



Instituto Nacional de Salud  
Observatorio Nacional de Salud

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ  
Ministro de Salud y Protección Social

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ  
Directora General INS

CARLOS ANDRÉS DURÁN CAMACHO  
Secretario General

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA-ORJUELA  
Director Observatorio Nacional de Salud

OFICINA DE COMUNICACIONES INS

**Autores:**

Karol Cotes-Cantillo; Pablo Chaparro-Narváez; Elkin Daniel Vallejo-Rodríguez;  
Andrea García-Salazar; Paula Castillo-Santana; Carlos Castañeda-Orjuela.

**Agradecimientos:**

Al personal de salud y miembros de la comunidad de los municipios de San Jacinto (Bolívar) San Diego, Valledupar y San Agustín Codazzi (Cesar), Mocoa Puerto Asís y Villa Garzón (Putumayo) por compartir sus vivencias, experiencias, por el valor y la resistencia para servir a la población.

A: Gina Vargas, Angela Chocontá y Diana Carolina Giraldo por su apoyo en la recolección de información. A los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social y ex funcionarios de Instituto Nacional de Salud por sus valiosos aportes para comprender el contexto de la experiencia.

Al profesor Saul Franco Agudelo por la motivación para acercarnos de manera más profunda a las afectaciones del conflicto armado en la salud.

A todos los trabajadores de la salud que no renuncian a la posibilidad de la construcción de la paz.

**Edición:**

Juan Camilo Acosta Gómez

**Diseño y Diagramación:**

Claudia Patricia Clavijo Arboleda

Las fotografías usadas en este documento fueron tomadas de:

<https://pixabay.com/es/>

<https://www.flickr.com/>

# Índice

<b>Introducción</b> .....	5
La Misión Médica en Colombia, perjudicada directa del conflicto armado.....	8
Cómo se vivió el conflicto armado en los municipios de estudio:	
un panorama general.....	14
El conflicto en Cesar.....	16
El conflicto en Putumayo.....	18
<b>Resultados</b> .....	20
1. ¿Cómo la Salud sobrevivió al conflicto armado en Colombia?.....	20
1.1. Trabajadores de la salud: héroes y víctimas en el conflicto armado.....	20
1.2. Las afectaciones a la vida y la integridad: trabajadores de salud en medio del fuego.....	21
1.3. Las consecuencias profundas de las agresiones: las emociones y el sentir de los trabajadores de la salud.....	26
2. El secuestro de la salud por los actores violentos. Las afectaciones sobre la organización de los servicios.....	28
2.1. Los servicios de salud como botín de guerra.....	28
2.2 Sobre el uso de insumos médicos y otros recursos de salud.....	31
3. ¡Prohibido entrar! Los efectos de la violencia sobre las actividades sanitarias.....	34
3.1. Hospitalización y desruralización de la salud.....	35
3.2. Ni el enfermo puede, ni hay que darle.....	37
3.3. La enfermedad como secuela: desplazamientos de población, falta de control o tratamiento.....	39
4. ¡Qué poco se sabe de la salud en los territorios por causa del conflicto! .....	43
5. La salud afectada por contextos propicios para la violencia y las dinámicas del conflicto .....	47
5.1 Lógicas de poder y exigencias de grupos armados por el control territorial.....	47
5.2 Desde adentro. Infiltración de grupos armados en instituciones de salud.....	48
5.3 Más de uno: presencia de múltiples grupos armados .....	51
5.4 Narcotráfico: motor del ejercicio de poder.....	53
5.5. Zonas alejadas, deficiencia en vías de acceso e infraestructura.....	54
5.6 Fragilidad institucional o abandono estatal.....	56
5.7. Funcionamiento de servicios de salud: sin recursos, ni estructura y en medio del conflicto.....	59
6. Estrategias de resistencia, acción y respuesta del personal en salud y de las comunidades frente al conflicto.....	62
<b>Conclusiones y recomendaciones</b> .....	72

**En situaciones de  
conflicto armado  
los servicios de  
salud pueden  
verse gravemente  
afectados**



# Impacto del conflicto armado en los servicios de salud en Colombia: una comprensión desde las vivencias de trabajadores del sector salud en municipios con alta intensidad del conflicto armado

## Introducción

San Jacinto en Bolívar, San Diego y Codazzi en el Cesar, Mocoa, Puerto Asís y Villa Garzón en Putumayo, municipios seleccionados para este estudio (Figura 1), son nombres que recuerdan dramáticos hechos del conflicto armado y donde distintos trabajadores de salud enfrentaron las consecuencias de una cruenta confrontación armada, así como las precarias condiciones de vida de la población, y de los servicios de salud. En estos lugares los trabajadores de salud enfrentaban en su cotidianeidad acciones ligadas a la dinámica del conflicto, que afectaron sus proyectos de vida, sus actividades profesionales y en general la mayoría de las actividades sanitarias, además de, por supuesto, la salud de la población. Todo enmarcado en un contexto determinado por la dinámica particular de la guerra en la zona y por las condiciones estructurales de vida de la población que incluyen al sistema de salud. Pero en medio de la confrontación trabajadores y comunidad establecieron distintos tipos de respuestas para mantener su integridad y su salud. Estos aspectos: las afectaciones, el contexto y la respuesta, se constituyen en los ejes centrales que se profundizan en este estudio desde el relato de los trabajadores que compartieron sus conocimientos y experiencias con el equipo del ONS.

En situaciones de conflicto armado, los servicios de salud pueden verse gravemente afectados, ya sea por ataques directos a la Misión Médica, que incluye personal e infraestructura de salud o de manera indirecta a través de daño a la infraestructura eléctrica o

de acueducto o la fuga de personal de salud, por ejemplo. Entre los servicios de salud que se afectan con mayor intensidad por acciones del conflicto se encuentran la vacunación, las actividades de control en salud pública como el control de las enfermedades transmitidas por vectores, las actividades prevención y promoción de la salud y de tratamientos adecuados como en programas de VIH-SIDA o tuberculosis, así como las actividades de atención (1–3).

En su noveno informe (2017), el Observatorio Nacional de Salud (ONS) estudió las consecuencias del conflicto armado en la salud a través del análisis de desigualdades territoriales en distintos desenlaces en salud, de acuerdo a la intensidad municipal del conflicto armado. No obstante, los avances en el análisis en este tema, los aspectos relacionados con el impacto del conflicto armado en los servicios de salud no fueron explorados en todas sus dimensiones. Por tal motivo, y teniendo en cuenta la importancia de este tema, además de la necesidad de continuar profundizando en su conocimiento, se llevó a cabo un estudio sobre los efectos del conflicto armado en los servicios de salud a partir de la experiencia de trabajadores de salud, en seis municipios de tres departamentos con alta intensidad del conflicto armado, de acuerdo al índice construido por el ONS en su noveno informe.



Recurrir a la experiencia de los trabajadores de salud a través de un estudio cualitativo no solo favorece el cubrimiento de un vacío en el conocimiento, sino que enriquece la mirada sobre el significado del conflicto armado para el sector

Recurrir a la experiencia de los trabajadores de salud a través de un estudio cualitativo no solo favorece el cubrimiento de un vacío en el conocimiento, sino que enriquece la mirada sobre el significado del conflicto armado para el sector salud y en general la comprensión alrededor de las condiciones de salud y la calidad de vida de la población más afectada por este. Además, proporciona visibilidad a unos actores fundamentales en la construcción de bienestar de las comunidades, quienes han sido además víctimas, casi que invisibles, del conflicto armado en Colombia.

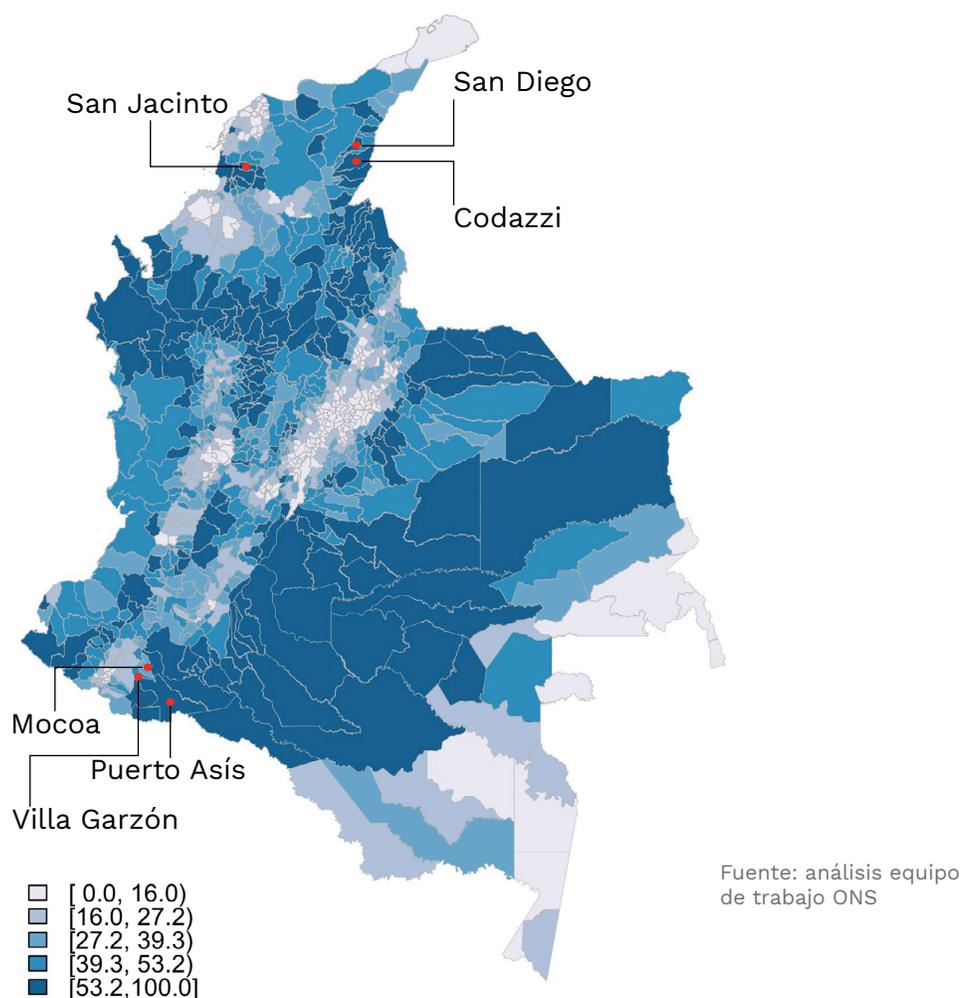
Distintos tipos de trabajadores de salud compartieron sus experiencias y opiniones con el equipo, la mayoría, mujeres, médicos y médicas, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos y profesionales de saneamiento básico, personal administrativo, veedores de salud y algunos miembros de la comunidad, no sin temor, decidieron manifestar lo que consideraron la forma en que el conflicto armado afectó al sector salud; lo que trajo a la memoria las afectaciones a su propia vida y a la comunidad, así como las pistas sobre el contexto de las afectaciones, pero también sobre las estrategias a las que ellos y la comunidad acudían para defenderse y proteger la salud y la vida de los habitantes de estas zonas.

En la primera parte de este estudio, se presenta una descripción sobre las infracciones a la Misión Médica con base en información secundaria que permite dar una visión general de las distintas afectaciones sufridas por los trabajadores de salud y sobre las

actividades sanitarias, y una síntesis de algunas características del contexto del conflicto armado en los municipios donde se realizó el estudio. En la segunda parte, se presentan los resultados, seguido por las conclusiones y recomendaciones donde se destacan los aspectos claves del análisis.

Los resultados de este informe están descritos en pasado. Las entrevistas fueron realizadas después de la firma de los acuerdos de paz con la extinta guerrilla de las FARC-EP, ahora partido político, y en un momento donde la esperanza de un futuro sin la vivencia permanente de la violencia llenaba de cierta tranquilidad los relatos, pero este pasado sigue siendo el presente de muchas poblaciones y trabajadores de la salud, que hoy, ante la reconfiguración del conflicto armado, están posiblemente viéndose enfrentando a hechos similares a los que narraron en pasado. Esto plantea el desafío para la Estado y la sociedad colombiana de seguir avanzando en la construcción de la paz, tan anhelada por quienes han sufrido los embates de la guerra.

**Figura 1.** Mapa de intensidad del conflicto armado en Colombia 1985-2015



## La Misión Médica en Colombia, perjudicada directa del conflicto armado

Algunas cifras

Los servicios de salud pueden verse afectados en el marco de un conflicto armado en distintas dimensiones, entre las que se encuentran: el recurso humano, el acceso a los servicios, las actividades de prevención y promoción de la salud, el acceso a suministros, así como la formulación e implementación de políticas públicas (Tabla 1). En Colombia, en el marco de la dinámica del conflicto armado, la apropiación de recursos del sector salud para financiar actores de la guerra se suma a estas afectaciones a su vez relacionadas con resultados adversos en salud.

Con respecto a los ataques directos a los servicios de salud, que fue uno de los ejes considerado dentro de las expresiones directas del conflicto armado en el noveno informe del ONS (Figura 1), se consideran acciones que están relacionadas con lo que se conoce como ataques a la Misión Médica. Aunque no existe una definición exacta del concepto “Misión Médica” en las normas del Derecho Internacional Humanitario (DIH), sí las hay de sus componentes.

De tal manera, de acuerdo con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), se puede considerar que el término Misión Médica comprende el conjunto de personas, unidades (instalaciones), medios de transporte, equipos, materiales y actividades, transitorios o permanentes, civiles o militares, fijos o móviles, de destinación exclusiva y necesarios para la administración, el funcionamiento y la prestación de servicios médico-asistenciales, en las áreas de prevención y promoción, atención, y rehabilitación a las personas afectadas o que puedan resultar afectadas a causa o con ocasión de un conflicto armado (4).

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia define la Misión Médica como *“El conjunto de bienes, instalaciones, instituciones, transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo, equipos y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades propias de la prestación de servicios de salud, tales como, asistencia sanitaria, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en la prestación de los servicios de salud, atención prehospitalaria, hospitalaria y extramural, conformado a su vez, por el personal profesional de la salud y otras disciplinas, con vinculación laboral o civil, que ejercen funciones sanitarias, en el marco de la misión humanitaria en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia que afecten la seguridad pública, desastres naturales y otras calamidades”* (5).

### ***Las dimensiones de la Misión Médica afectadas por el conflicto***

Existen consideraciones en relación con la protección a la Misión Médica amparadas en el Derecho Internacional Humanitario (DIH). En este marco, el personal de salud no solo está considerado como no combatiente o no participante directo en las hostilidades, sino que tiene un estatuto especial con un rango de protección mayor, pues a pesar de la cercanía de promotores de salud, enfermeras y médicos con las hostilidades, estos no pueden por esta causa, ni por la atención directa de los heridos, considerarse sujeto de ataque. El artículo 10 [del Protocolo II] establece el libre ejercicio y la realización de la actividad médica en un sentido amplio, protegiendo a los médicos, pero también a todas las personas que realicen actividades en salud. También, la expresión «Misión Médica» se refiere a la actividad médica, es decir, a las tareas que el personal asistencial cumple de conformidad con sus obligaciones profesionales (5).

Así, la infracción a la Misión Médica se define como: *“la Conducta que por acción u omisión afecta a los componentes y actividades de la Misión Médica o a los beneficiarios directos de la misma (pacientes o comunidades) y que se relacionan con situaciones de orden público, irrespetando uno o varios de los deberes o derechos mencionados en los fundamentos legales nacionales e internacionales”* (5). En la Tabla 1, se abordan las dimensiones y cómo son afectadas, mientras que en la Tabla 2 se muestran los aspectos relacionados con los tipos de infracción a la Misión Médica.



**Tabla 1.** Dimensiones de los servicios de salud afectadas en un conflicto armado

DIMENSIÓN	ASPECTOS AFECTADOS
Recurso humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataques directos a trabajadores del sector: homicidios; lesiones.</li> <li>• Afectación en el estado emocional y de salud mental de trabajadores del sector.</li> <li>• Limitaciones para vinculación de recurso humano por miedo.</li> <li>• Alta rotación de personal.</li> <li>• Temor del personal a ser asociados con algún actor del conflicto.</li> <li>• Interrupción del adiestramiento y la supervisión.</li> <li>• Desplazamiento y exilio de trabajadores del sector.</li> </ul>
Acceso a servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor acceso geográfico (destrucción de vías, impedimento para transportarse).</li> <li>• Menor acceso económico.</li> <li>• Menor acceso social.</li> <li>• Limitaciones del acceso por confinamiento (minas antipersona, prohibiciones para la movilización)</li> <li>•</li> </ul>
Equipamiento y suministro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de demanda atención por afectados</li> <li>• Limitación en el acceso a medicamentos.</li> <li>• Limitación de acceso a nuevas tecnologías; incapacidad para mantener cadena de frío (vacunas).</li> </ul>
Actividades de atención, prevención y promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitaciones para la realización de programas de prevención y control de (actividades de control de distintas enfermedades; actividades de fortificación alimentaria.</li> <li>• Requerimiento de mayor inversión para atención de necesidades de salud de población desplazada. Posible desbordamiento de las capacidades de los servicios de salud para atender a la población, según el sitio de llegada de desplazados.</li> <li>• Aumento de la demanda de atención por acciones del conflicto.</li> <li>• Interrupción de la vigilancia y los sistemas de información sanitarios.</li> <li>• Concentración de los programas en una sola enfermedad (como la malaria) o una única intervención (como la vacunación).</li> <li>• Mayor urbanización de la prestación de atención de salud.</li> </ul>
Formulación e implementación de Políticas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilitamiento de participación en ámbitos relacionados con formulación de políticas o exigibilidad de derechos.</li> <li>• Debilitamiento de la capacidad nacional para intervención y vigilancia en el escenario local.</li> <li>• Incapacidad para controlar y coordinar las actividades de distintos organismos.</li> <li>• Limitación en la información sobre la cual basar las decisiones.</li> <li>• Menos participación en los debates sobre políticas en el plano local e internacional.</li> </ul>

Fuente.: adaptación del equipo de trabajo del ONS, (2) desde Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2003;(588).

**Tabla 2.** Aspectos considerados como infracciones a la Misión Médica

TIPO DE INFRACCIÓN	ASPECTOS ESPECÍFICOS
Contra la vida y a la integridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homicidio</li> <li>• Desaparición forzada</li> <li>• Lesiones personales</li> <li>• Amenazas</li> <li>• Desplazamiento forzado</li> <li>• Secuestro y toma de rehenes</li> <li>• Tortura</li> </ul>
A la infraestructura sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataques contra medios de transporte sanitario</li> <li>• Ataques contra unidades sanitarias</li> <li>• Utilización de los medios de transporte sanitarios para actos hostiles al margen de sus tareas humanitarias</li> <li>• Utilización de los medios de las unidades sanitarias para actos hostiles al margen de sus tareas humanitarias</li> </ul>
Contra las actividades sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control o restricción del tránsito de medicamentos o equipos</li> <li>• Hurto de medicamentos o equipos</li> <li>• Restricción o prohibición de la oferta de servicios de salud</li> <li>• Forzar la atención en salud en condiciones inadecuadas</li> <li>• Irrespeto a las prioridades médicas</li> <li>• Obstaculización de la atención de heridos o enfermos</li> </ul>
Perfidia (Engaño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simular:</li> <li>• La condición de persona protegida</li> <li>• Una incapacidad por heridas o enfermedad</li> <li>• La tenencia de un estatuto de protección mediante el uso de signos de protección como la Cruz Roja, la bandera de las Naciones Unidas o de otros organismos intergubernamentales, la bandera blanca de parlamento o de rendición, las banderas o uniformes de países neutrales o del adversario, de destacamentos militares o policiales de las Naciones Unidas, u otros signos de protección contemplados en tratados internacionales ratificados por Colombia.</li> </ul>
Violaciones al secreto profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligar a las personas que ejerzan una actividad médica a revelar información que habrían adquirido sobre los heridos y los enfermos por ellas asistidos.</li> <li>• Sancionar a las personas que ejerzan una actividad médica por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido.</li> <li>• Sancionar la revelación lícita de información médica a las autoridades competentes.</li> </ul>

## ***El impacto de las infracciones a la Misión Médica***

El MSPS, en un estudio realizado del periodo 1999 a 2003, reportó un total de 538 infracciones a la Misión Médica. Sin embargo, los mismos autores aclaran la existencia de subregistro considerable debido al miedo, temores y apreciaciones culturales (6). La mayoría de estas infracciones (341) se presentaron contra la vida y la integridad persona y dentro de esta la infracción con mayor frecuencia fue la amenaza (138), seguida de personas muertas (54)(6). A pesar del posible subregistro, estos datos mostraban ya la preocupante magnitud de estas infracciones y dejan entrever el drama que han vivido los trabajadores de la salud y en general los servicios de salud. A partir de una revisión de las cifras reportadas por el CICR en sus informes anuales, entre 2009 y 2016, se documentaron un total de 773 infracciones e incidentes que obstaculizaron las actividades de salud (7–12). Sin embargo, para todos los años no se reporta la cantidad de acuerdo al tipo de infracción. Por otro lado, en la base de datos de víctimas de asesinatos selectivos del Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), se documentan un total de 331 víctimas, personal de salud, desde 1958. De estas, 68 formaban parte de algún grupo poblacional vulnerable, la mayor parte eran sindicalistas (13) o líderes sindicales (12), seguidos por militante político (7) y concejales (6) (13).

El departamento con mayor número de asesinatos fue Antioquia (54) seguido por Cesar (30) Norte de Santander (23); Magdalena (20), Meta y Valle del Cauca (16). Así mismo, según la serie de informes de la Escuela Nacional Sindical, de 2002 a 2015, se presentaron 338 ataques a miembros de sindicatos del sector salud que corresponde al 4,5% del total de los ataques a miembros de organizaciones sindicales (14–20).

Este panorama general, no obstante el posible subregistro, revela la dramática situación vivida por el personal sanitario en el marco del conflicto armado. Pero no solo se trata de asesinatos, que sin duda es el más grave de los hechos. Los trabajadores de la salud y en general los servicios de salud han sido testigos de distintos tipos de ataques o infracciones. Las amenazas que en muchos casos obligaron al personal de salud a salir del lugar, también imprimían una sensación de inseguridad que producía la fuga de los trabajadores y evitaba el deseo del personal de salud de prestar servicios en determinadas zonas; las detenciones arbitrarias y procesos de judicialización contra personal sanitario bajo sospecha de colaboración con algún actor armado ilegal, también fue un hecho frecuente y poco visible (21), además de constituirse, como lo señala Franco y Báez, en una infracción a la Misión Médica que atenta contra la integridad del personal de salud y el principio de imparcialidad (21).

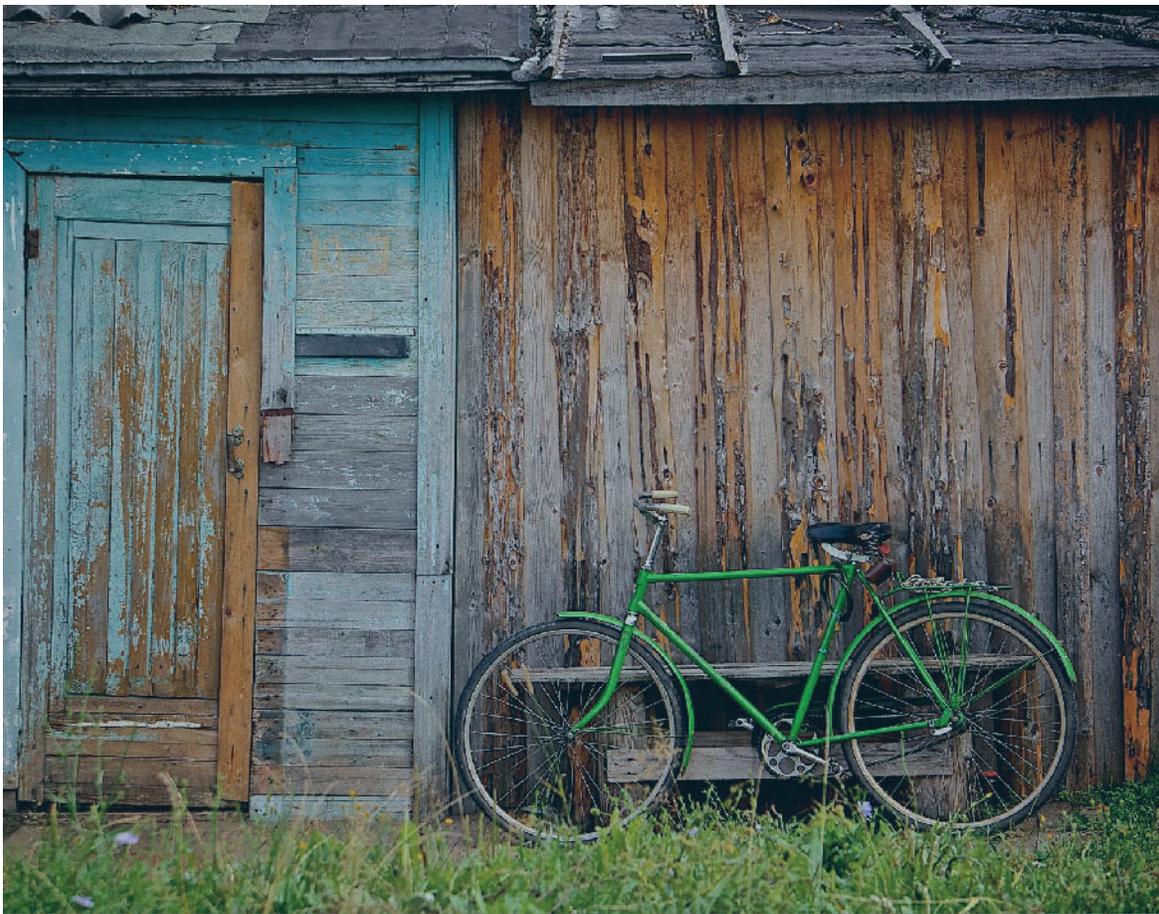
A los ataques al personal de salud y los ataques a la infraestructura o ambulancias, como hechos documentados, se suma el robo de medios de transporte fluvial, lanchas o motores fuera de borda, que impedía el desplazamiento de personal de salud a zonas de difícil acceso (21). De tal manera, en Colombia el conflicto armado ha interferido de distintas maneras con el desarrollo de las actividades



Entre 2009 y 2016,  
se documentaron  
un total de 773  
infracciones e  
incidentes que  
obstaculizaron  
las actividades de  
salud

de prevención y atención de la salud, las mencionadas infracciones a la Misión Médica es una de estas maneras, pero otras como el confinamiento de la población por amenazas, por controles para el desplazamiento o por la presencia de minas antipersona; el daño a la infraestructura eléctrica, que impide el buen funcionamiento de los centros de salud, el control sobre los recursos del sector y las limitaciones en la información sobre el estado de salud en zonas de conflicto tienen efectos dramáticos sobre la adecuada prestación de los servicios de salud y el funcionamiento del sector en general (22).

El conflicto en Colombia tiene una clara dimensión regional. No todo el país se ha visto afectado de la misma forma y las dinámicas en las zonas donde se ha vivido con mayor intensidad también han sido distintas. Los municipios que hicieron parte de este análisis constituyen una manifestación clara de esta dimensión y de dinámicas particulares del conflicto, por lo que presentar un esbozo general de algunos de los aspectos más relevante del conflicto en estas, como parte del contexto de este análisis, es un factor clave no solo para una lectura más contextualizada sino para continuar reforzando la importancia de la construcción de paz con un enfoque territorial y de seguir buscando los caminos para transformar los conflictos, que seguirán presentes, de manera pacífica.



## **Cómo se vivió el conflicto armado en los municipios de estudio: un panorama general**

### ***San Jacinto, Montes de María (Bolívar)***

Asesinatos selectivos, 3.153; masacres, 102...

Los “Mochacabezas”, así denominaron los pobladores este municipio a los paramilitares del bloque Montes de María que impusieron el terror en esa región. El 27 de septiembre de 1999, este grupo paramilitar ingresó a la Vereda “Las Palmas” en este municipio y reunió a sus pobladores, incluyendo a los niños, en la plaza en donde asesinó a cuatro campesinos. Como consecuencia del hecho las familias se desplazaron, muchas de estas a la cabecera municipal y la vereda quedó convertida en un “lugar fantasma” (23).

*“A nosotros nos afectó verracamente (el conflicto armado). Lo mismo cuando vinieron los desplazados de las palmas, de allá seguramente (...) yo soy palmero, y ellos se alojaron aquí en esta parte (señala lugar cercano), ese día fue tremendo, toda esta parte de aquí, si fue tremendo, hicieron muchas matanzas. (Hombre, residente de San Jacinto en relación con el desplazamiento del corregimiento de las Palmas)*

*“Todo el pueblo se vino. Se vino las palmas con lluvia y barro y caminando desde el monte” (mujer, residente de San Jacinto en relación con el desplazamiento del corregimiento de las palmas)*

San Jacinto está ubicado en el departamento de Bolívar y hace parte de la subregión de los Montes de María, conformada por 15 municipios de los departamentos de Bolívar y Sucre. Esta región fue escenario vivo del conflicto armado en Colombia, su destino estuvo marcado por los conflictos sociales asociados particularmente a la disputa por la tierra. No obstante, otros elementos asociados con la dinámica general del conflicto en Colombia, también contribuyeron al establecimiento y agudización del conflicto armado en esta región.

En los años setenta y ante el surgimiento de la Asociación Nacional de Usuarios Campesino (ANUC), aunque ya la región tenía antecedentes de procesos organizativos, se fortaleció la lucha por la redistribución de tierra. Frente a este panorama, la élite local y regional consideró a la ANUC como un instrumento utilizado por el comunismo para debilitar el poder conseguido por ellos durante varias décadas (24) y se agudizó el conflicto social.

Los conflictos por la tierra propiciaron la aparición de guerrillas en esta región con importante incidencia del Ejército Popular de Liberación (EPL), en especial en la segunda mitad de los años ochenta (25). Adicionalmente, su valor estratégico como puente entre el sur de Bolívar y el golfo de Morrosquillo, que se volvió ruta de drogas y entrada de armas, atrajeron la presencia de las guerrillas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FARC-EP), el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT), además del EPL. Por estas mismas razones, la región fue escenario propicio

para la operación de los paramilitares y narcotraficantes, los dos tipos de actores aterrorizaron a la población campesina y organizaciones sociales del campesinado (25).

Los Montes de María fueron un ejemplo del recrudecimiento del conflicto. Según el CNMH, pueden establecerse tres grandes hipótesis sobre las razones de esta situación de violencia generalizada: la llegada de las guerrillas y la fuerte extorsión a los grandes propietarios de fincas y haciendas; la presencia del narcotráfico y paramilitares que ubica a la región como un corredor estratégico para la exportación de drogas ilícitas; y el potencial poder político de la zona (25).

En el Registro Único de Víctimas (RUV), hasta el 1 de julio de 2019 hay 17541 víctimas registradas en el municipio de San Jacinto. De estas, 52 son víctimas directas de desaparición forzada, 270 de homicidio y 192 de secuestro. En la Tabla 3, se muestran algunos datos de victimización según modalidades de violencia para la región de los Montes de María y el municipio de San Jacinto, de acuerdo con los datos del Observatorio del CNMH.

**Tabla 3.** Datos de victimización según modalidades de violencia en Montes de María y San Jacinto, Colombia. 1958-2015

Modalidad de violencia	Montes de María		San Jacinto	
	Casos	Víctimas	Casos	Víctimas
Asesinatos selectivos	2458	2989	164	208
Masacres	94	635	8	36
Acciones Bélicas	370	520	35	45
Desaparición Forzada	1143	1414	84	96
Minas antipersona	145	159	15	15
Secuestro	691	836	95	116
Violencia sexual	617	648	29	29

Fuente: elaboración ONS con base en: CNMH, Bases de datos, Observatorio de Memoria y Conflicto, fecha de corte: 15/09/2015.

## **El conflicto en Cesar**

Asesinatos selectivos, 9.168; masacres, 251...

*“(...) entonces ellos en el pueblo mandaban absolutamente todo, entonces en salud el director del hospital que nombraron era de ellos, el alcalde que ponían era de ellos, era impuesto, prácticamente la gente votaba encañonada, y sabían quién no lo hacían y toda esa vaina y hasta mataban la gente” (Profesional de la salud, sobre la acción paramilitar en el Cesar).*

Esta frase sintetiza una realidad expresada con insistencia en varios de los relatos de los trabajadores de salud en este departamento y refleja la profunda penetración de los actores del conflicto armado en la vida de sus pobladores.

El departamento del Cesar se ubica en el noroeste del país, cuenta con 25 municipios, siendo su capital Valledupar. Las regiones naturales que lo componen son la Serranía de Perijá, el Complejo cenagoso de Zapatosa, la Sierra Nevada de Santa Marta. Esta composición natural, junto con valles y ríos fueron de interés para los diversos actores armados, allí conformarían corredores de movilidad y narcotráfico, zonas de aprovisionamiento y posicionamiento estratégico en el conflicto armado (26).

La prosperidad de la región, debido a la bonanza algodonera de principios del siglo XX, trajo consigo tensiones entre campesinos - colonos y terratenientes, así como la aparición de la guerrilla a finales de la década de 1970, que se lucraba por medio de secuestros y actividades extorsivas (26). En junio de 1987, se llevó a cabo el Paro de Nororiente, en el cual se crearon acuerdos entre el Estado y los campesinos del movimiento social agrario, pero estos estuvieron acompañados del silenciamiento mediante las amenazas y los asesinatos selectivos, acciones que permitirían el fortalecimiento de la guerrilla, y aumentarían su accionar militar.

La consecuente aparición del paramilitarismo se gestó bajo la defensa del patrimonio de los terratenientes en conjunción y el temor a la pérdida de poder electoral de los actores políticos, de esta manera las AUC se convierten en instrumentos para controlar en manos de quien está el poder económico y político en la región. Finalmente, sería el Bloque Norte, conformado por más de 3.000 paramilitares, el que controlaría la vida política del departamento. Estas relaciones resultarían en el control de las regalías o “captura de rentas” y el desplazamiento forzado. Entre los años 1996 y 2006 se desplazaron más de 300.000 personas, asesinaron 40.000 y desaparecieron 1.936 (27).

La estrecha relación entre paramilitarismo y empresas regionales llevó a que la carbonera estadounidense Drummond (28) se viera envuelta en una investigación por sus posibles vínculos con los asesinatos, por parte del Frente Juan Andrés Álvarez de las AUC, de dos sindicalistas ocurridos en marzo de 2001. Otro caso similar es el que se adelanta contra otras multinacionales atribuidas a su interés de tener control sobre el territorio conocido como Corredor

Minero. Es claro que la lucha por la tierra fue el núcleo de la dinámica del conflicto armado en el departamento, esto se traduce en que a la fecha el Cesar sea el cuarto departamento en el que más se han presentado solicitudes de restitución de tierras después de Antioquia, Magdalena y Meta (29).

Algunas de las masacres más recordadas en el departamento tuvieron lugar en el corregimiento de Media Luna, municipio de San Diego. El 27 de octubre de 1996, hombres de las Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá (ACCU) junto con paramilitares de la región del Cesar asesinaron a siete personas y desaparecieron a otros cuatro, todos acusados de ser colaboradores de la guerrilla. Esta tragedia perpetrada en la noche en medio de festividades del pueblo dejó entre las víctimas a un niño de 8 años que al intentar huir del ataque fue herido y falleció. Luego, una madrugada de diciembre del año 1996, fue perpetrada otra masacre por un grupo de paramilitares de las Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá (ACCU), en esta asesinaron a cinco campesinos acusados de ser colaboradores de la guerrilla (30). En la Tabla 4, se muestran algunos datos de victimización según modalidades de violencia en el departamento del Cesar y los municipios de Agustín Codazzi y San Diego, de acuerdo con los datos del Observatorio del CNMH.

**Tabla 4** Datos de victimización según modalidades de violencia en el departamento del Cesar y los municipios de Agustín Codazzi y San Diego, Colombia. 1958-2015

Modalidad de violencia	Cesar		Agustín Codazzi		San Diego	
	Casos	Víctimas	Casos	Víctimas	Casos	Víctimas
Asesinatos selectivos	7673	9168	557	666	156	220
Masacres	251	1302	36	167	12	66
Acciones bélicas	951	1274	77	105	57	72
Desaparición Forzada	3124	3755	310	414	59	74
Minas antipersona	74	82	3	3	1	1
Secuestro	2412	2895	174	187	60	95
Violencia sexual	504	525	41	43	9	9

Fuente: Elaboración propia con base en CNMH, Bases de datos, Observatorio de Memoria y Conflicto, fecha de corte: 15/09/2015.

## **El conflicto en Putumayo**

Asesinatos selectivos, 4.120; masacres, 82...

Está marcado por la rica biodiversidad de la región. La economía petrolera y cocalera influyeron en la configuración del territorio y son aspectos fundamentales en la explicación de la dinámica del conflicto armado en el departamento, caracterizada por la presencia de diferentes actores armados.

Entre 1980 Y 1991, se establecieron en el departamento distintos grupos guerrilleros. Luego, desde finales de 1987 hasta mediados de 1991, se tuvo lugar la primera ola paramilitar asociada al narcotráfico. Las FARC-EP consolidaron su hegemonía en el departamento entre 1991 y 1998, año en que el Bloque Sur Putumayo de las AUC entró a disputar el territorio. Este último actor se desmovilizó en el año el año 2006 (31).

En este contexto, en la década del 90, las FARC-EP regulaban el negocio del narcotráfico, administraban la justicia e intervenían en la cotidianidad de la población. En 1999, la expansión paramilitar en el sur de Colombia sembró al Bloque Sur Putumayo de las AUC en la zona. Empezó, entonces una disputa por el poder territorial, económico, político y social. Dado el prolongado tiempo de dominio de las FARC, los habitantes de algunas zonas del departamento fueron estigmatizados por las AUC como “guerrilleros de civil” (31), situación común a la mayoría de las zonas donde se instaló el conflicto con mayor intensidad. De esta manera y bajo el discurso de ideología política “antisubversiva”, el Bloque Sur Putumayo de las AUC penetró los dominios territoriales de las FARC y protagonizó múltiples masacres, desapariciones forzadas, delitos sexuales, asesinatos selectivos, destierros y despojos de bienes a civiles, principalmente habitantes de las zonas rurales del departamento (32).

La industria petrolera también ha tenido un rol importante en la configuración territorial de Putumayo, especialmente en las tierras ubicadas en el piedemonte y la llanura amazónica; actuales municipios de Mocoa, Villa Garzón, Puerto Guzmán, Puerto Caicedo, Puerto Asís, Orito, Valle del Guamuez y San Miguel. El proceso de colonización y apropiación de las tierras del sur occidente de Putumayo se inició y se consolidó en las décadas de 1960 y 1970 a raíz de la explotación petrolera de la Texa Co (Texas Petroleum Company). En ese contexto, se creó el municipio de Orito y se organizaron muchos de los asentamientos que durante el auge de la economía de la coca (años ochenta y noventa) se convertirían en nuevos municipios, corregimientos e inspecciones de policía (32).

A principios de la década de 1980, la Texaco abandonaría la explotación petrolera en Putumayo, después de haber agotado los pozos del campo petrolero Orito 1. Desde entonces, y en manos de Ecopetrol, la producción de petróleo de Putumayo entró en un periodo de crisis. Este escenario coincidió con el ascenso de la economía de la coca y del narcotráfico y con el fortalecimiento económico y militar de las FARC-EP en Putumayo (32). En la tabla 5,

se muestran algunos datos de victimización, según modalidades de violencia, para el departamento del Putumayo y el municipio de San Jacinto, de acuerdo con los datos del Observatorio del CNMH.

**Tabla 5.** Datos de victimización según modalidades de violencia en el departamento del Putumayo y los municipios de Mocoa y Puerto Asís, Colombia. 1958-2015.

Modalidad de violencia	Putumayo		Mocoa		Puerto Asís	
	Casos	Víctimas	Casos	Víctimas	Casos	Víctimas
Asesinatos selectivos	3623	4120	93	107	1287	1481
Masacres	82	579	4	22	20	146
Acciones bélicas	950	1272	71	76	230	265
Desaparición Forzada	2488	2928	195	219	642	743
Minas antipersona	368	403	8	8	128	142
Secuestro	677	671	51	58	114	134
Violencia sexual	832	867	18	18	81	82

Fuente: Elaboración propia con base en CNMH, Bases de datos, Observatorio de Memoria y Conflicto, fecha de corte: 15/09/2015.

# Resultados

## 1. ¿Cómo la Salud sobrevivió al conflicto armado en Colombia?

Las experiencias vividas por el personal sanitario en los municipios incluidos en este estudio, además de reflejar el drama y el terror de la confrontación armada en el país, ponen de manifiesto algunas de las afectaciones sobre los servicios de salud, que incluyen aspectos relacionados con: la vida y la integridad de los trabajadores, los recursos del sector; las actividades sanitarias; la disponibilidad y acceso a los servicios por parte de la población. Permiten, también, entender algunos mecanismos asociados con la dinámica del conflicto armado y con las condiciones de vida de las poblaciones, como el contexto que confluía a la ocurrencia de graves afectaciones a los servicios de salud y en general a la salud y la calidad de vida de las poblaciones de estos municipios. Adicionalmente, la experiencia compartida permitió entender como el personal de salud y la comunidad respondieron, mediante diversas estrategias, a estas afectaciones con el propósito de preservar la salud y la vida de las comunidades.

De tal manera, como producto del análisis, se establecieron tres temas: 1) Los efectos del conflicto armado en los servicios de salud; 2) El contexto donde se producen las afectaciones; 3) La respuesta institucional y comunitaria.



Más de 260 mil muertos, 80 mil desaparecidos, diez modalidades de violencia documentadas (1), ocho millones de víctimas son reflejo del drama vivido y de la magnitud de los daños y consecuencias

### **1.1. Trabajadores de la salud: héroes y víctimas en el conflicto armado**

El conflicto armado en Colombia permeó todas las esferas de la vida de las comunidades en las zonas más afectadas. **Más de 260 mil muertos, 80 mil desaparecidos, diez modalidades de violencia documentadas** (1), **ocho millones de víctimas** son reflejo del drama vivido y de la magnitud de los daños y consecuencias, tanto individuales como colectivas en todas las esferas de la vida de los habitantes del país. En este contexto, los servicios de salud fueron aquejados de manera profunda en su dinámica, lo que los sitúa como un actor relevante, aunque a veces invisible, en el conflicto armado en Colombia.

## **1.2 Las afectaciones a la vida y la integridad: trabajadores de salud en medio del fuego**

El personal de la salud en los municipios incluidos en este estudio fueron objeto de distintos tipos de afectaciones. Las agresiones contra su vida e integridad, como amenazas, secuestros, asesinatos, desplazamientos, detenciones arbitrarias, entre otros, fueron comunes. Estos ataques afligieron de manera profunda su estado emocional, su salud mental y física, y en general sus condiciones de vida.

Las agresiones de las que fueron objeto estaban relacionadas, fundamentalmente, con tres escenarios: a) la identificación de los trabajadores como un enemigo, asociado o, presuntamente, vinculado con alguno de los actores armados presentes en la zona; b) las agresiones ligadas a la necesidad de los actores armados de recibir los servicios profesionales que se prestaban o de infraestructura e insumos; y c) los trabajadores como miembros de la comunidad, que los llevaba a verse sometidos a las acciones, que, en medio de la confrontación, afectaban a todos los habitantes de la zona.

### **a) Agredidos por supuesta colaboración con el enemigo**

En relación con la consideración de los trabajadores como posibles colaboradores de alguno de los grupos armados presentes en las zonas, graves hechos como asesinatos, amenazas, desapariciones, secuestros y detenciones fueron relatados. Estos se presentaron en todos los municipios y recayeron, además, sobre distintos tipos de trabajadores, entre estos: médicos, enfermeros, auxiliares de salud, promotores y personal vinculado a los programas de Enfermedades Transmitidas por Vectores, especialmente, de lo que se denominó como Servicios de Erradicación de Malaria (SEM), entre otros:

*“(...) personal de salud secuestrada, una promotora de salud que la iban a matar, y si no es por un director del hospital de ..(municipio del Cesar) que es vecino, la matan, porque la acusaban de guerrillera, no era de mi hospital pero sí de la misma zona (Bo1, médico)”.*

*“(...) tenían que ellos también velar por su seguridad, ellos no podían ir (...) pues o sea que en esos tiempos mandaba era la ley del más fuerte, por ejemplo, si a usted lo veían que iba cada mes por allá entonces ellos decían - ah, este no viene a salud, este viene hacer inteligencia, viene es hacer cualquier otra actividad ”. (P9, líder comunitario).*

La desconfianza generalizada implicó para los trabajadores de salud estar en permanente sospecha. Su contacto directo con la población y la posibilidad de interactuar con instituciones en distintos niveles

les causaron este estigma entre los actores armados, especialmente en los periodos donde no había un predominio de control del territorio por un grupo armado en particular. La estigmatización en el conflicto armado colombiano se constituyó en justificación de múltiples crímenes. En muchos territorios, se acusó a sus pobladores de pertenecer a uno u otro bando o de ser informantes debido a circulación y permanencia de un grupo armado en el territorio (2). Los trabajadores de salud no fueron ajenos a estas situaciones, como se mencionó, el hecho de prestar servicios en cumplimiento de su deber, los ponía en riesgo de sufrir dramáticas consecuencias para su integridad.

Adicionalmente, se relataron situaciones de amenazas a trabajadores sindicalizados. Aunque no se mencionaron en los relatos de todos los municipios, se consideran relevantes por su vínculo con la dinámica del conflicto armado en el país. En este contexto, se manifestaron dos hechos específicos relacionados con la actividad sindical de los trabajadores. En el primero, los responsables de responder a las solicitudes de un paro de trabajadores donde se reclamaban pagos salariales y prestacionales, ejercieron presión para finalizarlo, valiéndose de un grupo armado (paramilitares). Esto conllevó a la obligación de salir de la zona de los trabajadores sindicalizados, quienes recibieron amenazas de atentar contra sus vidas y la integridad de sus familias:

*“No, aquí no más sacaron al solo presidente del sindicato y al fiscal del sindicato (...), nada más a los dos nos llevaron y nos amenazaron y suspendan el paro, no hubo más tampoco, ni golpes ni nada, na’más con amenazas (...)” (C2, auxiliar enfermería)”*

*“...tres auxiliares de enfermería se fueron, una para (municipio del Cesar), la que pasó en (municipio del Cesar) la otra yo creo que se vino para (municipio del Cesar) , porque eran del sindicato, SINDESS se llama el sindicato (...) fue por ese tema de sindicatos por eso se fueron del pueblo con protección (...)”. (Bo1, médico).*



Es ilustrativo el continuado proceso de violencia que ha vivido la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC)

Los testimonios reflejan algunas de las modalidades de violencia antisindical que han sido documentadas. Una de estas surge como consecuencia del rol sociopolítico de los sindicalistas, que va más allá de las reivindicaciones propias del escenario laboral y se manifiesta en la vinculación del movimiento sindical en la defensa de las comunidades, de las empresas estatales e implica denuncias frente a la corrupción de gobierno o empresarios y la resistencia a procesos de privatización. (3,4).

Para el caso del sector salud, es ilustrativo el continuado proceso de violencia que ha vivido la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC). Son múltiples los hechos ocurridos como consecuencia de denuncias, acciones de movilización y protesta frente a procesos de privatización, clientelismo, detrimento del sistema de seguridad social, políticas públicas en salud, entre otros. En este sector, los sindicatos se opusieron fuertemente a las reformas en el sistema, que en su concepto buscaban deteriorar

los derechos de los trabajadores, convertir la salud en un negocio y cooptar el sistema por parte de diversos políticos corruptos en alianza con grupos paramilitares (3).

Existieron otras modalidades, entre las que se encuentra la violencia ejercida en la lucha por el control territorial, como instrumento de regulación del conflicto laboral, o en un rol de regulación y control político de las movilizaciones y protestas sindicales (3), incluidos los sindicatos del sector salud.

La detención o arresto de trabajadores de la salud, por parte de autoridades judiciales, por su supuesta vinculación con algún grupo armado, también se constituyó en una forma de agresión contra su vida e integridad. Este hecho estuvo asociado a incriminaciones de miembros de grupos armados o actividades que los profesionales se vieron obligados a realizar bajo presión o amenaza, o por cumplimiento de su labor profesional.





En el marco del conflicto armado en Colombia los líderes cívicos fueron calificados de “militantes guerrilleros”; los campesinos, respetados por sus comunidades, acusados de “terroristas”; las mujeres, inculpadas de tener relaciones con el bando contrario; y jóvenes humildes, señalados de hacer parte de bandas criminales y de desarrollar actividades delictivas

*“(...) y uno como trabajador de la salud tiene la cultura que hay que atender a la gente sea el que sea, y bueno los actores armados no les gusta eso, ni de uno ni de otro bando, entonces esa era la situación. A muchos de nuestros colegas los señalaron, incluso los declararon auxiliares de la guerrilla, estuvieron presos, (...) a mi compadre (...), lo señalaron como de médico de la guerrilla (...) pero tuvo que salir a esconderse para que no lo metieran en la cárcel hasta que se aclaró, hasta que pudo demostrar que era chiquito y negro y no alto y blanco como decía la persona que lo señalaba de que era el auxiliar”. (B7, médico).*

Las detenciones arbitrarias son consideradas como una de las modalidades de violencia ilegal ejercida por la Fuerza Pública. Las víctimas directas de estos arrestos sin justificación se ven afectadas en su buen nombre, reputación y honorabilidad (2). En el marco del conflicto armado en Colombia los líderes cívicos fueron calificados de “militantes guerrilleros”; los campesinos, respetados por sus comunidades, acusados de “terroristas”; las mujeres, inculpadas de tener relaciones con el bando contrario; y jóvenes humildes, señalados de hacer parte de bandas criminales y de desarrollar actividades delictivas (2). Como muestra este análisis, los trabajadores de salud en zonas de conflicto se vieron involucrados en este tipo de hechos, que generaron un grave daño moral para las víctimas, desplazándolas del lugar social que habían construido dentro de la comunidad y llevadas a estigmatizaciones con efectos adversos en los ámbitos laborales y sociales (2).

#### **b) Agredidos para obligarlos a prestar el servicio**

Con respecto a la violencia ejercida contra los trabajadores en relación exclusiva con su labor, se presentaban retenciones por un tiempo determinado para que estos acudieran a prestar sus servicios a los sitios donde los actores armados se encontraban. Esto, adicionalmente, los ponía en la mira de algún otro actor armado. Los profesionales, en general, manifiestan que acudían bajo amenaza, porque no había más opción, y en pocos relatos manifestaron la ejecución de algún tipo de resistencia. Por otro lado, se insinúan detenciones a través de mecanismos violentos:

*“(...) en (municipio del Putumayo) hubo que enviar un médico para que le haga una atención, o sea se lo envió porque él ya está allá, porque es que allá hay un puesto de salud cercano a Mayoyo que se lo estaba habilitando, se lo quería dotar, entonces en ese entonces fueron hacer una brigada y el médico tuvo que ir hacer una atención y estuvo como uno o dos días, pero ellos mandaron razón que lo necesitaban. (...) pero después de que ellos llegaron y se lo llevaron que el comandante lo necesitaba, y luego lo soltaron (...)”. (P2, administrador).*

Este tipo de situaciones implicaban también dilemas para los profesionales. Se veían envueltos ante una situación de defensa de la vida, como han descrito algunos estudio, donde se ha observado que cuando la vida del sujeto profesional de la salud se encuentra en peligro, actúa eligiendo el bien prioritario para los demás por encima de su propio bienestar (5).

Sin embargo, la mayoría de los participantes del estudio expresaron que los actores armados solicitaban los servicios en la propia institución de salud o tenían dentro sus filas personal para atender algunas de sus necesidades propias. Dos aspectos parecen estar relacionados con las distintas opciones: el tipo de necesidad y la intención por parte de los actores armados de demostrar poder y generar miedo en la población como mecanismos de control territorial.

*“Que les digo esa clase (las retenciones) todavía no ha sucedido por acá. Ellos por regular cuando están enfermos pues vienen directamente, van a la vereda a pie, como ellos tienen su personal médico básicamente, enfermeros (...)”. (P1, veedor).*



El momento de la confrontación pudo ser un determinante en el aumento de la presión sobre los trabajadores. Mientras que un grupo ejercía mayor control sobre la zona, era menos esperado el uso por medios violentos del personal o los servicios de salud en general.

### **c) Los trabajadores de salud, víctimas como miembros de la comunidad.**

El personal de salud no solo se vio afectado por su ocupación, como miembros de la comunidad sufrieron también las secuelas de la violencia ejercida por los grupos armados en la zona. En esa medida, fueron testigos y víctimas de los combates, confinamientos, las órdenes de inmovilización, desplazamiento, la pérdida de familiares y amigos.

*“Aquí una vez a unos señores los asesinaron, a tres, yo estaba en embarazo y estaba en una reunión por ahí en un barrio al ladito de la Paz, estamos reunidos y cuando de pronto llegaron unos tipos y ta, ta, ta y los mataron [2seg] en una cosa horrible, en urgencias imagínense, el pueblo congestionadísimo, se fue la luz, se oían los disparos”. (B4, enfermera).*

Estas agresiones tuvieron consecuencias en todas las dimensiones de la vida de los trabajadores, dejaron secuelas que se prolonga en el tiempo en sus emociones y sentires. Plantearon dilemas sobre su futuro y menoscabaron sus condiciones de vida.

### **1.3. Las consecuencias profundas de las agresiones: las emociones y el sentir de los trabajadores de la salud**

Los trabajadores de salud en los municipios que hicieron parte de este estudio se vieron afectados de manera profunda por su rol y como miembros de la comunidad, muchos eran oriundos de estos lugares. Las sensaciones de temor, angustia y la preocupación por lo que podría suceder estaba ligado a las dos condiciones.

*“Si es que la Carmelita queda aquí a una hora, dos horas y es que aquí se escuchaba las bombas nítido, es que por eso le digo aquí en Puerto Asís somos víctimas psicológicamente y también física porque en realidad hemos vivido la violencia en carne propia (...)”. (P4, médica).*

*“Otra vez sentí miedo, una vez que nos mandaron a llamar a una reunión, porque hubo unos casos de fiebre amarilla, entonces había mucho temor por ahí para poder hacer la recolección de muestras, entonces nos tocó ir, y ese día nos pararon en un retén, ahí nos echaron un discurso, el miedo de uno no era tanto ellos, el miedo de uno era que de pronto una fuerza diferente pueda entrar también en choque con ellos y uno ahí en el sitio; pero estuvimos ahí como tres horas (...) el miedo siempre existe”. (C1, promotora).*

Estas situaciones tuvieron efecto en distintas esferas de la vida de los trabajadores. Aspectos como los proyectos de vida, que implicaron decisiones sobre la permanencia en la zona, la estabilidad económica

y en general el daño moral emocional configuran impactos poco visibles, pero que dejaron una huella profunda en la vida de estos trabajadores.

En este escenario, algunos se cuestionaban sobre permanecer o no en estas zonas, mientras que para otros huir era el único camino posible. A quienes decidieron salir de las zonas, el desplazamiento dejó profundas secuelas emocionales. Perdieron importantes vínculos familiares y comunitarios, tuvieron limitaciones en su actividad laboral, se vieron obligados a transformar sus proyectos de vida. En ese sentido, la adaptación a una nueva vida se convirtió en una tarea dolorosa y difícil al tener que afrontar las pérdidas familiares, sociales, materiales y económicas.

*“(...) Una compañera que estaba en el corregimiento le tocó abandonar el cargo, cuando llegaron hacer las masacres a ella le tocó huir, le mataron el esposo, ella abandonó el cargo y desapareció; hasta ahorita el año pasado apareció aquí en el hospital a hacer la reclamación de la liquidación y eso porque ella no volvió más nunca, el pánico no la dejaba venir, hasta el año pasado volvimos a saber de ella”. (C1, promotora).*

*“(...) bueno a mi realmente me cambió la decisión de un día venirme, me cambió todo, planes prácticamente, supuestamente yo iba a ser cirujano de pronto aparecí como [salubrista], me cambió la vida. Yo sé que probablemente yo he sido muy resiliente en estas cosas y he tomado como dice el chavo las cosas por el lado amable, pero si fue muy duro el hecho de uno en determinado momento salir de su tierra y no poder estar, una de las cosas que me llenaba a mi mucho cuando era médico allá era que yo podía solucionarles los problemas a los amigos, a la gente (...)”. (B7, médico )*

En algunos casos la permanencia en estas zonas tildadas como “rojas”, obedeció a ejercicios de resistencia inspirados en el compromiso con la salud de la comunidad y, en otros, por motivos personales, como conservar el trabajo o el deseo de lograr una jubilación.

*“los que estábamos ahí, el médico de planta no, porque por ejemplo los médicos no se iban a ir estaban también por su pensión, uno se aguantó ahí todas las cosas que sucedían porque ya uno viejo quién lo iba a contratar [3seg], uno ahí entró joven, tenía que aguantar todo”. (B3, auxiliar enfermería)*

El conflicto armado afectó de manera indirecta la estabilidad económica de varios trabajadores de la salud. El desvío de recursos financieros y las administraciones deficientes de los servicios, debido al control ejercido por los actores armados en todos los ámbitos de la cotidianidad de las comunidades, incluidos los servicios de salud, ocasionó retrasos e incumplimientos en el pago por la labor prestada. Estas situaciones en algunos casos se vieron acentuadas por el mandato de los mismos actores, de acallar cualquier intento de exigencia de los trabajadores para recibir el pago de sus salarios. Situación a la cual se sumaron a las implicaciones del proceso de descentralización y consecuentes reformas del sector.



En algunos casos la permanencia en estas zonas tildadas como “rojas”, obedeció a ejercicios de resistencia inspirados en el compromiso con la salud de la comunidad

*“Había presiones para (...) por ejemplo pagarle primero la cuenta a fulano - zutano, y entonces tu a veces los recursos de la nómina tenías que cogerlos para complacer el pago de determinado contratista de ellos, (...) recuerdo había una bomba de la gasolina que a la larga terminó siendo aliado de ellos, que ahí era donde pedíamos la gasolina, pues esa era de las primeras cuentas que se pagaban, y otras así de insumos. Entonces uno como director imagínate tú pagas y de pronto la nómina te queda corta y no les puedes pagar a los contratistas, sobre todo, porque uno con la nómina de planta es muy juicioso, en esa época el contratista (...) habían hospitales que a los contratistas les debían 5 - 8 meses, y eso se ve todavía, médicos que las clínicas, los hospitales les deben un poco de meses, pero parte de la afectación esa falla era los recursos que habían que destinarlos para pagar determinadas facturas”. (Bo1, médico)*

De este modo, desde los relatos de los trabajadores de salud se encontró como las afectaciones que sufrieron los mismos han trascendido en el tiempo, reflejándose en cambios en los proyectos de vida, en las rupturas y en las pérdidas materiales, laborales y profesionales que dejaron en algunos casos secuelas que se han expresado en lo emocional. Estas afectaciones se derivan de los hechos victimizantes de los que fueron objeto los equipos de salud.

## **2. El secuestro de la salud por los actores violentos. Las afectaciones sobre la organización de los servicios**

*“Ellos [los actores armados] manejaban todo, absolutamente todo el movimiento del hospital y del pueblo en general, la alcaldía, toda esa vaina la manejaban ellos” (Bo1, médico)*

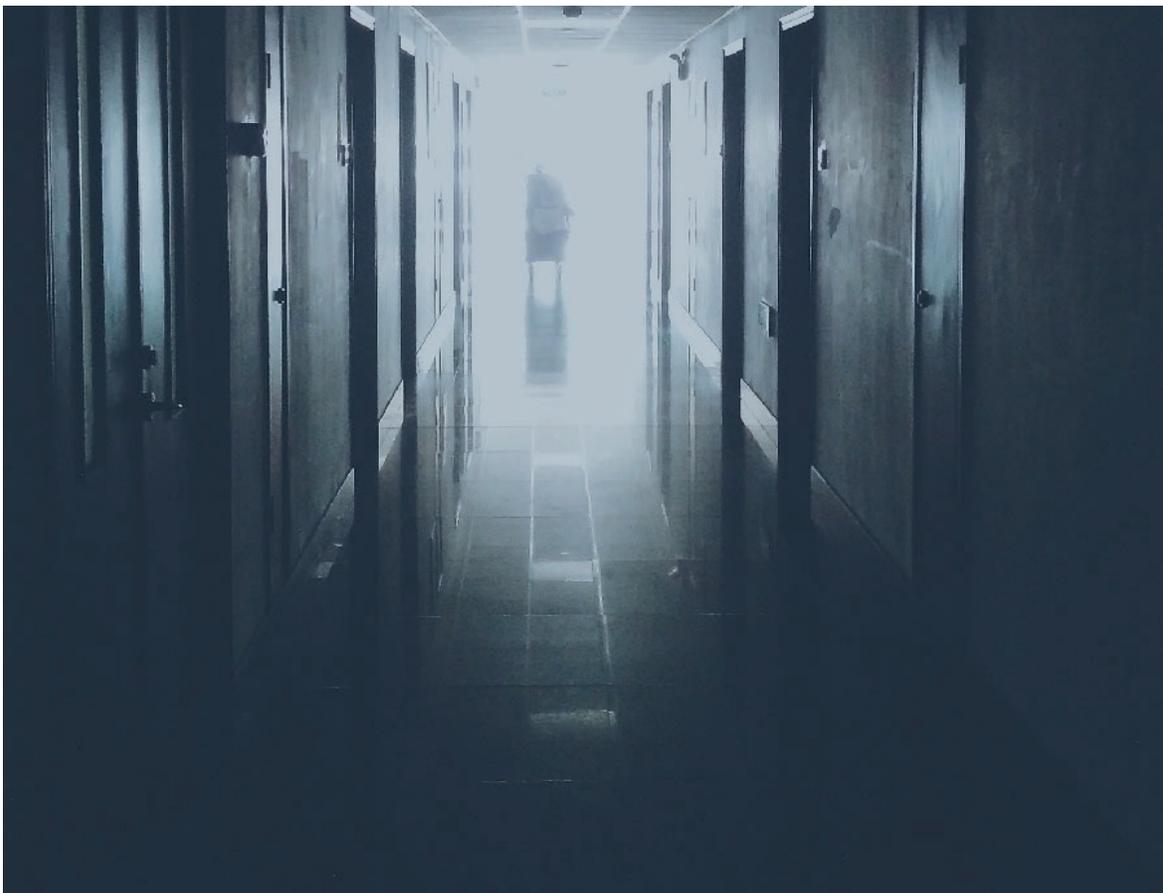
### **2.1. Los servicios de salud como botín de guerra**

Como parte de la dinámica del conflicto armado, los servicios de salud fueron usados por los actores armados como un botín para financiar su accionar, afianzar su ejercicio de poder y, así, consolidar su proyecto. Esto se evidenció con claridad en una de las zonas donde el proyecto paramilitar tuvo mayor predominio -lo que no necesariamente excluya una situación similar en donde hubo predominio de las guerrillas-. Se usurpaban los recursos financieros del sector a través, principalmente, de dos mecanismos: el cobro directo de cuotas por parte de los actores armados a los administradores de estos y la obligación de adjudicar contratos. Estos recursos procedían regularmente de las actividades de salud pública y del régimen subsidiado:

*“(...) en determinado momento los alcaldes tenían que tributar, los alcaldes y los concejales tenían que tributar, tenía que hacer aportes, y bueno no es desconocido que en una época no tan lejana, no en la década de los 90 sino en la década de los 2000, sobretodo, muchos programas los manejaban (...) recuerdo que los planes de atención básica, como se llamaban en esa época los PAB, eran como la caja menor a través del cual tú te inventabas unas cosas y les tomabas unas fotos a un grupo de diferentes partes y con eso cobrabas (...)”*  
(B7, médico)

*“(...) las instituciones de salud, claro, tenían que pagar su cuota, y ellos se metieron (...), yo en esa época era como la parte directiva de la EPS, y a la directora la llamaban a un sitio con el jefe y allá tenía que pagar su cuota, y recomendados y contratos; tenían sus narices ahí metida en todo, en las contrataciones que se daban en los municipios vecinos con los hospitales eran manipulados por ellos, (...)”.* (Bo1, médico)

Se accedía a estas actuaciones por la intimidación y miedo que generaba la presión de estos grupos. Ahora bien, en algunos casos



quienes ejecutaban estos recursos eran impuestos por los mismos actores armados, así que había complacencia en la destinación dispuesta por ellos mismos. En general, el uso de los recursos en aquellas zonas donde predominaba un grupo armado se negociaba con dicho actor. En esta medida, los grupos armados se convirtieron en decisores importantes de la destinación de los recursos del sector.

*“(...) todo el tema por ejemplo para contratación para las actividades de vacunación, de búsqueda de casos, etc., digamos también era una cosa que los grupos armados dominaban, es decir, en el municipio donde mandaba un comandante ya fuera de un lado o del otro pues todo eso tenían que negociarlo con él que mandaba ahí, entonces en algunas partes hay incluso anécdotas de que se usaba bien, de que funcionaba bien, pero otra no era así”. (Bo2, médico)*

En 2015, el entonces presidente Juan Manuel Santos manifestó que entre 2002 y 2010. “El sistema de salud se lo habían robado los paramilitares”. Algunos análisis han indicado aspectos que favorecieron la apropiación de rentas de la administración pública por parte de los grupos armados, particularmente por parte de los grupos paramilitares, así como mecanismos a través de los cuales se robaban los recursos. Aspectos como la elección popular de alcaldes y gobernadores, el aumento del gasto público destinado a los gobiernos locales y, en el caso del sector salud, algunos elementos propios introducidos en las reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como la participación de la empresa privada, los millonarios recursos del régimen subsidiado y la posibilidad de contratar los servicios con cooperativas de trabajo asociado, abrieron las puertas de la voracidad de estos grupos que vieron la posibilidad de apoderarse de millonarios recursos y ejercer control del territorio (6–8).



El cobro de  
tributaciones,  
hasta del 40%,  
a las antiguas  
Administradoras  
del Régimen  
Subsidiado (ARS),  
convirtiéndose en  
una de los mayores  
botines de guerra

La captura o infiltración de los cargos de elección popular de alcaldes y gobernadores, les suministró grandes ganancias por efecto de la *“contratación pública que cooptaron, impunidad judicial y la posibilidad real de crear su propia red clientelar”* (8). En la región Caribe donde la captura de rentas del sector salud por parte de estos grupos ha tenido mayor notoriedad, el fenómeno fue denominado por los investigadores como Reconfiguración Cooptada del Estado promovida por grupos ilegales. Allí, operó como una forma de clientelismo armado, es decir, como una forma eficiente de *“privatizar la vida pública al apropiarse de bienes comunes a través de la fuerza o la amenaza real de su uso”* (8).

Entre otros de los mecanismos documentados que fueron ejecutados para lograr la captura de rentas del sector salud se encuentran: el cobro de tributaciones, hasta del 40%, a las antiguas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), convirtiéndose en una de los mayores botines de guerra (7); la multiplicidad de afiliaciones de una misma persona o la asignación de un mismo documentos de identidad a distintas personas también hicieron parte del desfalco; la alianza entre políticos y paramilitares que permitía la conquista de los cargos de elección y la canalización ilegal de recursos públicos hacia estos

grupos (economía ); la configuración de redes familiares de saqueo por medio de la utilización indebida de estos cargos públicos; la celebración de contratos con cooperativas sin los requisitos de ley gracias a funcionarios claves impuestos por estos grupos en Empresas Sociales del Estado (ESE); y la amenaza con la violencia era definitiva para lograr obediencia por parte de los funcionarios de elección popular, cobrando así comisiones por cada contrato e imposición de contratista (6), como revela este análisis.

De esta manera, para los grupos vinculados con políticos y otras redes de corrupción las oportunidades que ofrecía la privatización de los servicios de la salud y las condiciones de contratación con cooperativas resultaron propicias en el objetivo de perpetuar y acentuar las prácticas clientelistas y de corrupción política. Permitieron a los líderes políticos regionales, a su vez, mostrarse frente a sus potenciales electores como un patrón con potestad sobre contratos de trabajo, honorarios y descuentos por cuotas obligatorias y otras contribuciones (6).

Esto muestra la acertada expresión de uno de los trabajadores entrevistados, en lo que la mayoría coincidieron a lo largo de sus relatos: *“Ellos [los actores armados] manejaban todo, absolutamente todos los movimientos del hospital y del pueblo en general, la alcaldía, toda esa vaina la manejaban ellos”* (Bo1, médico). Esto repercutió en el deterioro de la prestación de los servicios asistenciales y de las actividades de salud pública, que sumado a otras acciones violentas, generaron impactos sobre los recursos de salud, las actividades sanitarias y el incremento de enfermedad y muerte.

## **2.2 Sobre el uso de insumos médicos y otros recursos de salud**

En relación con este aspecto se manifestaron experiencias distintas que dejan ver algunas diferencias en cuanto a la percepción del accionar de los actores armados y evidencia la complejidad de la dinámica del conflicto. En general, los actores armados hacían uso de los servicios de salud y de distintos tipos de recursos o insumos. Aunque accedían a estos de diferentes maneras, en la mayoría de los casos solo se utilizaba como mecanismo la solicitud del servicio o insumos, como medicamentos, sin ejercer presión por medio del uso de la fuerza. Ante esta situación, los trabajadores accedían sin ningún problema “si se los pedían se los daban”. Esta respuesta estaba posiblemente relacionada con el miedo, dado el control ejercido por los actores armados, y la sensación de amenaza constante.

*“(...) ellos nunca nos llegaron a quitar una pastilla, decían: “necesitamos que nos dejen unos tratamientos de malaria para vivax y para falciparum” y quien les iba a decir que no (...) si se les solicitaba tratamiento se les daba (...)”.* (P6, exSEM)

*“(...) pero en los puestos de salud sí constantemente llegaban, y todo lo que tengan de curaciones nosotros nos lo llevamos, y recogían todo lo que vieran, de curación, de sutura, todo, ellos recogieron todo, y a*

*uno le tocaba quedarse callado y no decir nada; por ejemplo, recogían absolutamente todo y lo dejaban a uno sin nada”. (C1, promotora)*

En otros casos no se presentaban solicitudes, o eran escasas en la medida en que el actor armado tenía la manera de cubrir su necesidad. Las diferencias pueden estar asociadas con aspectos propios de la dinámica del conflicto en un momento determinado. Por ejemplo, el hecho de que el control del territorio estuviera en manos de un solo actor armado, del nivel de organización de los grupos presentes en la zona o de las eventualidades que a estos se les presentaban.

*“(…) no, no, no en eso no lo hacían, en ese sentido ellos (guerrilla) eran como muy conscientes de eso, dejaban como la atención para los campesinos cuando se podía salir, (…) me imagino que tendrían mucho dinero y no les interesaba como eso, o sea me imagino que tenían dinero para comprar, no, y entonces no les interesaba pues poquito medicamentos que llevaban para la gente allá, no, no en ese sentido no, no pedían nada, solamente pedían la atención, pero no era (…) o sea era amigable digamos, no, amigable, no había choques, no había choque con ellos ahí”. (P7, médico)*

*“(…) sí claro, porque inclusive en algún entonces en (municipio de Putumayo) la Secretaría de Salud tuvo que enviar como 20 ampollas de suero antiofídico y algunos medicamentos de control no sé si de Glivec [un medicamento, Imatinib] para alguien que estaba con leucemia, entonces”. (P2, administrador)*

De acuerdo con las bases de datos del Observatorio de Memoria y Conflicto del Centro Nacional de Memoria Histórica, de 1958 a 2018, se registraron 113 ataques a infraestructura médica, con 161 lesionados y 4 víctimas mortales (9). Sobre el robo de insumos no hay datos registrados. En este estudio no se relataron ataques directos a la infraestructura de salud, incluyendo ambulancias, únicamente el impedimento para movilización y los retenes.



### 3. ¡Prohibido entrar! Los efectos de la violencia sobre las actividades sanitarias

Las acciones de los trabajadores de la salud, especialmente aquellas relacionadas con la salud pública en áreas rurales, se vieron afectadas por la dinámica del conflicto con ocasión de acciones como el impedimento para la movilidad, prohibiciones para entrada a ciertos lugares, los hostigamientos, entre otros. En términos generales, estos mecanismos hacían parte del accionar “normal” de los grupos armados y estaban relacionadas con su protección misma y el ejercicio de poder y control a través de ciertas prohibiciones.

En esta medida, los participantes destacaron los impedimentos para la movilidad y entrada a determinadas zonas como uno de los mecanismos que ocasionaba mayores limitaciones para el ejercicio de las acciones, particularmente las de salud pública, y esto se agudizaba si los trabajadores no eran reconocidos por los actores armados, es decir, el nivel de confianza en los trabajadores se configuraba como un mediador de la situación:

*“(...) la parte de brigadas, la salud como tal, se afectó definitivamente eso sí porque ellos tal vez tenían su reserva con el personal médico, paramédico, que bajaba a hacerles algunas visitas, tenían como sus reservas, a nosotros ya nos conocían mucho, ya nos habían vigilado, nos habían investigado (...)”. (P6, exSEM)*

*“(...) y en esa época que se hacían esas penetraciones de pronto nos regresaban de alguna vereda; por ejemplo aquí tienen una vereda, Las Palomas, que está bastante retirada y en esa época no se podía ir, una sola vez se salió para hacer la jornada y nos regresaron y nos dijeron que por ahí no pasáramos, que por ahí no era zona de nosotros andar y que no volviéramos; entonces esa era la gente que se quedaba sin atención”. (C1, promotora)*

Por otro lado, se relatan algunos hechos relacionados con el irrespeto a las prioridades médicas que implicaban la presión para atención con urgencia de algún actor armado sobre otros pacientes con mayores necesidades del servicio:

*“(...) lo que pasa que en estos hospitales la atención inicial de urgencias es pequeña porque son hospitales de primer nivel de complejidad entonces tenemos un médico y a duras penas una auxiliar o dos auxiliares de enfermería; entonces ellos que llegaban al hospital*



... se relatan algunos hechos relacionados con el irrespeto a las prioridades médicas que implicaban la presión para atención con urgencia de algún actor armado

*a exigir la atención de ese personaje sin importar nada, si estaba atendiendo una materna, venga y atiéndalo, y eran muy despiadados o sea ellos no estaban mirando nada y a amenazar al médico, me atiende a mi amigo y listo; (...) entonces era muy complicado”. (P2, administrador).*

### **3.1. Hospitalización y desruralización de la salud**

Como consecuencia de lo anterior, la organización de los servicios de salud de modo indirecto sufrió cambios derivados del conflicto armado. Los trabajadores de la salud refieren como resultado de las restricciones que les fueron impuestas por los diferentes actores armados para ingresar a ciertas zonas, la desaparición de la red de prestación de servicios rurales. El efecto fue la concentración de los equipos de salud en los puestos de atención, ubicados principalmente en los cascos urbanos de los municipios. Las acciones extramurales, como las jornadas de salud o de vacunación, se dejaron de realizar. En algunos casos, se sumaron las decisiones administrativas para no enviar los profesionales como forma de protección.

*“(...) lo que realmente pasó fue que el personal de salud se concentró en los hospitales, podríamos decir que cambió el esquema, el esquema ya no es que vamos a la vereda o al corregimiento, sino que esperamos que la gente llegue o asista al hospital, entre otras cosas porque se fueron tomando medidas desde los propios servicios de salud como decir bueno se suspenden totalmente las penetraciones, ya, o digamos para el corregimiento tal ya no se puede ir”. (B7, médico).*

*De este modo, los equipos de salud, las acciones y los recursos se “hospitalizaron” y la atención gradualmente se volvió urbana, se “desruralizó”. Las zonas más apartadas de los municipios quedaron con la atención en salud que podían suministrar las promotoras (cuando se quedaban) o las personas de la comunidad; otras veces el acceso a los servicios de salud dependía de la capacidad económica de las familias para desplazarse a los puestos ubicados en las zonas urbanas.*

*“(...) y tampoco entonces dejaban entrar brigadas de salud., todo mundo tenía que bajar al pueblo”. (P1, veedor).*

*“(...) y tuvimos que reintegrar casi 250 millones de pesos, entonces eso era una lástima; con la entidad territorial también (...) o sea tener que meter otras cosas, actividades con adulto mayor, actividades con salud sexual y reproductiva pero en colegios con los jóvenes de la parte urbana, darles refrigerios, todo lo que queríamos hacer para allá centrarlo acá e incrementar las actividades, no era más (...) pero la afectación a mi criterio fue inmensa, fueron seis años donde se dejó de atender”. (P2, administrador).*



### **3.2. Ni el enfermo puede, ni hay que darle**

En aquellos lugares donde continuaron en funcionamiento puestos y centros de salud, la presencia de trabajadores se vio alterada. Los horarios se restringieron o se limitaron a unas cuantas horas, algunos días de la semana, situaciones que repercutieron en la disponibilidad de los equipos de salud. Adicionalmente, la escasez y la llamada “fuga” de los profesionales de salud estuvo mediada por la percepción sobre estas zonas, que al ser catalogadas como “rojas” provocaron temor e incertidumbre entre los mismos. Fueron frecuentes las referencias de médicos rurales, prestando su servicio social obligatorio, que se negaron o desistieron de trabajar en estas zonas, así como las de profesionales que siendo funcionarios públicos por temor no se desplazaron a ciertos territorios, al igual que las de quienes forzados por las circunstancias abandonaron su trabajo.

*“(…) y los médicos vivían aquí, médico y el odontólogo vivían aquí en el centro de salud, y cuando esto se puso feo entonces subían y bajaban, venían una sola vez a la semana o a veces venían, atendían a los pacientes y se iban y esto quedaba solo, por las noches no había médico ni enfermera”. (C4, auxiliar enfermería)*

*“Sí, eso era una lucha para poder conseguir los médicos... tuvimos muchos inconvenientes porque contábamos supuestamente con ese servicio social, entonces teníamos un médico y ya decíamos ya viene otro médico, porque teníamos que facturar y prestar el servicio, y ese médico empezaba - que sí voy, que no voy, pero allá cómo está el orden público, no, ya averigüé y es complicado -, perdíamos esa plaza,(...). (P2, administrador)*

Pero no solo se trataba de la presencia o no de trabajadores de la salud para brindar la atención, la falta de infraestructura y de insumos también apareció, desde los relatos de los participantes, como un factor relacionado de modo indirecto con la presencia del conflicto armado en estos territorios. El desplazamiento de la población rural a los cascos urbanos terminó por desbordar en algunos casos la capacidad de atención de estas zonas, a lo que se sumaron, entre otras circunstancias, la falta de recursos para la compra de equipos y de insumos, o la falta de inversión en infraestructura. Situación en parte generada por el desvío de los recursos y el recorte presupuestal por el incumplimiento de metas, aspectos en los que el conflicto armado coadyuvó.

*“(…) porque no cumplí las metas y los indicadores de cobertura no me da, entonces voy a recibir solo 500, entonces ya después la EPS me va a decir: no señor (...) y en el nuevo contrato me va a bajar recursos, usted solo me atendió 500, ya, entonces empiezan los hospitales los presupuestos más bajitos, y si uno analiza los presupuestos de los hospitales desde la vigencia 2010 han ido bajando (...) eso ha afectado (...) sí claro, el atraso en los pagos, el atraso a proveedores, infraestructura, en sí el comportamiento financiero de los hospitales, 100% lo ha afectado, lo afectó”. (P2, administrador).*

De este modo, desde los relatos de los trabajadores de salud entrevistados, la ausencia de personal médico, así como la carencia de equipos, recursos e infraestructura para atender a la población, terminaron redundando no solo en el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención suministrada a comunidades enteras, sino fueron aspectos que sufrieron un desmedro a causa de la guerra.

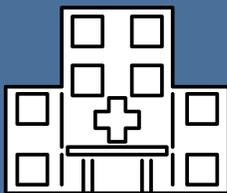
*“(...) especialistas vienen por allá cada dos meses, cada tres meses, un médico internista o un oftalmólogo, vienen lejos, lejos y son especialistas que vienen de Bogotá, de Cali, contratados, hacen su consulta y se van el mismo día, casi ni se quedan, si se quedan, se quedarán por ahí uno o dos días, entonces la presión de la cantidad de pacientes que se ha acumulado para ellos hace que la consulta baje en los estándares de calidad. ¿Por qué? Porque ellos prestan el servicio de afán, entonces el paciente no es bien valorado y en eso se deterioró acá el sistema de salud”. (P10, óptica)*



Adicional a las dificultades de los servicios de salud para prestar una atención oportuna y de calidad, los entrevistados señalaron que la población tenía dificultades propias al momento de llegar a los hospitales o centros de salud, lugares donde se concentraba la atención. En esta situación confluyeron aspectos relacionados con las condiciones de los mismos servicios de salud, como la falta de ambulancias y de personal; las condiciones de infraestructura del territorio, ausencia de vías; las condiciones económicas de los habitantes, bajos ingresos, que se constituyeron en limitaciones para el acceso. Sumado a esto el ambiente de temor que imperaba en ciertas zonas actuó como una importante barrera para que la población se desplazara por sus propios medios o solicitara ayuda de otras personas al querer movilizarse.

*“Villa Garzón es en un alto porcentaje, más o menos el ochenta por ciento, rural (...) entonces han influido varios factores para la prestación del servicio, o sea y el desplazamiento de los campesinos hacia el centro de referencia de ese hospital, pues se presentaban muchas restricciones, no, o sea, restricciones por parte de la guerrilla, por parte de los paramilitares y todos esos grupos no es cierto, entonces el campesino, pues además de haber vías de acceso en malas condiciones, por temor a ellos se limitaban a no asistir”. (P7, médico)*

*“(...) porque ya la desconfianza de las experiencias que ellos vivían, retenes y todo eso, ya la gente no paraba, y mucha gente murió, muchas mujeres parieron en la orilla de la carretera, a mí me tocó vivir eso, atender partos en la calle porque no alcanzaban, teníamos ratos de estar esperando un carro y el carro no pasaba o si pasaba no paraban, y llegó el momento y ¡Ah! bueno aquí nos defendemos, y se hacía”. (C1, promotora)*



La población no podía, en muchos casos, desplazarse a los centros o puestos de salud y no siempre el acceso a las instituciones de salud garantizaba que se recibiera la atención necesaria

De tal manera, la población no podía, en muchos casos, desplazarse a los centros o puestos de salud y no siempre el acceso a las instituciones de salud garantizaba que se recibiera la atención necesaria. Esto significó que por mucho tiempo un número considerable de habitantes de estas zonas dejaron de recibir atención en salud. Esta situación, como se describirá a continuación, trajo importantes repercusiones en el estado de salud de la población que habita estos territorios cercados por la guerra.

### **3.3. La enfermedad como secuela: desplazamientos de población, falta de control o tratamiento**

El conflicto hizo que las actividades regulares de atención en salud, las intervenciones colectivas y las acciones de vigilancia en salud pública en el área rural se debilitaran. Entre las actividades de salud pública que más se vieron afectadas se encuentra el Programa Ampliado de Inmunizaciones. La imposibilidad de llegar a zonas dispersas y asegurar la cadena de frío, causaba que muchos biológicos se perdieran. Otras actividades de control de enfermedades y de saneamiento básico también se vieron interrumpidas por causa del conflicto armado. Esto tuvo como consecuencia el posible aumento

de la frecuencia de eventos como leishmaniasis cutánea y visceral, fiebre amarilla, dengue, malaria, tuberculosis o enfermedades de transmisión sexual, según el relato de los entrevistados.

*“(…) en alguna ocasión hubo lo de dengue, se pidió desde el hospital y la Secretaría de Salud desde Puerto Guzmán la visita del grupo de malaria de control de vectores, pero la idea era que (…) porque es que estaba llegando mucha comunidad de esa zona donde nosotros no podíamos ir (…) entonces lo que hizo este personal fue llegar hasta cierto punto hacer su trabajo de campo, fumigación, porque de ahí para allá no se podía”. (P2, administrador).*

Se mencionaron otros problemas de salud que habitualmente afectaron a la población como enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, enfermedades dérmicas e infestaciones por piojos. Los niños se vieron afectados por desnutrición y



enfermedades parasitarias intestinales. Entre las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares fueron las patologías más frecuentes, de acuerdo a los relatos. El pie diabético fue la principal complicación entre los diabéticos. Los afectados por hipertensión arterial y diabetes en las áreas rurales no tenían un tratamiento y seguimiento adecuados, no tenían control debido a que no les era fácil conseguir los medicamentos y seguir las indicaciones médicas y mucho menos asistir a los servicios de salud por los problemas de orden público que existían.

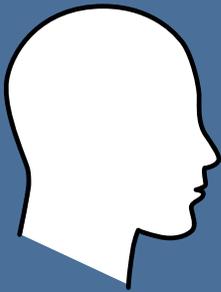
*“(...) lo que uno más veía en el adulto era las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, había mucha diabetes, hay mucha diabetes, tanto que digamos como amputábamos mucho... se veía mucho pie diabético porque el campesino no tenía conciencia de que tenían que protegerse los pies, y se puyaba o se quemaba y como pierde la sensibilidad llegaba era como una gangrena, un pie con gangrena y había que hacerle una [amputación] supracondilea (...) y se veía muchas enfermedades transmitidas por vectores, había paludismo, bueno pero en la época no había tanto dengue, sobre todo leishmania, en el Carmen de Bolívar es una zona con alta prevalencia de leishmaniasis; y los problemas de los niños, mucha desnutrición, la parasitosis, incluso las afecciones respiratorias eran los problemas que más se veían”. (B7, médico).*

*“(...) porque en ese tiempo la malaria era muy dura, mucha malaria, se moría la gente, había plasmodium falciparum, en esa región había mucho falciparum, entonces esa gente desprotegida, que a veces ni alcanzaban a salir al otro lado, no los dejaban pasarse el río Caquetá para ir a las poblaciones del Caquetá como Curillo, Solitas, Solano, donde había hospitales pues de mediana complejidad, pero le salvarían la vida”. (Entrevista P6, exSEM )*

Otro de los problemas de salud que afectaron de una forma u otra a la población fueron los relacionados con salud mental. El conflicto generó en los individuos mayor estrés, depresión, insomnio, ansiedad, ideación suicida, suicidio; en las comunidades aumentaron las tensiones en las relaciones sociales, las agresiones interpersonales, la violencia, la inestabilidad social y disminuyó la cohesión social.

*“(...) la salud mental y ustedes saben que si hoy tenemos unas sintomatologías, hay sintomatologías que vienen desde tal día, si yo tengo problemas de insomnio pues eso viene de tal época porque esto, mis dolores de cabeza, mis migrañas o la gastritis, hay muchas causando, pero yo creo que la salud mental, la salud sexual a nivel de salud como tal, y en los psicosocial pues ahí, cambios de roles, desintegración familiar, pérdida de patrimonios colectivos, pérdida de identidad cultural, miedos colectivos que han dañado la capacidad de interactuar entre vecinos, (...)”. (C5, trabajadora social).*

*“(...) la depresión volvió loco a un poco de gente, y sobre todo a la gente que venía de las Palmas, Bajo Grande, cuando llegaban al hospital no sabían ni siquiera que decir, y esa gente lo que la está matando es el recuerdo de la vaca, del pollo, de lo que perdieron” (...) “(...) a raíz de la depresión mucho gente empezó a consumir trago,(...)”. (B3, auxiliar enfermería)*



El conflicto generó en los individuos mayor estrés, depresión, insomnio, ansiedad, ideación suicida, suicidio

*“(...) bueno la verdad es que creo que los suicidios los vemos hace unos pocos años atrás que ha venido como en aumento, más que en la época de la violencia, en esa época la muerte, esa violencia, pero ahora vemos, creo que también puede ver alguna connotación de las víctimas que han tenido en el transcurso del tiempo después de los hechos una ideación suicida por pérdidas de todo, de la sensación de pérdida, de vacío, de bueno, pero creo que hace unos años para acá que ha aumentado mucho el tema de suicidio y tiene que haber algo atrás que esté sucediendo que creo que ahora es más que hace unos cinco años atrás creo yo, y son edades a temprana edad, o sea hay niños de diez, doce, que se suicidan, adolescentes y jóvenes, entonces más bien la población más joven es la que está suicidándose más”.  
(C5, trabajadora social)*

La salud mental es de gran relevancia en el marco de las guerras. Sin embargo, el conocimiento de esta asociación es aún precario. Se afirma que la gravedad y el tipo de trastorno en salud mental causados por la guerra dependen de aspectos como: la naturaleza y la intensidad de la violencia; si se fue testigo o víctima de actos de terror como tortura; violación; detención; persecución; exilio; desplazamiento; reubicación forzada; bombardeos y traumatismos múltiples; las condiciones de asentamiento; las características socio psicológicas de las personas como sexo, edad y rasgos de personalidad; el tipo de participación en la producción de violencia (combatiente, victimario); antecedentes de vulnerabilidad psicológica o consecuencias secundarias de la guerra sobre la familia o la vida económica; el contexto cultural en el que ocurre la violencia; y la pérdida de los lazos comunitarios, entre otras (10,12,13). Los relatos dejan entrever que pueden existir profundas afectaciones en la salud mental de los trabajadores sanitarios que son aún desconocidas y no han sido objeto de atención.



La salud mental es de gran relevancia en el marco de las guerras. Sin embargo, el conocimiento de esta asociación es aún precario

En la literatura está documentado el incremento en la incidencia de enfermedades infecciosas en situaciones de guerras internacionales o conflictos internos. Entre las enfermedades que mayor incremento tienen se encuentran las relacionadas con el agua, las enfermedades transmitidas por vectores y otras transmisibles como la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual (10), análisis que coincide con los relatos de este estudio. El noveno informe del Observatorio Nacional de Salud demostró que eventos relacionados tuvieron mayor frecuencia en quintiles municipales con el mayor índice de conflicto armado (11). Así, se evidenció mayor ocurrencia en mortalidad infantil, mortalidad por enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y desnutrición en menores de 5 años; enfermedades transmitidas por vectores (leishmaniasis y malaria); eventos relacionados con la salud reproductiva (fecundidad y mortalidad materna); enfermedades crónicas como hipertensión y cáncer de cuello uterino; e indicadores relacionados con la prestación de los servicios de salud como las coberturas de vacunación en menores de un año.

En resumen, aumentaron los enfermos y los muertos como consecuencia de la falta de personal de salud en las áreas rurales

afectadas por el conflicto, los impedimentos para el acceso a los servicios, el miedo y la intimidación a lo que se aunó el desconocimiento por parte de la población que habitaba esas áreas sobre las distintas formas de prevención.

#### **4. ¡Que poco se sabe de la salud en los territorios por causa del conflicto!**

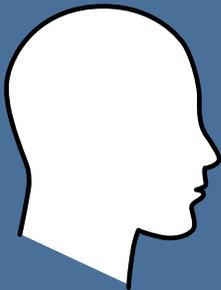
##### ***Desconocimiento sobre el estado real de salud, enfermedad y circunstancias de las muertes en la población***

Las investigaciones de campo, en el marco de la vigilancia en salud pública, no se podían realizar debido a las limitaciones para la circulación. De la misma manera, muchas muertes no eran notificadas a las autoridades pertinentes, no se elaboraban certificados de defunción en muchos casos, por impedimento de los actores armados. Esto condujo a un desconocimiento del perfil epidemiológico de los municipios visitados. Para las investigaciones epidemiológicas de campo, se tenía que recurrir a los trabajadores que en las áreas rurales eran conocidos, aunque no se podía asegurar que ellos realmente llevaran a cabo todas las tareas que se requerían.

*“(...) o sea lo que yo me acuerdo así más, era como la parte de trabajo de campo, es decir cuando había que salir hacer alguna investigación de brote o algo (...) entonces digamos el trabajo había que hacerlo a través de los mismos trabajadores o sea solamente con los trabajadores de campo del departamento que eran conocidos”.* (Bo2, médico)

Ejemplo de ello es la lepra. El desconocimiento sobre los aspectos clínicos hizo que no se buscará e identificará, mucho menos que se notificará. Equivocadamente, en algunos lugares se afirmó que las metas establecidas para este evento se estaban cumpliendo. No existía personal capacitado para realizar las tareas de vigilancia en salud pública y de atención primaria en salud. Cuando las condiciones del orden público lo permitieron, se conoció la real situación y las verdaderas cifras: prevalencia, incidencia, mortalidad y discapacidad elevadas.

*“2000 o 2001 hubo una plata para hacer una búsqueda activa de casos de lepra y ellos presentaron los resultados en alguna parte que yo los vi, y después de la búsqueda activa o sea esos municipios tenían (...) ya habían cumplido las metas de eliminación, pero simplemente porque no reportaban, y con ese ejercicio la tasa, la prevalencia de lepra subió como 20 veces, o sea era (...) encontraron (...) personas con lepra ya con todo tipo de lesiones incapacitantes, pues porque no había quién hiciera el trabajo de atención primaria”.* (Bo2, médico)



El conflicto generó en los individuos mayor estrés, depresión, insomnio, ansiedad, ideación suicida, suicidio

Otro ejemplo, lo constituye la llegada masiva de personas a las áreas de cultivos ilícitos, lugares donde se desconocían las patologías prevalentes y las medidas de protección y prevención a seguir. Asimismo, se desconocían las enfermedades que esas personas traían. De igual manera, cuando abandonaban estos sitios podían fácilmente diseminar alguna de las enfermedades allí adquiridas. No se conoce cuál fue la morbilidad y la mortalidad padecida en las zonas resguardadas, cuidadas y blindadas, debido a la desconfianza que tenían los grupos armados tanto para permitir el ingreso del personal de salud, como el de suministrar información sobre los problemas sanitarios ocurridos en sus áreas de influencia.

La población rural que enfermaba, acudía tardíamente a los hospitales locales. Cuando la enfermedad estaba en etapas avanzadas, algunos enfermos prefirieron buscar atención en sitios distintos a los de su residencia habitual, incluso en zonas fronterizas iban hasta el país vecino. Esto y el temor o prohibición para realizar las notificaciones



hizo que muchos de los posibles casos de eventos de interés en salud pública objeto de notificación quedaron invisibles. Situación que pudo provocar también impedimentos para que las personas recibieran la atención o tratamiento adecuado.

*“Pero de ahí en adelante ya vaya uno a saber la mortalidad o lo que haya sucedido por allá, muy difícil, porque ya era en zonas resguardadas, cuidadas y blindadas por la guerrilla (...), lo mínimo, eso no es que les daban un servicio (...) si lo que los podían atender, del resto si ya se complicaba pues ya vaya al hospital, y eso lo que de pronto ellos querían mandar porque del resto quién sabe cuánta gente, cuántos niños fallecieron con poliomielitis, con fiebre amarilla, bueno tantas cosas”. (P2, administrador)*

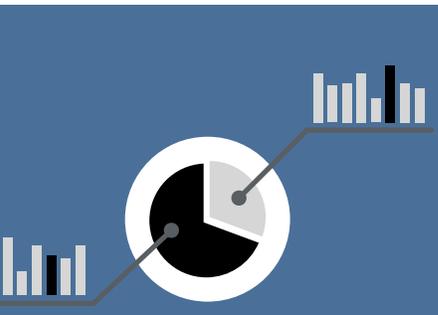
*“(...) pero eso nunca apareció en el sistema, si yo me meto al Sivigila de la muerte del alcalde, de profesionales que uno conocía hoy no los encuentra, ni en el [Sisben], eso no se vigila a homicidio, tu donde te metas no sé dónde estarán; pero eso era el temor que había (...)”. (Bo1, médico)*

Los entrevistados hablaban de niños que morían por desnutrición. Que muchos de los fallecidos terminaron en la morgue de los cementerios donde se practicaron necropsias y por lo menos se conocía su causa de defunción, mientras que otros se quedaron sin certificado de defunción.

*“(...), han muerto niños que mueren por desnutrición porque no hay comida por allá en el campo, yo hice una necropsia de un bebé y por qué murió, por no comer, esa vez fue horrible, mira a mí me ha tocado toda clase de situaciones y casos que a uno le duelen, (...)”. (P4, médica)*

*“(...) quién se lo iba hacer (el certificado de defunción) más bien, si el médico arrancó y se fue y ellos cogieron esos muertos y los sepultaron así”. (C4, auxiliar enfermería)*

Las acciones de vigilancia en salud pública y la generación de datos se ven afectadas en un conflicto armado, puede haber problemas con la generación y fiabilidad de esos datos. Uno de las dificultades es que la recolección de la información puede cesar en el transcurso de un conflicto. Por otro lado, los conflictos generalmente están muy politizados por lo que se puede entregar información falsa (14).



Las acciones de vigilancia en salud pública y la generación de datos se ven afectadas en un conflicto armado, puede haber problemas con la generación y fiabilidad de esos datos



## **5. La salud afectada por contextos propicios para la violencia y las dinámicas del conflicto**

Los impactos descritos tienen un contexto definido y particular. Este está relacionado con las dinámicas del conflicto armado en Colombia, que configuró formas de actuar de los actores armados, pero también se relaciona con las condiciones de vida de los territorios donde este se instauró con mayor intensidad y con las condiciones de los servicios de salud, que incluyen las transformaciones propias del sistema de salud y la estructura actual del mismo. De tal manera, aspectos propios de la dinámica del conflicto armado en Colombia, como las lógicas de poder, los mecanismos para ejercer control territorial, la presencia de múltiples actores armados en un mismo territorio, el narcotráfico, así como aspectos relacionados con las condiciones de vida de estos territorios como la infraestructura vial o el funcionamiento mismo del Sistema General de Seguridad Social, se constituyen en los escenarios, de acuerdo a los testimonios, donde se producen o pueden explicar las afectaciones descritas.

### **5.1 Lógicas de poder y exigencias de grupos armados por el control territorial**

Como parte de la dinámica del conflicto armado se configuraron unas “lógicas de poder” particulares. Estas se entienden como las acciones que realizaban los grupos armados y que denotaban el control que los mismos tenían en las zonas y en las personas que habitaron dichos territorios. Los grupos armados impusieron una dinámica de obediencia donde eran ellos quienes definían lo que se puede hacer y lo que no. Ellos definían la vida cotidiana de las personas lo que conllevó a que estas incluyeran en su actuar cotidiano dichas reglas. En los municipios donde se desarrolló esta investigación se refirió que eran los grupos armados quienes controlaban los territorios y a sus gentes, influyendo en su vida cotidiana. A las personas les tocó aprender cómo moverse y cómo actuar en este contexto.

El establecimiento de medidas de control, por ejemplo la definición de quién podía entrar o no a ciertas zonas, qué territorios estaban vedadas y cuáles no; qué actividades se podían o no realizar en estos espacios; los horarios en los que se podía permanecer fuera de las casas, entre otros, constituyeron el escenario que impuso una dinámica de vida particular a estas comunidades, donde el confinamiento llegó a ser parte de la cotidianidad de estas poblaciones. Así mismo, la intervención en la vida de las personas y la imposición de sus propias normas de convivencia hicieron parte de los mecanismos de control.

*“(…) ellos en el pueblo manejaban el tema de que tu problema con tu esposa, tu esposa ponía la queja y te cogían, hasta en tus problemas personales y familiares se metían, si se robaban una gallina en el pueblo, ese era difunto”. (Entrevista Bo1, médico)*

El control territorial ostentado por estos grupos, afectó, sin duda, los servicios de salud y la prestación de los mismos, como se señaló en el apartado anterior. Desde la lógica impuesta por dicho control, moverse por el territorio suponía hacerlo desde lo permitido o no por estos grupos. Un ejemplo de esto se evidencia cuando los equipos de salud, generalmente extramurales, debían realizar las actividades estipuladas en su contrato, pues era obligatorio pedir permiso a dichos grupos para recorrer el territorio, incluso existieron lugares en los tres departamentos, que fueron totalmente vedados, es decir, a los que no se podía entrar bajo ninguna circunstancia.

*“Claro, claro sí, ellos se reservaban algunas áreas, algunas regiones, algunas zonas de la región donde no querían que ingrese nadie, pues ¿Qué tendrían no? Laboratorios más que todo, ellos eran los dueños de la coca o tenían quién sabe qué, guerrilleros un poco incompresibles (...)” “Dos horas pa’ dentro pueden ir, hasta dos horas se les permite, de ahí pa’ dentro para el río Yurilla, porque por allá pasa el río Yurilla, que es una zona, era en ese tiempo una zona reservada de ellos -allá no se metan-, -listo, entonces vamos a tal y tal vereda-” (Entrevista P6, exSEM)*

De acuerdo con lo narrado por las personas entrevistadas, las férreas normas que guiaban el control del territorio estaban, en la mayoría de los casos, asociadas al miedo y la desconfianza constante en que vivían estos grupos por causa de posibles infiltraciones de agentes estatales encubiertos en las llamadas brigadas de salud.

*“Ellos tenían esa reserva de que quién será, porque ellos no les habían hecho seguimiento, en cambio a nosotros sí nos habían hecho seguimiento, es más mire a nosotros nos decían ellos: -si van a venir ustedes mismos, entren, pero si nos mandan gente nueva de malaria, ni la manden acá hasta que no hayamos investigado quiénes son-”. (Entrevista P6, exSEM)*

## **5.2 Desde adentro. Infiltración de grupos armados en instituciones de salud**

Como parte del control territorial uno de los elementos que ganó fuerza en relación al ejercicio de poder por parte de dichos grupos tuvo que ver con el control sobre entidades y organismos públicos. Infiltrarse, como lo llamó la gente, era bastante común, pues se aseguraba que desde dentro de las mismas instituciones los grupos armados manejaran el devenir de estas, sus recursos o a quienes se contrataba. Esto implicó poner funcionarios de alto rango en las instituciones, incluso los funcionarios elegidos por elección popular. En este escenario, en los hospitales públicos se impusieron funcionarios en distintos niveles, incluso directores de hospitales. Esto era algo de conocimiento público, una práctica que adquiría el halo de secreto público y frente a la cual la resistencia implicaba asumir el riesgo de posibles agresiones.

*“Y no llegábamos ni nosotros, porque ya teníamos que mandar era emisarios, los colaboradores de ellos, inclusive no sé si podría decirlo, en los hospitales ellos enviaban gente que teníamos que (...)”*

conductor de la ambulancia, que vea que el celador, inclusive en algún hospital de esos tuvimos un auxiliar de enfermería que era de ellos, entonces todo era así”. (Entrevista P2, administrador)

“Bueno esa presión llegó a mí ya a finales de mi administración, entonces ya ellos hablaban de que los contratos tenían que manejarlos ellos, asignar a quién, los nombramientos tenían que pasar (...) que las personas contratistas tenían que pasar con el visto bueno de ellos, lógicamente yo tampoco acepté ese tipo de cosas, entonces ya comenzaron a buscarme la vuelta por otros lados, ¡Ya yo veía amenazas de los familiares! Que pilas, que ya están hablando que van a quebrar una persona importante del pueblo”. (Entrevista Bo1, médico)

Otra dimensión que expresa cómo tomaron el control a nivel institucional, estuvo relacionada con el manejo de los recursos propios de las instituciones. Los grupos armados ilegales manejaron gran parte de ese recurso según sus exigencias, pues decidían en qué era necesario gastar dicho dinero e incluso llegaron a determinar a quién se pagaban primero las cuentas de proveedores. El cobro de vacunas se usó como mecanismo de usurpación de los recursos de salud.

“(…) la jefe incluso, como era bien jodida, ella trataba de favorecer a su gente, pero esta gente (...) ella un día vino llorando de allá porque se sintió que prácticamente ella se iba a quedar allá, porque tenía que contratar con el hospital y con determinados montos, porque siempre era el gerente o su junta directiva y esa vaina que los llamaban allá a reunión y todas las EPS iban y era la vacuna y era para que siguieran una directriz de contratación y de todo eso, y seguramente dinero del presupuesto de la institución, claro, y eso lo hacían todos los hospitales, todas las instituciones del sector salud”. (Entrevista Bo1, médico)

La presencia de los grupos resultaba amenazante, por tal motivo en muchos casos la intimidación directa contra la vida o la integridad no era necesaria, bastaba con mandar una razón, o dar una orden. Esto muestra la capacidad de ejercer poder que tenían en estas zonas. Un elemento del control se veía incluso en lo más cotidiano, donde eran ellos los que dirimían diferentes disputas e imponían sus decisiones en la atención de los pacientes en los centros de salud.

“(…) iban de lleno entonces si se metieron en la institucionalidad, ya si tú tenías algo pendiente hasta las citas y demás, ya tú hablabas con ellos y llevaba la recomendación que venía del comandante tal, y tú tenías la prioridad, o sea ellos se metieron hasta en eso”. (Entrevista P7, médico)

De alguna manera el poder ejercido por estos grupos implicaba que había que obedecer lo que ellos dijeran, no había espacio para desobedecer, ni para dilatar las decisiones que ellos tomaban, así que como fuese había que cumplir. Dentro de los mecanismos para ejercer el poder en los territorios, se encontraban las solicitudes constantes a los centros de salud que buscaban generar atención a



La presencia de los grupos resultaba amenazante, por tal motivo en muchos casos la intimidación directa contra la vida o la integridad no era necesaria, bastaba con mandar una razón, o dar una orden

las necesidades de estos grupos o que enviaran profesionales a los sitios donde permanecían. En algunos lugares, los actores armados llegaban al hospital a demandar atención sin importar quien estuviera siendo atendido en ese momento.

*“Entonces tocaba ir a atenderlos a sus casas, a sus hijas, a sus mujeres; y en cuanto a la guerrilla pues mandaban ellos el emisario para que los médicos, equis médico, que ellos escogían, se desplazara, vaya solo por sus propios medios a tal parte y entonces era siempre complicado. Y eso se fue volviendo cada vez más reiterativo, más reiterativo, que esa es la salida, a veces eso era una vez a la semana, después dos veces y después, no, entonces yo en caso personal me escogieron a mi como médico confiable”. (Entrevista P7, médico)*



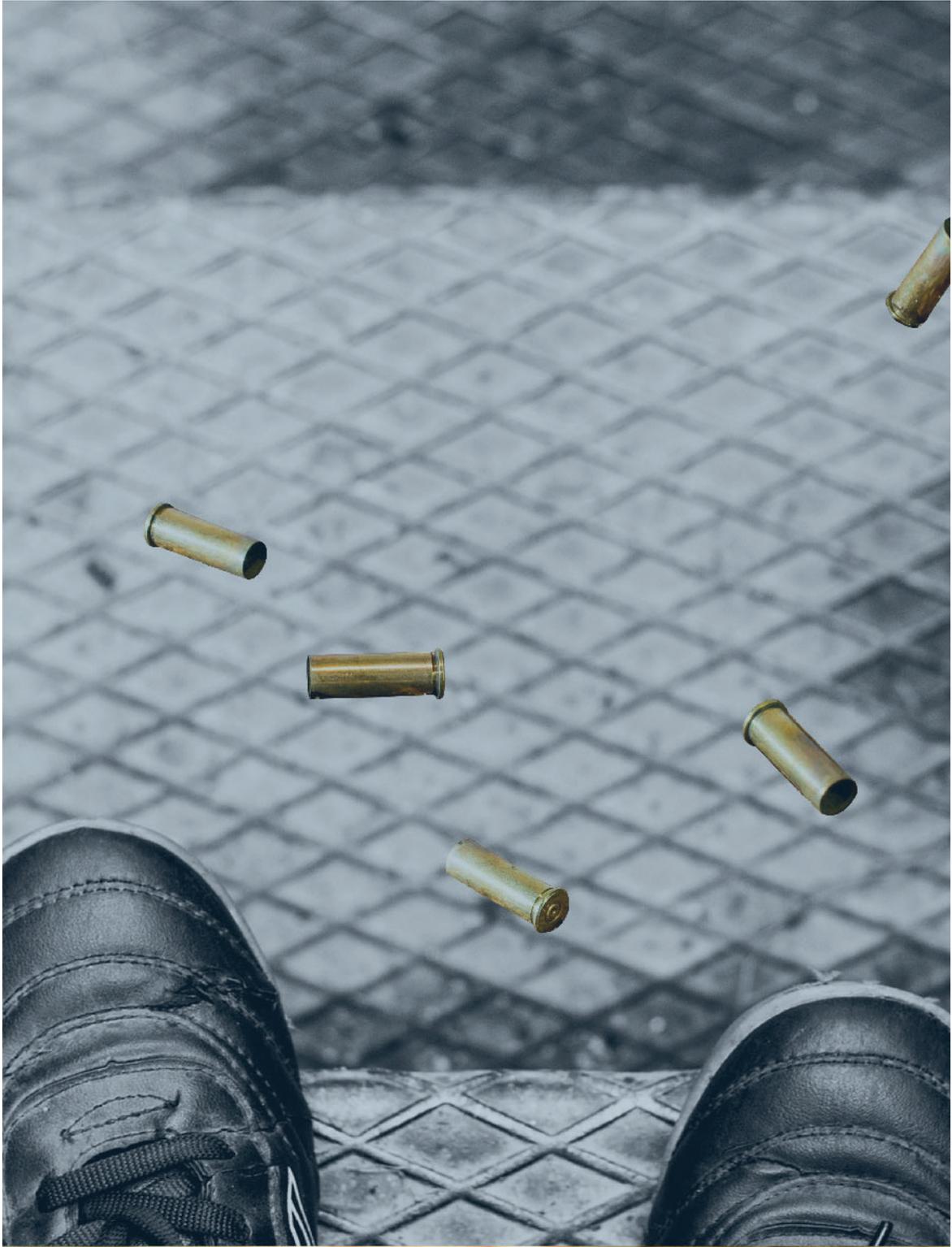
### **5.3 Más de uno: presencia de múltiples grupos armados**

El conflicto armado colombiano se ha revestido de múltiples aristas lo que han convertido en un fenómeno sumamente complejo, difícil de dimensionar y definir. Uno de los elementos que ha generado esta dificultad es la presencia de una multiplicidad de actores armados, cada uno de los cuales impuso dinámicas particulares de control y sometimiento de la población civil. Esta particularidad fue entendida por los entrevistados, como un elemento que sumó a la configuración de un contexto particular de las afectaciones a los servicios de salud.

La variedad de actores armados en el territorio estuvo directamente ligada con el dinamismo del conflicto, sus cambios y reconfiguraciones a lo largo del tiempo. En este devenir, las guerrillas fueron los grupos armados que primero hicieron su aparición en los territorios. Dentro de lo expuesto en las entrevistas fue posible evidenciar que las poblaciones terminaron por adaptarse y aprendieron a vivir bajo las condiciones expuestas por la guerrilla. El largo periodo que controlaron las zonas este grupo armado y la necesidad de las personas por sobrevivir en el contexto que esto suponía, las llevó a aprender a negociar y a moverse de acuerdo con lo exigido por la guerrilla, grupo que ejercía así su poder. Este supuesto equilibrio o su interiorización se rompió de manera abrupta con la llegada de los paramilitares, quienes tenían otros objetivos, por ende, prácticas violentas diferentes. De hecho, hubo varias menciones a cómo con la guerrilla era menos complicada la negociación respecto a la prestación y el acceso a servicios salud, al contrario de lo que significó negociar con grupos paramilitares.

*“Funcionaba bien sí, sí, porque ellos (la guerrilla) nunca se metían con los médicos ni nada, las cosas como que fluían y no pasaba (...), pero con los paramilitares era más terrible porque cuando llegaban, verdad, y ellos llegaban y era a buscar a matar y no les interesaba quien fuera; en cambio por parte de la guerrilla no, por parte de la guerrilla (...) también mataban y todo porque no se va a decir que ellos no mataban porque sí también hubo muertos de parte y parte, pero entonces eran las cosas más terribles como con los paramilitares porque ellos hacían sus retenes ahí en la carretera, sacaban la gente de los carros las mataban ahí mismo, buscaban por medio de lista, venían aquí y hacían reuniones y era terrible la situación”. (Entrevista C4, auxiliar enfermería)*

La ruptura de la cotidianidad que supuso la entrada de un nuevo grupo armado, los paramilitares, fue enorme. Por un lado, la extrema violencia que este grupo aplicó fue evidente y una fuente constante de miedo para la población civil. Por el otro, las dinámicas respecto a los comportamientos y actitudes permitidas y no, también sufrieron un drástico cambio. Quedó entonces la población civil entre la espada y la pared, pues debían enfrentar su cotidianidad con la guerrilla, al mismo tiempo que se adaptaban al nuevo modelo impuesto por el nuevo actor armado.



*“Era peor, era peor, porque es que ya nos encontramos con dos grupos delincuenciales, porque acá con los paramilitares la forma de actuar de ellos era muy diferente, ellos llegaban al hospital, porque los paramilitares mantenían en el pueblo, entonces por X o Y motivo a un personaje de esos le sucedía un accidente ellos llegaban al hospital ”.*

El auge paramilitar en Colombia se dio a finales de la década de los 90's y en la primera década del siglo XXI. La entrada de este grupo en diferentes regiones del país implicó una guerra con los actores armados que previamente ocupaban estos territorios, las guerrillas principalmente. En este escenario de disputa por el ejercicio del poder, la población civil quedó en medio y fueron víctimas de diferentes hechos y modalidades de violencia. Las acusaciones sobre el ser guerrillero recayeron en los civiles, entre ellos los profesionales de la salud, quienes eran acusados constantemente de pertenecer a la guerrilla, por tanto, eran objetivo militar. Esto ocurrió desde ambas partes, pues se hicieron recurrentes las acusaciones a los pobladores, por parte de la guerrilla, de pertenecer a los paramilitares.

*“La otra pues las amenazas, que también a la gente que las amenazaban y les decían que se tenían que ir del pueblo porque usted de pronto está (...) enfermeras también, una enfermera que como que colaboraba mucho con la cuestión de la guerrilla y cuando entró ese grupo de los paramilitares comenzaron como a limpiar auxiliares de enfermería, y ahí sí hubo como unas cuatro auxiliares de enfermería que las mataron, y había un muchacho (...) como los paramilitares eran de acá del gobierno, como dice uno, y la guerrilla estaba del otro lado, entonces ese era el conflicto que se miraba y usted estaba en el medio. Sí. Esa era la cuestión, por ejemplo, yo la viví en Villa Garzón, por ejemplo, yo a la Castellana no podía entrar, y si entraba ya había la observación, usted ya no puede seguir más para allá hágame el favor y se queda acá.” (Entrevista P5, administrador)*

#### **5.4 Narcotráfico: motor del ejercicio de poder**

En los territorios donde el conflicto armado arreció de forma más fuerte, las economías ilegales jugaron un papel determinante en la configuración de un contexto particular. Desde lo expuesto por los entrevistados, se evidencia cómo el narcotráfico se consolidó debido a la ubicación geográfica de estos lugares y a la falta de presencia estatal en los mismos. El narcotráfico propició que los grupos armados ilegales se fortalecieran económica, política y militarmente. Así, pudieron controlar los territorios, del mismo modo el conflicto armado permitió la consolidación de esta actividad ilegal.

El tráfico de drogas ilegales marcó la dinámica, no solo del conflicto armado, sino también de la cotidianidad de las personas, al punto que en dichos territorios se “vivía del narcotráfico”. Las oportunidades laborales no eran muy altas, conseguir lo necesario para vivir era más que complejo, se dependía entonces de lo que diera la tierra, la agricultura, que en gran medida era la fuente de ingresos de la población. En este contexto, la entrada y fortalecimiento del narcotráfico se presentaba como una fuente más beneficiosa de

ingresos, llevando a muchas familias a cambiar sus cultivos lícitos por coca. Este fenómeno causó una disminución en la producción de alimentos.

*“Lo que fue coca ya todo el mundo empeñado de coca y coca y coca, ya comenzaron las fincas a acabarse, la comida empezó a fracasar, el maíz, ya la gente que trabajaba con la agricultura era muy poquita, porque salía más fácil de pronto comprar un bulto de maíz en el pueblo, que de pronto usted regarlo para cosecharlo, entonces a raíz de eso todo se ponía en contradictorio”. (Entrevista P8, biselador)*

La cotidianidad de las personas quedó también marcada por la economía ilegal, que generaba problemáticas que iban más allá del cultivo de la coca. El narcotráfico era el motor de la economía de la zona, por tal motivo, todas las esferas de la sociedad estaban a la vez involucradas o perjudicadas de manera directa o indirecta. Los trabajadores de la salud, como parte de las comunidades, también se vieron sujetos a la convivencia con este mercado violento, sustento los factores más agudos del conflicto que afectaban al sistema de salud: actores armados, control territorial, corrupción, enfrentamientos bélicos, aislamiento, confinamiento, violencia, entre otros.

*“Yo un día tomé la decisión de irme del Putumayo de Puerto Asís porque en realidad aquí las niñas les tocaba entregarse o se dedicaban a entregarse a los narcotraficantes por joyas, por ropa, porque pues de eso vivía Puerto Asís o Putumayo, más aquí en Puerto Asís se ha vivido más como el narcotráfico, de eso todo mundo vivía de eso, yo recuerdo que nosotros río abajo vendíamos arroz, papa, vendíamos en un bote con mi mamá, pero tenían que surtir a las fincas de narcotraficantes y encontraba uno, bajaba las veredas y encontraba las mesas vendiendo kilos de cocaína...: (Entrevista P4, médica)*

### **5.5. Zonas alejadas, deficiencia en vías de acceso e infraestructura**

Uno de los elementos centrales que tuvo una fuerte incidencia en la construcción del contexto en el cual se desarrollaron las afectaciones a los servicios de salud en el marco del conflicto armado colombiano fue el asociado a la ubicación geográfica. Las grandes distancias entre las cabeceras municipales y las veredas y, por ende, de la institucionalidad, facilitó que el conflicto fuera más fuerte y que los actores armados ejercieran el control. Esto contribuyó en muchos casos a la invisibilidad de ciertas acciones armadas.

Así mismo, el acceso o la posibilidad de salir de estos territorios se menciona como una de las características que dificultaban la vida cotidiana, pues cuestiones tan básicas como las vías de acceso, muchas veces inexistentes o sumamente difíciles de transitar, suponían un estado casi de aislamiento.

*“Aunque era un poco difícil de ingresar porque pues por la parte por donde se ingresaba a Torrasco era por bote, por agua y eso era más o menos unas tres, cuatro horas que tocaba subir de Puerto Asís hasta el embarcadero por donde nosotros entrábamos, y del embarcadero*

*a donde nos dejaba el bote hasta la finca donde nosotros estábamos eran más o menos tres, cuatro horas, entonces claro, tampoco había decir que había de pronto línea o bote todos los días, eso solamente era viernes, sábado y domingo, entonces tanto eso era un poco pues difícil porque la verdad es, o sea uno salir, pa' uno desplazarse de un sitio de esos al pueblo puede ser todos los días eso era increíble". (Entrevista)*

La salud, debido a la lejanía y la falta de infraestructura en estos territorios, se vio afectada, pues tanto entrar a prestar servicios como salir con enfermos era difícil, no solo suponía pedir los permisos, también implicaba grandes dificultades a nivel logístico, las cuales tuvieron gran repercusión en las personas de la comunidad, pues no tenían recursos suficientes para cubrir estos gastos.

*"Porque ya uno de pronto como presidente de una junta pa' uno ingresar a una brigada de salud a una vereda allá lo pensaba dos veces y el problema era que para salir con un enfermo pues era difícil también, porque pues uno echarse un enfermo póngale dos, tres horas en una hamaca, en un caballo (...) y ahí esperar que alguien de pronto lo recoja o en un bote o no lo haya, pues esperar uno o dos días en la orilla del río hasta que alguien por ahí baje". (Entrevista P8, biselador)*

*"Yo pongo el ejemplo en Becerril para ir a Socorpas son catorce horas en mula, y la mula vale ciento y pico para llevar una persona, entonces y son catorce horas, hace poco el gobernador, primera vez que un gobernador sube allá, y le tocó llegar en helicóptero,*



*pero también un tiempo en mula para poder llegar, y el equipo que fue con rehabilitación basada en comunidad le toco patearse las catorce horas en mula, entonces abordar ese tema implica tener una estructura, pensar en transporte (...) porque es el derecho a la salud, a la vida y es una barrera grande, es una barrera grande, que lleva es a la inoportunidad y a la mortalidad”. (Entrevista Bo3, administrador)*

Otro de los elementos manifestados en este escenario de lejanía, se relacionó con la falta de acceso a servicios de salud de complejidad mayor, o incluso a un servicio de salud de complejidad básica, pues estar “tan lejos” los hacía invisibles y al mismo tiempo los ponía en un territorio al que, como excusa su lejanía, no llegaba ningún servicio, lo que implicaba salir a buscar a zonas muy alejadas de sus hogares.

*“Sí, sí que salieran, o sea que salieran a la cabecera municipal, por decir algo Puerto Guzmán, pero pues en Puerto Guzmán no hay un servicio de hospital, así como lo hay aquí, allá pues hacían las remisiones hasta acá, hasta Mocoa, y aquí pues tampoco es que el hospital sea muy bueno porque de aquí los remiten a Pitalito o a Pasto”. (Entrevista líder P9, líder comunitario)*

### **5.6 Fragilidad institucional**

En las zonas estudiadas, la presencia del Estado, en términos de dotaciones de servicios básicos, infraestructura, etc., era precaria, lo que favoreció la presencia constante de grupos armados y exacerbó su impacto. Esto incluye el funcionamiento de los servicios de salud. Colombia es un país de fragilidad institucional pues sus instituciones no han tenido la suficiente capacidad para implementar en los territorios las decisiones de política tomadas en niveles centrales (15). A través de las entrevistas realizadas en Bolívar, Cesar y Putumayo, fue posible identificar que como contexto en el que se desarrolló el conflicto armado, la institucionalidad estatal sin duda presentaba fragilidad.

La fragilidad institucional, entendida en el contexto como la ausencia manifiesta de institucionalidad, fue referida por los entrevistados como algo constante. En cierta medida, varias de las zonas o territorios no veían la institucionalidad en ningún momento, era completamente ajena a los mismos, nunca llegaba hasta ellos, por tal motivo se percibía como una expresión concreta de la poca o nula importancia que dichos territorios representaban para el Estado. Desde varias de las menciones de los entrevistados, era bastante común mencionar como desde la institucionalidad, tanto nacional como departamental, no se conocía lo que sucedía en las zonas, lo que pasaba y las dificultades que suponía prestar los servicios en un escenario de conflicto y carencias varias.

*“No, jamás, y ese o sea lo que ustedes están haciendo nosotros lo comentábamos qué bueno que venga alguien del Ministerio o venga (...) en realidad nadie ha llegado a ver la verdadera crisis o la verdadera funcionalidad de los hospitales”*

Para los entrevistados, el único interés que les prestaban era generado por aspectos relacionados con la necesidad de cumplir unas metas preestablecidas con el fin de poder realizar el cobro de los servicios. Esto obligó a las instituciones de salud a buscar cumplir con los indicadores, haciendo lo que fuera necesario. Sin embargo, esto no parecía llevarlos a dimensionar el contexto del conflicto armado y las consecuentes limitaciones para dar cumplimiento a las solicitudes.

*“Para mí no, para mí nunca hubo, solamente exigencia de cumplimiento de metas lo único que pedían más no se personalizaban del caso, del proceso, nunca llamaron al hospital, nunca hubo una visita de decirle bueno venga señor hospital, por ahí hay un comentario de que la guerrilla no los deja entrar a hacer lo de vacunación, hacer brigadas, cómo es eso, jamás, nunca hubo acompañamiento. Sí, pues para medio ganarse esos pesitos que le daban al hospital, entonces había que hacer diabluras en la facturación con los validadores, y todo para poder entregar la facturación y que nos puedan desembolsar los recursos. Pues a veces era como facturar gente de la parte urbana como si fuera de la zona de influencia (...) para poder cumplir metas y poder cobrar (...) el cumplimiento si de la población, entonces como no se podía llegar a toda la población, entonces lo que se hacía era consolidar acá y pues decir que sí se hizo la prestación”. (Entrevista P3, administrador)*

En términos generales, es posible afirmar que no se puede hablar de un desconocimiento total por parte de la institucionalidad, de hecho, las cosas se sabían, era conocida la situación que se presentaba en los territorios, pero al mismo tiempo poco se podía hacer al respecto, o al menos así lo leen las personas entrevistadas.

*“No hermano, como a usted le daba temor hasta con (...), bueno como del mismo secretario de salud y todos sabían que eso estaba pasando, eso de alguna manera se cubría, viste, por la parte legal, de alguna manera eso se (...) porque no podía aparecer de que eso había sido dado a X grupo, porque en esa zona donde yo estaba nada más estaba ese grupo, pero hubo otros directores que vivían esas situaciones por el bando contrario, en zonas donde el otro grupo era el que mandaba”. (Entrevista Bo1, médico)*

*“Seguramente tenía que ver con que en realidad uno no era que tuviera claro si había un conflicto que ameritara ese tipo de cosas, porque sobre todo esto se presentaba para estas zonas muy apartadas, era donde más se hubieran necesitado, pero el resto de las cosas funcionaban normales, entonces digamos no (...) uno se acordaba que había este problema cuando le tocaba ir a eso o cuando venían noticias de que había algún problema en esta zona, (...)”. (Entrevista Bo2, médico)*

En cierta medida la cita anterior refuerza lo que se ha dicho en líneas anteriores con respecto a la lejanía de estas zonas del centro de poder y la toma de decisiones. Así, en estas condiciones, la incidencia del nivel central era básicamente nula. La responsabilidad caía entonces sobre las autoridades locales, que debían hacer aquello a su alcance

para adaptarse al contexto y hacer que las cosas funcionaran. Estos son factores que dan ciertas luces alrededor de la posible ruptura entre los diferentes niveles territoriales de gobierno que ahondaba la fragilidad institucional presente en estos territorios.

### ***Y, además, la corrupción***

Fueron comunes las menciones de los entrevistados a cómo la falta de control estatal, por un lado, y el ejercicio de poder devengado por los grupos ilegales, por el otro, llevaron a que la corrupción fuera una suerte de constante en la ecuación que define el contexto territorial en muchas zonas.

La corrupción, en gran medida, agravó la precaria situación de los servicios de salud en los territorios y a su vez en la imposibilidad de mejorar los mismos, pues cuando desde alguien particular se intentaban, por ejemplo, abrir una IPS nueva o llevar una ambulancia, se activaba el proceso de la corrupción para cobrar cuestiones

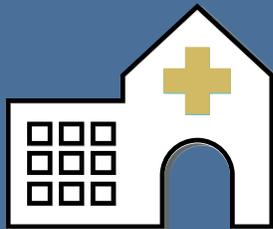


innecesarias o simplemente para evitar que nuevos actores entraran al sistema y seguir extrayendo recursos

*“y entonces en Mocoa si tenía la mafia de las ambulancias, la mafia porque en realidad o sea en qué sentido, había una manipulación de política que en realidad allá solamente le dan contratos de ambulancia y acá no, por eso nadie se mete en ese problema de ambulancias porque eso es manejado por la parte político sea para que... yo fui chantajeada y me cobraban 90 millones por la habilitación y en realidad eso es gratis, y yo me fui para Bogotá investigué y yo no di ese dinero, yo en realidad no soy partidaria de la corrupción(...).” (Entrevista P4, médica)*

### **5.7. Funcionamiento de servicios de salud: sin recursos, ni estructura y en medio del conflicto**

La estructura del funcionamiento de salud, aspectos propios del proceso de descentralización y el giro de recursos son parte importante del contexto. Los insuficientes recursos económicos, de infraestructura y humanos que se presentaron en los territorios donde se desarrolló esta investigación, se constituyeron en un escenario que favoreció algunas actividades de los grupos armados y la profundización de las afectaciones. Faltaban acciones de salud, por ejemplo la ausencia de un grupo extramural por escases de recursos, a lo que sumaba el miedo y las prohibiciones por parte de los grupos armados ilegales para realizar las actividades en ciertas zonas.



Diferentes municipios y sus pobladores se vieron afectados debido a la insuficiencia de recursos, pues se presentaron cierres de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deudas respecto a los pagos a profesionales

*“Y la Secretaría de Salud y la entidad territorial nos exigía el grupo extramural, pero entonces el grupo extramural, pues a pesar de que el hospital no tenía los recursos para el sostenimiento de ese grupo y no podía salir a hacer su trabajo, entonces usted iba a los hospitales y ningún hospital, solo de nombre grupo extramural, pero no existía, porque debía tener que médico, que un auxiliar, una jefe, que enfermeras, bueno todo, entonces esa carga prestacional no la podía sostener el hospital porque no nos estaba generando nada, no había producción, no los podíamos mandar a campo”. (Entrevista P2, administrador)*

Diferentes municipios y sus pobladores se vieron afectados debido a la insuficiencia de recursos, pues se presentaron cierres de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deudas respecto a los pagos a profesionales, y diversas situaciones que en última instancia afectaron a la población civil y a los profesionales relacionados con los servicios de salud. Estos últimos quedaban en la mitad de una situación que los ponía a enfrentar al gobierno y sus exigencias, a los grupos armados y sus demandas, y a la población civil y sus necesidades.

*“Se cerró el hospital por una crisis financiera. Ese día yo sí estuve, el 19 de febrero, yo estuve en una cita con la guerrilla lo cual ellos exigían que se abra el hospital, pero eso no dependía de nosotros, eso dependía del mismo Ministerio de Salud y de la Gobernación. Había en el hospital una crisis dura y grande y el hospital no la podía*

*solucionar, por ejemplo, deber 5 mil millones de pesos sabiendo que el hospital tenía un presupuesto anual de 1.800 millones, que eran 3 presupuestos de 3 años”. (Entrevista P5, administrador)*

El pago a los trabajadores fue otro de los elementos mencionados como ejemplo de los bajos recursos que tenían estas entidades. Muchos empleados pasaban varios meses sin sueldo. Adicionalmente, debido a la falta de recursos se hizo difícil la contratación de ciertos profesionales de la salud, pues era más que complicado cubrir las expectativas o exigencias salariales de los mismos.

*“¿Entonces qué pasa?, muy poquitos han sido los que han quedado y están laborando pues con un salario nomás de 3 -4 millones de pesos porque no se les puede dar más porque desmejoramos el servicio (...) y por más que nosotros queríamos aumentarles no podíamos, porque es que los hospitales tienen unas unidades funcionales y unos centros de costos, entonces hay unos centros de costo que me producen más que otros, entonces yo tengo que apoyar eso centros de costo que no me producen, con los que producen, entonces yo tengo que equilibrarla, o sea los presupuestos de los hospitales son muy equilibrados, entonces si yo presupuesté pagarle al médico 4 millones de pesos mensuales yo no me puedo pasar, porque ya entró en decadencia con los otros entes”. (Entrevista P3, administrador)*

Otro elemento que sumó a este contexto asociado al SGSSS, se relaciona con la poca dotación de las IPS de diferente complejidad. Si bien estos territorios no contaban (algunos aún no cuentan) con instituciones que puedan prestar servicios de niveles de complejidad mayores al más básico, lo que había tampoco estaba muy bien dotado en términos de infraestructura e insumos. Este contexto, sin duda, llevaba a que la situación fuera cada vez más complicada para quienes prestaban el servicio y perjudicaba a la población civil que lo recibía.

*“Exactamente, nooo, sí accede pero no hay, entonces no tenemos esto, de pronto no contamos con (...), ejemplo unos buenos aparatos de rayos x, una resonancia no hay una calidad como se merece, no contamos con una infraestructura adecuada, no tenemos una UCI, no tenemos algo que valga la pena, entonces nos toca sacar la gente de aquí para Bogotá, para Pasto, para Cali, porque no contamos con nada”. (Entrevista P4, médica)*

*“No, en los pueblos pues algunas partes (...) porque muchos pueblos en esos tiempos de pronto había un puesto de salud, pero en ese puesto de salud usted iba y encontraba por ahí seis, siete pastas”. (Entrevista P8, biselador)*



## **6. Estrategias de resistencia, acción y respuesta del personal en salud y de las comunidades frente al conflicto**

En el contexto de las afectaciones generadas por el conflicto armado, el personal sanitario, los funcionarios de las entidades territoriales y la comunidad generaron acciones individuales y colectivas con el fin de sobreponerse al daño a la vez que buscaban suplir las necesidades que surgían. Muchos de los retos que enfrentaban, que debido al contexto no tenían respuesta, los llevaron implementar diversas estrategias para desempeñar sus labores, en el caso del personal sanitario y suplir sus penurias, en el caso de las comunidades. Dichas acciones son producto de la agencia de los individuos, este “poder de acción” que según Giddens se trata de “ser capaz de <<obrar de otro modo>>”; significa ser capaz de intervenir en el mundo, o de abstenerse de esa intervención, con la consecuencia de influir sobre un proceso o un estado de cosas específico (16).

En este contexto, se referencia una serie de estrategias desplegadas por parte de los trabajadores de salud, si bien, insertos en la dinámica de las relaciones de poder impuestas por los actores armados, acudieron a diversos mecanismos para poder llevar a cabo las actividades de prevención, control y atención en salud de las comunidades de la zona. La mayor parte de estas estrategias estuvieron orientadas a la atención de la población en zonas rurales, particularmente en aquellas más afectadas por el conflicto armado. En la misma línea, los miembros de la comunidad dieron respuesta, desde sus saberes y expresiones de empoderamiento territorial y comunitario, a sus necesidades de salud, ante la adversidad que la presencia del conflicto armado impuso. Esto permitió que las comunidades se abastecieran (alimentos, medicamentos) sin tener que recurrir únicamente a las instituciones.

### ***Respuestas de los trabajadores de la salud***

En estas se encuentra la lógica que la agencia en este rol (trabajador de salud) obedece al lugar que la persona ocupa en la estructura institucional. La motivación para enfrentar la situación de conflicto armado pasaba por la costumbre y el apego que siente el personal sanitario a su labor y al compromiso con la comunidad. La primera se construía por el tiempo que llevaban trabajando en la zona, que desembocaba en un aprendizaje de la situación como insumo para convivir con la misma. La segunda radicaba en el sentimiento que se descubría al verse enfrentado a situaciones de violencia.

De tal manera, se encontraron estrategias contingentes dirigidas a la atención en salud de la población rural y protocolos de atención para eventos específicos consecuencia directa e indirecta del conflicto armado. La definición de las estrategias estuvo asociada al tipo del actor armado, a la dinámica del conflicto en el momento, a la disposición de los trabajadores de salud. La opción principal por la que se decantaron en mayor medida los trabajadores de las zonas participantes fue establecer diálogos y adelantar procesos de negociación con los actores armados, que les permitieran, entre otros, a desarrollar jornadas de salud. También, recurrieron a

entrenar o formar a pobladores de las zonas y fortalecer al personal sanitario, ya aceptado por los actores armados, en la realización de actividades distintas a su labor habitual. Asimismo, se priorizó la atención de personas provenientes de las zonas rurales; se trabajó con organismos internacionales de cooperación; se activaron protocolos especiales para la atención de emergencias; y se dispusieron puestos centinelas.

### ***Diálogo y negociación con los actores armados***

Entre las maneras de enfrentar la problemática en la región, algunos optaban por exponer un carácter resistente que les permitía no ser doblegados por el actor armado, esto con el fin de sobrepasar el miedo y establecer un diálogo que les permitiera realizar sus labores. Una posición empática basada en la experiencia les ayudaba al establecimiento de diálogos horizontales y la consecución de “permisos” para la realización de ciertas actividades, particularmente en las zonas rurales.

*“Yo tuve la suerte de que yo no les tuve miedo nunca, porque uno si les mostraba miedo ahí si es como más atacadores, [se le decía al actor armado]: -nosotros estamos trabajando sirviéndole a la comunidad, y a ustedes cuando necesitan (...) como era el jefe del grupo pues me tocaba enfrentar y yo ya había tenido experiencias con ellos, ya no estaba muy achicopalado. Entonces, ya llegué yo allá, y les digo: - estamos haciendo esto, (...) y aquello, si tienen alguna persona con fiebre, escalofríos, que son síntomas de la malaria, nosotros les podemos prestar servicio a todos los campesinos y a ustedes también si lo necesitan (...) Entonces ya pregunté yo: -¿cuál es el jefe de ustedes?, ¿quién dirige el grupo? Hasta eso me arriesgué yo, que carajos hay que tratarlos así. Ya se levantó uno y dijo: -¿y qué se le ofrece?; le dije: - vea a nosotros se nos ofrece una cosa, necesitamos ingresar hacia el fondo de la selva, donde hay otras veredas que ustedes conocen y hay mucha población que esta desprotegida “. (p6, exSEM)*

El establecimiento de estos diálogos les permitió el consenso para penetrar zonas rurales que estaban bajo el control de la guerrilla; pactar días y horas en que se realizaría la jornada de salud, todo esto era “autorizado” por quien detentaba el control. De esta manera, se logró que con el paso del tiempo se permitiera un tránsito más fluido a los territorios, una disminución de los filtros para el acceso y un trato menos brutal. No obstante los acuerdos, solo se les permitía entrar a estas zonas a aquellos trabajadores que los habían establecido u a otros profesionales definidos.

*“Yo alcancé a llegar a dos (miembros de grupo armado) explicándoles e inclusive les hablaba de los recursos, que era lo que nosotros pretendíamos, o sea llevar todos esos recursos hacia allá a esa población que llevaba más de siete años sin servicio de salud, entonces era una población que estaba totalmente abandonada”. (P2, administrador)*

Esta forma de respuesta surgía del interés de los prestadores del servicio de salud de cubrir la demanda de poblaciones alejadas de los centros urbanos, a pesar del poco o nulo apoyo que referían por parte de las autoridades regionales y de la gerencia de los hospitales.

*“Entonces yo llamé al hospital, llamé al administrador, llamé al gerente y les dije porque no vienen y me colaboran, y nadie quería meterse para allá”. (P2, administrador)*

### **Formación del personal y de miembros de las comunidades**

Para algunos trabajadores se trataba de la concesión de “permisos” con límite de horario y de las zonas a las que se podía acceder e incluso del personal que llevaría a cabo las acciones. En esta medida, solo el que se consideraba personal de confianza podía entrar a ciertas zonas. Por lo que en el marco de los diálogos se consideró el entrenamiento al personal conocido de los grupos armados para que pudieran realizar actividades adicionales a las de su labor habitual o competencia, como vacunación o diagnóstico de algunas patologías. El personal del Servicio de Erradicación de la Malaria, en el Putumayo, por ejemplo, gozaba de cierta aceptación y confianza por parte de estos grupos, por tal motivo fueron entrenados en otras acciones, como vacunación. Personal voluntario de la misma comunidad también era entrenado para la ejecución de determinadas actividades.

*“[a] unos compañeros [malarios] los capacitaron en vacunación, bien capacitaditos en esto en aquello los supervisaban, les llegaban a ellos y presentaban sus informes, pero era muy pocos los que desempeñaban esa actividad también”. (P6, exSEM)*

En esa medida, se fortalecieron los esquemas de capacitación del personal médico del área rural con el fin de dar cobertura de salud en esas zonas, puesto que en muchas ocasiones existían prohibiciones al acceso. Incluso, fueron capacitados en la detección de enfermedades como la malaria y dotados con el material necesario, como microscopios.

Otra meta al penetrar las zonas veredales, era establecer lugares de control de algunos eventos, lo cual se hacía mediante el entrenamiento a personal comunitario, denominado voluntario encargado. A esta figura le era encargado el puesto de salud y se le capacitaba para tomar muestras, pero no podían entregar medicamentos.

*“Tomen la muestra de sangre, la gótica en una lámina porta objetos, y nos la guardan. Y ese fue el sistema, seguimos nosotros y les dejábamos los medicamentos, -pero estos medicamentos si no los vayan a desperdiciar, den tal dosis-, les dejábamos una cartillita, todo bien explicadito allá. [Posteriormente] nosotros también optamos por cambiar de estrategia, ya no les dejábamos su profiláctico clínico, sino que le dejábamos un tratamiento radical completo”. (p6, exSEM)*

Frente al ingreso de personal sanitario nuevo, los actores armados presentaban resistencia. Su temor a ser infiltrados o perder el control



Se fortalecieron los esquemas de capacitación del personal médico del área rural con el fin de dar cobertura de salud en esas zonas

del territorio los llevaba a prohibir el acceso a ciertos lugares. La respuesta a la reticencia de aceptar nuevo personal se sorteaba mediante el diálogo. La persona que reconocía el actor armado, o como se autodenomina el personal sanitario “los veteranos”, tomaba la vocería con el objetivo de presentar, a quien controlara la zona, el personal nuevo.

*“Vea, el servicio de radicación de la malaria piensa mandar dos muchachos que se llaman tal y tal, llevamos todas las referencias de ellos, entonces ellos investigaban y al cabo de un tiempo decían: -sí pueden entrar-, pero que vamos a llegar nosotros a llegar a meter un nuevo allá que no ha sido de los de históricamente que bajaban, era un peligro, nos regresaban a todos (...) pues nosotros, que éramos veteranos, teníamos unas áreas limitadas, pero el personal de salud de los hospitales o de los centros de salud no podían ingresar. Hubo un tiempo en que nada, nadie podía ir en brigada, o si iban en brigada tenían que haber con anterioridad hecho la compañía allá con gente veterana, pa´ que les dijeran: -acá va a venir fulano, fulano, zutano, es negro, es blanco”. (P6, exSEM)*

La concesión de permisos fue aprovechada para organizar jornadas de salud que abarcaran diversos temas. Estas actividades se organizaban en concordancia con los permisos que se concedía e incluyó el control de eventos como la malaria.



*“Más que todo se utilizaba las jornadas de salud. En Valledupar, en la Secretaria, había una unidad médica odontológica y entonces se programaban y ellos traían medicamentos, vamos a estar en tal parte y se avisaba con tiempo, llevábamos carpas y se hacía la atención con medicamentos, con todo, con médico, nosotros tratábamos de abarcar la mayor cantidad de cosas en una jornada de esas para no tener así que dejar pendiente por ahí (...), y se atendía más que todo en campaña (...), se hacía el recorrido corregimiento por corregimiento para hacer la atención, como ya estaba corregimientos estipulados muchos días atrás, que en tal día tocaba en tal parte, entonces el día que iba se aprovechaba”. (C3, ingeniero)*

La agencia de los individuos, este “poder de acción”, aparece frente a la contingencia de los impactos del conflicto armado, que se convirtieron en un evento inesperado no solo para las poblaciones afectadas sino para el gobierno y el Estado, y esto se expresó en acciones que no eran suficientes para disminuir las afectaciones.

*“(…) ni siquiera el gobierno, mucho menos el municipio estaba preparado para eso (...), ni los prestadores de servicio tampoco, ni las EPS, ni las IPS públicas y privadas”. (b1, Administrador)*

Las autoridades locales se vieron en la necesidad de adelantar acciones que en muchas ocasiones no correspondían con la política nacional y obedecían al ajuste ante la nueva situación. Es el caso de la negociación de recursos con los agentes armados, según lo expresado por el personal entrevistado.

*“(…) en la parte del uso de los recursos, que también digamos tenía que ser negociado al menos en los municipios de más presencia tanto paramilitar como guerrillera, tenían que ser negociados en muchos casos con los actores armados”. (bo2, médico)*

### ***Atención preferencial a pobladores de zonas rurales y aprovechamiento de las visitas a las instituciones de salud***

Frente al aislamiento y confinamiento de la población en zonas rurales con ocasión del conflicto, se desarrollaron, en algunos lugares, estrategias de atención preferencial, que consistía en dejar un espacio en las agendas para atención exclusiva a esta población. Así lo narran en el caso del municipio de San Jacinto:

*“Aquí viene un personal de cualquier vereda y a ellos hay que atenderlos inmediatamente (...) dejamos un número estipulado de citas para ellos, pero si se pasaron hay que atenderlos, no podemos esperar que se vayan sin la atención porque ellos vienen para eso”. (b1, Administrador)*

Esta estrategia de atención obedece a una forma de suplir la demanda de servicios para dichas comunidades. En el contexto actual, se ha reactivado la atención extramural debido a la disminución de actores armados y el aumento del pie de fuerza.



Más allá de atender las causas de la población que lograba llegar hasta el centro de salud, el personal sanitario les prestaba otros servicios. De esta manera, la comunidad que tenía pocas oportunidades de llegar a las instituciones recibía vacunación u otras actividades de promoción y prevención.

*“(...) en algunas ocasiones nosotros a los que podían salir los captábamos en el hospital, algunas vacunadoras ya sabían - bueno vienen de El Placer, vienen de El Gallinazo, viene de Las Toldas de donde sea, entonces ellas con la jefe, la de P y P [Promoción y Prevención] decía, este niño viene de tal parte allá no podemos entrar, aprovechémoslo”. (P2, administrador)*

### **Puestos centinelas**

En Putumayo, debido a la existencia de zonas con paso restringido por la guerrilla, el personal médico optó por instalar puestos centinela. La estrategia narrada por el personal de salud consistía en hacer cuñas radiales, volantes, y por medio del voz a voz, para informar a los pobladores acerca del puesto centinela y, así, no tuvieran que desplazarse hasta el centro de salud.

*“(...) nosotros aprendimos a manejar, porque eso corría por este lado, por el río Caquetá para bajo en el municipio de Guzmán eso era común, porque ellos tenían una área restringida, de esta línea para acá nadie pasa (...) entonces nosotros optamos por dejarles puestos centinela acá en la zona donde nosotros podíamos estar vigilando [en la zona se establecían auxiliares de salud porque] para dejar medicamentos o dejar bajo la responsabilidad de una persona campesina cualquiera, pues no era muy recomendable, entonces nosotros siempre optábamos por adiestrar a las auxiliares de salud que ya tenían pues su capacidad en eso y allí venían la gente de adentro de esas veredas de donde no podíamos ingresar nosotros y eso salvó muchas vidas, porque la gente venía de allá y llegaban y les tomaban la muestra y cuando ya el sistema de prueba rápida, entonces la auxiliar le hacía la prueba rápida ” (P6, exSEM)*

### **Apoyo de organizaciones internacionales**

La presencia de servicios de salud internacionales en algunos municipios permitía que la atención no se viera tan afectada. Estos esquemas se establecían bajo la orden de los actores armados, según lo narra el personal médico. Su presencia permitió que en algunas ocasiones los funcionarios locales lograran posicionar las necesidades de la población en la agenda de diferentes organizaciones internacionales, lo que resultaría en estrategias de atención local que, de manera conjunta, trabajan con protocolos internacionales. Estas acciones dieron a conocer la problemática nacional y logró incluirla en la agenda internacional, en procura de la defensa del derecho a la salud de la población colombiana afectada por el conflicto.

*“La atención en salud se vio fortalecida por organizaciones internacionales, los que atendían allí eran médicos del mundo, o sea el Estado como tal prácticamente ausente, pero entonces los*

*médicos internacionales, médicos del mundo, médicos sin fronteras eran los que hacían la cobertura en salud”. (Bo3, administrador)*

*“(…) que los de la Cruz Roja no que porque eso es gente infiltrada entonces si no quieren tener problemas, eran los Médicos sin Fronteras”. (P6, exSEM)*

### **Atención de emergencias a población desplazada**

En el desarrollo de la respuesta nacional, ya para el año 2004, se crearon formas de atención de emergencia como las estipuladas para población desplazada, esto se tradujo en recursos adicionales que debían ser distribuidos por las autoridades territoriales para esto se organizaron protocolos específicos.

*“Cuando las autoridades territoriales recibían los recursos adicionales no tenían muy claro en que utilizarlos, nosotros sacamos una cartilla (...) donde estábamos dando alguna orientación (...) que reúne los elementos básicos para la atención a la población en desplazamiento para las autoridades territoriales que es la tercera edición (...), aquí ya estaban los elementos que estábamos dando para la atención diferencial, incluida por los indígenas que tuvieron su situación de desplazamiento, las responsabilidades de cada una de las entidades territoriales, qué debe hacer un alcalde, cómo atender a los niños y las niñas, como guía que le entregábamos a las autoridades territoriales para que pudieran asumir (...) una mejor respuesta a esas necesidades de atención a nuestra población en el marco del sistema de seguridad social en salud”. (Bo3, administrador)*

### **Los procesos de exigibilidad de derechos**

Las luchas sociales frente a órganos del Estado, la mayoría de estas organizadas por grupos de víctimas del conflicto armado, lograron el reconocimiento de autoridades nacionales y el impulso de organizaciones No Gubernamentales. La Sentencia T 025 de 2004 es un ejemplo de esto. Dicha sentencia declaró la existencia de un estado de cosas inconstitucional en materia de desplazamiento forzado y señaló que la vulneración de los derechos afectaba a buena parte de la población desplazada, en distintos lugares del territorio nacional y que las autoridades habían omitido adoptar los correctivos requeridos. De esta manera, la Corte Constitucional conminó a las autoridades nacionales y a las territoriales a que adoptaran los correctivos que permitieran superar ese estado de cosas. Así fue recordado por los entrevistados.

*“(…) la Corte en esos primeros planteamientos no veía mucho la responsabilidad de los territorios y fue un poco el proceso de trabajo con la Comisión de Seguimiento a la Sentencia, la que permitió entender que los gobernadores y los alcaldes tenían una corresponsabilidad en la ejecución”. (bo3, Administrador).*

### **Respuesta comunitaria**

A la par de la respuesta institucional se gestaron formas de respuesta

comunitaria, que nacieron del empoderamiento que desarrollaron los territorios. También, se lograron estrategias de fortalecimiento institucional ligadas al reconocimiento de la particularidad de las afectaciones territoriales gracias al diálogo y las exigencias de las comunidades. Se reconocieron estrategias ligadas a procesos de exigibilidad de derechos que, a través de distintos mecanismos, influyeron en decisiones de orden nacional con implicaciones para las administraciones locales. La intervención de la comunidad organizada sumada a actores que inspiraban confianza fue otra estrategia de iniciativa comunitaria que permitió la realización de las actividades por parte de los servicios de salud. Por otro lado, el uso de la medicina tradicional o del conocimiento popular fue una opción a la falta de atención de salud asociada a la dinámica del conflicto armado y acrecentada por las limitaciones propias del sistema de salud en las zonas de estudio. De la siguiente manera, la organización comunitaria acompañada de la colaboración de funcionarios de algunas entidades sirvió para solventar necesidades resultantes de hechos ligados al conflicto armado.

### ***El uso de la medicina tradicional***

O “popular”, se constituyó en una importante estrategia para suplir ciertas necesidades en salud. Para muchas comunidades, esto hacía parte de sus costumbres; otros optaron por recurrir al voz a voz o conocimiento popular. Para la comunidad era necesario responder a las necesidades de su bienestar y por esto recurrían a los lazos comunitarios en busca de consejos empíricos.

*“(…) si le dolía la cabeza y no había que tomar entonces ya usted (...), pues como no había tanta accesibilidad, que un médico fuera a esa vereda, ya la gente misma se iba preparando con hierbas y etc.”. (p8, biselador)*

Esta dinámica, consecuencia de las prohibiciones de acceso establecidas por los actores armados, fue narrada por el personal médico.

*“Había personas que se tenían que defender como fueran con las hierbitas en la casa, porque definitivamente eran momentos difíciles y era través de permisos [la consecución de medicamentos y la atención en salud]”. (c5, trabajadora social)*

### ***Trabajo comunitario***

Ante los efectos del conflicto, como el desplazamiento y las limitaciones de las entidades locales para suplir necesidades de distinto orden, la comunidad se organizó con el propósito de realizar labores que permitieran suplir algunas de sus necesidades básicas en términos de mejora de sus condiciones de vida. Actividades de saneamiento básico, por ejemplo, fueron realizadas por grupos de la comunidad organizada con apoyo de funcionarios de entidades públicas locales. Algunas de las estrategias de adaptación permitieron que la respuesta fuese acorde a las necesidades particulares de la población, y que se aprovecharán de manera eficiente los recursos con que contaban.

*“ [El conflicto armado derivaba exigencias para] vivienda, hacia servicios públicos, hacia salud, nadie estaba preparado y la inversión en infraestructura tampoco era muy rápida (...) toda esa parte genera unos tiempos que no permite una respuesta inmediata (...), buscar que la misma comunidad se organizara para que manejara esos desechos de una forma más adecuada sin esperar que llegue una empresa a recoger, o sea se da toda la educación y toda la formación, pero muy complicado que asimilara tan rápido” (bo3, Administrador).*

A pesar de las respuestas institucionales que se gestionaron, hubo algunos casos de respuesta comunitaria que no dieron resultados para su bienestar, condicionados por temas de clandestinidad y ocultamiento asociados a razones personales o al mismo conflicto armado.

*“(...) yo decía que ellas se volvieron expertas en practicarse abortos, ya ellas no consultaban a nadie (...), pero es que era todo, era la edad de ella, la persona que la embarazó, la condición del papá y de la mamá, era todo, era un círculo de miedo de temor (...) la tenían ahí en una finquita y entonces una señora de esas comadronas que habían antes, fue la señora que contactaron, ella empezó hacerle cosas, a darle tomas, bebedizos y esas cosas, pero eso no era de su competencia, era de médicos, pero cuando la sacaron de ahí ya estaba [muerta]”. (c1, Promotora)*



# Conclusiones y recomendaciones

Las experiencias vividas por el personal sanitario en los municipios que formaron parte de este estudio exploratorio permitieron profundizar en los efectos del conflicto armado en Colombia sobre los servicios de salud, los mecanismos a través de los cuales se produjeron, el contexto y las estrategias para afrontarlos. Pero más allá de esto, escuchar y analizar estos relatos, acercó al equipo de manera más directa con la barbarie que ha significado el conflicto armado para las poblaciones más afectadas por este. Indagar sobre los impactos del conflicto en los servicios de salud propició la comprensión sobre los posibles efectos en la salud y calidad de vida tanto de los trabajadores como de la población. En esta medida, la limitación que impone el espacio y el objetivo del análisis, así como las limitaciones propias de las palabras, impiden poner de manifiesto el profundo drama vivido por causa del conflicto en estas poblaciones. Todavía hay cosas que “no tienen nombre”.

Sin embargo, este análisis permitió establecer unos efectos sobre dimensiones particulares de los servicios de salud. Las estrategias, intereses, motivaciones de los actores armados, así como los elementos estructurales y simbólicos que favorecieron que estos efectos se produjeran, emergieron en el análisis como parte del contexto. Por otro lado, trabajadores locales y la comunidad, como agentes capaces de transformación, dieron respuesta a las dinámicas de confrontación con el fin de poder prestar los servicios y proteger la salud de la comunidad.

En relación con los efectos en los servicios de salud, interés central de este análisis, estos se concentraron en cuatro aspectos: unos efectos sobre los trabajadores de salud, la organización de los servicios de salud y las actividades sanitarias y el consecuente incremento de desenlaces en salud específicos. En general, aunque son dimensiones evidenciadas en los estudios internacionales sobre los impactos de las guerras en la salud pública, los casos estudiados configuran unas particularidades relacionadas con la dinámica propia del conflicto armado en Colombia. La larga duración del conflicto armado, la multiplicidad de actores, las diversas y atroces modalidades de violencia en conjunto con una débil presencia institucional, se traducen en condiciones precarias de vida de los pobladores de las zonas y forman un agregado complejo de elementos contextuales donde se gestaron una diversidad de efectos sobre los servicios de salud y la salud de las comunidades.

Ante la dramática situación, tanto trabajadores de la salud como comunidad con una enorme capacidad de resistencia recurrieron a diversas estrategias para llevar a cabo su labor y proteger la salud. Estas iniciativas estuvieron centradas en el establecimiento de diálogos con los actores armados para que permitieran la realización de las actividades, especialmente las de salud pública.

Otras estrategias resultaron del valor, compromiso y creatividad del personal sanitario, así se optó por la instalación de puesto centinelas, el entrenamiento, a personal con aceptación para ingresar a zonas vedadas por los grupos armados, en la realización de actividades no precisamente relacionadas con su labor, la priorización de la atención para miembros de las comunidades con menor acceso a servicios de salud por aspectos relacionados con el conflicto armado, las propias luchas de la comunidad en términos de exigencias de derechos que repercutieron en obligaciones para las entidades del orden nacional y local. Además, el aprovechamiento de los conocimientos ancestrales y de los lazos comunitarios en la atención de sus necesidades en salud fueron parte de la respuesta ante los diversos efectos del conflicto armado sobre los servicios de salud.

En el momento de la realización de las entrevistas, finales de 2017, la esperanza de una vida en paz era abrigada por la mayoría de los entrevistados, aunque para algunos otros el olvido del Estado no marcaba un buen precedente. Algunos percibían un aumento de la delincuencia común, con jóvenes involucrados, posiblemente asociado a efectos del conflicto. Pero en general, se percibía una mejoría en la situación, la posibilidad de moverse libremente por el territorio, mayor seguridad y prestación de servicios de salud en zonas rurales, no obstante, las debilidades del sistema y, en general, de la prestación de otros servicios públicos.

En este sentido, las menciones al mejoramiento de la situación fueron recurrentes, pues la disminución del conflicto permitió que las personas se pudieran mover por el territorio de forma mucho más libre, empezar a vivir sin zozobra y al mismo tiempo la entrada de los equipos médicos y brigadas de salud a las diferentes zonas del territorio, especialmente a algunas de ellas vedadas anteriormente

*“Bueno las brigadas en ese entonces no se hacían, o sea, no podíamos entrar a los corregimientos porque se nos dificultaba por la violencia, ahora con la seguridad que está en el país sí se nos ha facilitado, nuevamente se han reactivado de manera más permanente, más constante, y ya pueden venir profesionales de otras entidades a la atención. Entonces yo creo que en eso sí se ha mejorado y tenemos como más facilidad de entrar, tenemos como más confianza para ir en este momento. Yo creo que en eso sí hemos mejorado bastante y es por eso que ya hay población que está más contenta con la prestación de los servicios sobre todo en estos municipios donde hubo pues conflicto”. (Entrevista B1, administrador)*

Esto permite entender que la inexistencia del conflicto armado mejora las condiciones de vida de la población y posibilita la prestación de distintos tipos de servicios sociales, como el de la salud, es decir, permite avanzar en la garantía de derechos y en la de una vida digna y en paz. De ahí que profundizar la construcción de paz territorial sea crucial para dejar atrás el terror y permitir el desarrollo de las comunidades y la reconstrucción del tejido social. El sector salud tiene un papel decisivo en la construcción de paz. La iniciativa que se gestó en el marco de los conflictos centroamericanos con el liderazgo de la Organización Panamericana de Salud, “la salud un puente para la paz” brinda elementos que pueden contribuir en los procesos de construcción de paz en escenarios de posconflicto y conflicto.

La salud un puente para la paz es un concepto multidisciplinar y dinámico que implica proporcionar una estructura política y de planificación para fortalecer el sector salud en las áreas que, afectadas por el conflicto, entran en una transición posconflicto. Este no provee fórmulas estándar, trata de mejorar las capacidades de los profesionales de la salud que permitan identificar y adaptar estrategias y acciones más convenientes en cada escenario específico (1). Se trata de una iniciativa, entre muchas otras, que han sido consideradas en el contexto de los conflictos en América Latina y el Caribe.



Este análisis evidencia que la salud es esencial para construir la paz y la paz es esencial para tener salud, o retomando las palabras del profesor Saúl Franco: “Necesitamos la paz para poder tener salud. Necesitamos salud para poder vivir en paz” (2).

Esto tiene unas implicaciones concretas: los servicios de salud, centro de este análisis, no pueden funcionar adecuadamente en escenarios de conflicto armado, muchos menos si no se respetan los principios del Derecho Internacional Humanitario, y en escenarios donde no hay salud y una débil presencia del Estado no es posible vivir en paz, esto exacerba el conflicto y sus efectos sobre las poblaciones.

Este estudio exploratorio enriquece el conocimiento sobre los efectos del conflicto armado en los servicios de salud, desde la mirada de personal sanitario en zonas con alta intensidad del conflicto armado. Aún se requieren esfuerzos en esta vía, pues se requiere mayor comprensión que permita establecer los mecanismos necesarios para garantizar el derecho a la salud en las poblaciones donde el conflicto continúa instalado y actuar sobre aquellos “saldos rojos” que la guerra dejó, tanto en los territorios como en las víctimas directas. La población afectada incluye al personal sanitario, que ha puesto en riesgo su propia vida e integridad para proteger y brindar asistencia a pobladores de estas zonas.

Las recomendaciones que se brindarán a continuación están en estas dos vías, con la consideración de que no existen fórmulas únicas y que el alcance de este estudio exploratorio es limitado en términos de ofrecer intervenciones concretas. Existen experiencias, trabajos, recomendaciones internacionales en las que las sugerencias de este estudio se apoyan. No obstante, es claro que la principal recomendación es avanzar en la construcción de paz, esto implica no solo la implementación de los acuerdos de la Habana, si no seguir actuando sobre las causas estructurales y simbólicas de la violencia.

## **Recomendaciones**

Teniendo en cuenta que en la actualidad existen zonas donde se vive en medio de la violencia, en el contexto de una reconfiguración del conflicto armado, que tiene como uno de los efectos más evidentes el asesinato de líderes sociales y donde situaciones como las señaladas en este análisis (confinamiento, desplazamientos, infracciones a la misión médica, etc.) se siguen presentando, como lo ha documentado la prensa nacional y organismos internacionales, es necesario:

- Desplegar los mecanismos dispuestos en el Derecho Internacional Humanitario (DIH) para la protección de la misión y médica y de los civiles no combatientes y permitir el funcionamiento de los servicios de salud tanto asistenciales como preventivos.
- Implementar de manera plena los acuerdos de la Habana, que permitan el mejoramiento de la nutrición en el campo, la prevención del consumo de drogas, la salud mental y la atención en salud en las zonas más afectadas por el conflicto armado. Es necesario avanzar en la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, en cuya consolidación es vital la participación amplia y autónoma de la comunidad.
- Fortalecer la presencia real del conjunto del Estado en estas zonas. Esto significa garantizar condiciones para el desarrollo autónomo de las mismas a través de la garantía de servicios básicos (salud, educación, vivienda, saneamiento, entre otros).
- Fortalecer el programa de Atención Psicosocial a Víctimas de conflicto Armado (PAPSIVI) tanto en su cobertura como en su integralidad para dar una respuesta adecuada a las necesidades de las víctimas directas e indirectas del conflicto armado.
- Avanzar en los procesos de educación para la paz.
- Hacer un reconocimiento claro del personal sanitario víctima del conflicto armado en aras de la recuperación de la verdad, la memoria y la integridad.
- Propender por el establecimiento de condiciones seguras en el marco de la prestación de los servicios de salud y las labores humanitarias, entendiendo que las convenciones de Ginebra no rigen únicamente para los gobiernos, sino también obligan a los grupos armados. En este sentido, los organismos internacionales humanitarios son un mecanismo importante.
- Mejorar los métodos para recolectar datos sobre la violencia dirigida contra el personal y la infraestructura sanitaria, así como las acciones contra la población que impiden el acceso a la salud y las actividades de salud pública.
- Fortalecer los mecanismos de control sobre el uso de los recursos de salud y discutir sobre la necesidad de revisar la normatividad que convierte al sistema de salud en un escenario proclive a la corrupción.

## Referencias

1. Levy S & Sidel V. War and Public Health: An Overview. In: War and Public Health. 2008. p. 486.
2. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2003;(588).
3. Stephenson J. Health in Iraq. *Jama*. 2007;297(19):2069.
4. Programa de protección a la misión médica en situaciones de conflicto. Material de referencia. Cruz Roja Colombiana. 2002. 50 p.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de Misión Médica. 2012.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de la Misión Médica. 2004. 72 p.
7. Comité Internacional de la Cruz Roja. Informe 2009 Colombia. Bogotá D.C; 2009. p. 69.
8. Cruz Roja Internacional. Informe 2010 Colombia. 2010. p. 80.
9. Comité Internacional de la Cruz Roja. Situación Humanitaria Informe de actividades Colombia 2012. 2012;90.
10. Comité Internacion de la Cruz Roja. Clombia: Situación humanitaria. Bogotá D.C; 2014. p. 64.
11. Comité Internacional de la Cruz Roja. Colombia: Situación humanitaria. 2015. p. 31.
12. Comité Internacion de la Cruz Roja. SITUACIÓN HUMANITARIA RETOS HUMANITARIOS 2017. Bogotá D.C; 2017. p. 39.
13. Centro Nacional de Memoria Histórica. Bases de datos de víctimas de asesinatos selectivos [Internet]. 2019. Available from: <http://centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/bases-de-datos/>
14. Escuela Nacional Sindical. Cuando lo imposible en términos jurídicos se hace posible en términos políticos. Informe sobre violaciones de derechos humanos de los sindicalistas colombianos. Cuaderno de Derechos Humanos. 2004;(14):94.
15. Escuela Nacional Sindical. la guerra atrae a quienes no la hna vivido. Informe de derechos humanos de trabajadores-sindicalizadoscolombianos en el-año 2002. Cuaderno-de-Derechos-Humanos No 13. 2003;
16. Escuela Nacional Sindical. Y un grito de muerte desgarró el encantamiento ... Cuaderno de Derechos Humanos. Cuaderno de Derechos Humanos. 2006;(18).
17. Rosado J, Correa G, Alzate B. Y vienen las sombras que ya tienen nombre ... y vienen los perdonadores. Informe sobre los derechos humanos de los y las sindicalistas colombianos en el años 2005. 2006;
18. Escuela Nacional Sindical. Informe de violaciones a la vida, libertad e integridad de las y los sindicalistas en Colombia durante el 2008 y situación de impunidad de las violaciones en el periodo 1986-2009. Cuaderno de derechos Humanos No. 2009;(21).
19. Escuela Nacional Sindical. Que os duelan las sangres ignoradas. Informes sobre violacione de los derechos humanos de los y las sindicalisras y la situación de impunidad 2009-2010 y 2002-2010. Cuaderno de Derechos Humanos. 2010;(22):2009-10.
20. Escuela Nacional Sindical. Voces que no callan. Informe sobre violaciones a los derechos humanos de los y las sindicalistas y la situación de impunidad, 2010-2015. Cuaderno de Derechos Humanos. 2015;(24):2010-5.
21. Franco S, Báez LC. Las infracciones a la misión médica en Colombia: un tema olvidado. In: Forensis: Datos para la vida. Bogotá D.C; 2007. p. 333-43.
22. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia Os efeitos do conflito armado sobre a vida e a saúde na Colômbia. *Cien Saude Colet*. 2006;11(2):349-61.
23. Rutas del conflicto. Masacre de las Palmas (Bolívar).
24. Centro Nacional de Memoria Histórica. Tierras: Blance de la contribución del CNMH al esclarecimiento histórico. Bogotá D.C; 2018. 128 p.
25. Grupo de Memoria Histórica. La tierra en disputa. Memorias del despojo y resistencia campesinas en la costa caribe 1960-2010. Taurus y Fundación Semana, editor. 2010. 527 p.
26. Gobernación del Cesar. Análisis cartográfico del posconflicto en el departamento del Cesar: Reintegración, Reincorporación de Ex combatientes y Prevención de Riesgos de violencia. 2017. 67 p.
27. Centro Nacional de Memoria Histórica. La maldita tierra: Guerrilla, Paramilitares, Mineras y Conflicto Armado en el Departamento del Cesar [Internet]. 2016. 142 p. Available from: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/informes/informes-2016/la-maldita-tierra>
28. Moor M, Van de Sandt J. El lado oscuro del carbón: la violencia paramilitar en la zona minera del Cesar, Colombia. PAX, editor. 2014. 74 p.
29. Unidad de Restitución de Tierras. Estadísticas Solicitudes Restitución Discriminadas Municipios [Internet]. 2019. Available from: <https://www.datos.gov.co/Agricultura-y-Desarrollo-Rural/Estad-sticas-Solicitudes-Restituci-n-Discriminadas/s87b-tjcc>
30. Rutas del Conflicto. Rutas del Conflicto [Internet]. 2019. Available from: <https://rutasdelconflicto.com/masacres/media-luna>
31. Centro Nacional de Memoria Histórica. El placer, mujeres coca y guerra en el bajo Putumayo. 2012. 194 p.
32. Centro Nacional de Memoria Histórica. Petróleo, coca, despojo territorial y organización social en Putumayo. 2015. 310 p.

33. Centro Nacional de Memoria Histórica. No Title [Internet]. 2018. Available from: [www.centrodememoriahistorica.gov.co/de/noticias/noticias-cmh/262-197-muertos-dejo-el-conflicto-armado](http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/de/noticias/noticias-cmh/262-197-muertos-dejo-el-conflicto-armado)
34. Grupo de Memoria Histórica. ¡ Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Centro Nacional de Memoria Histórica, editor. Bogota D.C; 2013.
35. Escuela Nacional Sindical Comisión Colombiana de Juristas. Imperceptiblemente nos encerraron: Exclusión del sindicalismo y lógicas de la violencia antisindical en Colombia 1979-2010. Bogota D.C; 2012.
36. Escuela Nacional Sindical. Cuaderno de Derechos Humanos. La paz se construye con garantías para la libertad sindical Informe sobre violaciones a los derechos humanos de los y las sindicalistas en Colombia, 2016-2018. Bogota D.C; 2018. 102 p.
37. Urrego-Mendoza DZ, Quintero-Mejía M. Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv.* 2015;13(2):837-49.
38. Romero M, Olaya A, Pedraza H. Privatización, paramilitares y políticos: el robo de los recursos de la salud en la costa caribe. In: Romero M, editor. *La economía de los paramilitares.* Bogota D.C; 2011.
39. Forero Forero JE. Economía política del paramilitarismo colombiano: capital y coerción en el régimen de acumulación flexible periférico. 2011;101. Available from: [www.abayala.org](http://www.abayala.org)
40. Trejos LF, Guzman J. Clientelismo armado en el Caribe colombiano por medio de la Reconfiguración cooptada del Estado. *Justicia.* 2018;23(34):555-78.
41. Centro Nacional de Memoria Histórica. No Title [Internet]. Observatorio de memoria y conflicto. 20020. Available from: <http://centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/bases-de-datos/>
42. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. El informe mundial sobre la violencia y la salud. Vol. 22, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C; 2003.
43. Instituto Nacional de Salud ON de S. Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico. 2017.
44. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implicatios for health and social well-being. *Soc Sci Med.* 2002;Social Sci(55):175-90.
45. Summerfield D. Conflict and health: War and mental health: A brief overview. *Br Med J.* 2000;321(7255):232-5.
46. Murray CJL, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed conflict as a public health problem. 2002;324(February):346-9.
47. Medellín Torres P, United Nations. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Social Development Division. La política de las políticas públicas : propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. 2004. 51 p.
48. Giddens A. La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2011. 401 p.
49. Rovere M. Salud, Puente para la paz. Catédra Manuel Ancizar. Universidad Nacional de Colombia, editor. 2011. 303-317 p.
50. Franco S. Salud para la paz y paz para la salud. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2015;14(29):5-8. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272015000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272015000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)