Después de la expedición de la Ley 387 en julio de 1997, “Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia”, la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), recibió la solicitud del Ministerio de Salud[2] para fortalecer la gestión de la Subdirección de Emergencias y Desastres [3] para la atención de la problemática del desplazamiento forzado por la violencia. El tema implicaba desarrollar una serie de acciones por parte del sector de la salud, especialmente en el ámbito de los preparativos ante desplazamientos masivos.

Lo anterior, conllevó a que la OPS/OMS en Colombia conformara un equipo de trabajo a comienzos del año 1998 para el fortalecimiento de la gestión del Ministerio de Salud.[4] El primer año supuso un importante aprendizaje para el sector de la salud sobre la problemática del desplazamiento interno, con el propósito de estandarizar términos, visibilizar la situación,

conocer el marco legal, proponer acciones a las entidades territoriales, mostrar la visión desde las localidades y dar elementos para la abogacía y el desarrollo del marco normativo.

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

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

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

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

El documento recopila algunas de esas experiencias y sus lecciones aprendidas, en el entendido de que es un documento inconcluso, pues es necesario seguir avanzando hacia un

efectivo acceso integral a la salud para las poblaciones vulnerables y afectadas por el conflicto armado en Colombia.

2. Hoy Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Hoy Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.
4. Hoy Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Que posteriormente se llamó la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional – Acción Social. Hoy Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.

Ver Texto Completo