

El conflicto armado como amenaza para la salud: acciones hacia la atención de las víctimas del Caquetá

*Marlio Daniel Perdomo Quevedo**

Resumen

En este artículo se proporciona información concerniente a los avances que se han alcanzado en el departamento de Caquetá en relación con la atención de las víctimas del conflicto armado. En este sentido, se realizó una búsqueda de documentos provenientes de entidades que laboran en pro de esta comunidad. Tal es el caso de la Organización Médicos sin Fronteras (MSF), así como la normatividad que ampara a las víctimas (PAPSIVI, ley de tierras, entre otras), de tal forma que la violencia no solo sea analizada como flagelo, sino reconocida como una problemática de salud pública que nos compete a todos.

Palabras clave: atención, conflicto armado, salud pública, víctimas

Abstract

This article provides information concerning the progress in Caquetá have been generated regarding attention to victims of armed conflict. In this sense, a search for documents from entities that work towards this community, as in the case of Doctors Without Border (MSF, initials in French) was performed and the regulations that cover victims (PAPSIVI, Land Law, among others) so that violence is not only analyzed as a scourge but recognized as a public health problem that concerns us all.

Keywords: attention, armed conflict, public health, victims

* Marlio Daniel Perdomo Quevedo. Economista, especialista en Formulación y Evaluación de Proyectos y magíster en Ciencias de la Educación. Docente investigador de tiempo completo en la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – CUN, Regional Caquetá. Contacto: marlio_perdomoq@cun.edu.co

El hombre no será sabio hasta que resuelva toda clase de conflictos con las armas de la mente y no con las físicas.

WERNER BRAUN

Introducción

El conflicto armado en Colombia se ha convertido en una constante para los millones de personas que habitan el territorio. Comprender sus orígenes no es tarea fácil, más aún cuando ha sido un proceso que involucra distintos actores al margen de la ley, sin desconocer el protagonismo del Estado en su recrudecimiento.

La guerra constituye un verdadero desastre, una emergencia o un caos provocado por el hombre, que determina una desorganización total de toda la sociedad, afectándola desde todos los puntos de vista.

La guerra provoca una afectación ostensible de la salud mental del hombre y trae como consecuencia un aumento significativo de los trastornos mentales. (Peña, Espíndola, Cardoso y González, 2007, p. 19)

Diferentes estudios se han realizado con el fin de determinar los alcances del conflicto y las secuelas que este deja en sus víctimas. Sin importar el sexo, la edad, la raza o su condición, haber sido víctima del conflicto hace muy complejo que estas personas recuperen la esperanza de vivir en paz. Sin embargo, en los últimos veinte años el Estado colombiano ha hecho ingentes esfuerzos por tratar de dar fin al conflicto, de forma tal que los tiempos de paz se han alterna-

do con la guerra –sin mayores resultados–. Hoy día el país está en camino de lograr un acuerdo con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC); de concretarse, este podría ser el comienzo de una nueva nación que le dice sí a la paz y a la reconciliación. Por tanto, conocer las acciones que el Estado colombiano ha desarrollado en los últimos años, en apoyo a las víctimas del conflicto y como preparación para el posconflicto, es responsabilidad de todos.

En este sentido, en este artículo se busca visibilizar estas acciones desde una perspectiva regional (departamento del Caquetá). Para esto se tienen en cuenta las leyes que pretenden cobijar a las víctimas y la participación de los organismos que operan en la región para atender, desde la perspectiva de la salud, a estas. Por este motivo, en este documento se aborda la violencia como problema de salud pública, ya que las FARC han sido uno de los principales actores generadores de conflicto en el Caquetá. Según la Misión de Observación Electoral (MOE), las FARC

están presentes desde la década de 1960 y se han visto favorecidas por la existencia de cultivos ilícitos. Grupo al margen de la ley que con el pasar de los años ha desarrollado acciones bélicas dejando daños irreparables en quienes la han vivido. (2010, p. 3)

Metodología

El presente artículo obedece a un trabajo documental que, de acuerdo con Arias, “es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis,

crítica e interpretación de datos secundarios; es decir, los obtenidos y registrados por los otros investigadores en fuentes documentales:

impresas, audiovisuales o electrónicas” (2012, p. 27). Por consiguiente, se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda, se utilizaron categorías de análisis tales como: *violencia y salud pública*, además de la normatividad que cobija a las víctimas del conflicto armado en el contexto regional (Caquetá). En este sentido, se revisaron artículos

alojados en bases de datos como Scielo, Redalyc y Google Académico, así como documentos físicos en bibliotecas. En total, la exploración de los documentos osciló entre treinta y cuarenta registros, de los cuales solo se seleccionaron aquellos que se caracterizaban por su confiabilidad al tener un autor, título y fecha.

La violencia: problemática de salud pública

Para una mayor claridad de las repercusiones que tiene la violencia en la salud pública es necesario aclarar qué se entiende por violencia. Así, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

no hay país ni comunidad a salvo de la violencia. Las imágenes y las descripciones de actos violentos invaden los medios de comunicación. Está en nuestras calles y en nuestros hogares, en las escuelas, los lugares de trabajo y otros centros. Es un azote ubicuo que desgarrar el tejido comunitario y amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos nosotros. (2002, p. 1)

De igual modo, el concepto de violencia, según Patiño, hace referencia a “actos de fuerza contrarios al derecho o a la ley, que pueden ir desde el abuso de poder hasta la coacción o al uso de las armas” (2012, párr. 3). En este sentido, vale la pena traer a colación lo dicho por Pellegrini:

Aunque la violencia ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente. La violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, no solo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hoy se suele denominar “capital social”.

Varios estudios recientes demuestran que no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las que son más igualitarias, es decir, las que también poseen alta cohesión social y una fuerte vida comunitaria. (1999, p. 219)

El concepto de salud pública no se centra de manera individual en pacientes sino en grupos de personas, comunidades o poblaciones que poseen riesgo de contraer enfermedades o lesiones; por ello, la salud pública principalmente busca desarrollar estrategias de prevención y no tanto tratar sus consecuencias. Al respecto, Espín, Valladares, Abad, Presno y Gener afirman que

la violencia se ha convertido en un problema para la salud pública debido a la magnitud que ha alcanzado en las últimas décadas. Millones de personas mueren cada año por causas atribuibles a la violencia, y la mortalidad representa solo la parte más visible, ya que por cada muerte violenta se producen decenas o cientos de lesiones de diversa gravedad. Cuando se ejerce presión psíquica o abuso de la fuerza contra una persona, con el propósito de obtener fines en contra de la voluntad de la víctima, estamos en presencia de un acto de violencia. (2008, párr. 1)

Por consiguiente, las acciones perpetradas por los distintos actores involucrados en el conflicto

colombiano y sus efectos deben ser analizados como un problema de salud pública, de tal forma que se vele por el bienestar de todos.

En este sentido, para garantizar el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia, como producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, nace el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que tiene el objetivo de luchar por la equidad en salud; según Whitehead (1992), esto es la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales que sean innecesarias, evitables e injustas. De manera similar, el Ministerio de Salud y Protección Social toma parte de lo dicho por Elsa Gómez en “equidad, género y salud: retos para la acción” para afirmar que “la equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas” (2013a, p. 34).

Respecto a las víctimas del conflicto interno, el Plan Decenal de Salud Pública hace referencia a la necesidad de garantizar el acceso a la salud a las poblaciones con mayor vulnerabilidad (niños,

adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y personas mayores). Esto se entiende de manera mucho más clara si se tiene en cuenta que “el acceso a la salud es un derecho fundamental, independientemente de la condición socioeconómica o financiera que se posea” (Ministerio de Salud y Protección Pública, 2013b, p. 2).

Cabe resaltar que frente a la violencia todos tenemos responsabilidad. De igual modo, todo servidor público está en el deber de brindar orientación a las víctimas del conflicto armado, especialmente aquellos del Ministerio Público (Personerías, Defensorías y Procuradurías), de la Unidad para las Víctimas, de los Centros regionales (antiguas UAO), de la Unidad de Gestión de Tierras Despojadas y los funcionarios de policía judicial, defensores de familia, comisarios de familia (en el caso de los niños y adolescentes), fiscales y jueces. La violencia, a pesar de no constituir una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, es un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud del daño (Araújo y Díaz, 2000).

Atención a víctimas del conflicto: una mirada a los avances del Caquetá

Desde mediados de la década del sesenta hasta la actualidad, los departamentos de Caquetá y Putumayo han contado con la presencia de diferentes grupos armados ilegales. Estos departamentos, especialmente Caquetá, tienen un carácter histórico y político para las FARC; allí surgió su Bloque Sur, se han refugiado comandantes de su secretariado y tuvieron lugar las negociaciones entre el Gobierno de Andrés Pastrana y las FARC (desarrolladas entre 1998 y 2002). De igual forma, tras involucrarse cada vez más en actividades relacionadas con el narcotráfico, desde la década del ochenta estos

departamentos cobraron gran importancia para la expansión y financiación de las FARC (FIP, USAID y OIM, 2014).

Los grupos al margen de la ley y las fuerzas del Estado han generado afectaciones significativas, especialmente en la población civil; asimismo, han convertido al Caquetá en uno de los departamentos con el mayor número de confrontaciones y violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, además, de una preocupante inestabilidad social y económica.

En este sentido, el Estado colombiano adelanta acciones de impacto que logren una reparación transformadora en la sociedad colombiana. Dichas acciones se ven reflejadas en leyes que contribuyan al mejoramiento de la situación actual de las víctimas. A modo de ejemplo, en la ley de víctimas y restitución de tierras

se consideran víctimas a aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del primero de enero de 1985 como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. (Ley 1448 de 2011, art. 3)

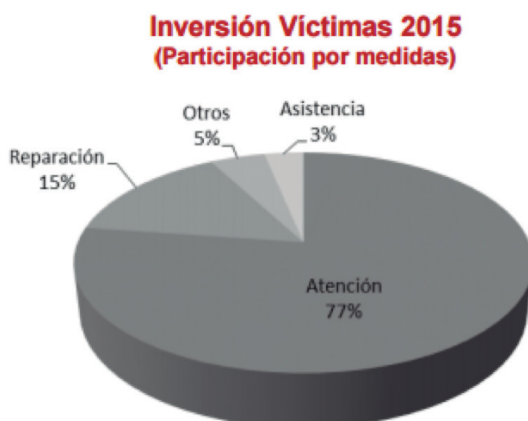
Con la creación de esta Ley, el Estado reconoce más formas de victimización y trabaja en la consecución de estrategias direccionadas a la reparación. Angelika Rettberg, en “Ley de víctimas en Colombia: un balance”, explica que

la Ley recogió y transformó muchos de los legados que en materia de reparación había inaugurado la Ley 975 de Justicia y Paz de 2005, y dio, así, una continuidad institucional de una

década al tema de la reparación en Colombia. El andamiaje institucional en el que se apoya la implementación de la ley de Víctimas ha logrado hacer presencia en múltiples regiones colombianas, consta de un proceso eficaz de registro y atención y ha logrado sistematizar la información de las personas que se declaran víctimas, lo cual supera una de las brechas clásicas en el monitoreo de las políticas humanitarias, referida a la ausencia de datos comparables, y permite hacerle un cercano seguimiento a la implementación de la ley. Al amparo de la ley se ha desarrollado una importante capacidad técnica, que abarca desde la atención psicológica hasta la asesoría en la inversión de los recursos de la reparación en las diversas comunidades que lo requieren. (2015, pp. 185-186)

Del total de recursos del proyecto de presupuesto de inversión para el 2015, “en materia de asistencia, atención y reparación integral a víctimas del conflicto armado interno, el departamento de Ciénega cuenta con recursos por \$107 122 millones” (Departamento Nacional de Planeación, 2014, p. 1). La distribución de estos se puede observar en la figura 1.

Figura 1. Inversión víctimas 2015 (participación por medidas)



Una de las bondades de la Ley 1448 de 2011 es la medida de asistencia y rehabilitación dirigida en beneficio de las víctimas del conflicto armado en Colombia. Lo anterior hace referencia al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) que busca

el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población víctima y la garantía del derecho a la atención en salud física, mental y psicosocial, dentro de unos marcos éticos que permitan la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 4)

De esta manera, el PAPSIVI opera en cuatro etapas: primero, se focalizan y contactan las víctimas; luego, se hace una evaluación del daño y las necesidades de atención; después se construye e implementa un plan de atención; y, por último, se hace la evaluación participativa del impacto de la intervención. En cuanto al componente en salud, en el PAPSIVI la atención en salud es brindada por las EPS, IPS y las Direcciones Territoriales de Salud. La atención incluye todas “las actividades, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que permitirá a la población afectada recuperar su integridad física, emocional y psicológica” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 63).

Al respecto Peña, Espíndola, Cardoso y González mencionan que la guerra

afecta el comportamiento psicológico y social en las comunidades; generalmente, luego de un desastre se presenta ansiedad, neurosis y depresión. Las poblaciones se exponen a un

grado de tensión máxima o extrema con las consiguientes afectaciones a la salud mental. Causa grandes movimientos de población, espontáneos u organizados, a menudo hacia áreas donde los servicios de salud no pueden atender la situación. (2007, p. 7)

Es por ello que en el departamento del Caquetá la Secretaría de Salud Departamental y la Caja de Compensación Familiar del Caquetá (Comfaca) socializaron el PAPSIVI a las EPS e IPS Caprecom, Asmet Salud, Saludcoop, Cruz Roja Colombiana, Hospital María Inmaculada, Hospital Comunal Malvinas y la OIM (como entidad cooperante). Con esta socialización, el ente territorial busca la integración del sector salud al articular acciones para garantizar la atención psicosocial y de salud integral a la víctima del conflicto, “con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 11).

Aunado a lo anterior, otras organizaciones siguen trabajando en beneficio de la salud mental de las víctimas en el Caquetá. Por ejemplo, en *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*, Médicos Sin Fronteras (MSF) (2013) presenta un informe resultante de la atención a 4455 pacientes de salud mental entre enero y diciembre de 2012 en cuatro departamentos del sur de Colombia (Caquetá, Putumayo, Nariño y Cauca). Respecto al informe, *El Universal* resalta que

el departamento más afectado por este flagelo es el Cauca, donde habita el 51.% (unas 2286 personas) del total de la población en las unidades de atención psicológica y psiquiátrica de la organización. Le sigue el Caquetá donde habita el 34.% (1492 personas), Nariño con el 11.% (483 personas) y Putumayo con el 4.%

(194). Los municipios donde la situación es más crítica son San Vicente del Caguán, en Caquetá, donde fueron atendidas por este problema 744 personas; seguidas de cerca por Timbiquí, en el Cauca, donde fue atendida una población de 740 personas. En el departamento de Nariño, el municipio más afectado es Tumaco, donde fue atendido un total de 233 personas. (27 de junio del 2013, párrs. 5-6)

Finalmente, en el informe, por un lado, se afirma que “entre los pacientes de MSF, la categoría

“Violencia” aparece como la más significativa entre los eventos que afectan la salud mental, permitiendo observar la magnitud del problema de exposición al conflicto de la población atendida” (MSF, 2013, p. 7).

Por otro lado, se le sugiere al Estado que programas de atención como el PAPSIVI no se limiten únicamente a las víctimas reconocidas, ya que esto pone una barrera de acceso a quienes han sido víctimas indirectas de la violencia en zonas de conflicto (MSF, 2013).

Tabla 1. Significación de la categoría “Violencia” entre los pacientes de MSF

Categoría evento	Número de pacientes	Porcentaje
Violencia	2987	67,05 %
Separación o pérdida	627	14,07 %
Otros	545	12,23 %
Condiciones médicas	233	5,23 %
Desastres	46	1,03 %
Sin factor de riesgo	17	0,38 %
Total	4455	100 %

Fuente: MSF, 2013, p. 7.

Discusión y conclusiones

Es indiscutible que la violencia en Colombia debe ser analizada desde la perspectiva de problemática de salud pública; los grupos al margen de la ley y las fuerzas del Estado han cometido actos que permiten catalogar la situación como un problema de este tipo. Según Sergio Ferrero,

en el ámbito de la salud en Colombia, no es casualidad, que las disfuncionalidades administrativas y de gestión, la brechas en

términos de indicadores básicos de salud pública, la debilidad en la prestación de servicios y la dificultad para desarrollar los programas de promoción y prevención de la salud, entre otros temas, sean elementos comunes en las áreas más afectadas por la violencia. Un costo más que el conflicto armado imputa a los más desfavorecidos en un país de profundos contrastes e inequidades. (2013, párr. 3)

Por tal motivo, se hace indispensable reconocer que en Colombia se vive una problemática de salud pública. Así, es fundamental reconocer a las víctimas y brindarles todo el apoyo que estas requieran, puesto que la salud, como lo menciona la Organización Panamericana de la Salud (ops), va más allá de la recuperación del herido o el enfermo, del acceso a los servicios y no separa lo físico de lo mental o lo social (1997).

Como lo confirman los documentos consultados, el conflicto armado no solo genera problemas de riesgo para la salud mental de las personas que han vivido el flagelo de la violencia; además de esto, emergen otros factores de riesgo que con-

tribuyen al deterioro de la salud y la calidad de vida de los colombianos. Las víctimas del conflicto armado que sufren directa o indirectamente las consecuencias de la guerra necesitan del apoyo que pueda brindárseles, especialmente, en atención y acceso a la salud.

En este sentido, el Gobierno nacional tiene enorme responsabilidad sobre las víctimas y, estas últimas, son responsables de conocer lo que el Gobierno puede proveerles. A modo de ejemplo, el PAPSIVI es una de las acciones diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social que promueve la atención en salud a la población víctima y lucha por la reconstrucción social en las comunidades afectadas.

Referencias

- Araújo, E. y Díaz, G. (2000). Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. *Revista Cubana Salud Pública*, 26(2), 85-90. Recuperado de <https://bit.ly/2vwDoRy>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas: Episteme.
- Congreso de la República. (10 de junio del 2011). Ley 1448 de 2011: por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. DO: 48 096. Recuperado de <https://bit.ly/2TeLDKY>
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (Septiembre del 2014). Regionalización del Presupuesto de Inversión 2015. Política de Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas. Cáqueta [recurso en línea]. Recuperado de <https://bit.ly/2I8SGyG>
- El Universal*. (27 de junio del 2013). Salud mental, otra víctima del conflicto armado. Recuperado de <https://bit.ly/2x4JQQb>
- Espín, J., Valladares, A., Abad, J., Presno, C. y Gener, A. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4). Recuperado de <https://bit.ly/2PIPSMW>
- Ferrero, S. (2013). Colombia: conflicto armado, salud y paz. *Semana*. Recuperado de <https://bit.ly/38gaFxJ>
- Fundación Ideas Para la Paz (FIP), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (Junio del 2014). Conflicto armado en Caquetá y Putumayo y su impacto humanitario. *Boletín Área de Dinámicas del Conflicto y Negociaciones de Paz. Unidad de Análisis 'Siguiendo el Conflicto'*, 73, 1-70. Recuperado de <https://bit.ly/3aoUHD1>
- Médicos Sin Fronteras (MSF). (2013). *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Recuperado de <https://bit.ly/38cP60V>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Versión 2 ajustada*. Recuperado de <https://bit.ly/38jgVoi>



- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá. Recuperado de <https://bit.ly/3amsIUp>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables*. Recuperado de <https://bit.ly/2PGy6d5>
- Misión de Observación Electoral (MOE). (2010). *Monografía político electoral departamento de Caquetá 1997-2007*. Bogotá. Recuperado de <https://bit.ly/39hBbrU>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recuperado de <https://bit.ly/2Vz82EB>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1997). *Promoción de la salud: una antología*. Revista española de salud pública, 71(3), 317-320. Recuperado de <https://bit.ly/2TqRSuc>
- Patiño, J. (28 de abril del 2012). Violencia y conflicto armado en Colombia [entrada de blog]. Recuperado de <https://bit.ly/3awUdLd>
- Pellegrini, A. (1999). La violencia y la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(4-5), 209-221. Recuperado de <https://bit.ly/3cmUvpv>
- Peña, L., Espíndola, A., Cardoso, J. y González, T. (2007). La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas. *Humanidades Médicas*, 7(3). Recuperado de <https://bit.ly/2PHgn5d>
- Rettberg, A. (2015). Ley de víctimas en Colombia: un balance. *Revista de Estudios Sociales*, 54, 185-188. DOI: <https://doi.org/10.7440/res54.2015.14>
- Whitehead, M. (1992). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. DOI: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>