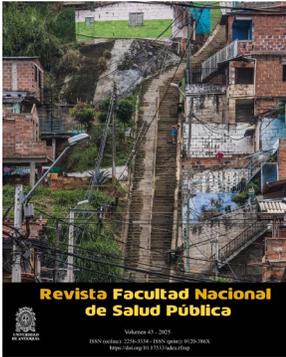




Revista Facultad Nacional
de Salud Pública



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 43, 2025

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.359316>

rfnsp.359316

Recibido 6/12/2024

Aprobado: 12/12/2024

Publicado: 16/12/2024

Cita:

García-Balaguera C. Conflicto armado en Colombia y los retos de la salud pública dentro del contexto de la "Paz total". Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2025;43: 359316
DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.359316>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Editorial

Conflicto armado en Colombia y los retos de la salud pública dentro del contexto de la "Paz total"

César García-Balaguera¹

¹ Magíster en Epidemiología, Magister en Salud sexual y reproductiva, profesor Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. cesar.garcia@campusucc.edu.co.

Antecedentes del conflicto armado en Colombia

Colombia ha tenido el conflicto armado más largo de todos los países de América. Su población ha padecido todas las consecuencias de la guerra, con especial énfasis en la zona rural. La violencia se remonta a fines de los años cuarenta; desde entonces, se han intentado llevar a cabo varios procesos de paz: en 1953, Gustavo Rojas Pinilla inició un proceso de pacificación que incluyó una amnistía; en 1958, Alberto Lleras decretó amnistía e indultos; en 1978, Belisario Betancur impulsa otro proceso de paz y reconciliación; en 1990, Virgilio Barco firma la paz con el Movimiento 19 de Abril, cuyos miembros se integran a la vida política del país, y con el Ejército Popular de Liberación; en 1993, César Gaviria logra el desarme de la Corriente de Renovación Socialista. Por su parte, Ernesto Samper, en 1994, y Andrés Pastrana, en 1998, también incluyeron infructuosos procesos de paz en sus mandatos. En 2012, Juan Manuel Santos inicia el proceso de paz que finalmente se firma con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) en 2016, cuya ejecución y cumplimiento han sido lentos y parciales, y en 2023, Gustavo Petro impulsa el actual proceso de "Paz total".

La actual política tiene como objetivo alcanzar una paz estable y duradera mediante la negociación y el diálogo con todos los grupos armados ilegales del país, incluyendo las disidencias de las FARC y el Ejército de Liberación Nacional. La idea es desmovilizar a estos grupos y garantizar la seguridad y los derechos de todos los colombianos. La "Paz total" se basa en tres ejes principales: desactivar los factores de violencia mediante procesos de paz y el sometimiento a la justicia; proteger la vida, especialmente la de los líderes sociales, defensores de derechos humanos y excombatientes, y lograr la paz social y la convivencia ciudadana, resolviendo conflictos cotidianos de manera pacífica [1,2].

Todos estos procesos —sin incluir el actual, que está en marcha, sin saber aún su resultado— se han caracterizado por no haber abordado las raíces de la violencia: las inequidades. Además, tras ellos, los combatientes desmovilizados han sido asesinados, perseguidos o expulsados, con acciones de diversos actores tanto paramilitares como del Estado. Asimismo, continúa la ausencia del Estado en las zonas de influencia de las guerrillas y los paramilitares. En las zonas donde ha existido la acción estatal, esta ha sido episódica, lánguida e intermitente, y estas circunstancias han ocasionado el reciclaje de los actores violentos y la pérdida de idearios políticos. Así, tanto guerrilla como paramilitares han transitado hacia la criminalidad pura [3,4].

La guerra como reto para la salud pública

Los efectos de la guerra en las poblaciones han sido graves en lo físico, lo psicológico, lo emocional, lo familiar y lo cultural. La pérdida de la seguridad personal y de su entorno, así como la afectación a su dignidad, es especialmente importante en niños, mujeres y ancianos, pero también en poblaciones afrocolombianas, indígenas y en los migrantes, lo cual representa un significativo reto para los sistemas de salud.

Es evidente que el daño sobre la salud de las poblaciones inmersas en la guerra es multidimensional. No hay un aspecto de la vida cotidiana que no se vea afectado y que no ocasione secuelas de todo tipo a mediano y largo plazo, y más aún cuando no se dan garantías de protección, reparación, apoyo y, sobre todo, de no repetición.

Por otra parte, la rehabilitación requiere acciones intersectoriales que combatan la inequidad que generó el conflicto [5,6].

El goce efectivo del derecho a la salud como reto para la salud pública

En Colombia, la salud es un derecho fundamental desde 2015, como se consagra en la Ley 1751 de 2015 [7]; sin embargo, la intermediación financiera; la falta de rectoría; la ausencia de compromiso político; el incumplimiento de las leyes, como el de la Ley 1438 de 2011, que adopta la estrategia de atención primaria en salud dentro del sistema de salud, establece las redes de salud y la atención diferenciada en zonas rurales dispersas y en poblaciones vulnerables [8], y las barreras de acceso a los servicios de salud, en especial de tipo administrativo, todo ello ha impedido el goce integral del derecho a la salud, con especial relevancia en las zonas urbanas subnormales y en zonas rurales dispersas.

Los indicadores de mortalidad infantil y materna, la desnutrición, las enfermedades transmitidas por vectores y el cáncer evidencian mayores incidencias en estas zonas y se agravan ante las barreras geográficas, culturales, económicas, actores violentos, economías ilegales y la ausencia del sistema de salud en todos los niveles de atención, con mayor afectación en población indígena, afrocolombiana, niños y mujeres [9,10].

La Ley 1751 de 2015 pretende garantizar la salud como derecho. Es necesario romper las barreras en el acceso inequitativo al sistema de salud, partiendo de los determinantes sociales de la salud y una mirada integral al país, revisando los territorios con sus particularidades y su devenir histórico.

La salud pública actual

Como consecuencia del proceso de paz de 2016, parte de las FARC se desmovilizan y sus zonas de influencia son rápidamente cooptadas por otros actores violentos (disidencias, clanes, bandas), que en la actualidad y ante la ausencia del Estado, provocan una situación de zozobra y muerte en estas regiones del país, ya de por sí olvidadas, y que se ha optado por llamar la “Colombia profunda”, denominación que no invoca nada diferente al olvido y ausencia del Estado.

Así, la región del suroccidente colombiano, La Guajira, los Llanos y la Amazonía presentan las mayores incidencias en enfermedades transmisibles y muertes evitables, pobres indicadores de desarrollo humano y alta pobreza multidimensional [11]. Esta situación llama la atención, desde hace largo tiempo, para que se realicen intervenciones integrales del Estado que cambien en forma positiva, es decir, que impacten disminuyendo los riesgos generados por los determinantes sociales de la salud, que no solo pueden ser alcanzados por la reforma a la salud propuesta en la actualidad, sino que requieren la acción de sectores varios, como la agricultura, la banca, la educación, la infraestructura, las comunicaciones, el saneamiento básico y ambiental, así como también precisa de la creación de empleo digno, la participación social y comunitaria, apoyo a madres comunitarias y enfoque diferencial, esto es, un enfoque integral del desarrollo y la lucha contra las desigualdades [11].

Si se observa el contexto, este panorama ocurre en casi toda Latinoamérica y en África, es decir, en países de bajos y medianos ingresos. La pandemia del COVID-19 agravó las circunstancias, develando las debilidades de los sistemas de salud y también su capacidad de resiliencia; pero constituyen, sin lugar a dudas, un gran desafío para la salud pública.

El término “sindemia” es introducido por Merrill Singer, refiriéndose a la interacción de factores sociales, ambientales y económicos que empeoran los resultados en salud —en otras palabras, hablamos de los *determinantes sociales de la salud*—. Los países están experimentando crisis sanitarias sindémicas, en las que los patógenos infecciosos, incluido el COVID-19, interactúan con epidemias de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En combinación con la guerra, la inestabilidad ambiental y los efectos de la inflación galopante, ha surgido una crisis de salud pública que requiere una respuesta integrada y decisiones políticas intersectoriales. Reconocer que el funcionamiento de los sistemas sanitarios está vinculado integralmente con el medio ambiente, la salud animal y la agricultura exige soluciones que abarquen a todos los sectores y desde la comunidad, hasta los niveles nacional y mundial [12].

Cómo afrontar los retos de la salud pública dentro del contexto de la “Paz total”

La salud no es el resultado de un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo y socialmente determinado. Este aspecto muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido a la influencia de la visión biomédica. La determinación social oscila dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general.

De esta manera, es fundamental entender las realidades regionales, como ya se había expresado en las leyes 1438 de 2011 [8] y 1751 de 2015 [7], y también se ha pretendido en la actual reforma a la salud que pasa por el Congreso de la República.

Por un lado, lo urbano requiere un abordaje desde la estrategia de atención primaria en salud con diagnósticos comunitarios, participación social, mejorar la capacidad de resolución del primer nivel de atención y acabar las barreras de acceso, con énfasis en las poblaciones de bajo ingreso, subnormales y migrantes. Ello debe pasar por mejorar la capacidad operativa del sistema público de atención en salud; acabar la intermediación financiera; establecer la historia clínica unificada electrónica nacional, y para evitar sobrecostos y racionalizar los gastos, un tarifario único nacional de insumos, actividades y procedimientos en salud; mejorar la estabilidad y el ingreso pecuniario del personal de salud; dar incentivos por la intervención de riesgos individuales; lograr la atención con enfoque diferencial y de derechos; establecer un sistema robusto de información y vigilancia epidemiológica, con la implementación efectiva de equipos interdisciplinarios de salud articulados con las redes de prestación primaria, en consonancia con la caracterización poblacional y el plan de desarrollo territorial.

Por otro, como complemento, la mirada al contexto rural es más complejo. Además de lo anterior, implementar un sistema de salud rural para la “Paz total” en Colombia requiere una gran voluntad política y la disposición de los recursos financieros necesarios. Este sistema debería estar integrado al sistema de salud y al plan de beneficios existente, basado en la atención primaria en salud, la participación social y comunitaria, con diagnóstico comunitario de base —es decir, que la población identifique sus problemas, conozca las causas y establezca alternativas de solución— y la definición de prioridades comunitarias en salud. Asimismo, debería haber integración y consenso con los municipios, distritos y departamentos dentro de sus competencias y recursos.

El Sistema de Salud Rural, pese a haber estado contemplado en los acuerdos de paz del Gobierno Santos,

dentro del Plan Nacional de Reforma Rural Integral, no arranca y este no ha consultado en forma plena a las comunidades, pues los imaginarios y las vivencias de la población rural son muy diferentes, por ejemplo, respecto a la sexualidad y la reproducción, los riesgos laborales y los riesgos ambientales. Desde el riesgo individual, las aseguradoras no han asumido el compromiso requerido para caracterizar la población e injerir en sus riesgos, y los planes de intervenciones colectivas rara vez llegan a afrontar el riesgo colectivo.

La prestación básica en el ámbito rural se debe apoyar en equipos básicos de salud y medicina familiar, que apliquen las rutas integrales de atención, definidas por el Ministerio de Salud [13], y las “Guías de práctica clínica” [14], donde sea pertinente involucrar la medicina tradicional y ancestral. Estos equipos básicos de salud rurales aún no se implementan en todo el país. Aunque el Gobierno actual ha dado cierta prioridad a su conformación, no hay garantía de crear redes de prestación de servicios que integren la red básica de prestación y las redes complementarias en zonas rurales cercanas a las ciudades y con medios de comunicación, y en zonas rurales dispersas, donde es difícil desplazarse y comunicarse, y no hay cobertura ni capacidad de gestión, ni se garantiza la oportunidad ni la calidad en la zona rural.

Además, en todo el país no hay un desarrollo de sistemas de información en salud de base comunitaria (hasta ahora se empieza a capacitar para ello), que permitan el monitoreo de los indicadores de salud, demográficos, poblacionales y de interés en salud pública, a fin de tener insumos para realizar ajustes oportunos y producir mejor costo-eficiencia en el proceso de construcción del tejido social y de desarrollo humano. Paralelamente, se debe consensuar con los sectores agrícola, bancario, industrial, educativo, vías, defensa, policía, justicia, comunicaciones, saneamiento básico y ambiental, para que elaboren proyectos de ayuda a mejorar los indicadores de desarrollo humano y pobreza multidimensional.

Conclusiones

Las realidades de la guerra afectan la dignidad y los derechos humanos; descomponen núcleos familiares, las redes de apoyo social y comunitario, y acaban el aparato productivo agrícola, las cadenas de comercio y suministro, las instituciones educativas, la infraestructura de servicios públicos, las vías y la prestación de servicios de salud.

El conflicto y la criminalidad causan dolor y desintegración social; sin embargo, las comunidades, con su capacidad de resiliencia de, de lucha y supervivencia, aún se esperan con oportunidades que se abren para construir el tejido social, la confianza en sí mismos y en la población que rodea a las víctimas.

En el Pacífico y los Llanos se han observado comunidades caracterizadas por tener gran capacidad de resiliencia, y ello se ve potencialmente en todo el país. En muchas áreas conviven las víctimas y los victimarios. Allí es necesario también el reconocimiento del victimario como parte del proceso de reconciliación como un paso al perdón y a la reparación.

Un sistema de salud rural debe intervenir los determinantes sociales de la salud y proveer servicios de salud integrales e integrados, con planeación y participación comunitaria.

Colombia, en este momento, tiene la voluntad política desde el Gobierno, pero no desde la clase y la casta política. Por eso no se ha desarrollado la capacidad institucional para responder al desafío de la salud en la “Paz total”, como fundamento para la resiliencia, la convivencia, la salud mental, el bienestar y la preservación de la paz.

Declaración de fuentes de financiación

La elaboración del texto no tuvo fuente de financiación.

Declaración de conflicto de intereses

Se declara que no existe ningún conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

Se declara que el autor es responsable de la información declarada y de su veracidad.

Declaración de contribución por autores

Se declara que el autor elaboró el documento.

Referencias

1. Borda F, Orlando GG, Umaña E. La violencia en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo; 1962.
2. Patricia L. Siembra vientos y recogerás tempestades. Editorial Planeta. Bogotá; 1981.
3. Gobierno Nacional y FARC-EP. Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. Bogotá: 24 de noviembre de 2016. Oficina del Alto Comisionado para la Paz. Biblioteca del proceso de paz con las FARC-EP. Bogotá: Presidencia de la República [internet]; 2018 [citado 2024 dic. 10]. 12 vols. Disponible en: <https://www.altocomisionadopalapaz.gov.co/>
4. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PCDHDD), Coordinación Colombia-Europa-Estados Unidos (CCEEU), Alianza de Organizaciones Sociales y Afines. El camino del cambio. Avances y tropiezos de la paz, los derechos humanos y la democracia. Segundo año del gobierno de Gustavo Petro y Francia Márquez. Bogotá: Ediciones Ántropos Ltda. [internet]; 2024 [citado 2024 dic. 10]. Disponible en: <https://informesderechoshumanos.com/wp-content/uploads/2024/10/El-camino-del-cambio-web-1.pdf>
5. García-Balaguera C. La salud como derecho en el postconflicto colombiano. *Rev Salud Pública*. 2018;20(6):771-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.V20n6.67777>
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. Book Review. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*. 2003;45(3):130. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-46652003000300014>
7. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (2015 feb. 16).
8. Colombia, Congreso de la República. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (2011 ene. 19).
9. López-Mallama OM, Zapata Lobo YA, Banguero Mejía KY, et al. Análisis de la reforma del sistema general de seguridad social en salud 2022-2026: una mirada desde el Plan Decenal de Salud Pública. *Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinaria*. 2024;8(1):1650-64. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9560
10. García-Balaguera C, Vargas Martínez MG, et al. Maternal mortality, health determinants, and Covid-19 in the Department of Meta, Colombia: A cross-sectional study. *Open Public Health J*. 2024;17(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.2174/0118749445277442240220101010>
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de situación de salud. Colombia, 2023 [internet]. 2024 [citado 2024 dic. 5]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>
12. Tweed S, Selbie D, Tegnell A, et al. Syndemic health crises—The growing role of National Public Health Institutes in shaping a coordinated response. *Int J Health Plann Manage*. 2023;38(4):889-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.3634>
13. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202, por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones [internet]. (2016 jul. 25) [citado 2024 dic. 5]. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
14. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de práctica clínica. Colombia [internet]. 2013 [citado 2024 dic. 5]. Disponible en: https://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/gpc_info_1.aspx