

Guerra y derecho a la salud en Colombia. El caso del Departamento de Nariño

Carlos Iván Pacheco Sánchez

Introducción

Colombia es el país del realismo mágico. Según los libros de historia somos la democracia más antigua de América Latina y el único país de Sudamérica con una dictadura muy corta que fue seguida por una alternancia en el poder por los partidos tradicionales durante 16 años. También somos el país con la guerrilla más antigua de América Latina y con la guerra más prolongada del continente¹. Por otro lado, ocupamos junto con Sudán los primeros lugares en desplazamiento interno forzado de personas. A pesar de esto, el gobierno actual sostiene que en Colombia no hay conflicto y que los desplazados son más bien migrantes económicos que están buscando un mejor bienestar en la ciudad.

En este, nuestro país, se realizó la reforma del sistema de salud en el año de 1993 que cambió un Sistema Nacional de Salud basado en subsidios a la oferta -asignando los recursos a las instituciones encargadas de la atención, como hospitales y clínicas- a un sistema de subsidios a la demanda -

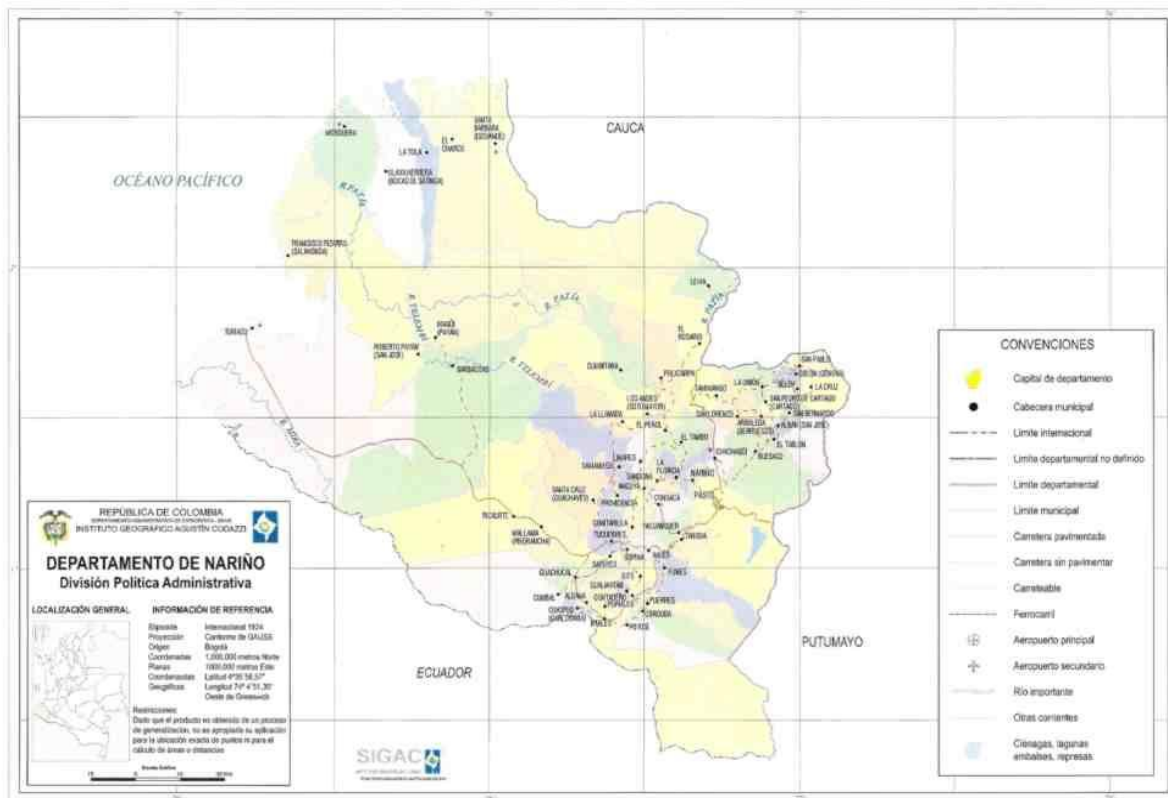
Carlos Iván Pacheco Sánchez. Médico especialista en epidemiología, candidato a doctor en sociología, Universidad de Barcelona. Investigador líder del Centro de Investigaciones en Sociedad Salud y Cultura de la Asociación Turmequé y del Grupo de investigación COPOLIS del Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona - España. Miembro del equipo de *Le Monde Diplomatique* edición Colombia.

¹ Desde la guerra de los mil días, a principios del siglo XX, el país siempre ha sufrido conflictos intermitentes, el último de ellos desde 1948 cuando fue asesinado Jorge Eliecer Gaitán, líder populista liberal, hecho que dio comienzo al exterminio de las bases del Partido Liberal y fue el escenario en que surgieron las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC).

asignando el presupuesto a través de un subsidio individual a las personas- administrado por empresas privadas de aseguramiento, llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS). Este cambio se preparó primero desde la batalla de las ideas, las agencias multilaterales, como el Banco Mundial tomaron el liderazgo e impulsaron reformas del sector salud en América Latina y el mundo basados en el marco del pluralismo estructurado que propugna un mercado regulado de la salud, donde lo fundamental es una nueva concepción que la concibe ya no como un derecho, sino como un bien transable en las reglas del mercado, en donde tienen cabida los capitales nacionales y transnacionales y el estado juega un papel regulador. Se constituyó entonces un sistema de aseguramiento a cargo de empresas privadas, las EPS, que tienen como papel administrar los dineros aportados por los trabajadores o los subsidios asignados por el estado a los más pobres.

Aunque la Constitución de Colombia concibe la salud como un derecho fundamental, éste fue interpretado y transformado por las aseguradoras y el gobierno que las vigila en un bien transable que reducido a un servicio de carácter individual, se negocia entre agentes económicos. El derecho terminó siendo defendido por las personas a través de la acción de tutela, que vía conexidad con el derecho a la vida fue proporcionando evidencias cada vez mayores de la falta de garantía del derecho a la salud en todo el territorio nacional.²

² La investigación de tutela en salud de la Defensoría del Pueblo que arrojó un resultado impactante, revelando que en el país se presentan 60,000 tutelas en salud anuales. La mayoría de acciones de tutela fueron interpuestas por negación de servicios, por falta de oportunidad en el tiempo para la atención y por la no entrega de medicamentos, aspectos del POS por el que las EPS reciben pago a través de la UPC; lo que



Fuente: Mapa de Departamento de Nariño, 2003. Instituto Geografía Agustín Codazzi, Republica de Colombia, Departamento de Administrativo de Estadística-DANE.

Quince años después de presentada e implementada la Ley 100 de Seguridad Social, la corte constitucional ha tenido que establecer de manera clara y contundente que la salud no es un mero servicio al vaivén del mercado, sino que se trata de un derecho fundamental y que sin ser absoluto “tiene un núcleo esencial que debe ser garantizado a todas las personas” (Corte Constitucional, Sentencia T – 760 de 2008). Sin embargo, a partir de allí han vuelto a surgir las voces empresariales de la salud, y sus ideólogos neoliberales y el mismo gobierno a insistir en la imposibilidad de hacer realidad el disfrute de la salud como derecho de todas las personas. Lógicamente, la garantía y la defensa del derecho a la salud se hacen mucho más complejas en los territorios y para las personas que están en contextos de guerra.

El caso del Departamento de Nariño y su zona fronteriza con Ecuador³

Para efectos de mostrar datos de la relación entre la guerra y la garantía del derecho a la salud, se toma el caso del Departamento de Nariño, específicamente su región fronteriza con Ecuador, en la que se concentra parte de la guerra que vive actualmente la población colombiana, y se hace énfasis en la población que se moviliza por efectos del conflicto armado.

Colombia y Ecuador comparten 585 kilómetros de frontera que tienen una historia conjunta, con poblaciones compartidas por integración espontánea transfronteriza y unas identidades comunes a ambos lados, que hacen que las líneas divisorias sean casi inexistentes. La zona de

evidencia la gran vulneración general del derecho a la salud que está ocurriendo en Colombia, con sus obvias consecuencias para la salud, la vida y la integridad de la población colombiana (Defensoría del Pueblo, 2007).

³ Partes del contenido teórico y de la revisión contextual de la frontera sur utilizadas en este apartado, fueron tomadas de un artículo periodístico, Edición 44, *Desde Abajo*, Colombia.

frontera es vivida como un territorio único que no responde a las necesidades de la política, sino a las de la vecindad, la convivencia y la economía regional. Este imaginario colectivo se refuerza por los ecosistemas comunes que también acompañan la historia y cultura común, diferenciando la frontera en tres ámbitos claros: el Pacífico, el Andino y el Amazónico.

Durante la mayor parte de su historia compartida, Colombia y Ecuador han mantenido una historia común de buena vecindad que se complejiza a partir de los años 90s porque a pesar del involucramiento de actores políticos y comerciales y de haber creado nuevos mecanismos binacionales de discusión, no se generó una mayor capacidad binacional de manejo de los asuntos transfronterizos comunes. Esta incapacidad hizo que la política fronteriza fuera sobredeterminada por razones internas de cada país y por dinámicas globales. Esto se expresa del lado colombiano en lo que algunos expertos han denominado la “securitización” de los temas fronterizos con la implementación del Plan Colombia y del Plan Patriota en la zona sur del país⁴. Del lado de Ecuador, los recurrentes cambios de gobierno, la protesta social, la inestabilidad institucional y los cambios políticos, incluyendo el cambio constitucional de los últimos años, han hecho que la política hacia Colombia se convierta en un tema crucial de la política interna. Por otra parte, los Estados Unidos, a través del Plan Colombia y de la Iniciativa Regional Andina, tratan de imponer su propia mirada y dinámica a las relaciones regionales⁵.

A partir del año 2000, con la centralidad de la seguridad por parte de los gobiernos colombianos, con el subsecuente fortalecimiento militar del

⁴ “Los departamentos de Nariño y putumayo han sido escenario de confrontación permanente entre fuerza pública colombiana, guerrilla y paramilitares. Allí se concentró la ayuda militar de Estados Unidos y las operaciones antinarcóticos inscritas en el Plan Colombia. Se intensificó la contraofensiva de las FARC con ataques a infraestructura energética, vial y petrolera, así como a puestos de policía y erradicadores manuales, generando un escalamiento del conflicto. Hay una creciente articulación entre grupos armados irregulares y estructuras del narcotráfico” (Ceballos, 2007: 182, 183)

⁵ Cfr. Ramírez, 2007.

estado, la aplicación del Plan Colombia y las disputas territoriales en áreas fronterizas entre guerrillas y paramilitares, se produce un aumento manifiesto del desplazamiento forzado y la búsqueda de refugio en países vecinos. De hecho: “entre los países colindantes con Colombia, Ecuador se ha convertido en los últimos años en el principal destino de colombianos que obtienen refugio y solicitan asilo”⁶.

Una de las características de Nariño y reconocida como principal fortaleza por el Plan de Desarrollo Departamental 2008 -2011 es la condición pluriétnica de sus pobladores: El 10.8% son indígenas,⁷ el 18.8% son afrodescendientes⁸ y el 70,4% son mestizos.^{9,10} En cuanto a pobreza, el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) Nariño tiene un promedio de 43.75%, en comparación con Colombia, con un 27.60%. La mayoría de municipios de frontera tienen NBI por encima del promedio nacional.¹¹ Con la medida del Índice de Condiciones de Vida (ICV), solamente Pasto, Ipiales y Tuquerres, de los municipios de la ZIF, tienen más de 67 puntos, lo que los coloca por arriba de la línea divisoria de la pobreza. Nariño, está lejos de alcanzar las metas del milenio en cuanto a los niveles de pobreza e

⁶ Ramírez, Socorro (Ed.) (2007). *Ecuador: Miradas binacionales*. Bogotá. Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia – IEPRI. p. 301.

⁷ La población indígena se asienta en 67 resguardos, en jurisdicción de 24 municipios. Los pueblos indígenas son los Pastos, Inga, Awa, Eperara – Siapidara, Cofán y Quillancingas.

⁸ La población afrodescendiente está asentada principalmente en Tumaco, Barbacoas, el Charco, La Tola, Magüí – Payán, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Roberto Payán, Santa Bárbara. También existen importantes asentamientos de comunidades negras en El Rosario, Cumbitara y Policarpa.

⁹ Gobernación de Nariño (2008). *Plan de Desarrollo 2008 – 2011: Adelante Nariño*. San Juan de Pasto, Gobernación de Nariño. p. 8.

¹⁰ Ver Mapa: Comunidades Étnicas. Departamento de Nariño.

¹¹ Entre ellos, llama la atención la situación de algunos que se ubican con los valores más altos de NBI del departamento: Barbacoas (73,55), Córdoba (71,94), Funes (68,68), Santacruz (67,98), Ricaurte (65,755). (PD Nariño 2008 – 2011: 133)

indigencia.¹² Un hecho que empeora la situación de la población nariñense es lo relacionado con la situación de la caída de las captadoras ilegales masivas de dinero en los primeros meses de 2009 –llamadas por algunos pirámides, hoy conocidas en el mundo por el caso Madoff– que como han mostrado los medios de comunicación y el mismo gobierno nacional, tenían entre sus usuarios una proporción importante de nariñenses de varios municipios.¹³ Es de esperar que esta situación de pérdida de recursos financieros por parte de varias familias nariñenses repercute en el corto y mediano plazo en las situaciones de vulnerabilidad y pobreza departamentales.

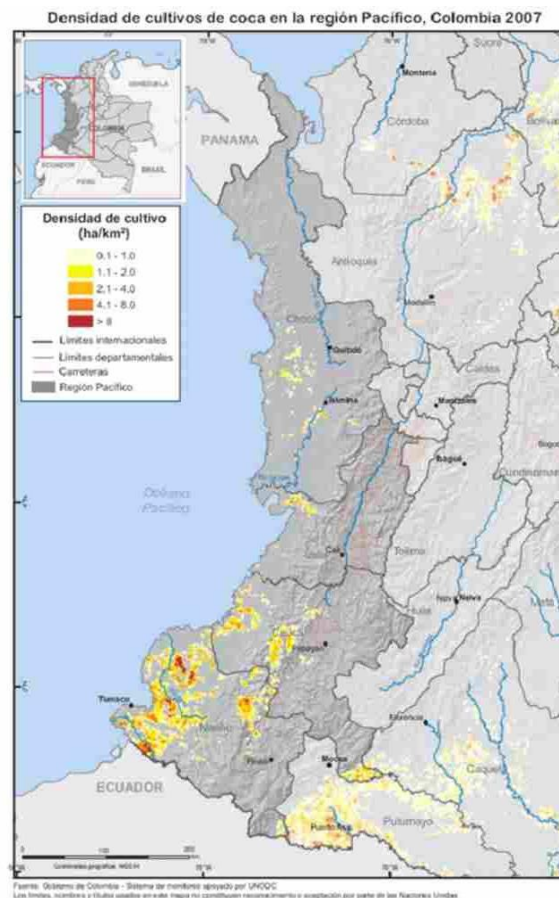
En los indicadores básicos de educación el Departamento de Nariño cuenta con un 83.7% de la población mayor de 5 años que sabe leer y escribir, comparado con el nivel nacional de un 88.3%. Sin embargo, nuevamente los municipios de frontera tienen porcentajes altos de analfabetismo. La asistencia escolar de la población nariñense de 3 a 17 años está por debajo del promedio para Colombia. El porcentaje de las personas con nivel educativo secundario y profesional también están por debajo del promedio Nacional.¹⁴

¹² A pesar de la mejoría en indicadores de NBI en los últimos 20 años, Nariño reporta para el 2005 un 64.4% de pobreza y un 23.7% de indigencia, lejos de los valores pactados en la metas del milenio de 28.5% y 8.8% respectivamente para el 2015 (PD Nariño 2008 – 2011:53)

¹³ Según entrevista reciente al gobernador de Nariño, afirma que el 50% de las familias había colocado dinero en las empresas captadoras masivas. Los ingresos del departamento han disminuido sustancialmente por esta crisis y se ponen en riesgo las finanzas del departamento, fundamentalmente las inversiones en salud y educación. Entrevista *Revista SEMANA*: noviembre 25 de 2008.

<http://www.semana.com/noticias-piramides/venta-trago-cayo-1500-13-millones-este-mes-narino/118084.aspx>

¹⁴ El 50.8% de la población residente en Nariño ha alcanzado el nivel de básica primaria y el 22.8% secundaria; el 4.3% el nivel profesional y el 0.8% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 13.1%. En Colombia, el 37.2% de la población ha alcanzado el nivel de básica primaria y el 31.7% secundaria; el 7.0% el profesional y el 1.3% ha



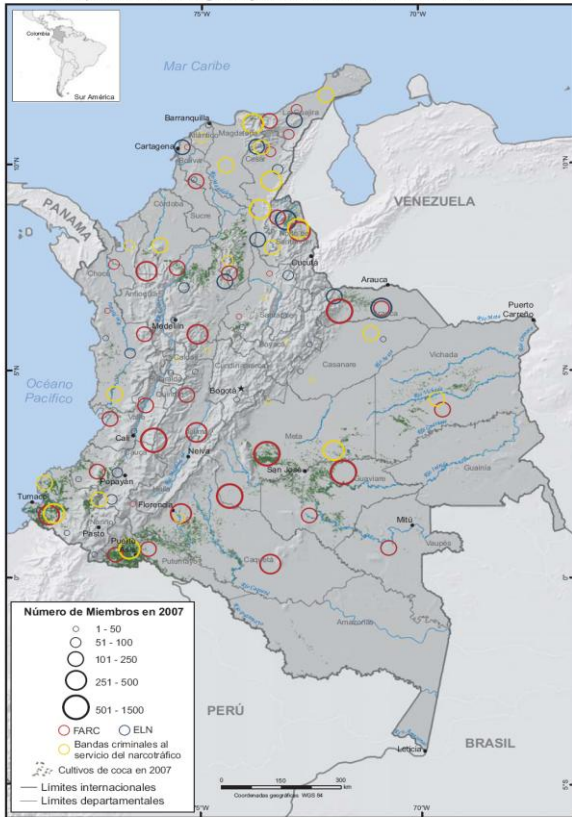
Fuente: Gobierno de Colombia, sistema de monitoreo por UNODC. Los límites, nombre y títulos usados en este mapa no constituyen reconocimiento o aceptación por parte de las Naciones Unidas.

En este contexto entre países, el Departamento de Nariño ha sufrido en los últimos años el impacto del conflicto armado interno colombiano. La focalización del Plan Colombia en el sur del país y principalmente en el Departamento del Putumayo, ha hecho que el conflicto se traslade al Departamento de Nariño, en el cual también “se notan los efectos de una creciente presencia e incidencia del narcotráfico”.¹⁵ Esta estrategia ha sido implementada desde 1999 cuando el estado colombiano, con apoyo del gobierno de Estados Unidos, inició operaciones militares y de erradicación forzada de cultivos de uso ilícito en zonas controladas por la insurgencia,

realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 10.5% (DANE, 2005).

¹⁵ Departamento de Nariño, *op. cit.*, p. 11.

Grupos armados ilegales y cultivos de coca en Colombia, 2007



Fuente: Gobierno de Colombia, sistema de monitoreo apoya por UNODC para cultivos ilícitos. Para número de miembros ministro defensa y OEA, los límites, nombre y títulos usados en este mapa no constituyen reconocimiento o aceptación por parte de las Naciones Unidas.

posteriormente disputadas por grupos paramilitares, en un pulso por ganar mayor control sobre el tráfico de narcóticos en la frontera sur. En sus inicios esta estrategia incluyó el plan piloto “empuje al sur del país”, que consistió en la fumigación intensiva de cultivos de uso ilícito y en la militarización con pie de fuerza, entrenado por tropas norteamericanas, en el Departamento del Putumayo en la frontera con Ecuador, donde se concentraba el 50% del área cultivada con coca en el país” (Ceballos, 2007, en: Ramírez, Socorro & César Montúfar op. cit., p. 176). Este proceso hizo que una parte importante de los cultivos y de los grupos armados legales e ilegales se trasladara al Departamento de Nariño, buscando también las rutas de salida de la producción del narcotráfico vía el Océano Pacífico y construyendo un sistema de movilidad circular entre personas desplazadas, asiladas, grupos armados legales e ilegales y trabajadores en los cultivos y producción de pasta

de coca. Las consecuencias negativas de este contexto se notan en el comportamiento de homicidios, cuyas tasas han estado por encima de las nacionales en los últimos tres años: 47.3 por 100,000 habitantes vs 38.1 en 2005; 56.0 vs 36.8 en 2006 y 49.9 vs 36.2 en 2007. En los municipios de frontera tenemos tasas del año 2007 que están muy por encima de la tasa nacional: Ricaurte con 64.04, Contadero con 118.92; Barbacoas con 113.6; Tumaco con 157,56.¹⁶

Año	Número	Tasa Nariño	Tasa nacional
2005	738	47.3	38.1
2006	874	56	36.8
2007	778	49.9	36.2

Fuente: Policía Nacional de Colombia (tasa *100.000 habitantes)

Por otro lado, en la participación del total nacional de cultivos de coca, Nariño ocupa el primer lugar en el país, alcanzando el 21% del total nacional en el año 2007 con 20.259 hectáreas, que equivalen a un incremento del 30% respecto del año 2006.¹⁷ Tumaco es el segundo municipio de Colombia con mayor área de cultivo, equivalente al 5.2% del total nacional.¹⁸

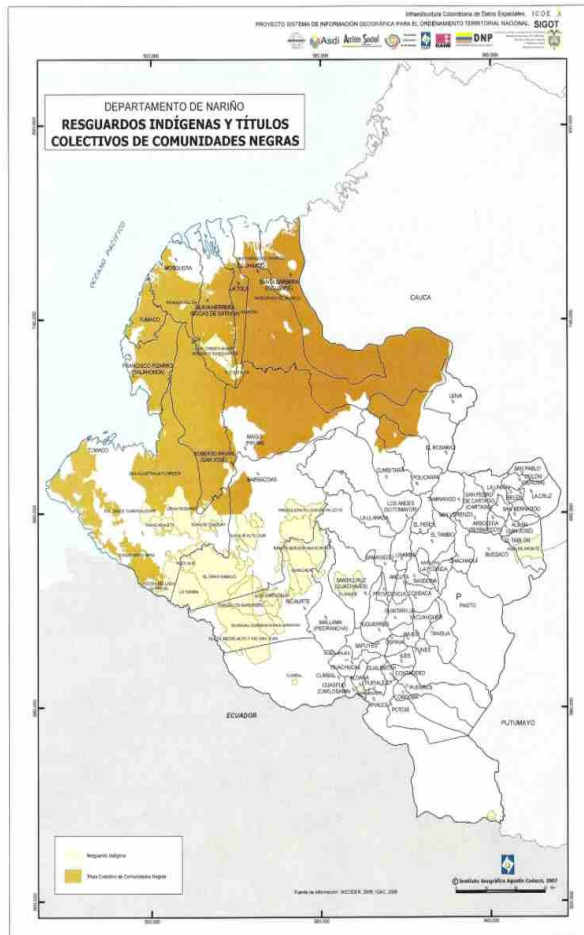
Los efectos del conflicto armado y de la mayor incidencia de economías ilegales también se notan en la dinámica de desplazamiento de personas que según las cifras de Acción Social Pasto, pasaron de 10,590 personas registradas en el año 2001 a 87,644 en 2007, lo que equivale al 5.55% del total de población departamental. El crecimiento del fenómeno entre 2006 y 2007 fue de un 51.54%, mientras en el país para el mismo periodo disminuyó en un 22.28%.¹⁹ Este crecimiento,

¹⁶ Departamento de Nariño, op. cit. p. 105.

¹⁷ Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). Colombia, Censo de Cultivos de Coca, junio de 2008. Bogotá. UNODC. p. 13.

¹⁸ UNODC. op.cit. p. 11.

¹⁹ Departamento de Nariño. op. cit. p. 24.



Fuente: Infraestructura Colombiana de Datos Espaciales, Proyecto Sistema de Información Geográfica para el ordenamiento territorial nacional, SIGOT, Departamento de Nariño, resguardos indígenas y títulos colectivos de comunidades negras.

sumado a la percepción de actores clave sobre que muchas personas no se registran, y a la guerra cruenta en pos de los territorios en disputa, hace pensar que el desplazamiento en Nariño podría alcanzar actualmente al 10% de su población, configurándose una situación humanitaria compleja en el departamento.²⁰

En un estudio realizado con datos del Sistema Único de Registro de Población Desplazada (SUR) –hoy Registro Único de Población Desplazada (RUPD)– entre los años 2000 y 2004 se encontró que al revisar los destinos de la población desplazada en Nariño, el 61% lo hacía a otros municipios del departamento, seguido por un

²⁰ Entrevista ACNUR Nariño.

21.9% que va a Valle, luego a Cauca con 10.8%, Bogotá con 1.9% y Putumayo con 1.5%. Al observar la procedencia de la población desplazada se observó que el 50.1% llegaron del Putumayo y el 43.4% de Nariño.²¹ Los destinos de la población desplazada por la violencia de los municipios de Nariño presentan un comportamiento parcialmente exógeno hacia departamentos vecinos del norte y el centro del país (38.5% del total), en términos de procedencia, el 93.5% es endógeno de los territorios fronterizos (Nariño y Putumayo).²² Estos flujos de desplazamiento en el mismo departamento o interdepartamental entre los municipios y zonas fronterizas, hace pensar que la línea frontera en casos de desplazamiento forzado, pierde capacidad regulatoria del movimiento y el comportamiento de movilidad es endógeno hacia toda el área frontera colombo ecuatoriana.

En la subregión costera de Nariño viven afrodescendientes organizados en dos consejos comunitarios y existe presencia de colonos que han llegado por la bonanza cocalera de la región.

Según el Defensor del Pueblo de Frontera del departamento de Nariño, la zona del bajo Mira, donde está el primer consejo comunitario, es una zona de constante disputa de grupos armados ilegales, principalmente la guerrilla de las FARC y los paramilitares. En la zona del alto Mira, territorio del segundo consejo, hace varios años hay presencia de las FARC, quienes realizan dominio territorial y controles fluviales. Este contexto configura un escenario de movilidad múltiple al interior de Colombia y atravesando la línea fronteriza. De hecho, existen denuncias de personas del consejo comunitario desaparecidas y muchas familias y representantes de la comunidad desplazados en Tumaco. Debido a la presencia de las FARC, operativos de la fuerza pública y

²¹ Ruiz, Nubia (2007). El desplazamiento forzado en el interior de Colombia: Caracterización sociodemográfica y pautas de distribución territorial 2000 – 2004. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado en Demografía. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. p. 175.

²² En el municipio de Nariño, los municipios con más altos flujos de desplazamiento de personas son Tumaco, Barbacoas, Pasto y Ricaurte.

fumigaciones de cultivos ilícitos existen varias comunidades en riesgo de desplazamiento hacia Tumaco o de atravesar la frontera hacia Ecuador.²³ Respecto a los indígenas, tenemos el caso del pueblo awá que se ubica en los municipios de Tumaco, Barbacoas y Ricaurte en zona de frontera, aunque también hay resguardos en Roberto Payán y Samaniego, para un total de 32 resguardos agrupados en dos organizaciones: Cabildo Mayor Awá de Ricaurte (CAMAWARI) y Unidad Indígena del Pueblo Awá (UNIPA). Hay municipios de la frontera como Ricaurte, en el que el 72.2% de la población se reconoce como indígena. El pueblo awá, es constantemente hostigado por los grupos armados del conflicto armado interno, llegando a ser señalados como de uno u otro bando y produciéndose amenazas contra la vida y la integridad, desapariciones y asesinatos individuales y desplazamientos forzados, confinamiento y campos minados.^{24,25}

Si se evalúa el sistema de salud colombiano a la luz del principio de accesibilidad para las zonas rurales y, sobre todo, aquéllas inmersas en la guerra, lo que se encuentra es que ya en sus principios el sistema de salud consagra una discriminación estructural cuando divide los planes de servicios en dos diferentes, uno para quienes tienen capacidad de pago y otro para quienes son pobres y subsidiados, los cuales reciben un paquete de servicios de salud reducido. Por otra parte, si se revisa la accesibilidad a servicios de salud geográficamente hablando, se evidencia como un 3.4% de las personas no accede a ningún servicio porque no cuenta con él en su localidad de origen o éste se encuentra demasiado lejos. Esto se hace más evidente si el servicio sanitario solicitado es de un segundo o

²³ *Ibid.*

²⁴ Defensoría del Pueblo (2008). Resolución Defensorial No. 53: Situación de los derechos Humanos y derecho Internacional Humanitario del pueblo indígena Awá del departamento de Nariño. Bogotá, 5 de junio de 2008.

²⁵ Es bien conocida la masacre que hace pocos meses perpetraron las FARC contra indígenas AWA acusándolos de ser colaboradores del ejército. De la misma manera en los últimos años los paramilitares han utilizado el mismo argumentos para desplazar y asesinar a indígenas en la frontera y en otros lugares de Colombia

tercer nivel de complejidad, ya que muchas zonas del país –incluida la zona fronteriza de Nariño–²⁶ no cuentan con servicios de este tipo. Para el caso fronterizo de Nariño, muchos de los asentamientos indígenas y negros de la zona tienen que recurrir a servicios en el vecino país de Ecuador porque no cuentan con servicios de salud cercanos o éstos han sido abandonados por las administraciones municipales de Tumaco y otros municipios y no cuentan con personal sanitario.²⁷

En otras ocasiones, la accesibilidad geográfica es más fácil por Ecuador por contar con vías de transporte en mejores condiciones y centros de salud mejor dotados, tanto en infraestructura como en personal sanitario. En estas circunstancias, si en una zona rural de Colombia el acceso a los servicios de salud es difícil porque la persona no cuenta con los recursos necesarios para transportarse a la cabecera municipal –que es dónde se encuentran las instituciones que prestan los servicios–, para una persona de una zona en guerra es necesario, además, que los actores armados le permitan movilizarse en busca de los servicios de salud. Si se trata de un indígena o de una persona de raza negra y si, además, esa persona es portadora de eventos estigmatizantes como el VIH o está enferma de SIDA, entonces quizás el preservar el derecho a la vida se vuelve más importante que intentar defender el derecho a la salud.²⁸

²⁶ “Hay regiones que no cuentan con un hospital del nivel II para la atención de su población, y sus hospitales permanecen en déficit y cierre inminente, como son el Hospital San Andrés de Tumaco que atiende a toda la costa pacífica del [departamento de] Nariño, o el Hospital Sagrado Corazón de Cartago, única institución de este tipo en todo el norte del [departamento de] Valle del Cauca” (citado por Arbelaez, M., 2007: 61)

²⁷ Pacheco, C. Estudio binacional sobre migración internacional y desarrollo, con enfoque de género, relaciones intergeneracionales, salud sexual y reproductiva en la frontera colombo-ecuatoriana: Diagnóstico del lado colombiano. Mimeo. UNFPA, 2008.

²⁸ Muchos de los grupos armados consideran objetivo militar a las personas que viven con VIH o están



Fuente: Infraestructura Colombiana de Datos Espaciales, Proyecto Sistema de Información Geográfica para el Ordenamiento Territorial Nacional, Departamento de Nariño, seguridad social en salud.

En el caso de los grupos étnicos afrocolombianos e indígenas, su condición de desplazamiento forzado o de confinamiento por ejércitos ilegales y campos minados hace que el acceso a los servicios de salud sea imposible al impedirseles desplazarse a centros urbanos poblados que cuentan con centros de salud y hospitales.

enfermas de SIDA, de ahí que prefieran ocultar el estado serológico puesto que implica un riesgo para sus vidas. Si se pertenece a minorías étnicas, como indígenas y negros, o a minorías sexuales, como homosexuales o travestis, la vulneración de sus derechos y el aumento de su vulnerabilidad tiene una probabilidad mucho más alta.

En un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en Pasto, con una muestra intencionada de población desplazada y vulnerable de 504 personas que fue convocada para procesos de formación en derechos sexuales y reproductivos, se encontró que el 74.3% de las personas no habían recibido formación alguna sobre sexualidad y sólo 20.6% consultó a los servicios de salud para planificación familiar. El 43.3% de las mujeres reportó haber sido víctimas violencia física y el 70% de ellas no acudió a denunciar el hecho ni a pedir ayuda. También el 19,7% de las personas fue forzada a tener relaciones o actos sexuales que no querían. A la pregunta de ¿Alguna vez un miembro de su familia o alguno de sus hijos o hijas, han sido forzados físicamente a tener relaciones o actos sexuales que no querían? el 11.1% declaró positivamente. El 17.9% de las personas agregó que la agresión sexual fue la causa determinante para el desplazamiento. A pesar de no tratarse de una muestra representativa, este estudio marca la tendencia de lo que ocurre con la población móvil por violencia en Nariño y Putumayo. Las estadísticas muestran no únicamente la tendencia de las vulneraciones a que están expuestas las poblaciones móviles, sino también de las que se quedan o son confinadas.

En primera instancia, la presencia de la guerra y de la economía sustentada en la utilización de cultivos de hoja de coca para fines ilícitos en varias zonas del departamento, proporcionan un marco contextual proclive a la utilización de la violencia y promueve modelos sociales y familiares basados en el autoritarismo como la forma más efectiva de resolver conflictos y alcanzar fines. Los jóvenes varones de zonas marginadas –en este caso toda la frontera– son seducidos para incorporarse a los grupos armados ilegales y a las estructuras del narcotráfico mediante el reforzamiento que hacen los reclutadores de representaciones sociales de la masculinidad basada en el poder de las armas y el dinero. También muchos jóvenes sufren el reclutamiento forzado. Esto se evidencia en la estructura poblacional por edad, que muestra los efectos de la migración juvenil y la sobremortalidad masculina.

Tabla 2				2005	2006	2007	Indicador nacional
INDICADOR							
Mortalidad infantil - Departamento de Nariño				52.51	58.96	45.20	23.00
Fuente: DANE - IDSN							
Comparación Línea de pobreza e Indigencia, Nariño, Colombia, y meta del milenio 2015							
INDICADOR	Nariño	Colombia	Meta del Milenio 2015				
Línea de Pobreza	64.4	50	28.5				
Línea de Indigencia	23.7	12	8.80				

Fuente: MERPD

En marco de Nariño, son múltiples los ejemplos que muestran la vulneración y la falta de garantías del derecho a la salud:

Para agosto de 2008, el Programa de ITS – VIH/SIDA del IDSN tenía registrados 762 casos acumulados de VIH/SIDA desde 1999, con una tendencia creciente dada por el avance de la epidemia y de la capacidad institucional para detectarla y seguirla. De los casos reportados la mayoría corresponde a municipios incluidos en la ZIF y varios de ellos de la línea de frontera, fundamentalmente habitados por afrocolombianos e indígenas: Pasto reporta 334 casos, Tumaco 120 casos, Ipiales 55 casos, Barbacoas 22 y Tuquerres 10 casos.²⁹ En el año 2007, la incidencia de VIH SIDA fue de 78 casos en hombres y de 48 en mujeres con una razón H: M = 1.6 en comparación con la razón nacional H: M=1.8.³⁰ Las entrevistas sostenidas con funcionarios del sector de la salud en Ipiales y Tumaco refieren que un alto número de los casos de VIH/SIDA diagnosticados en los últimos años provienen de zonas asociadas al

conflicto armado.³¹ También reconocen subregistro por la imposibilidad de realizar pruebas de tamizaje y búsqueda activa de casos en ciertas áreas rurales con alto nivel de conflictividad. Existe también una preocupación por los casos nuevos de los últimos años, donde una alta proporción pertenece a población joven. En Ipiales también se planteó que muchos de los casos de VIH SIDA prefieren migrar a otras ciudades del interior o a Ecuador para no exponerse en sus poblaciones de origen a estigma y discriminación.³² Este hecho complica la búsqueda de posibles contactos del caso, pues en aras de guardar el anonimato las personas prefieren migrar y llevarse esta información consigo.

En el caso de las trabajadoras sexuales, por efecto de su propia movilidad o la de sus clientes, tienen una mayor vulnerabilidad a las problemáticas de salud sexual y reproductiva, especialmente a sufrir

²⁹ IDSN, 2008.

³⁰ Ministerio de la Protección social (MPS), 2008. *Informe ejecutivo – Situación epidemiológica VIH SIDA Colombia*. Observatorio Nacional en Gestión del VIH/SIDA, Bogotá, MPS.

³¹ Entrevistas a funcionaria de la Dirección Local de Salud de Ipiales y del Hospital de Primer Nivel de Tumaco. octubre de 2008.

³² Ibid. Esto explicaría el casi 50% del total de casos de Nariño que se reportan en Pasto, algunas personas de los municipios y zonas rurales que se diagnostican y viven con VIH prefieren dirigirse a las capitales u otras ciudades para pasar anónimos y escapar del estigma y la discriminación.

ITS - VIH/SIDA y vulneraciones de sus derechos humanos y entre ellos sus DSR. Existen desplazamientos temporales cortos hacia municipios ecuatorianos fronterizos en los días de la semana en que éstos tienen mercado y desplazamientos más largos al interior del Ecuador cuando el dólar fluctúa al alza.³³ Varios elementos configuran el contexto de vulnerabilidad de este colectivo. En Ipiales, un 40% de las trabajadoras sexuales vienen del interior del país y no cuentan con aseguramiento en salud en este municipio, lo que hace que el acceso a servicios de salud sea difícil.³⁴ Adicionalmente, los exámenes de salud pública a que tienen que someterse periódicamente deben ser costeados por ellas, haciendo que las que no cuentan con el régimen subsidiado en salud no puedan mantener los controles periódicos por sus altos costos. Entre sus clientes hay personas que pertenecen a grupos armados legales (policía y ejército), que por su carácter de movilidad se encuentran también en una mayor vulnerabilidad a las ITS y el VIH/SIDA.³⁵ Además, se reportan vulneraciones de los derechos de las mujeres trabajadoras sexuales por parte de las fuerzas armadas representantes de la autoridad del estado a ambos lados de la frontera.³⁶

Para finalizar la presentación del caso, existen evidencias de “El nivel de copamiento sobre estructuras de poder e instituciones públicas por parte del paramilitarismo sobre el Estado colombiano alcanzó el asombroso caso de configurar un eficiente sistema tributario aplicado a las mismas instituciones y a personas naturales. Los recursos para la salud y educación en los departamentos y municipios fueron desviados a manos de los paramilitares, naturalmente con la complicidad de funcionarios, gobernantes y políticos”.³⁷ La organización del Sistema en

³³ Entrevista a líder de trabajadoras sexuales en Ipiales. Octubre de 2008.

³⁴ Entrevista a funcionaria de la Secretaría de Salud de Ipiales. Octubre de 2008

³⁵ Mora, Luis (2002). Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos. México. UNFPA. p. 36.

³⁶ Entrevista a funcionaria de la Secretaría de Salud de Ipiales. Octubre de 2008.

³⁷ Velazquez Rivera, Edgar (2007). HISTÓRIA, SÃO PAULO, v. 26, n. 1, p. 134-153

Empresas privadas y los poderes regionales permitieron y siguen permitiendo en algunas regiones que los dineros de la salud sean utilizados por los actores armados ilegales para sus propios fines, negándoles el derecho a la salud a los habitantes más vulnerables de los territorios que controlan.

Conclusiones

En el caso presentado se puede observar cómo en el marco del conflicto armado interno el derecho a la salud, fundamental y consagrado constitucionalmente en Colombia, suma a las limitantes generales del Sistema de Salud Colombiano aquellos elementos propios de la guerra y las vulneraciones y vulnerabilidades que ésta produce en las personas que habitan el territorio.

En términos generales, el derecho a la salud en Colombia cuenta con elementos estructurales que hacen difícil su garantía para todas las personas ya al convertirse en un bien negociable entre agentes económicos, transforma al sujeto individual titular de derechos, en un agente con inferioridad de condiciones frente a las administradoras de recursos de la salud. Aquellas personas pobres y sin capacidad de pago reciben un subsidio estatal que les da derecho a un plan de salud inferior a aquéllas que tienen capacidad de pago, esto ya constituye una limitante en el acceso universal al derecho a la salud en condiciones de igualdad. Pero, además, en las zonas de guerra las personas se ven constreñidas para el ejercicio de sus derechos por los actores armados legales e ilegales, lo que les impide en los hechos acceder a la garantía del derecho a la salud. Como hemos visto, en Nariño la posibilidad de hacer uso de servicios de calidad está disminuida de manera importante por la ausencia de hospitales o clínicas en las zonas más alejadas, que son dónde la guerra produce sus mayores efectos. Mujeres, indígenas, afrodescendientes, jóvenes y niños/as se ven expuestos a la vulneración constante de sus derechos sexuales y reproductivos y de su derecho a la movilidad, viéndose forzados incluso al confinamiento y al reclutamiento forzado. El acceso a servicios de salud de segundo nivel es imposible por las dificultades que entraña movilizarse a las zonas urbanas en donde existen

estos servicios. Los grupos armados ilegales, además, han llegado a cooptar el dinero público de la salud para utilizarlo en sus propios fines.

Por tanto, se hace necesaria una acción conjunta entre los sectores que defienden el derecho a la salud y otros derechos humanos para denunciar la imposibilidad del Estado colombiano para garantizar el derecho a la salud a las poblaciones vulnerables y vulneradas por la guerra y, además, esta acción conjunta debe también continuar con el esfuerzo de demostrar que el derecho a la salud en Colombia fue transformado por la Ley 100 en un bien transable que solamente se rige por las reglas del mercado, reglas que hoy están en entredicho en todo el mundo.

Agradecimientos:

Algunos de los datos presentados en el presente artículo fueron colectados durante la consultoría: *Estudio binacional sobre migración internacional y desarrollo, con enfoque de género, relaciones intergeneracionales, salud sexual y reproductiva en la frontera colombo-ecuatoriana*, realizado a

finales de 2008 por encargo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), oficina de Colombia, a quienes agradezco el haberme permitido conocer e iniciar mi interés en el estudio de la frontera sur de Colombia. El análisis y la posición presentada en este artículo son de total responsabilidad de su autor y en ningún caso representan posiciones del UNFPA. Agradezco también el tiempo y la comunidad de discusión que me han brindado el Centro de Investigaciones en Sociedad, Salud y Cultura (CISSC) de la Asociación Turmequé y el grupo COPOLIS del Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona. El Dr. Mauricio Torres Tovar, del Movimiento Nacional por la Salud Pública y coordinador de la Región Andina de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, me dio ideas muy valiosas para el recuadro sobre “Elementos claves del proceso en Colombia para convertir la salud en un campo de ganancias del capital nacional y transnacional”.



Medicina Social

Salud Para Todos

Tabla 3

Elementos clave del proceso en Colombia para convertir la salud en un campo de ganancias del capital nacional y transnacional.

1. Desde el terreno de las ideas y de la tecnocracia neoliberal se comienza a imponer el paradigma de escasez de recursos para grandes necesidades y la necesidad de “favorecer a los usuarios de salud” con la libre competencia que generaría mayor calidad y eficiencia. Esta lucha en el terreno de las ideas, financiada desde el campo tecnocrático de las agencias multilaterales y por los empresarios de la salud, se evidencia en la creación de sus propios centros de estudio y en la financiación de investigadores e investigaciones. Son los que definen la agenda investigativa en estas áreas. La irrupción de la economía de la salud es uno de los ejemplos.

2. Luego del acondicionamiento teórico se inicia la avanzada pragmática: cooptación y/o eliminación de la red de prestación de servicios pública que se adelantó en tres fases: ajustes laborales, reestructuraciones y ahora concesiones a los empresarios de la salud. La apropiación de la red pública del Instituto de Seguros Sociales ha sido la joya de la corona de este proceso. Para esto, además, se establecieron escuelas de formación de gerencia en los ámbitos de la salud con una línea tecnocrática y donde importan las ganancias, más que las personas. Los gerentes premiados son aquellos que ahorran costos y establecen estrategias no para la calidad de vida de las personas atendidas, sino para la calidad de vida de los empresarios.

3. Paralelamente, se avanzó en el deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, vía cooperativas de trabajo asociado y pérdida de los salarios: proletarización y precarización y destrucción de las formas organizativas de los trabajadores. Las cooperativas asociativas se convirtieron en otra forma de generar ganancias para el gran capital.

4. Diseño, desarrollo e implementación de un modelo oligopólico que cubre todo el ciclo del negocio: aseguramiento, prestación de servicios, distribución de insumos y medicamentos, formación de recursos humanos y desarrollo de centros de asesoría, investigación y seguimiento de su mismo negocio. El mejor ejemplo es COLSANITAS, que ya tiene escuela propia de formación de recursos humanos, lo que les garantiza que los profesionales responderán a su modelo de negocio.

5. Vigilancia y rectoría de papel o cooptada por los representantes de los empresarios de la salud. Lo mencionado sobre la superintendencia de industria y comercio denota el avance en este punto.

6. Deterioro de la salud colectiva y apropiación de los recursos de promoción y prevención.

7. El amarre de la cotización de salud con pensiones a través de un Sistema Integrado de Pagos de aportes a la Seguridad Social a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), lo que garantiza la máxima cooptación de recursos por el sistema financiero.

8. Un Sistema de Riesgos Profesionales no analizado, no evaluado, con escasa participación de los trabajadores y altamente lucrativo a expensas de la salud de los y las trabajadoras.

Elementos que faltan de investigarse:

1. El papel que ha jugado la guerra en el avance privatizador del sistema de salud. Es importante ver, por ejemplo, qué pasa con la relación que pudiese existir entre el tema de reestructuración de hospitales, sindicalistas de salud muertos y apropiación de los dineros de régimen subsidiado por grupos paramilitares en varias regiones del país.

2. Sería interesante develar los consejos directivos y accionistas de las empresas de la salud para buscar redes de asociación con sectores políticos, judiciales y de control.