\frac{\% \text{ población desplazada que declaró haber estado enferma últimos 30 días}}{\% \text{ población no desplazada que declaró haber estado enferma últimos 30 días}}$
Desigualdades en morbilidad infantil en IRA	$\frac{\% \text{ menores 5 años desplazados con IRA}}{\% \text{ menores 5 años no desplazados con IRA}}$
Desigualdades en morbilidad infantil en EDA	$\frac{\% \text{ menores 5 años desplazados con EDA}}{\% \text{ menores 5 años no desplazados con EDA}}$
Desigualdades en mortalidad infantil y de menores 5 años	Diferencia entre las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años entre población desplazada y población no desplazada y diferencias entre grupos por etnia
Desigualdades en mortalidad materna	Diferencia entre las tasas de mortalidad materna entre población desplazada y población no desplazada
Razón de déficit de afiliación	$\frac{\% \text{ población desplazada afiliada}}{\% \text{ población no desplazada afiliada}}$
Desigualdad en el uso de servicios	$\frac{\% \text{ población desplazada que estando enferma últimos 30 días y solicitó no recibió atención}}{\% \text{ población no desplazada que estando enferma últimos 30 días y solicitó no recibió atención}}$
Desigualdades en percepción de calidad de la consulta	$\frac{\% \text{ población desplazada atendida últimos 30 días que consideró buena la calidad de la atención recibida}}{\% \text{ población no desplazada atendida últimos 30 días que consideró buena la calidad de la atención recibida}}$
Desigualdades en percepción de calidad de la hospitalización	$\frac{\% \text{ población desplazada hospitalizada último año que consideró buena la calidad de la atención recibida}}{\% \text{ población no desplazada hospitalizada último año que consideró buena la calidad de la atención recibida}}$
Desigualdades en uso servicios preventivos infantiles	$\frac{\% \text{ niños desplazados menores de 1 año inmunizados según biológico}}{\% \text{ niños no desplazados menores de 1 año inmunizados según biológico}}$
Desigualdades en uso servicios preventivos para mujeres	$\frac{\% \text{ mujeres desplazadas de 13 años y más gestantes que asisten a control prenatal}}{\% \text{ mujeres no desplazadas de 13 años y más gestantes que asisten a control prenatal}}$

ESTRATEGIAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA POLÍTICA

Para la implementación de esta política se desarrollarán las siguientes estrategias:

1. Fortalecimiento institucional. Busca mejorar, ampliar y complementar la capacidad e instrumentos de la SDS para responder por la salud integral de la población desplazada víctima del conflicto armado interno, garantizar la puesta en práctica y el cumplimiento de los preceptos de la política pública de salud, su capacidad de abogacía para mejorar las condiciones generales de salud y la disminución de las disparidades de salud en la ciudad, propiciar el desarrollo de acciones intersectoriales, la participación de la población en la gestión y control social de la política, el desarrollo del enfoque diferencial, su rendición de cuentas, y el seguimiento y evaluación del impacto de la política. Incluye:
 - Fortalecimiento de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y de la Atención Primaria de Salud con enfoque integral.
 - Acción y gestión social integral en familias, comunidades y territorios.
 - El contrato entre el ente territorial y la EPS a la que se afilie la población, debe contener las reglas y cláusulas que garanticen de forma clara el cumplimiento de la política pública de atención en salud en cuanto a integralidad y oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, calidad y continuidad de la atención, enfoque diferencial, protección financiera de las personas y familias, entre otros.
 - Presupuesto diferenciado para el desarrollo de las acciones definidas en la política.
 - Una política de recursos humano que favorezca la formación de trabajadores y profesionales y la estabilidad y seguridad laborales para el desarrollo de las actividades en salud previstas en esta política.
 - Fortalecimiento y adecuación del Sistema de Información.
 - Definición de mecanismos de control sobre el desempeño de los distintos actores (aseguradores, prestadores, profesionales, trabajadores) en el desarrollo de la atención en salud a la población desplazada.
 - Revisión y ajuste de las políticas distritales de salud vigentes para hacer visible las realidades y diversidades de la población desplazada, mediante el desarrollo de acciones específicas en los programas y proyectos, dando prioridad a las políticas de salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad. Se diseñarán objetivos explícitos y acciones para la intervención y desarrollo de la salud de la población desplazada en todas las políticas poblacionales y territoriales de salud que se formulen, iniciando con las políticas en construcción de ciclo vital y etnia, con la activa participación de la comunidad.
 - Establecer las metas para el seguimiento y evaluación de los fines y objetivos de la política.
 - Rendición de cuentas de cara a la comunidad.

2. Generación de capacidades sociales. Pretende fortalecer los procesos de participación y empoderamiento de las comunidades y de las instituciones que interactúan con las organizaciones de población desplazada, mediante:
 - Organización comunitaria para la gestión y el control social.
 - Creación de un Comité para el seguimiento y evaluación de todos los escenarios y actividades donde se ejecutan recursos para población desplazada.
 - Educación de la población y funcionarios para la realización de los derechos y cumplimiento de deberes.
 - Creación de espacios de promulgación, difusión e intercambio de saberes entre la población desplazada.

3. Comunicación y debate público informado. Orientada al reconocimiento público de la situación de salud de la población desplazada víctima del conflicto armado, favoreciendo la inclusión social, la integración económica y la solidaridad. Incluye:
 - Diseñar, implementar y ejecutar, de manera articulada con otras entidades y sectores distritales, una estrategia de información, divulgación, educación y capacitación para la inclusión y el reconocimiento de la población desplazada y de sus condiciones de vida y salud.
 - Información y comunicación para la participación y control social.
 - El Gobierno Nacional y las autoridades territoriales de salud, implementarán una pedagogía social a favor de la población desplazada que promueva la no discriminación por razones del desplazamiento, étnicas, de género o de cualquier otra índole, fortaleciendo la dignidad y derechos de las personas desplazadas.
 - Desarrollo de una estrategia de comunicación multimodal para la difusión y apropiación de la política en los ámbitos nacional, distrital y local.

4. Acción e intervención intersectorial. Orientada a promover la movilización de actores, sectores y recursos para el desarrollo de acciones orientadas a la mejoría de la calidad de vida y la salud de la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. Para lograrlo, la Secretaria Distrital de Salud, como autoridad territorial de salud, deberá:
 - Posicionar en la agenda política intersectorial y transectorial los contenidos de esta política favoreciendo su articulación con las iniciativas y políticas públicas desarrolladas por otros sectores, así como la gestión integral de recursos para su realización.
 - Colaborar en la organización del despliegue de la política a nivel de territorios, barrios y localidades a través del componente de gestión local.
 - Sustener un mecanismo de coordinación y acción territorial y micro-territorial de apoyo a la política, que promueva la intervención integral a través del diseño y desarrollo de metas económicas y sociales transversales a los sectores.

EL PROCESO METODOLÓGICO DE FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

La decisión sobre una política pública es generalmente un proceso largo y complejo en el que participan multiplicidad de actores con valores, ideologías, intereses, influencias, saberes y poderes conflictivos y asimétricos. Por ello la metodología para la formulación de la política distrital de salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno, tuvo un carácter participativo y pretendió articular las visiones, intereses, posiciones y propuestas de grupos sociales dentro del Estado y la Sociedad Civil que tienen una capacidad de influencia alta en la formulación de políticas, con otros que tienen una influencia menor.

El proceso de construcción de la política fue diseñado por los investigadores de la Universidad Javeriana y funcionarios de las Secretarías de Salud y Gobierno que conformaron el equipo técnico que hizo la facilitación y sistematización del proceso y de la propuesta de política, pensando en la participación como un proceso democrático, deliberativo, de diálogo y concertación, y de aprendizaje y recomposición de la realidad. Ello impuso desafíos importantes no solo frente a la participación plena y activa, sino también frente a la viabilidad técnica y política de las respuestas y su congruencia con las necesidades y prioridades de la población desplazada.

Se privilegió la participación directa e informada con base en la evidencia científica que aportó la línea de base y en el conocimiento y experiencia de los actores participantes: población desplazada, líderes y lideresas de organizaciones de población desplazada, instituciones, agencias, ONG e investigadores. Se pactó una participación lo más amplia posible que pusiera en diálogo abierto la visión de las personas desplazadas habitantes de las diferentes localidades, la de las instituciones y organizaciones de nivel local, distrital y nacional responsables de la atención de la población desplazada en la ciudad y la de otras organizaciones y agencias, sobre los problemas y sus respuestas.

En consecuencia, el proceso de formulación de la política pública se caracterizó por ser una construcción participativa, cualificada y concertada, basada en un amplio concepto de salud y de determinantes sociales, y articulada a recursos, voluntades y respuestas sociales e institucionales de los ámbitos local y distrital para la acción integral, integrada e intersectorial.

Para ello se optó por un proceso DE ABAJO HACIA ARRIBA a partir del análisis y definición de propuestas locales por parte de las-las desplazadas-os, que luego fueron agregadas y discutidas en un espacio distrital donde participaron representantes delegados de las localidades y de sus organizaciones. En este espacio se llegó a un documento de propuesta de política negociado y concertado por la población y luego discutido, analizado y acordado con la Secretaría Distrital de Salud y otras entidades distritales, en discusiones que llevaron, por

aproximaciones progresivas, a la síntesis de acuerdos y viabilidades sobre el contenido, valores, principios, enfoque y acciones de la política.

El proceso se desarrolló a través de etapas, escenarios y espacios de discusión que fueron agregando información, rehaciendo propuestas, mejorando la comprensión del fenómeno y ajustando, complementando y viabilizando las propuestas de cambio que se materializan en este documento de política pública.

ETAPAS DEL PROCESO

La consulta para la construcción de la política planteó cuatro etapas: Una de presentación pública y validación de la propuesta por parte de la población, la autoridad sanitaria, otras autoridades distritales y el Consejo Distrital de Población Desplazada, el órgano decisor y coordinador de la política para los desplazados en la ciudad que encabeza la Secretaría de Gobierno; una etapa de consulta por escenarios de discusión y propuestas; una tercera de devolución, nueva consulta y acuerdos finales, y una última de presentación y divulgación de resultados.

1. Presentación y validación de la propuesta metodológica. El objetivo de esta etapa fue dar a conocer a los distintos actores la propuesta para la consulta participativa y comprometerlos en su desarrollo.

Inicia con la convocatoria al acto de lanzamiento en el mes de mayo, evento en el que se dio aval político al proceso; se divulgó el documento²¹ que incluía la línea de base, fundamentos de la política y proceso metodológico para la consulta participativa (contenidos generales, etapas, actores y cronograma de trabajo); se definieron los escenarios de discusión y se concertaron las formas de trabajo y sus productos. En junio se capacitaron los equipos responsables en las guías e instrumentos metodológicos para el desarrollo del trabajo de campo en cada escenario y se coordinó el trabajo de campo para la primera ronda de discusiones.

2. Consulta, discusión y definición de propuestas. El objetivo de ésta fue construir una visión de conjunto sobre las necesidades, prioridades y respuestas en la forma de una propuesta de política orientada a resolver el conjunto de problemas reconocidos y sustentados en la línea de base y en su validación social. Esta etapa se desarrolló entre junio y octubre de 2008 en dos grandes rondas de discusión.

La primera se centró en consolidar los acuerdos locales sobre los problemas, prioridades y acciones en un documento único de carácter distrital. Las discusiones se dieron en cuatro escenarios y 12 mesas de trabajo donde hicieron presencia diversidad de actores

²¹ Hernández A, Vega R, Gutiérrez ML, Roth AN, Perdomo A, Arrieta R, Peña C, Russi J, Guerrero J y Tovar P 2008. Formulación participativa de la política distrital de salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia en Bogotá D.C. 2008. Línea de Base y propuesta de proceso. Documento I. Bogotá, Javegraf, 30 p.

institucionales y de la población desplazada: Mesas locales para el trabajo con la población (en las localidades con mayor asentamiento de población en situación de desplazamiento: Ciudad Bolívar, Usme, Bosa, Kennedy, San Cristóbal, Engativá, Suba, Puente Aranda y Fontibón); mesa distrital con las instituciones distritales y nacionales obligadas a la atención; mesas de enfoque diferencial de mujeres y de etnias, y mesa de consejeros con agencias de cooperación internacional, ONG nacionales e internacionales de trabajo con población desplazada y demás actores interesados.

En la segunda ronda se definió un espacio permanente de discusión y construcción distrital que convocó a delegados de la población desplazada provenientes de las localidades y a las instituciones, con el fin de producir un documento general de política de salud, acordado y consensuado entre los diferentes actores. El proceso inició con el análisis y complementación de las propuestas locales y la elaboración de una versión de política integral negociada y concertada entre los delegados; propuesta en la cual la consulta a expertos sobre temas sensibles y complejos fue importante para ampliar el conocimiento y precisar las respuestas.

El documento construido por la población fue presentado a las instituciones distritales y nacionales responsables de la atención y trabajado en más de diez sesiones, propiciando una interacción entre actores para el análisis de su factibilidad técnica y financiera. De este diálogo participaron funcionarios representantes de distintas instituciones: Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Gobierno Distrital, Secretaría de Educación, Secretaría de Hábitat, Dirección de Tierras del Ministerio de Agricultura, Ministerio de la Protección Social, Acción Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretaría de Integración Social y Secretaría de Planeación Distrital. Producto de las discusiones se acordaron los contenidos de la política en su componente sectorial, y si bien se hicieron avances importantes en el eje intersectorial, no se concretaron acciones con las entidades comprometidas.

3. Devolución, nueva consulta y definiciones. El objetivo de esta etapa fue realizar una consulta final a los actores participantes durante las rondas de discusiones y al Consejo Distrital de Población Desplazada, para la mayor apropiación del documento y los ajustes necesarios. La responsabilidad estuvo en cabeza de los líderes de organizaciones de población desplazada y de los representantes institucionales involucrados, quienes entre octubre y noviembre hicieron la divulgación en las localidades, entre los miembros de las organizaciones de base y entre las instituciones del sistema distrital de atención a la población desplazada.
4. Presentación y divulgación pública. Con un evento académico de amplia convocatoria realizado en el mes de noviembre en el que se presentaron el proceso de consulta y los contenidos y acuerdos del documento de política, se sentaron las bases para avanzar en los compromisos para su adopción y desarrollo en la ciudad, que se esperan materializar en el acto público de lanzamiento.

LECCIONES APRENDIDAS

Este proceso ha tenido significados importantes para los diversos actores participantes. De manera general permitió:

- Lograr un reconocimiento, aprecio, valoración e inclusión de la perspectiva de todos los actores, en especial de los que no han tenido voz, la población desplazada.
- Experimentar y valorar la participación amplia, profunda y real desde la base, que se traduce en los acuerdos y desacuerdos consignados en este documento de política pública de salud.
- Fortalecer las estructuras de participación de la población desplazada y desde ellas los espacios de participación y diálogo con el sector salud.
- Entender que los tiempos de diálogo y negociación en un proceso participativo, amplio, son difícilmente calculables y controlables y dependen de muchas externalidades y de las voluntades de acción y acuerdo de personas e instituciones.
- Adquirir un mayor conocimiento y comprensión de la salud y la enfermedad como fenómenos sociales y humanos. De la salud como un derecho humano fundamental, interdependiente y socialmente determinado, y de cómo el desplazamiento constituye un riesgo adicional para la salud y un factor de vulnerabilidad y exclusión para la población que lo sufre.
- Construir una experiencia intercultural enriquecida que no es otra cosa que el conocimiento y respeto, por parte de los distintos actores institucionales, de los saberes tradicionales indígenas y de los pueblos afro-descendientes desplazados asentados en Bogotá, como recurso y potencial para el desarrollo de su salud y bienestar.
- Lograr una interlocución efectiva y asertiva entre población, instituciones y Universidad que permitió la elaboración de un documento de política concertado a partir de las realidades concretas, conflictivas y diversas.

En especial para las organizaciones de población desplazada y los-las desplazados-as participantes, la experiencia permitió:

- Mejor y mayor conocimiento sobre la salud -en su sentido amplio -, sobre los derechos fundamentales y sobre las condiciones actuales de la política pública y del proceso de respuesta y restitución de derechos, mediante una práctica de diseño y formulación participativa, que respeta e integra la diversidad étnica, generacional y de género.
- Recuperar la confianza en la participación como ejercicio ciudadano y democrático, mayor integración social (entre líderes, entre organizaciones, entre población desplazada e instituciones) y una dinámica de trabajo conjunto y persistente, rompiendo estereotipos y estigmas.
- Fortalecimiento de las habilidades comunicativas logrando mejores y más sustentados discursos, lo cual favoreció la relación y el debate con las instituciones.

Para las instituciones del Distrito -y sus funcionarias-os- comprometidas y activamente partícipes de todo el proceso, particularmente para la Secretaría Distrital de Salud, el proceso ha sido de especial relevancia porque:

- Se logró efectividad en la coordinación intersectorial, intra-institucional y en el diálogo y acuerdo con actores beneficiarios.
- Significó un proceso responsable de rendición de cuentas de la institucionalidad pública hacia la población.
- Se fortaleció el rol y liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud ante la población desplazada y ante las demás instituciones de la ciudad, mediante una actitud responsable, comprometida y continua en el proceso.
- Dio cumplimiento a la política sectorial y se alcanzó una mayor comprensión y aplicación práctica de sus principios orientadores.
- Evidenció la necesidad de mantener un mecanismo intersectorial de coordinación y acción territorial y sub-territorial para lograr una respuesta integral a las complejas necesidades de la población desplazada que vive en la ciudad.

Y para los miembros del equipo investigador de la Universidad Javeriana que coordinaron y facilitaron el proceso, y para la propia Universidad:

- Se logró una posición especial y privilegiada de la Universidad como facilitador, garante y coordinador de visiones, acciones y acuerdos.
- Incrementó la capacidad investigativa de los miembros del equipo.
- Evidenció las exigencias y dificultades que para el cumplimiento del compromiso misional y social de la Universidad implican situaciones de precariedad social y de compleja resolución como el desplazamiento y la relevancia de su papel como puente entre actores políticos, sociales e institucionales para la concertación de acuerdos.
- Hizo visible el compromiso de la Universidad en el reconocimiento de valores compartidos por todos como la dignidad, la igualdad y la justicia social. En síntesis, la pasión y convicción por lo humano.

PARTICIPANTES

En la construcción de esta política participaron más de cien personas desplazadas representantes de 40 organizaciones y de población de base, funcionarias-os de la Secretaría de Salud y demás instituciones del sistema distrital de atención a la población desplazada, entidades nacionales, agencias internacionales y ONG.

Los contenidos finales son el resultado del trabajo decidido y permanente de la población desplazada, las-los funcionarias-os de la Secretaría Distrital de Salud y el equipo de investigación de la Universidad Javeriana para la construcción y negociación de los acuerdos durante el proceso de consulta:

De las y los representantes de las organizaciones de población desplazada ante el Consejo Distrital de Población Desplazada Aura Amelia Abril, Arcángel Cadena, Francisco Javier Lozano, Maritza Olivares y Evelio Rodríguez, y de los líderes y líderesas Gustavo Oyola, Martha Lucía Rentería, Pedro Emilio Gutiérrez, Teresa Díaz, Esperanza Ramírez, Nubia Burgos, Ana Cecilia Prada, Elizabeth Acosta, Libardo Galvis, Miguel Ángel Méndez, Jorge Arturo Corredor, Arturo Ruiz y Humberto González.

De las-los funcionarias-os de las direcciones de Salud Pública, Aseguramiento, Desarrollo de Servicios y Participación de la Secretaría Distrital de Salud: Gladis Aguiar de Izquierdo, Soledad Aguilar, Leonor Amaya, Ivonne Arévalo, Gloria Bravo, Luz Ester Calvache, María Consuelo Castillo, Marcela Delgado, Inés Marlene Esguerra, Libia Forero, María Claudia Franco, Patricia Londoño, Iván Méndez, Ángela Morales, Claudia Naranjo, Juan Carlos Ordóñez, Consuelo Peña, Adalgiza Reyes, Luz Dina Ríos, Patricia Rojas, Adriana Patricia Sierra, Martha Catalina Soacha, Jairo Hernán Ternera Pulido y Luz Mery Vargas; y Clara Cecilia González del Ministerio de la Protección Social.

Del equipo técnico: Los investigadores de la Universidad Javeriana Amparo Hernández, Marta Lucía Gutiérrez, Román Vega, Alejandro Perdomo, Rosaura Arrieta, Pablo Martínez, Jenny Russy, Olga Lucía Yépes de la Secretaría de Gobierno Distrital y Fernán Espinosa de la Secretaría Distrital de Salud, con la asesoría de André Noël Roth y Patricia Tovar.

Participaron de las discusiones distritales entre julio y octubre:

Por la población desplazada:

Pedro Emilio Gutiérrez, Esperanza Ramírez y José Vega, Asociación de Desplazadas y Desplazados para la Convivencia Pacífica ADESCOP; Miriam Mosquera, AFRODES HVH; Flor Alba Ardila, Asociación Nacional de Ayuda Solidaria ANDAS; Yamileth Mejía, Asociación de Desplazados Desamparados por el Gobierno ASDEGO; María Rubi Cerquera, ASFACREUN; Nancy García, Amanda Hernández, Alfredo Briñez, ASINTEFACATH; Miguel Ángel Méndez, Asociación Nuevo Proyecto de Vida; Nubia Burgos y Nelly León, ASODESFON; Orlando Grueso, Asociación Mirando Hacia el Futuro ASOFUCO; Leydy Bustos y Carolina Celis, ASOJES; Libardo Galvis, Asociación Nueva Esperanza para los Desplazados, ASONUDESCOL; Francisco Lozano, Asociación Nacional de Desplazados en Defensa de los Derechos Humanos ANDEDH; Gustavo Oyola y Carmen Velasco, Asociación de Médicos Indígenas Pijao de Colombia ASOMPIC; Reiner Pérez ASOREDES; Aurora Briñez y Arcángel Cadena, ASPODEGUA; María Luisa Mora, AXMED; Marco Tulio Yate, Cabildo Ambika Pijao; Wilton Camacho, Corporación Colombiana de Familias en Acción COFAC; Elbert Vásquez, Corporación amigos de la población desplazada; Jorge Arturo Corredor, COREVIVIR; Carlos Zambrano, Corporación CILIS; Carlos Zambrano, Fundación Empresarial y Desarrollo Económico FEDEEC; Oscar Gonzalo Calderón, Corporación Afro-étnicos; Janeth Torres, Fundación por una Colombia sin Indiferencia FUNCOIN; José Armando Amado, Fundación Desplazados por Colombia; Magdalena Sierra, Fundación madres desplazadas del Parque de Bosa; Rosa Inés Cadavid, Any Pamu y Jackeline Sánchez, Fundación Todos por lo Mismo; Martha Lucía Rentería e Irenis Montero, Fundación Arte y Cultura del Pacífico FUNDARTECP; Juana Arias y Angélica González FUNDERPAZ; Saddy Janer, Serafín Forero y Olivia Parra, Fundación de Desplazados de Colombia FUNDESCOL; Ana Isabel Rocha, Fundación Desplazados al Progreso, FUNDESPRO; Nancy Carvajal, FUNDIDP; Jairo Quitián, FUNMADESPAR; Rodrigo Saavedra, ONG Cree; Evelio Rodríguez, Minga Desplazados ONIC; Aura Amelia Abril, Maritza Olivares y Sandra Liliana Galindo, Red Nacional de Mujeres Desplazadas; Ana Cecilia Prada, Re-

nacer de la Familia; Elizabeth Acosta, UNITEMP; Sercelino Piraza y Carmen Tulia Ismare, WAU-NANNA; Teresa Díaz, Rosa María Ayala, Deyanira Soto y Mercedes Bernal, Yo Mujer.

Por las instituciones distritales, nacionales e internacionales, entre otros:

Nelson Linares, María Fernanda Bermeo y Silvana Torres de la Secretaría de Gobierno Distrital; Javier Lastra, Ivonne Pardo, Carolina Quevedo, Ana Yolima Pardo, Raúl González y Cesar Augusto González, Acción Social; Juliana Gómez y Cecilia Restrepo, Programa de Protección de Tierras, Acción Social; Dolly Rocío Real, Gabriel Rivera y María Cristina Escobar, Secretaría de Integración Social; Adolfo Bula, Arcesio Vélez, Rossy Rodríguez y Santiago Idalgo, Instituto para la Economía Social IPES, Secretaría de Desarrollo Económico; Olga Trespalacios, SENA; Fabián Molina, Secretaría de Educación; Rosario Calle y Donny Meertens, Planeación Distrital; Mabel González y Jein Rojas, ICBF; Andrés Potlesky y Fernando Ospina, Secretaria de Hábitat; María Helena Upegui, José Montañón y Esmeralda Caro, Personería Distrital; Patricia López, Veeduría Distrital; Rubén Darío Montoya, Renán Cuesta y Adelina Garcés, Defensoría del Pueblo; Camilo Rojas, Procuraduría General de la Nación; Genny Rico, Ministerio de Agricultura; Jackeline Sánchez, Luis Fernando Soler, Francisco Ortiz y Sandra Ruiz, CICR; Sebastián Díaz, Acnur; Margarita Moreno y Julia Isabel Álvarez, Proyecto Raíces Nuevas.

Participaron de los diálogos locales y las mesas de diversidad durante los meses de mayo y junio:

En Ciudad Bolívar y Usme:

Humberto Figueroa, Pedro Emilio Gutiérrez, Rosalba Zambrano, Tránsito Jurado, Ángel Vargas, Arnaldo Valencia, Rosalba Arias, Julio Lizcano, María Clementina Castillo, Pedro Nel Quintero, Fanny Quevedo, Sandra Patricia Abril, Gorgy Pineda, Ana Luisa Ramos, Rosa María Ayala, Luz Fanny Acero, Mercedes Bernal, Carmen Escobar, Jorge Pineda, Javier Alzate, Alba Quiñones, Zuninda Valencia, Encarnación Valencia, Alonso Jiménez, Reiner Pérez y Creencia Rodríguez.

En Suba:

María Neiffer, Gladis Silva, Rosalía Rincón, Gustavo Benavides, Catalina González, Yenny Milena Castro, José Fernando Arenas, Jennifer Gutiérrez, María Cristina Beltrán, Judy Gómez, Rito Celio Rojas, Luis Carlos Galindo, María Ofelia López, Dasfay Rodríguez, Martha Puemba, Magaly Hernández, María del Carmen Pinzón, Ana Silvia Cañón, Víctor Tapiero, Henry Velandía, Martha Bolívar, Martha Lucía Artunduaga, Gilma Aldana, Abelardo Mahecha, Esmeralda Charry, Blanca Nieves, Ana Lucía Gómez, Jesús Antonio Farfán, Araceli Vega, Diana Linares, Irene Triana, Omar Montes, Ruperta Capera, Juan Carlos Butache, Edgar Fernando Ardila, María del Carmen Pinzón, Emiliano Vargas, Nubia Mahecha, Ilda Triana, Astrid Cristina Tobar, Lucenith Mora, Hermelinda Bernate, Gloria Díaz, Maribel Castro, Enrique Ramírez, Benicio Benavides, José Moisés Castillo, Hilder Meléndez, Marina Montoya, John Jairo Duran, Yenny Maritza Marín, Margarita Imbocuan, María Usaque, Gloria Agudelo, Saddy Rodríguez y Carlos Julio Mancero.

En Engativá:

Heider Quiñones, Liney Marcela Oviedo, Yomaira Rodríguez, Stella Pulido, Liliana Salamanca, Daniela Segura, Amelia Rocha, Zorani Meneses, Ivonne Villadiego, José Vicente Figue, Luz Elena Torres, Apolonia Ruiz, Juana Arias, Doralba Pérez, Arturo Ruiz, María Isabel Escobar, Magdalena Lozada y Lina María Gómez.

En San Cristóbal:

Jorge Luis Ortiz, Eduardo Camacho, María Ingrid Rodríguez, Fanny Valencia, Marisol Osorio, Eduardo González, Pastor Cortaza, John Jairo Tobar, Liliana González, Elver Vásquez, José Armando Amado, Wilton Camacho, John Freddy Vargas, Janeth torres, María Luisa, Orlando Grueso y Flor Amalia Guzmán.

En Bosa y Kennedy:

Pedro David Urrego, Rut Gallardo, Yolanda Vásquez, Carolina Valderrama, Edelmira Carrillo, Marisol Vanegas, Norma Constanza Vanegas, Francisco Lozano, Magdalena Sierra, María Alis Lombo, Héctor Chaparro, Nieves Hernández, Any Pamu, Rosa Inés Cadavid y Martha Liliana Hernández.

En Puente Aranda y Fontibón:

Nelson Calderón, Jenny Ducuara, Clodomiro Borja, Dalila Rocío, Abel Tinoco, Nubia Fernández, Emilio Morcilla, Luz Marina Pérez y Efred Horta.

De la mesa de mujeres:

Leydy Bustos, Carolina Celis, Aura Amelia Abril, Ana Luisa Ramos, Mercedes Bernal, Pilar Guerra, Esperanza Ramírez, Bertha Contreras, María Cecilia Castillo, Carmen Escobar, Nancy García, Amanda Hernández, Rosalba Zambrano, María Verónica Fernández y Rosa Ayala.

De la mesa para la discusión de proyectos sobre el Auto 092²²:

Maritza Olivares, Aura Amelia Abril, Teresa Díaz María Rubi Cerquera, Marina Camargo, Isabel Rocha, Janeth Torres, Magdalena Sierra, Margarita Medina, Dora Elena Gutiérrez, Marcelina Valderrama, Luz Marina Garzón, Ydaly Herrera, Orfanelly Corrales, Sandra Corrales, Flor Esmilda Rueda, Lilia Marian Corredor, Luz Marina Montoya, Blanca Lilia Romero, Sandra Liliana Galindo, Maribel Suárez, Rosalba Murcia, Luz Dary Álvarez, María Verónica Fernández y Edith López.

De la mesa de afrodescendientes e indígenas:

Evelio Rodríguez, Alfredo Briñez, Arnoldo Valencia, Pedro Quintero, Humberto Figueroa, Anny Rodríguez, Franci Tapiero, Iris Andoque, Gloria Uribe, Zunilda Valencia, Jorge Iván Veloz, Álvaro Corpus, Teodoro Peña, Oliva Rosa Bustamante, Jairo Edilberto Quitian, Jesús Figueroa, Carlos Figueroa, Anne Marieth Rodríguez y Vimara Rodríguez.

Las discusiones locales tuvieron el apoyo de los referentes para población desplazada de los hospitales públicos de primer nivel: María Luzmila Mosquera y Silverio Prieto del Hospital de Fontibón; Claudia Rincón y Richard Casallas, Hospital Pablo VI Bosa; Yenny Pardo, Hospital de Suba; Jennifer Gutiérrez, Hospital de Engativá; John Jairo Romero, Hospital de San Cristóbal; Rocío Díaz, Hospital de Tunjuelito; Sandra Beltrán, Hospital Centro-oriente; Diana Ordóñez, Hospital Rafael Uribe Uribe; Mónica Sierra, Hospital Del Sur; César González, Hospital Vista Hermosa; Diana Sarmiento, Hospital de Usme. De los enlaces de salud de las Unidades de Atención y Orientación UAO: Freddy Leal y Paola Poveda de Puente Aranda; Jessica Villanueva de Bosa-Kennedy; Lenina Montaña de Ciudad Bolívar y Fabián Armando de la UAO Suba. De los referentes del proyecto Raíces Nuevas en cabeza de Margarita Moreno y Julia Isabel Álvarez. Muchas-os de ellos asistieron y contribuyeron además en las discusiones distritales.

²² Una mesa de discusión creada a partir de las demandas de las mujeres desplazadas para responder a los proyectos previstos por el Auto.