

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Impacto diferencial del conflicto armado en Colombia y Derecho a la salud.

Carlos Iván Pacheco S.

Cita:

Carlos Iván Pacheco S. (2009). *Impacto diferencial del conflicto armado en Colombia y Derecho a la salud. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1555>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Impacto diferencial del conflicto armado en Colombia y Derecho a la salud

***Carlos Iván Pacheco S. Médico - Especialista en Epidemiología – Candidato a Doctor en Sociología
Universidad de Barcelona***

***Filiación Institucional: Centro de Investigaciones en Sociedad Salud y Cultura (CISSC) de la Asociación
Turmequé – Colombia y Grupo de Investigación COPOLIS Departamento de Sociología y Análisis de las
Organizaciones Universidad de Barcelona – España.***

Resumen

Se realiza una revisión del cumplimiento del Derecho a la salud en Colombia luego de la reforma del Sistema de salud en Colombia en el año 1993. A través de la presentación de un estudio de caso se muestran los impactos diferenciales que tiene la guerra en la garantía del derecho a la salud de los hombres y las colombianas. Las poblaciones más pobres y vulnerables son afectadas por la guerra y son las que más sienten vulnerado su Derecho a la salud. Los hogares pobres, los grupos étnicos, las minorías sexuales y todas las personas que se encuentran en las zonas de mayor escalada de la guerra son las más vulneradas en sus Derechos Humanos incluido el Derecho a la salud. Por otra parte la filosofía y organización del Sistema de Seguridad Social en salud ha sido funcional para que los actores armados ilegales, principalmente paramilitares, se apropien y manejen los recursos de la salud y los utilicen para sus propios fines.

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 Suramérica 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, esto es a las instituciones encargadas de la atención como hospitales y clínicas, a un sistema de subsidios a la demanda, esto es asignando dineros según la capacidad de pago a las personas. 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 por un mercado regulado de la salud, donde lo fundamental es la concepción de la salud como un servicio, un bien transable, 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, llamadas Empresas Promotoras de Salud, 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, este fue interpretado y transformado por las aseguradoras y el gobierno que las vigila en un bien transable y lo redujeron a un servicio de carácter individual que se negocia entre agentes económicos. De hecho, el Derecho terminó siendo defendido 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

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 Eliécer 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.

Derecho a la salud en todo el territorio nacional². 15 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 tiene que 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, 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 conflicto armado.

El caso del Departamento de Nariño y su zona fronteriza con Ecuador.

Para efectos de mostrar datos ilustrativos de la relación entre la guerra y la garantía del Derecho a la Salud, se toma el caso del Departamento de Nariño y 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 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 buena vecindad, que hasta la década de los años ochenta era un asunto diplomático rutinario en la que a “los centros políticos nacionales les bastaba con la exaltación de factores geográficos, culturales e

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

históricos para mostrar una buena vecindad”³. Sumado a esto, la definición de mutuo acuerdo de los límites fronterizos y de sus espacios marítimos contribuyó a esa buena relación.⁴

Según Socorro Ramírez, esta historia común de buena vecindad se complejiza a partir de los años 90 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 el Plan Patriota en la zona sur del país⁵. Del lado de Ecuador, los recurrentes cambios de gobierno, la protesta social y la inestabilidad institucional 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 regionales⁶.

En este contexto, la migración de Colombia a Ecuador ha tenido dos grandes momentos⁷: En la década de 1990 la migración es estimulada por los acuerdos de integración Andina que principalmente produjeron migración laboral y empresarial. A partir de la mitad de la década y con la agudización del conflicto interno en Colombia también se produce un efecto de migración económica y comienza con mayor notabilidad el fenómeno de migración forzada y solicitud de refugio a Ecuador. A partir del año 2000, con la centralidad de la seguridad por parte de los gobiernos colombianos, con el subsecuente fortalecimiento militar del 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

³ Ramírez, Socorro (2007). *Colombia – Ecuador: ¿Relación en crisis o más compleja?* En: Ramírez, Socorro & César Montúfar (ed). *Colombia Ecuador. Cercanos y distantes*. Bogotá. IEPRI – Universidad Andina Simón Bolívar. Pp. 45.

⁴ Colombia y Ecuador definieron sus límites continentales mediante el tratado Suárez - Muñoz Vernaza el 15 de julio de 1916 y los límites de sus espacios marítimos en 1975.

⁵ “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 antinarcóticas 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)

⁶ Cfr. Ramírez, 2007.

⁷ En esta migración no se incluye la movilidad cotidiana de la población, el intercambio comercial de vendedores ambulantes, contrabandistas, marineros, trabajadoras sexuales y otros.

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”.⁸

En los últimos años el departamento de Nariño ha sufrido el impacto del conflicto armado interno. La focalización del Plan Colombia en el sur del país⁹ 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”¹⁰. 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 el 2005; 56.0 Vs 36.8 en el 2006 y 49.9 Vs 36.2 en el 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 157,56.¹¹

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 2006¹². Tumaco es el segundo municipio de Colombia con mayor área de cultivo, equivalente al 5.2% del total nacional¹³

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 el 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%¹⁴. Este crecimiento, sumado a la percepción de actores clave sobre que muchas personas no se registran hacen pensar que el

⁸ Ramirez, Socorro (Ed) (2007). *Ecuador: Miradas binacionales*. Bogotá. Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia – IEPRI. Pp. 301.

⁹ “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 y 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: Ramirez, Socorro & César Montúfar Op. Cit., p. 176

¹⁰ Departamento de Nariño. Op.cit. p. 11.

¹¹ Departamento de Nariño. Op. Cit. p. 105.

¹² 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.

¹³ UNODC. Op.Cit. p. 11.

¹⁴ Departamento de Nariño. Op. Cit. p. 24.

desplazamiento en Nariño podría alcanzar actualmente al 10% de su población configurándose una situación humanitaria compleja en el departamento¹⁵.

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 el departamento del Nariño el 61% de los desplazados lo hace hacia otros municipios del departamento, seguido por un 21.9% que va al departamento del 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% llegan del Putumayo y el 43.4% llegan del mismo Nariño¹⁶. 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 departamentos fronterizos con Ecuador.¹⁷

Estos flujos de desplazamiento en el mismo departamento o interdepartamental entre los municipios y zonas fronterizas, hace pensar que la línea fronteriza en casos de desplazamiento forzado, pierde capacidad regulatoria del movimiento y el comportamiento de movilidad es endógeno hacia toda el área fronteriza 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 Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y los paramilitares. En la zona del alto Mira, territorio del segundo consejo, hace varios años hay presencia de la 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 fumigaciones de cultivos ilícitos existen varias

¹⁵ Entrevista ACNUR Nariño.

¹⁶ 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.

¹⁷ En el municipio de Nariño, los municipios con más altos flujos de desplazamiento de personas son Tumaco, Barbacoas, Pasto y Ricaurte.

comunidades en riesgo de desplazamiento hacia Tumaco o de atravesar la frontera hacia Ecuador¹⁸. 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 minados¹⁹.

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 donde se encuentran las instituciones que prestan los servicios-, para una persona de una zona en conflicto, esto además implica que los actores armados le permitan movilizarse en busca de los servicios. 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.²⁰

En marco presentado del Departamento 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 corresponden a municipios incluidos en la ZIF y varios de ellos de la línea de frontera: Pasto reporta 334 casos, Tumaco 120 casos, Ipiales 55 casos, Barbacoas 22 y Tuquerrés 10 casos²¹. En el año 2007 la incidencia de VIH SIDA fue de 78 casos en hombres y de 48 en mujeres con

¹⁸ Ibid.

¹⁹ 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.

²⁰ Muchos de los grupos armados consideran objetivo militar y a las personas que viven con VIH o están enfermas de SIDA. De ahí que muchas personas prefieran ocultar el estado serológico o no saberlo puesto que esto implicaría un riesgo para sus vidas. Si se pertenece a minorías étnicas como indígenas y negros o minorías sexuales como Homosexuales o travestis la vulneración de sus derechos y el aumento de su vulnerabilidad tiene una probabilidad mucho más alta.

²¹ IDSN, 2008.

una razón H: M = 1,6 en comparación con la razón nacional H: M= 1.8²². En 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 armado²³. 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 de Ecuador para no exponerse en sus poblaciones de origen a estigma y discriminación²⁴. Este hecho hace complicar 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 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 estos tienen mercado y desplazamientos más largos al interior del Ecuador cuando el dólar fluctúa al alza²⁵. 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 difícil²⁶. Adicionalmente, los exámenes de salud pública a que tienen que someterse periódicamente tienen que 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 tienen personas que pertenecen a grupos armados legales (Policía y Ejército) que por su carácter de movilidad tiene también una mayor vulnerabilidad a las ITS y el VIH/SIDA²⁷. Además

²²Ministerio de la Protección social (MPS), 2008. *Informe ejecutivo – Situación epidemiológica VIH SIDA. Colombia*. Observatorio Nacional en Gestión del VIH/SIDA. Bogotá. MPS.

²³ Entrevistas a Funcionaria de la Dirección Local de Salud de Ipiales y del Hospital de Primer Nivel de Tumaco. Octubre de 2008.

²⁴ 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.

²⁵ Entrevista a líder de trabajadoras sexuales en Ipiales. Octubre de 2008.

²⁶ Entrevista a funcionaria de la Secretaría de Salud de Ipiales. Octubre de 2008

²⁷ Mora, Luis (2002). *Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos*. México. UNFPA. p. 36.

se reportan vulneraciones de los derechos de las mujeres trabajadoras sexuales por parte de estas Fuerzas Armadas representantes de la autoridad del estado, a ambos lados de la frontera”²⁸

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 inexistentes en sus territorios sea imposible al impedirseles desplazarse a centros urbanos poblados que cuentan con centros de salud y hospitales. Algunos de ellos por fortuna pueden movilizarse a centros ecuatorianos que cuentan con los servicios que requieren.

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”²⁹. La organización del Sistema en Empresas privadas y los poderes regionales permitieron y siguen permitiendo en algunas regiones que los dineros de la salud son 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

Desde el inicio de la ley los empresarios de la salud nacional y transnacional, así como su grupo de ideólogos han intentado mostrar cómo el modelo ha aumentado dramáticamente el aseguramiento en salud de la población colombiana. Efectivamente y partiendo de un sistema anterior que solo aseguraba a los trabajadores, al día de hoy entre régimen subsidiado y régimen contributivo el porcentaje de aseguramiento llega al 88,4% de la población general según los datos de indicadores básicos del Ministerio de la protección social³⁰, sin embargo trabajos recientes muestran cómo al analizar las Encuestas de Calidad de Vida entre los años 1997 y 2003 “se observó un aumento en el aseguramiento en salud de la población, aunque esta sigue siendo insuficiente y heterogénea entre los distintos sectores de la población. El análisis muestra que existen falencias en la cobertura de la

²⁸ Entrevista a funcionaria de la Secretaría de Salud de Ipiales. Octubre de 2008.

²⁹ Velazquez Rivera, Edgar (2007). HISTÓRIA, SÃO PAULO, v. 26, n. 1, p. 134-153

³⁰ Ministerio de la Protección Social (2007). Indicadores Básicos de Salud. Bogotá.

población más vulnerable y no es sostenible para las personas que poseen un trabajo informal”³¹. Cómo vemos 15 años después, aún la universalidad de aseguramiento no se ha logrado y las faltas de cobertura golpean principalmente a los más vulnerables y marginados. Los grupos marginados y vulnerados incluyen a los pobladores rurales, las etnias indígenas y negras, las minorías sexuales, las mujeres y jóvenes y todas las personas que están en territorios de alto nivel del conflicto armado como lo muestra el caso presentado.

Por otra parte, cuando revisamos indicadores reales de servicios las cosas no suenan tan prometedoras. Ya en el año 1997 cuando se revisó el impacto de la reforma en la población, los defensores de las ideas del sistema propagaban a los cuatro vientos las “virtudes” del nuevo modelo, aunque aceptaban que “A pesar de los incrementos en cobertura de aseguramiento, la probabilidad de acceder a los servicios no mejoró entre quienes reportaron problemas de salud previo a la encuesta”³². Para la evaluación basada en 2003, la situación no cambiaba mucho: “Al investigar las causas de la inasistencia al médico se encuentra que la principal razón es la falta de dinero; dada la reciente crisis económica que golpeó fuertemente a los hogares, el porcentaje de personas que no asistió al médico es mayor para el 2003”³³. Cómo uno de los argumentos recurrentes de los defensores del sistema, aprendido al parecer de los ministros de hacienda y de los economistas neoliberales, todo lo bueno se achaca al modelo de salud y todo lo malo a factores externos, como en este caso a la crisis económica.

Cuando se presentan evidencias sobre el efecto altamente negativo que ha tenido la reforma en la salud pública Colombiana, los argumentos de los defensores parecen simpáticas reflexiones sobre su capacidad de reconocer súbitamente y por fin los contextos del país en el cual viven: “Cuando se responsabiliza a la ley 100 de 1993 por la caída de la cobertura de la vacunación o por el aumento de la incidencia de malaria, dengue y tuberculosis, no se toma en consideración la historia natural de esas enfermedades y su relación con algunos factores importantes, como la situación social, económica y política por la que atravesaba el país en esa época, expresada entre otras cosas en el incremento de la violencia contra las misiones médicas y en el deterioro de la seguridad en las zonas

³¹ Zambrano, Andrés y otros. ¿Qué muestran las *Encuestas de Calidad de Vida* sobre el sistema de salud en Colombia? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):122-130, jan, 2008

³² Ramón Abel Castaño y otros, Evolución de la calidad en el sistema colombiano de salud, serie Financiamiento del desarrollo, No 108 (LC/L.1526-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.

³³ Zambrano, Andrés y otros. ¿Qué muestran las *Encuestas de Calidad de Vida* sobre el sistema de salud en Colombia? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):122-130, jan, 2008

rurales del país donde habita cerca del 40% de la población.”³⁴. Sin embargo, olvidan que el análisis histórico y mucho más la sabiduría cotidiana de la gente no olvida los grandes logros obtenidos en programas como el ampliado de inmunizaciones o de control de la malaria. La desaparición de los programas de malaria, tuberculosis y control de la leishmaniosis y las caídas en cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones golpea fundamentalmente, otra vez, a las poblaciones rurales inmersas en el conflicto armado y las poblaciones que han sido forzadas a desplazarse a los cinturones de miseria de las ciudades. La centralidad que el sistema pone en los servicios curativos, olvidándose ahí sí de la historia natural de las enfermedades, ha convertido la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como las estrategias participativas propias y aprendidas de las múltiples experiencias latinoamericanas, en asuntos exóticos y en dinero fácil para las empresas promotoras de salud que la han sumado a sus ganancias sin mucho esfuerzo.

Por otro lado, durante los años que lleva la implementación de la ley se han cerrado, reestructurado y vendido los bienes públicos en infraestructura hospitalaria que había acumulado el Sistema Nacional de Salud.

Los avances privatizadores no se detendrán

Cómo hemos podido observar con la actual crisis económica, los culpables de la misma, siguen socializando sus pérdidas y privatizando sus ganancias. No es de esperar que actúen de forma diferente las empresas del sector salud. Cómo se ha podido evidenciar en los últimos días, y en la discusión sobre las disposiciones de la sentencia de la corte se ha comenzado nuevamente a mover mediáticamente y en los espacios de las ideas para ir movilizando propuestas que les permitan seguir usufructuando los recursos. De una parte han comenzado a proponer que los trabajadores informales coticen según las horas que trabajan, esto es que ante el avance de la precariedad laboral y la informalidad hay que buscar mecanismos para que los pobres aporten. Cómo plantean varios de los defensores del sistema el hecho de que los pobres tengan altos gastos de bolsillo en salud significa que pueden aportar. Ellos no ven la precariedad y el aumento de la pobreza y los sacrificios a que se abocan los pobres cuando uno de los miembros del grupo familiar enferma, sino que ven dinero disponible para aumentar sus arcas. Desde la implementación de la Ley las empresas del sector han ido apuntalando diferentes estrategias para la privatización del Derecho a la salud.

³⁴ Morales, L (2006). Otra visión de los resultados de la reforma de salud en Colombia. Cartas al editor. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 19(1), 2006

En la misma línea, no sorprende la noticia que se generó en las últimas semanas sobre que las Empresas Promotoras de Salud comparten información privilegiada para buscar excluir servicios del Plan Obligatorio de salud y buscar mejores tarifas para sus servicios. Lo que sí sorprende es que quien los investiga es la Superintendencia de Industria y Comercio por el hecho de afectar la libre competencia. Esta es una de las evidencias que el capital ha logrado apropiarse del campo de la salud. Brillan por su ausencia la Superintendencia de salud y el Ministerio de la protección social y entra en el juego la superintendencia de industria y comercio que hace poco investigó a las cementeras y a los bancos por idéntica acusación. Entonces, el derecho de las personas a la salud entró en la misma categoría del cemento y las cuentas bancarias.

Para finalizar, existen evidencias suficientes, al contrario de lo que la corte plantea para declarar el “Estado de cosas inconstitucional” en lo referente a la garantía del Derecho a la salud de los Colombianos. Algunos analistas consideran que la corte dio un gran paso en reformas estructurales al sistema de salud y que eso muestra como el aumento al acceso a la justicia tiene un potencial en el acceso al derecho a la salud³⁵. Nosotros, creemos sin embargo, que en este caso no se tocaron las estructuras propias de la ley y que a pesar que el avance de la corte permitirá seguir luchando para la garantía del derecho a la salud, se requiere enfocar la lucha actual en el campo de la salud en lograr derrumbar el Sistema General de Seguridad Social y proponer y construir un nuevo modelo público, universal, integral, equitativo y solidario. Esto es indispensable en la búsqueda de una sociedad en paz que además rompa con las inequidades que tienen que sufrir las poblaciones expuestas al conflicto armado y que tienen las mayores vulnerabilidades sociales en el contexto colombiano. En esta vía es necesario contraponer en el terreno de las ideas a la tecnocracia neoliberal que impuso 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 ellos quienes definen la agenda investigativa en estas áreas. Hoy se hace necesario romper el paradigma de la escasez de los recursos. Hay que “desnaturalizar la escasez obligándonos a determinar las razones de que unos entornos sean «de recursos escasos» y otros no”³⁶. Por otra parte hay que aprovechar

³⁵ Yamin AE, Parra-Vera O (2009) How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court. *PLoS Med* 6(2): e1000032. doi:10.1371/journal.pmed.1000032

³⁶ Ted Schrecker. Denaturalizing scarcity: a strategy of enquiry for public- health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*. August 2008, 86 (8).

la crisis del sistema capitalista, para derrumbar las apreciaciones que parecían incontrovertibles. Desde el sentido común y desde la ciencia debemos brindar elementos para una nueva agenda de investigación y para volver a creer en lo público y colectivo³⁷.

³⁷ Aquí es pertinente esta anécdota que cita Vincenc Navarro: En un programa radiofónico reciente en EE.UU. hubo el siguiente intercambio que merece reproducirse. Un chico de 14 años le hizo la siguiente pregunta al poderosísimo asesor económico de la oficina del Presidente de EE.UU., el Sr. Lawrence Summers, “¿por qué el Estado no le presta dinero directamente a la gente y a las empresas en lugar de hacerlo a través de los bancos?”. El Sr. Summers le respondió que el sector privado es más eficiente que el público, a lo cual el chico, muy avisado él, le preguntó de nuevo “Pero si son tan eficientes, ¿por qué han creado el problema que han creado, y por qué el estado ahora tiene que salvarlos?”. El Sr. Summers, que había recibido millones de dólares de los bancos como su asesor antes de tener el cargo público que tiene ahora, no pudo contestarle. Este intercambio refleja el grado de descrédito y desorientación del pensamiento liberal. (**Vicenc Navarro** - Consejo Científico de ATTAC España, 2009)