

La salud en el conflicto colombiano.

Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño).



La salud en el conflicto colombiano

Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del Pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño).



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Bogotá, Colombia - 2021

Médicos del Mundo Francia – Colombia

Presente en Francia y en otros 73 países, Médicos del Mundo es un movimiento internacional independiente de activistas que curan, son testigos y acompañan el cambio social. Basándonos en nuestros 373 programas médicos innovadores y la promoción sustentada en la evidencia, permitimos que las personas excluidas y sus comunidades accedan a la salud mientras luchan por el acceso universal a la atención.

En Colombia se estructuran tres ámbitos de actuación: apoyo a las víctimas de crisis y conflictos, promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) y la atención a las poblaciones migrantes y desplazadas (MDS). Los principios de apertura: transparencia y desarrollo colectivo, guían los valores y la gobernanza de nuestra asociación.

Entender las diferentes maneras de hacer, decir y pensar sobre la salud nos permite actuar de la manera más efectiva posible. Esta es la razón por la que Médicos del Mundo sitúa la diversidad cultural y social de las poblaciones en el centro de su ética y práctica humanitaria.

Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia

Mediante el Acuerdo del Consejo Superior Universitario No. 004 del 29 de mayo de 2003, se crea el Programa Curricular de Posgrado Interfacultades: Doctorado en Salud Pública. “En la actualidad por acuerdo del Consejo Académico No.255 del 28 de noviembre de 2008, se modifica el Programa curricular del Doctorado Interfacultades en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia”.

Su propósito fue centrarse en la formación de investigadores de alto nivel científico para que contribuyan a la producción de conocimiento y puedan desempeñarse en los diferentes campos de la salud pública tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Red SaludPaz

Red de Universidades y Organizaciones Sociales en Salud para la Paz - Red SaludPaz, constituida en mayo de 2017 y coordinada por el Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Sus líneas de acción son: Experiencias demostrativas de salud y paz; incidencia política en salud y paz; formación para la salud y la paz; estrategia de comunicación multimodal.

La Salud en el conflicto colombiano. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del Pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño)

Por: Médicos del Mundo Francia – Colombia, Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia y la Red SaludPaz.

Autores:

Giovanni Andrés Numpaque-Arcila / María Alejandra Rojas Ordóñez / Yazmín Yurley Velásquez Ardila

Dirección y revisión:

Mario Hernández-Álvarez / Zulma Consuelo Urrego-Mendoza / Nicolás Dotta
Alba Lucía Salazar Quintero (in memoriam) / Carlos Montufar

Sugerencia de cita: Numpaque-Arcila, GA., Rojas-Ordóñez, MA., Velásquez-Ardila, YY., Urrego-Mendoza, ZC., Hernández-Álvarez, ME. Dotta-Ibáñez, NA. (2021) La Salud en el conflicto colombiano. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño).

Bogotá, D.C. Colombia

Diseño y diagramación: Impresionarte Studio SAS

Coordinación Editorial: Diego Mora Bello



Este material circula bajo una Licencia Creative Commons CC BY-SA 4.0. Usted puede compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, así como adaptar, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier finalidad, incluso comercial, siempre y cuando de el crédito correspondiente a la autoría y licencie las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones.

Para ver una copia de esta licencia visite: [Creative Commons – Reconocimiento 4.0 Internacional – CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Índice

Lista de abreviaturas	7
<i>La Salud en el conflicto colombiano. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del Pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño)</i>	7
Presentación del informe	9
<i>Marco Conceptual</i>	10
<i>Metodología</i>	12
<i>Introducción General</i>	15
Medio Atrato- Chocó	17
<i>Caracterización Sociohistórica-territorial del Medio Atrato-Chocó</i>	18
<i>El conflicto armado en el Chocó</i>	21
<i>Las afectaciones de salud en el Medio Atrato y la experiencia de Médicos del Mundo</i>	30
<i>Resistencias de las comunidades del Medio Atrato</i>	52
Área de Manejo Especial de La Macarena - Meta	58
<i>Caracterización sociohistórica-territorial del Área de Manejo Especial de La Macarena</i>	58
<i>El conflicto armado en el territorio</i>	62
<i>La situación de salud y la experiencia de Médicos del Mundo</i>	67
<i>La resistencia de las comunidades campesinas en el AMEM</i>	88
Territorios del Pueblo Awá-Nariño	95
<i>Caracterización sociohistórica-territorial de los resguardos del Pueblo Awá</i>	95
<i>El conflicto armado en los territorios del Pueblo Awá</i>	100
<i>La situación de salud en el Pueblo Awá de Nariño y la experiencia de Médicos del Mundo</i>	105
<i>La resistencia del Pueblo Awá</i>	118
CONCLUSIONES	121
<i>Violencia directa</i>	121
<i>Territorialidades y territorialización</i>	121
<i>Desenlaces en salud</i>	122
<i>Infracciones a la Misión Médica y al Derecho Internacional Humanitario</i>	123
<i>Resistencias</i>	124
<i>Conclusiones específicas</i>	124
<i>Medio Atrato, Chocó</i>	124
<i>Área de Manejo Especial de la Macarena, Meta</i>	125
<i>Resguardos del Pueblo Awá, Nariño</i>	126
<i>Recomendaciones para la no repetición</i>	127
<i>Lo estructural/general</i>	127
<i>El sistema/modelo de salud</i>	128
<i>La Misión Médica y la acción humanitaria</i>	129
Bibliografía	131

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
AAMPY	Asociación Ambiental de Mujeres Trabajadoras por el Desarrollo del Yará
AF	Acuerdo Final
AGC	Autodefensas Gaitanistas de Colombia
AMEM	Área de Manejo Especial La Macarena
ASCAL-G	Asociación Campesina Ambiental Losada-Guayabero
ASMAPID	Asociación de Mujeres Ambientalistas Trabajadoras por la Igualdad de Derechos
ASMUCACD	Asociación de Mujeres Campesinas Ambientalistas de La Cristalina del Losada por sus Derechos
ASMUJ Sanjuan	Asociación de Mujeres Campesinas de San Juan de Losada
ASOPEPROC	Asociación de Pequeños Productores Agropecuarios de la Cristalina del Losada
AUC	Autodefensas Unidas de Colombia
BACRIM	Bandas Criminales
CEV	Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición
Cocomacia	Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato
CORPOAYARI	Corporación de Trabajadores Campesinos, Agropecuarios y Ambientales de los Llanos del Yará
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DASALUD	Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó
DIH	Derecho Internacional Humanitario
ELN	Ejército de Liberación Nacional
EPL	Ejército Popular de Liberación
EPS	Empresa Promotora de Salud
ETCR	Espacio Territorial de Capacitación y Reincorporación
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
FARC-EP	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo
FFMM	Fuerzas Militares
IIC	Índice de Intensidad del Conflicto
IPA	Índice Parasitario Anual de Malaria
INS	Instituto Nacional de Salud

IPS	Institución Prestadora de Salud
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
JEP	Jurisdicción Especial para la Paz
M-19	Movimiento 19 de abril
MAP	Minas Anti-Personal
MDM	Médecins du Monde - France
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONS	Observatorio Nacional de Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
OREWA	Asociación de Resguardos y Autoridades Embera Dóbida, Katío, Chamí y Dule
P&P	Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad
PAPSIVI	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PIB	Producto Interno Bruto
PNRRI	Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud
RRI	Reforma Rural Integral
SEM	Servicio de Erradicación de Malaria
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SIVJRNR	Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UBPD	Unidad de Búsqueda de Personas Dadas por Desaparecidas
UNIPA	Unidad Indígena del Pueblo Awá
UP	Unión Patriótica
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

La Salud en el conflicto colombiano. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del Pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño)

Presentación del informe

Las relaciones entre la violencia y la salud han sido ampliamente expuestas en los últimos 20 años por organismos multilaterales, entidades estatales y la academia, los cuales han detallado los diferentes efectos que ello ha producido sobre la infraestructura sanitaria, los profesionales del área de la salud y las víctimas de la población civil. Se han identificado las marcas y las huellas corporales, los malestares emocionales, la discapacidad, los dolores y el sufrimiento. No obstante, la violencia en Colombia ha tenido unas características particulares con múltiples dimensiones que han configurado un conflicto de orden político, social y armado; este es un llamado a hacer un análisis integral del problema.

Las comunidades que habitan, construyen y sobreviven en los distintos territorios del país, han generado sus propios modos de vivir, de curar, de enfermar, de atender; todo en el marco de un conflicto que se refleja en un Estado ausente como garante de los derechos, pero presente en

la disputa militar del territorio frente a otros actores armados que proliferan ante las desigualdades y la injusticia social. Estas ausencias en los territorios ha conllevado a que sean sectores como la Iglesia, las organizaciones humanitarias y de cooperación internacional, o las universidades (a través de programas sociales y proyectos solidarios), los que ingresen a los territorios con el objetivo de atender algunas de las múltiples necesidades que se presentan, entre ellas, las necesidades en salud.

El presente informe es el resultado de un proceso de investigación que ha reunido el testimonio oral de líderes y lideresas de comunidades y organizaciones sociales en los territorios de la cuenca del Medio Atrato en Chocó, del Área de Manejo Especial de la Macarena en el Meta y del Pueblo Awá en Nariño; junto con los testimonios de personas que han trabajado con la organización Médecins du Monde-France (MDM) y desde proyectos universitarios emprendidos en el marco de la Red SaludPaz, dentro de los mismos espacios territoriales de las comunidades asumidas como casos de estudio. Tales testimonios, recopilados a través de grupos focales, entrevistas y talleres de caracterización

comunitaria, dialogan con planteamientos que se han identificado en la revisión de documentos para comprender, de una manera integral y compleja, la relación entre la salud de las comunidades y el conflicto armado.

Es desde esta visión compartida y complementaria entre las personas y las comunidades que ellos han afrontado de manera directa los efectos del conflicto armado en su salud y su vida, además de los profesionales de la salud que han operado en sus territorios, que se analizan estos efectos intolerables de la guerra y se presenta este informe ante la Comisión para el Esclarecimiento

Marco Conceptual

Existen múltiples tipos de violencia y varias formas de clasificarla. En el marco de los trabajos desarrollados por el Grupo de Memoria Histórica que nace de la Ley 1448 de 2011, conocida en Colombia como la “Ley de Víctimas”, se definen algunas modalidades de violencia, que abarcan gran parte de las experiencias vividas por las comunidades durante el conflicto armado. Entre estas figuran los asesinatos selectivos, las masacres, la sevicia y la tortura, la desaparición forzada, el secuestro, el despojo y las extorsiones, la violencia sexual, el reclutamiento, las acciones bélicas, el uso de minas antipersonal, la munición sin explotar y artefactos explosivos improvisados, los ataques a bienes civiles y el sabotaje, los atentados terroristas y las amenazas. Estas modalidades son útiles para clasificar eventos violentos en el conflicto y generar estadísticas; sin embargo, no resultan completamente útiles para comprender las dinámicas de la violencia en un sentido más amplio que permita distinguir las causas de esta violencia y sus dinámicas en contextos territoriales y culturales específicos. Una clasificación ampliamente usada, y que brinda más visibilidad a las violencias más ocultas, es la que hace Johann Galtung, sociólogo noruego, quien se considera pionero en los estudios de paz

de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición (CEV), con la expectativa de contribuir, no solo a la labor de esclarecimiento, sino también al planteamiento de horizontes que contribuyan a la construcción definitiva de una paz con justicia social, estable y duradera, reconociendo los saberes, las resistencias y las propuestas construidas desde los territorios. De esto se desprende que el informe relate, además, las diferencias en las dinámicas del conflicto en cada uno de los casos analizados, y algunos efectos diferenciales que tales dinámicas tienen sobre mujeres, niñas y niños, jóvenes, campesinos y campesinas, indígenas y afrodescendientes.

y conflicto. Según Galtung, la violencia es directa cuando se manifiesta en actos de agresión física ejercida por individuos o grupos. Ejemplos de esta son la tortura, las masacres y las amenazas por parte de grupos armados. La violencia es estructural cuando surgen inequidades debido a factores como raza, clase socioeconómica, género, entre otras. Y, por último, la violencia es cultural cuando se basa en lo simbólico de la pertenencia a un grupo de personas, y sobre esta base se ejercen violencias estructurales y directas (Galtung 1990).¹ Estas violencias, al igual que un iceberg, existen sobre un plano de visibilidad e invisibilidad. Visibles son las violencias que reciben gran atención mediática, como las masacres y desplazamientos que aún intentan ocultarse por múltiples motivos sociopolíticos. Menos visibles son las violencias estructurales y culturales, que requieren pesquisas profundas, cuidadosas y críticas para revelar.² Lejos de ser conceptos estáticos, estos tipos de violencia tienen además un carácter de mutuo refuerzo y sostenimiento a lo largo del tiempo. Las desigualdades de la violencia estructural se manifiestan en forma de abandono y explotación, se refuerzan con actos de guerra, opresión militar, desplazamiento, y también se reafirman con discursos y prácticas que nacen de ideas sobre las víctimas como supuestamente merecedoras del abandono, de las agresiones, o de su destino, todo esto debido a su

⁽¹⁾ Galtung, J. (1990). *Cultural Violence*. *Journal of Peace Research*, vol. 27(3), pp. 291 – 305.

⁽²⁾ Galtung, J. (1998). *After Violence: 3R, Reconstruction, Reconciliation, Resolution. Coping with Visible and Invisible Effects of War and Violence*. Red Gernika.

cultura. A lo largo de este informe será claro que las comunidades-caso han experimentado todos estos tipos de violencia y continúan atrapadas en el “triángulo de las violencias”.

La propuesta de Galtung frente a la violencia plantea, asimismo, la posibilidad de construcción de paz desde lo que ha denominado las “3R”: la Reconstrucción de la violencia, la Reconciliación entre las partes en conflicto y la Resolución del conflicto desde su raíz³. Esta visión se encuentra en el conjunto del informe con el objetivo de develar la relación con las raíces históricas de las conflictividades, y principalmente, en las recomendaciones plasmadas con el horizonte de construir paz desde los territorios.

En relación con la salud, es posible abordarla desde enfoques angostos o amplios. Un enfoque angosto consideraría la salud como la ausencia de enfermedades a nivel individual, principalmente físicas y entendidas desde la perspectiva de la medicina occidental. Pero un enfoque amplio de la salud, el que nos guía en la redacción de este informe, la comprende como un proceso histórico en el que se relacionan las condiciones sociales, políticas, ambientales y culturales en los territorios que, en consonancia con una integridad física y mental, se manifiestan en un buen vivir.⁴ Además, de acuerdo con el proyecto de lograr el acceso efectivo a la salud para las poblaciones más vulnerables del país, consideramos que esta salud y este buen vivir deben surgir de la autodeterminación de las comunidades, siendo el arraigo con el territorio, las prácticas culturales y los modos de vida particulares de cada comunidad elementos fundamentales en la configuración de la salud que se reclama.

Al tener en cuenta el sentido de lo mencionado previamente, no es posible comprender la salud desligada de los otros derechos, tal y como se establece en la Observación General No. 14, del Consejo Económico y social de las Naciones Unidas.

⁽³⁾ *Ibidem*.

⁽⁴⁾ Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. No. 31.

⁽⁵⁾ Naciones Unidas. (2000). *Observación General 14: el derecho al disfrute más alto posible de salud*. Consejo Económico y Social. Ginebra.

⁽⁶⁾ Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero del año 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.

“El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.”⁵

El marco legal colombiano reconoce el derecho a la salud, definido en el artículo 2 de la Ley estatutaria 1751 de 2015, como:

“...autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.⁶

No obstante, partimos de reconocer que el modelo de salud establecido a partir de la Ley 100 de 1993 resulta, desde su configuración, violatorio

del derecho a la salud, y que impone lo que Abadía y Oviedo (2010) denominaron itinerarios burocráticos de la salud, traducidos en una serie de barreras geográficas, administrativas, económicas y culturales propias del sistema.

Asimismo, tanto en el reconocimiento del Conflicto Armado No Internacional como con el tema de la salud en estos contextos, se hace necesario identificar el Derecho Internacional Humanitario (DIH), entendido como aquellas normas que tienen por objeto proteger a la población civil que no está involucrada en los conflictos armados y a las personas combatientes que han dejado de participar en ellos, así como regular los métodos y operaciones usados en el marco de la guerra por parte de quienes se encuentran en confrontación (CICR, 2005). A la luz del DIH, han surgido las normas regulatorias frente a la misión médica en contextos de conflicto. De esta manera, la Resolución 4481 del año 2012 del Ministerio de Salud⁷ de Colombia, adopta el Manual de la Misión Médica en el cual se establece que las actividades sanitarias comprenden todo tipo de servicios humanitarios de la asistencia en salud, incluyendo las actividades de transporte y administración de unidades en salud. Incluye, asimismo, la atención extramural, los programas de vacunación, de zoonosis, de control de vectores y saneamiento básico. En ese sentido, establece los derechos y deberes del personal sanitario, deberes de los entes territoriales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, y clasifica las infracciones que pueden ser cometidas contra de la misión médica, así: i) Infracciones contra la vida y la integridad; ii) Infracciones contra la infraestructura; iii) Infracciones contra la actividad sanitaria; iv) Actos de perfidia; v) Violaciones al secreto profesional.

Como se expondrá en este informe, las comunidades del Medio Atrato, del Área de Manejo Especial la Macarena (AMEM), y de los resguardos del Pueblo Awá no solo han experimentado la violencia directa de actos como masacres o amenazas y desplazamientos,

sino también han sufrido un proceso crónico de violencia que surge del abandono del Estado, de la negación de derechos a la salud y a la educación, y de la exclusión del aprovechamiento de los territorios que les pertenecen para sostener el buen vivir o “vivir sabroso”, como es enunciado dentro de algunas de las comunidades que constituyeron los casos a estudio.

Metodología

La investigación cualitativa que nutre este informe se estructuró bajo el diseño de un estudio de casos, donde tomamos la cuenca del Atrato Medio en el Chocó, el Área de Manejo Especial de la Macarena (AMEM) en el Meta, y los territorios del Pueblo Awá en Nariño como casos individuales.⁸ Se escogió esta metodología, en primer lugar, para resaltar lo particular de las condiciones y vivencias de cada comunidad en el contexto específico y determinante de su territorio. Pero, además, se eligió para poder trazar similitudes y ejes transversales que subyacen a la relación conflicto armado-salud en el contexto colombiano. Al basarse en casos, este informe brinda a la Comisión una mirada llena de contrastes y de similitudes, desde las cuales, es posible llegar a conclusiones inductivas sobre cuál ha sido la pauta predominante en las dinámicas del conflicto y sus afectaciones sobre la salud; sin dejar de lado que cada contexto resalta una situación única, con personas, actores, condiciones, y desenlaces también únicos.

En una primera fase, se desarrollaron grupos focales y entrevistas con personas que trabajaron o trabajan actualmente con Médicos del Mundo en las comunidades de los territorios mencionados. En una segunda fase, se realizó el contacto con personas pertenecientes a diversas organizaciones de víctimas en estos territorios, y se llevaron a cabo talleres con actividades como lluvia de ideas, cartografía social, grupos focales, entre otras técnicas participativas. En esta fase, también se efectuó una jornada de entrevistas

⁽⁷⁾ MinSalud. (2012). Resolución 4481 del 28 de diciembre de 2012, por la cual se adopta el Manual de la Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema. República de Colombia.

⁽⁸⁾ Merriam, Shara B. (1988). *Case Study research in education. A Qualitative Approach*. San Francisco: Jossey – Bass.

y de grupos focales con representantes de estas organizaciones, estas personas hablaron sobre sus vivencias de conflicto y salud en las comunidades. Además, elaboró una revisión documental con fuentes provenientes de Médicos del Mundo-Francia, con fuentes documentales procedentes de los proyectos de la Red SaludPaz en los territorios abordados, adicionalmente con fuentes académicas sobre la acción humanitaria en el contexto del conflicto armado colombiano y sobre afectaciones en salud en las comunidades pertenecientes a los territorios mencionados, y varios temas más, relevantes para la investigación.

Empleando la teoría fundamentada como recurso analítico para la información recolectada, como investigadores e investigadoras procuramos hacer conscientes nuestras opiniones personales y preconcepciones en el momento de estructurar los resultados de la investigación, reconociendo que, como sujetos y a la vez narradores, nuestra subjetividad entraría activamente en juego en el momento de interactuar con los relatos de nuestros interlocutores, a quienes dimos la palabra en primer plano como organizadores del sentido en lo observado.

En un principio, partimos de las fuentes documentales de Médicos del Mundo y de un grupo de consulta conformado por personas que habían desempeñado actividades de coordinación de acciones humanitarias en salud en las comunidades de Chocó, Meta y Nariño. Con un método de muestreo por conveniencia y saturación de categorías analíticas, desarrollamos las entrevistas con personas referidas por anteriores participantes, hasta obtener la suficiente información de los temas que íbamos identificando como pertinentes para la investigación. A medida que surgían temas de interés, se reorientaron los enfoques para posteriores entrevistas.

En segunda instancia, nos contactamos con personas pertenecientes a las organizaciones sociales⁹ con quienes concertamos el desarrollo de talleres en sus comunidades, así como la jornada de entrevistas, grupos focales y validación

de resultados preliminares en Bogotá. Cumplidos los procesos de consulta con las organizaciones, se desarrollaron talleres en comunidad donde participaron cerca de treinta personas. En estos talleres, se implementaron varias técnicas para recolección de información, entre ellas, grupos focales, lluvia de ideas, cartografía social, y árbol de problemas. Para garantizar la seguridad de los participantes en el momento de recolectar testimonios más detallados, se organizó en Bogotá una actividad de dos días en la cual se levantaron fuentes orales a través de grupos focales y entrevistas individuales con representantes delegados de las organizaciones comunitarias involucradas en el momento anterior. Durante el segundo día se compartieron algunos resultados preliminares y se desarrolló una actividad de construcción participativa donde los representantes de las organizaciones socializaron expectativas y propuestas sobre cómo se podrían satisfacer las necesidades en salud producidas o agravadas por el conflicto armado. Con este informe buscamos resaltar el proceso de autodeterminación en necesidades de salud y en procesos de resistencia a través de talleres de socialización de resultados y construcción participativa, esto se desarrolló en las actividades con las organizaciones sociales que representan a las comunidades del Medio Atrato, del Pueblo Awá, y de los campesinos del Área de Manejo Especial la Macarena.

Además de interlocutores de MDM y de organizaciones comunitarias, contamos con un grupo focal con personas pertenecientes a la Red SaludPaz, en su mayoría docentes universitarios. Esta actividad se llevó a cabo en sincronía con los talleres impartidos en las comunidades, y nos permitió hablar con personas quienes habían desarrollado investigaciones con diversas instituciones en los territorios.

Partiendo de las fuentes orales, suplementamos la investigación con revisión de documentos académicos sobre los temas de interés adicionales a los consultados al principio del proceso de investigación que ya fueron descritos,

⁽⁹⁾ Las personas, en su mayoría habían participado en proyectos de la Red SaludPaz en los territorios. Representantes de la UNIPA fueron referidos por MDM.

lo cual no solo nos permitió brindar contexto, sino comprender múltiples de las problemáticas, y reorientar nuestras entrevistas para lograr mayor profundidad.

Si bien, con el empleo de la teoría fundamentada como base analítica para la información recabada, no hubo una orientación hacia la generación de “teoría social” —partiendo de códigos de investigación cualitativa—, sí pudimos brindar resultados orgánicos, fruto de la experiencia de personas en los territorios.

Además, al permitirnos definir los temas emergentes de las entrevistas, grupos focales, y talleres a medida que se iban desarrollando (actividad por actividad), condujo a que los testimonios se complementaran y reflejaran las realidades vividas por las comunidades desde múltiples fuentes y perspectivas.

Todas las actividades desarrolladas con las personas participantes contaron con el consentimiento informado, por medio del cual se brindaba a ellas la posibilidad de asignar un nombre ficticio o escoger la anonimidad total para brindar la información recopilada.

Para el análisis de datos cualitativos desde la teoría fundamentada, empleamos el software NVIVO de QRS, y para el almacenamiento de

datos, usamos la cuenta del software SharePoint de Microsoft asociada a Médicos del Mundo, cuyo servidor se ubica en instalaciones conocidas por Médicos del Mundo-Francia, con el fin de garantizar la seguridad de la información.

Como estrategias para garantizar el rigor de la investigación, triangulamos la información entre las fuentes orales recopiladas, fuentes primarias provenientes de MDM, y fuentes secundarias de carácter académico principalmente. Además, cuando surgía la oportunidad, se realizó un proceso de corroboración de la información de cada caso entre participantes a través de entrevistas y grupos focales. Adicionalmente, se empleó la estrategia de validación cara a cara cuando se realizaron dos actividades de socialización de los resultados con miembros de Médicos del Mundo, así como con miembros de las organizaciones sociales del Medio Atrato, la Macarena, y el Pueblo Awá en Nariño; tales actividades cumplieron además la función de garantizar la construcción participativa de este informe. Así, las estrategias descritas nos permitieron sondear qué tanto se aproximaron los hallazgos de la investigación a la realidad vivida por las personas protagonistas, también comunicar las necesidades expresadas directamente por las comunidades ante los resultados de investigación, todo con el fin de orientar pautas para la reparación integral en salud y aliviar las dolencias causadas por la guerra en estas comunidades.

Introducción General



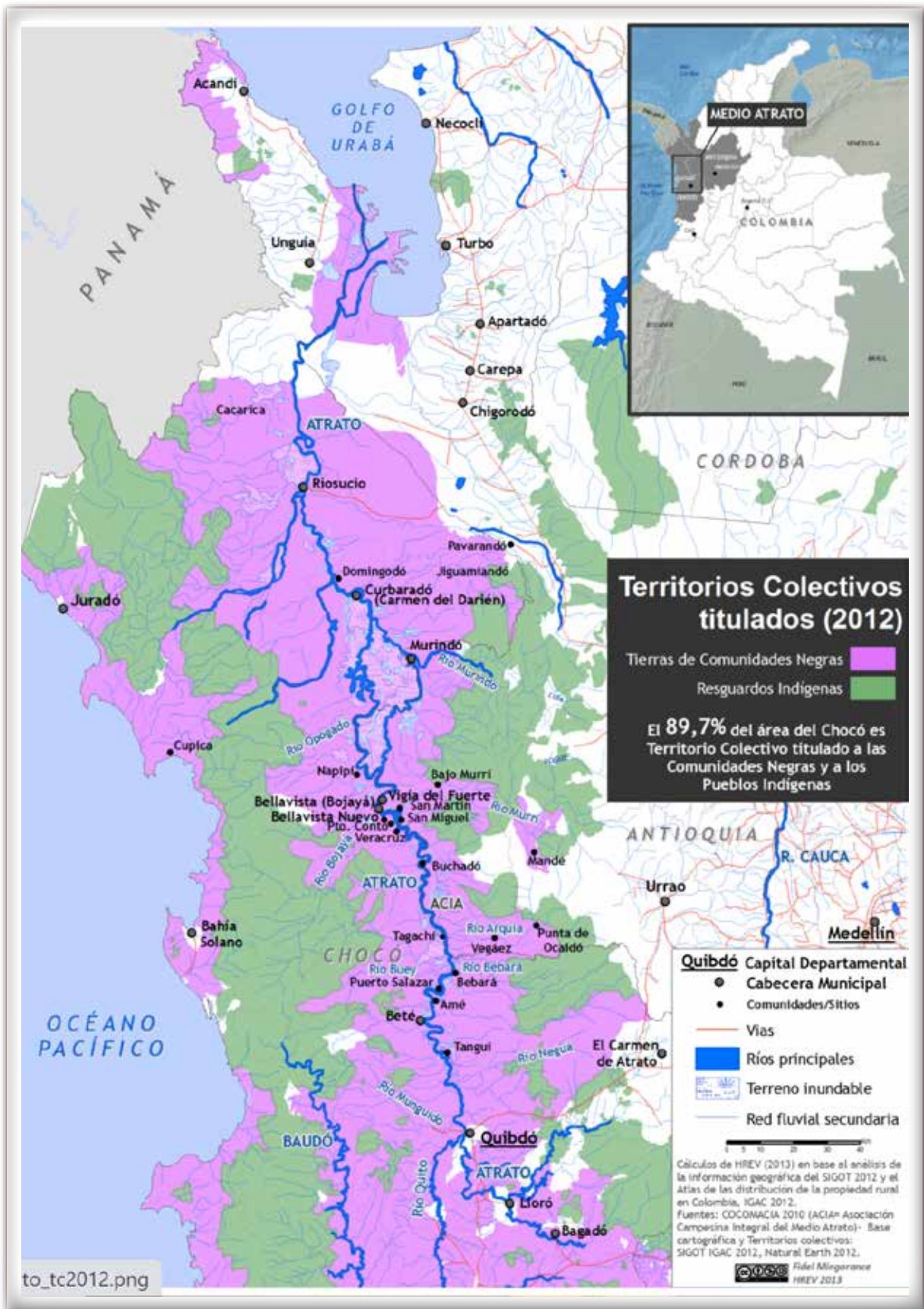
FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

La violencia, en el marco del conflicto armado interno en Colombia, ha afectado profundamente la salud de las comunidades, en particular la de aquellas que habitan en zonas remotas, donde el abandono del Estado ha sido crónico. El padecimiento de la violencia en el conflicto armado interno se ha manifestado en forma de muerte, discapacidad física y psico-social, mayor riesgo a la hora de contraer enfermedades transmitidas por vectores, afectaciones en salud mental, y de muchas otras maneras.

En 2017, el Observatorio Nacional de Salud, publicó un informe titulado “Consecuencias del Conflicto Armado en la Salud en Colombia,” el cual reúne información de una cantidad masiva de fuentes que expone los desenlaces en salud a raíz del conflicto armado.¹⁰ En este informe, se encontró, mediante el diseño de un indicador —el Índice de Intensidad del Conflicto (IIC)—, que el conflicto tiene una distribución territorial desigual; es decir, se vivió más intensamente en unos municipios que en otros. Adicionalmente, la intensidad se relaciona de manera estrecha con la baja presencia del Estado en el territorio, la pobreza y el valor geoestratégicos del conflicto.¹¹ Una de las principales contribuciones de este informe fue correlacionar el IIC con múltiples indicadores en salud tales como las tasas de mortalidad por suicidio y homicidio, el bajo peso al nacer, indicadores de malaria y leishmaniasis, indicadores de VIH/SIDA, y varios más. El informe validó, desde el punto de vista estadístico, la aseveración de que el conflicto ha impactado la salud, y se ha reflejado a través de múltiples indicadores.

El presente informe, que surgió a partir de las experiencias de organizaciones sociales en el Medio Atrato, en el Área de Manejo Especial de la Macarena y en los territorios del Pueblo Awá en Nariño, en relación con las experiencias de personas trabajadoras de Médicos del Mundo y participantes en proyectos de la Red SaludPaz, dialoga con el informe del Observatorio Nacional de Salud desde un punto de vista narrativo y testimonial. Es nuestra intención obtener una perspectiva desde la experiencia que representa la afectación en salud para las personas colombianas víctimas del conflicto armado.

Medio Atrato- Chocó



Caracterización Sociohistórica-territorial del Medio Atrato-Chocó

El Chocó es un departamento ubicado a lo largo de la costa Pacífica en el occidente del país. Separado del centro por la Cordillera Occidental y el Río Atrato que corre de sur a norte, el Chocó limita con los departamentos de Antioquia, Risaralda y el Valle del Cauca hacia el oriente y el sur. En su extremo norte, constituye la frontera colombo-panameña, y se extiende parcialmente sobre la costa Caribe, donde junto a Antioquia y Córdoba, conforman el Urabá.

La cuenca del Medio Atrato, que va desde Quibdó en el sur a Murindó en el norte, incluye múltiples afluentes, entre los cuales se destacan los ríos Bojayá, Domingodó, Jiguamiandó, Opogadó y Napipí. Sobre estos afluentes se asientan comunidades de afrodescendientes que se encuentran más cercanas al Atrato y comunidades del Pueblo Embera Dóbida, ubicados cerca de los nacimientos de los ríos.

Antes de la llegada de los europeos, con el proceso de colonización, el Chocó era habitado únicamente por indígenas pertenecientes a los pueblos Embera, Wounaan y Tule. Los pueblos Embera y Wounaan, nominados para el momento del contacto con España como “los Chocoes”,¹² se dividieron en el proceso de colonización en tres grandes Pueblos culturales: Embera Dóbida, o gente de los ríos; Embera Eyábida, o gente de la montaña;¹³ y Wounaan. Para su subsistencia, se han apoyado históricamente en el cultivo de maíz, caña de azúcar, yuca, arroz, frijol, plátano, chontaduro, piña, borjón y otras frutas. Además, han implementado otras actividades como la caza, la pesca, la alfarería, la cestería y la elaboración de canoas.¹⁴

El Pueblo Embera presenta una gran propensión a dispersarse en el territorio y tienen una forma de relacionarse en redes con un bajo grado de jerarquía. En las últimas décadas, su organización política, ha transitado hacia la conformación de cabildos, cabildos mayores, y asociaciones regionales.

La cosmovisión Embera es fuertemente espiritual. Consideran que existen tres mundos: el “Mundo de arriba”, territorio de Caragabí, el de los seres primordiales y de los muertos; el “Mundo del medio”, en el que habitamos humanos; y “el Mundo de Abajo”, el de los seres incompletos. Para los Embera, existe una figura central encargada de mediar el mundo de los jai y de los humanos: el jaibaná, quien además de aconsejar y guiar a la comunidad, puede diagnosticar enfermedades, sanar, proteger personas y territorios, o agredir por medio del uso de los jai.¹⁵ El acto terapéutico del jaibaná permite la “interpretación y explicación de los disturbios en términos comprensibles según códigos culturales [de los Embera]”.¹⁶

Durante la época de la colonia, el Chocó comenzó a ser poblado forzosamente por afrodescendientes, quienes hoy representan la mayoría étnica de la región. Esclavos, fueron llevados desde Cartagena por el Río Atrato para explotar los yacimientos auríferos desde 1680. Durante el siglo siguiente, continuaron llegando para trabajar en las minas, pero el arribo masivo de afrodescendientes ocurrió hacia finales del siglo XVIII cuando la corona española liberalizó las leyes que regían este mercado, generando un flujo abundante de personas vendidas en servidumbre al Chocó y a las minas auríferas de

⁽¹²⁾ En este apartado se menciona la terminología “Chocoes”, sin embargo, es necesario recalcar que los únicos términos aceptables son aquellos con los cuales se autodenominan los pueblos: Embera y Wounaan. Para más información, consultar: Gros, C. “Identidades indias, identidades nuevas. Algunas reflexiones a partir del caso colombiano,” *Revista Mexicana de Sociología*. 60(4), México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales. 1998. Pp. 181-207.

⁽¹³⁾ Los Embera Eyabida, a su vez, se dividen en dos grupos: Katíos y Chamíes.

⁽¹⁴⁾ ONIC. “Embera Dóbida.” en *Pueblos Indígenas de Colombia*. Consultado 23 marzo 2021.

⁽¹⁵⁾ Alcaraz G. y L. Yagarí. (2003) “La concepción de la curación Chamánica entre los Indígenas Embera de Colombia: un proceso de comunicación socio-cultural y fisiológico.” *Investigación y Educación en Enfermería*. vol. 21(2). 60-78.

⁽¹⁶⁾ *Ibid.*, 76.

Timbiquí en el Cauca y de Barbacoas y Tumaco en Nariño.¹⁷

No todos los afrodescendientes que arribaron al Chocó lo hicieron en condición de esclavitud. Personas libres y cimarrones escapados de las minas dispersas en la Cordillera Occidental, huyeron río abajo y establecieron su residencia en las playas y manglares de la costa o en las vegas de los ríos. Algunos de estos poblados llegaron a ser ciudades, como es el caso de Istmina y Quibdó.

Ante estas migraciones, los Embera se retiraron voluntariamente hacia las cabeceras de los ríos y sus tributarios. Incluso, llegó a haber un grado de sincretismo cultural, en el cual elementos de las culturas africanas se incorporaron en prácticas culturales emberas.¹⁸ Si bien no existieron grandes conflictos interétnicos entre Emberas y afrodescendientes, existieron algunas tensiones respecto al uso de tierras para la minería artesanal.

En Chocó, un territorio habitado por indígenas que sufrieron un proceso de colonización y afrodescendientes implantados en el territorio por la esclavitud, la conformación del tejido social es de cardinal importancia, incluso en lo que concierne a los procesos protectores de salud y los procesos de resistencia a la violencia. En el Medio Atrato, las comunidades afrodescendientes construyeron lazos comunitarios y redes de pertenencia basados en relaciones familiares que van más allá de los lazos sanguíneos. Por su parte, los pueblos Embera potenciaron la protección de su lengua y prácticas como el jaibanismo para así mantener la cohesión social.

A pesar de la esclavitud y de su llegada en diferentes momentos y circunstancias, lo cual rompió los lazos familiares e intraétnicos de las personas traídas de África, los afrodescendientes en el Chocó cuentan con extensas redes

familiares. Según la antropóloga Natalia Quiceno, quien describe procesos de resistencia al conflicto en las comunidades afro-atrateños, todos los afrodescendientes son “llegados” al territorio, y es sobre esta base que desarrollaron formas de unirse mediante el compadrazgo, la hermandad de leche, y el bautismo. Así, se consideran “primos” personas de comunidades aledañas y se establecen importantes economías morales, donde se comparten los cerdos sacrificados, la bonanza de la pesca o el fruto de los sembradíos. Esta ha sido la dinámica de conformación del tejido social entre afros, en el cual la familiaridad trasciende lo biológico y lo consanguíneo, y donde surgen economías morales basadas en el compartir de recursos y saberes.¹⁹

Esta historia se ha visto atravesada por aquella de la violencia ejercida sobre las comunidades del Medio Atrato, que remonta varios siglos. El contrabando, la explotación de materia prima y de personas, así como el dominio espacial de diversos actores armados, figuran como procesos determinantes.

La Corona española, concedora de los ricos yacimientos auríferos en las cuencas del Atrato desde las primeras incursiones al territorio en el siglo XVI, redobló sus esfuerzos por cristianizar y colonizar las selvas que se ubicaban al sur del istmo de Panamá.

“Finalizando el siglo XVI, los europeos sembraron el terror en las dos grandes provincias de Chocó y Noanamá. El estruendo de sus arcabuces, el ladrido de sus perros y el sonar de sus trompetas causaron confusión por doquier. El hallazgo de oro en los ríos alteró la situación; las selvas atraieron de pronto contingentes engrosados por europeos, negros, mestizos, e indios de varias provincias del Nuevo Reino...”²⁰

⁽¹⁷⁾ Sharp, W. (1975). “The profitability of Slavery in the Colombian Chocó, 1680-1810.” *The Hispanic American Historical Review*, 55(3), 468-495.

⁽¹⁸⁾ Machado, M. (2007) “Un rastro del África Central: el Legado de los Congo y Angola en las tallas sagradas de los indígenas Chocó del Pacífico colombiano.” en *Afrorreparaciones: Memorias de la esclavitud y justicia reparativa para negros, afrocolombianos y raizales*. Centro de Estudios Sociales CES Universidad Nacional de Colombia.

⁽¹⁹⁾ Quiceno, N. (2016). *Vivir Sabroso. Luchas y movimientos afroatrateños en Bojayá, Chocó, Colombia*. Universidad del Rosario, Bogotá.

⁽²⁰⁾ Montoya, J. (2008) *Guerra, frontera e identidad en las provincias del Chocó, siglos XVI y XVII*. *Historia y Sociedad*. No. 15. Medellín, Colombia. Pp. 165-189.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

La minería de oro, que había resultado provechosa en regiones como Anserma, en el límite suroriental del Chocó, Timbiquí, Barbacoas y múltiples municipios en la Cordillera Occidental en Antioquia, era esencial para sostener las guerras del imperio español. La única forma de acceder a estos recursos era la civilización de los “infieles,” y “bárbaros” de la nación de los Chocoes. En ese entonces, ellos resistieron la colonización con la gran facilidad que tenían para dispersarse en su territorio, junto a la falta de centros del poder en la región. Además, los indígenas no se organizaban bajo una jerarquía rígida, esto dificultó las técnicas colonizadoras ya conocidas de secuestrar y sobornar a los dirigentes de los pueblos indígenas. Al no reconocer la deidad cristiana, el uso de misioneros para someterlos también fue inútil.

Otra de las razones del fracaso inicial de la colonización del Chocó resultó de la

inaccesibilidad relativa a necesidades básicas. Para los españoles no era posible subsistir establemente en las zonas selváticas, donde las prácticas agrícolas de quemar y sembrar no se podían desarrollar efectivamente debido a la alta humedad y a las condiciones hidrográficas de la región. El acceso a los alimentos era primordial para sus campañas de colonización y para sus iniciativas de explotación minera; y los chocoes, quienes empleaban unas prácticas de sembrado y cosecha autóctonas adecuadas al territorio selvático, conocían esto como la principal vulnerabilidad de sus invasores. Una práctica común en estos encuentros de guerra entre indígenas y españoles era la destrucción de los cultivos, de los depósitos, y de las bases de abastecimiento de los enemigos.

El Chocó no era solo escenario de disputa entre los españoles y los indígenas. Escoceses y franceses participaban de los mercados de



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

contrabando de esclavos en la cuenca pacífica del Reino de Nueva Granada, debido al débil control de la Corona en la región. Los exploradores de diversos imperios buscaban establecer su dominio sobre el territorio para la explotación de oro, también por las posibilidades para navegación comercial y militar que brindaba este extremo noroccidental del continente suramericano.²¹ Ante la competencia territorial por el dominio del Atrato, la Corona española restringió la movilidad por el Río Atrato con sus navíos. Los indígenas fueron confinados, y los extranjeros ansiosos por conquistar el territorio, advertidos de pena de muerte y ahuyentados. Además, las múltiples incursiones de europeos inocularon la región con enfermedades como la viruela, la cual, como es bien conocido, contribuyó con la mortandad arrasadora de los pueblos indígenas en el continente americano. De esta forma, los españoles lograron salvaguardar su hegemonía sobre los territorios de los indígenas chocoes y el creciente número de esclavos que habitaban las zonas ribereñas.

Tras la independencia, el Estado colombiano adoptó una relación de relativa indiferencia y abandono hacia el Chocó, al tiempo que desde el centro del país se fortalecían los emprendimientos

extractivistas en la región. En parte, la exclusión de la región del Pacífico se ejerció como castigo, pues durante las guerras de independencia, el apoyo de negritudes y de pueblos indígenas a los ejércitos realistas dejó esta zona tachada como resistente al progreso prometido por el racionalismo ilustrado. Tras la independencia de Panamá, el gobierno central militarizó el Urabá en un intento por salvaguardar la soberanía territorial tanto en esta región como en el Atrato. Esta soberanía no solo fue militar, pues el gobierno también adjudicó grandes extensiones de baldíos a nombre de poderosos terratenientes, y llegó incluso a criminalizar la actividad de tagüeros y caucheros, quienes apenas lograban trabajar como jornaleros en los baldíos, pero nunca obtuvieron título sobre las tierras.²²

Hubo también otra causa que derivó en el rezago de la región, fundamentada en los procesos extractivistas mineros que impulsaron la colonización en Chocó. Las élites blancas de ciudades como Popayán y Cartagena, quienes eran dueñas de grandes cuadrillas de esclavos en la región, usufructuaban las rentas de las minas y mantuvieron su poder político y económico, construido sobre el trabajo gratuito de los esclavos. Con la manumisión paulatina de los

⁽²¹⁾ Horta-Gaviria, C. (2019) *Espacio salvaje y colonización de Urabá, 1840-1960*. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.

⁽²²⁾ *Ibid*, 76.

esclavos tras las guerras de independencia, a las familias esclavistas se les reconoció el perjuicio ocasionado por la pérdida de su mano de obra con una recompensa monetaria. Sin embargo, por parte del gobierno no hubo ningún fomento para las familias negras del país, y mucho menos del Pacífico alejado de los grandes poblados. Con el pasar del tiempo, las élites payanesas en particular, y en menor grado aquellas residentes en poblados como Anserma, Cartago y Santa Fe de Antioquia, continuaron ejerciendo su hegemonía sobre la región, invirtiendo su capital para la explotación minera y de personas negras, y precluyendo el desarrollo de otras formas de subsistencia.²³

Las comunidades afrodescendientes e indígenas, quienes ya conformaban el tejido social de la región, se encontraban desde luego en una relación de desigualdad de oportunidades frente al resto del país. La explotación minera financiada desde el interior del país, “había brindado los medios materiales para el sostenimiento de la fuerza de trabajo hasta un punto económicamente explotable. Sin embargo, también mantuvo a la población pobre y despojada de la posibilidad de construir su propio adelanto social y tecnológico, como el que acumularon los dueños de esclavos y la mano de obra libre del país”.²⁴

La desigualdad mencionada, a raíz del abandono del Chocó por parte del gobierno, y su explotación por parte de élites dueñas de las industrias mineras en la región, se suma a un elemento que profundizó la violencia estructural: el racismo. Ilustrando esta actitud, que resuena hasta hoy en las cámaras del gobierno, figura este comentario de Agustín Codazzi, geógrafo y comandante militar durante la Independencia,²⁵ sobre la pobreza del Chocó, la cual le achacaba al carácter de los negros recién liberados:

“No es la falta de sociedad, no es la escasez de recursos de toda clase, no es lo riguroso ni lo ingrato del

clima, ni aquel cielo siempre cubierto ni tempestuoso, ni aquel laberinto de selvas, de ciénagas ni de ríos, ni aquellos montes poblados de víboras, ni aquella atmósfera pesada, cálida ni recargada de vapores, de miasmas ni de insectos; nada de eso es lo que mas ni principalmente acongoja el ánimo del que llega al Chocó, no en busca de oro, sinó a estudiar, además de la naturaleza allí tan espléndida ni tan rica, el estado del hombre en aquellas tierras, que con las riquezas que han producido tendrían para ser el país mas próspero ni poblado del mundo. Lo que contrista desde que se ve al primer habitante, desde que se palpa la primera calamidad, desde que se entra en la primera población, es la salvaje estupidez de la raza negra, su insolencia bozal, su espantosa desidia, su escandaloso cinismo. Razón tienen, pues, ¡de sobra! Los antiguos dueños de esclavos para amostazarse, para enfurecerse, para desesperarse, cuando, después de su ejemplo, ni a pesar de sus esfuerzos, ven ni tienen que sufrir en aquella provincia a los negros recién libertados, es decir, recién sustraídos de su paternal protección, tan estóldos, tan mañosos, tan insolentes ¡tan bárbaros!” [sic]²⁶

Durante el siglo XIX y comienzos del XX esta actitud racista continuó influyendo en la disposición del gobierno central hacia el Chocó. Una comisión encargada para explorar las posibilidades de desarrollo de la región despachada por el gobierno en 1908 concluyó, nuevamente que “la ingénita indolencia del negro, su pereza y la facilidad con que hasta el presente se ha procurado lo necesario para la vida y aun para atender a sus vicios, han creado en él, no malos hábitos de trabajo sino absoluta ausencia de él, por esta razón casi puede decirse que no debe contarse con él, como

⁽²³⁾ Acevedo-Tarazona, A. (2006) “Etnia, Territorio e Interculturalidad. Nóvita y Cartago en el Comercio Aurífero. Siglo XVIII. Una Lectura Ambiental.” *Cambios Ambientales en Perspectiva Histórica. Vol. 2. Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira.*

⁽²⁴⁾ Robledo-Caicedo, J. (2019) *¿A dónde se fue la fortuna? Historia económica y social del Chocó, Colombia. Cuadernos de historia económica. Banco de la República-Sucursal Cartagena. No. 52.*

⁽²⁵⁾ *La entidad gubernamental encargada de brindar asesoría geográfica a otras instituciones gubernamentales lleva su nombre.*

⁽²⁶⁾ Agustín Codazzi. *El Neogranadino No. 285, Bogotá 1 de diciembre de 1853, pág. 442.*

una ayuda, para grandes empresas, mientras no se les eduque convenientemente, y se les obliga a trabajar siquiera diez horas diarias”.²⁷

Para el Chocó no hubo gran inversión en el sector agropecuario desde el gobierno central y continuó siendo un territorio de explotación minera enfocada en el platino, un poco más tecnificada, pero no más provechosa para la región. Según algunos autores, la explotación de los depósitos de platino por la compañía Chocó Pacífico produjo la afectación de los ríos, el desplazamiento de minas privadas de familias locales que eran la base de su subsistencia, y la destrucción de cultivos y viviendas.²⁸

Es así, como el extractivismo basado inicialmente en la esclavitud, y luego en la explotación desigual por las élites centro-andinas constituyó un factor esencial en la configuración de la realidad socioeconómica del territorio chocono. Esto, sostenido además por un discurso profundamente racista que justificaba el abandono y la negación de oportunidades para las comunidades de esta región, condicionó la dependencia absoluta de la producción de recursos mineros sin una corresponsabilidad de inversión social de empresas ni del gobierno. El Chocó entonces llegó a ser visto como un lugar de extraordinarias riquezas naturales dispuestas para el aprovechamiento de seres “industriosos” y, al mismo tiempo, un lugar habitado por seres considerados apenas humanos, quienes, si no servían para extraer la materia prima, sobraban. En la historia reciente, la titulación colectiva de la tierra de las comunidades de afrodescendientes y el establecimiento de resguardos indígenas constituyó un giro determinante para las comunidades. A raíz de una ardua lucha, las comunidades de afrodescendientes e indígenas lograron establecer legalmente su título de propiedad sobre la cuenca del Atrato. Hacia la década de los 70 los indígenas Embera lograron la tenencia de tierras por medio de la figura del resguardo. Para los afrodescendientes fue diferente el proceso. En 1993, en el albor de la nueva Constitución nacional, obtuvieron la titulación colectiva de la tierra, mediante la Ley 70 de 1993.

⁽²⁷⁾ Escobar, E. y Juan C. Olier. (1908) “Informe de la comisión nombrada por el gobierno Reyes para explorar las posibilidades económicas del Chocó”. Archivo General de la Nación, Fondo Baldíos, Tomo 30, Folios 144-155.

⁽²⁸⁾ Varela, D. (2013). *Los saberes del monte: Desindustrialización, crisis, y reinención campesina en Andagoya, Chocó (1974-1991)*. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

“La presente ley tiene por objeto reconocer a las comunidades negras que han venido ocupando tierras baldías en las zonas rurales ribereñas de los ríos de la Cuenca del Pacífico, de acuerdo con sus prácticas tradicionales de producción, el derecho a la propiedad colectiva, de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes. Así mismo tiene como propósito establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural y de los derechos de las comunidades negras de Colombia como grupo étnico, y el fomento de su desarrollo económico y social, con el fin de garantizar que estas comunidades obtengan condiciones reales de igualdad de oportunidades frente al resto de la sociedad colombiana”. Artículo 1, Ley 70 de 1993.

La titulación de la tierra del Chocó a las colectividades negras en reconocimiento de sus modos de vida ancestrales en el territorio fue históricamente novedosa, pues consagró el territorio a las comunidades y no a hogares individuales. Sumando casi 6 millones de hectáreas, cerca de 170 Consejos Comunitarios han logrado obtener la titulación colectiva.

Estas reseñas, más que para recontar acontecimientos poco prominentes en las cátedras de historia en el país, permiten observar algunos elementos clave sobre las modalidades y estrategias de guerra y condiciones socioeconómicas en la época colonial y post independencia de largo plazo, que guardan una semejanza con aquellas en la actualidad. Temas como el abandono del Estado, los intentos por ejercer dominancia sobre los cuerpos de agua esenciales para el transporte de mercancías y la exclusión de las comunidades del Medio Atrato del aprovechamiento de su territorio, son bases estructurales y culturales de larga data que nutren la violencia directa manifestada en el conflicto armado actual.

El conflicto armado en el Chocó



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

En la modernidad, la violencia en el Chocó manifiesta algunos elementos centrales que inciden en la salud y los modos de vida y subsistencia de las personas en el territorio. Por una parte, está la lucha entre actores armados por la hegemonía sobre el Río Atrato. Este sirve para transportar los productos de economías ilícitas que sostienen la guerra hacia el Urabá y los puertos sobre el litoral Pacífico, desde donde se embarcan hacia destinos internacionales. Por otra parte, está el intento de desterrar a las comunidades afrodescendientes e indígenas, quienes tras la titulación colectiva de la tierra a los consejos comunitarios y los cabildos indígenas han buscado ejercer sus modos de vida en contra de la lógica extractivista impulsada por entes gubernamentales e intereses privados desde el centro del país.

En la cuenca media del Atrato, los actores principales incluyen en orden cronológico, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP), representadas por los frentes 34 y 57, el Ejército Popular de Liberación (EPL), el Bloque Elmer Cárdenas de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), la Brigada 17 del Ejército Nacional, y en años más recientes el Clan del Golfo y las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC).

Las FARC-EP llegaron al Chocó en la década de los 70, tras el desdoblamiento del frente quinto que operaba en Antioquia. Las FARC-EP se instalaron en el territorio con relativa facilidad, en vista de la ausencia institucional del Estado colombiano. Estando cerca a municipios sobre la cordillera occidental en Antioquia, Risaralda y el

Valle del Cauca, y con el descenso de múltiples afluentes hacia la cuenca del Atrato, el Chocó era un sitio estratégicamente apreciado, tanto para entrenamiento, como para movimiento entre el suroccidente y el Caribe, y era usado frecuentemente para el descanso de tropas de las FARC-EP.²⁹

“Aquí en el Medio Atrato, eran las FARC no más. Y no había fuerza pública. Aquí, en Vigía del Fuerte, no había fuerza pública. Hasta aquí llegaba la guerrilla, uniformados y con sus armas y todo, y hacían reuniones, y solamente había fuerza pública en Bellavista, en Bellavista viejo, que había una estación de policía con unos 12 o 15 policías, y en Riosucio, que ya ese es el Bajo Atrato. En todo el recorrido de Quibdó a la desembocadura del Atrato en Urabá, eran los únicos organismos de defensa estatal que había. No había eso. Nunca venía el ejército por esta zona, ni hacía incursiones, ni bombardeo, nada de esas cosas. ¿Y entonces qué pasaba? Que el campesino se acostumbró a vivir con las FARC, y las FARC dentro de su inicial contexto político, no tanto el narcotráfico, sino político, tenían esta zona como una zona de reposo. Cuando estaban en enfrentamiento en otras zonas, se trasladaba con sus heridos y sus cosas a recuperarse en las cabeceras de estos ríos. Entonces el trato con el campesino era más cordial con ellos. [Los campesinos] prácticamente los ocultaban y ellos prácticamente decían: «No, allá no hay guerrilla». Y uno preguntaba, y decían: «No, no los hemos visto, nunca hemos visto personal armado». Porque no había violencia contra las mujeres, no había violencia contra ellos, los dejaban tener sus cultivos normales,

no les destruían los cultivos, no les decían: «Tienen que cultivar solo esto y se lo vamos a comprar solamente nosotros». Entonces ellos vivieron una época de conflicto más permisiva e incluso más respetuosa con las mismas comunidades... ¿ya? Inclusive en las comunidades muchas veces negaban a los grupos, los protegían porque ellos eran las únicas defensas que tenían, eran los que le arreglaban los problemas cuando tenían conflicto con otros...”que el marrano le daño el cultivo”... entonces eran los que decían: «Usted le tiene que pagar con tantos días de trabajo».

*Integrante
MDM. Entrevista Individual #5
27 enero 2021*

Los paramilitares, por su parte, comenzaron a llegar en la década de los 90. Desde Turbo y el Urabá “ascendieron” hacia el sur por el Atrato. En su camino, las AUC desplazaron y aterrorizaron las comunidades de Cacarica, Domingodó, Curvaradó, Napipí y Bojayá. Solo en el Cacarica y Domingodó, las comunidades estiman que 22.000 hectáreas de titulación colectiva y exclusiva de las negritudes atrateñas fueron arrebatadas por el Bloque Élmer Cárdenas.³⁰

El bloque Élmer Cárdenas de las AUC se organizó entre 1995 y 1996 en la zona rural del Urabá. Comandado por Fredy Rendón Herrera alias el Alemán, el Bloque fue partícipe en la usurpación de más de 3.500 hectáreas en el Urabá antioqueño, aprovechándose de la supuesta bonanza de la palma africana, la cual figuraba como una más de las travesías extractivistas que se impulsaban en los litorales del occidente del país por el gobierno y las élites de las principales ciudades. La modalidad de violencia del Bloque Elmer Cárdenas era el desplazamiento y el despojo de las comunidades negras que acababan de

⁽²⁹⁾ Cabrera-Nossa, I. (2016). “Conflicto armado, criminalidad, y violencia en la frontera colombo-panameña: elementos críticos para buscar una transición.” *Fronteras en Colombia como zonas estratégicas: Análisis y Perspectivas*. Andrés Molano, Ed. Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga, Bogotá, DC. pp.221-242.

⁽³⁰⁾ Testimonios de exintegrantes del Bloque Élmer Cárdenas que detallan las múltiples incursiones paramilitares en municipios de Urabá, Chocó y Antioquia, en los cuales menciona la colaboración con la Brigada XVII y otras estructuras paramilitares, se encuentran en una sentencia proferida por el Tribunal Superior de Medellín. Sala de Justicia y Paz. (27 ago. 2014). MP JG Cárdenas Gómez. Disponible en el enlace <<https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/2014/12/2014-08-27-sentencia-bloque-elmer-cardenas-dario-enrique-velez-y-otros.pdf>>

lograr la titulación colectiva de la tierra. Por medio del miedo, ahuyentaron a las comunidades, impusieron sus normas y se precipitaron los enfrentamientos con guerrilleros de las FARC-EP, que tuvieron consecuencias severas para las comunidades, cada vez más inextricablemente inmersas en el conflicto.

“Luego viene toda esa arremetida que venía de Córdoba, con las AUC, que venía cogiendo todo lo que podían coger: San Pedro, Urabá, San Juan, y cogieron hasta Carepa o Murindó, más arriba, Mutatá, y toda esa zona de Bajirá. Y entonces ya comenzaron a coger el Atrato e imponer la hoja de coca, los cultivos de coca, los cultivos ilícitos. Entonces, ya se daba esa situación que el campesino comienza a ver. Que llega un grupo que conoce [como las FARC], se va, pero llega un grupo más hostil, que le presiona, que le pregunta no de buena manera. A una persona le corta el dedo para que hable, que diga quienes estuvieron ahí, quiénes son colaboradores de la guerrilla. Si encontraban algún escrito de la guerrilla, ya los llamaban colaboradores de la guerrilla. Entonces ya comienza a haber esta situación de presión de ese grupo que llega a decirles: «No pueden atender al otro grupo, y de aquí en adelante vamos a cultivar esto, y ustedes van a ser beneficiarios». Inicialmente les pagaban bien, pero luego le fueron bajando el precio al kilogramo, y ya fueron limitándolo, y a obligarlos. Comenzaron a decirles: «Ustedes no pueden salir, ustedes no pueden hablar de nosotros» y ya así dominaban el territorio [...] Entonces ya el campesino comenzó a vivir ese temor de que ya llegaban a exigir «¿Por qué les colaboraron a ellos, y no a nosotros? ¿por qué estuvieron con ellos? ¿por qué les hicieron comida?» [...] Los otros

ya se meten con las mujeres de ellos, se meten con los ancianos, se meten en la comunidad y se meten con los líderes”.

*Integrante MDM.
Entrevista Individual #5
27 enero 2021*

Según la Comisión Intereclesial de Justicia y Paz, al Bloque Élmer Cárdenas se le imputan 110 crímenes de lesa humanidad y 23 desplazamientos forzados. Cabe resaltar que en lo que respecta a las AUC en el Chocó, este proceso de desmovilización fue un rotundo fracaso. En las conversaciones de Santa Fe de Ralito con los demás jefes paramilitares, el Alemán se negó a unirse y, solo hasta 2006, inició una paulatina desmovilización en tres fases. Las cifras iniciales hablaban de 1.538 hombres y mujeres de este Bloque paramilitar desmovilizados, pero se supo que no había desmovilizado a 156 niños reclutados que aún empuñaban armas durante este proceso de desmovilización en fases.

Por su parte, el exjefe paramilitar Fredy Rendón, alias el Alemán, enfrentó un proceso legal prolongado, que inició por indagaciones penales en 2007, a raíz de las cuales se le imputaron más de 1.041 crímenes, entre los cuales se incluyen reclutamiento de menores, concierto para delinquir, homicidio, desplazamiento forzado, y desaparición forzada.³¹ Aunque el acumulado de su sentencia inicialmente se fijó en más de 50 años, mediante actuación jurídica del Tribunal Superior de Medellín, se le otorgó la libertad condicional. En resumen, a pesar de los múltiples crímenes cometidos bajo el mando del Alemán en el Medio Atrato y en regiones aledañas al Urabá, continúa en libertad.³²

La influencia del Bloque Élmer Cárdenas y de las prácticas del conflicto no cesaron con la desmovilización de esta estructura paramilitar. Daniel Rendón, hermano de Fredy Rendón, el Alemán, fue uno de los desmovilizados en el

⁽³¹⁾ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. 16 diciembre 2011. MP Uldi Teresa Jiménez López. Accedido a través de: https://www.ictj.org/sites/default/files/subsites/ictj/docs/Sentencias_Justicia-y-Paz/2011.PrimeraInstancia.FredyRendon.pdf

⁽³²⁾ Redacción Judicial. (3 nov 2020). “¿Por qué alias el Alemán, el exjefe paramilitar, seguirá en libertad?” *El Espectador*.

proceso de Justicia y Paz; y, sin embargo, es conocido en la historia posterior como alias Don Mario, uno de los líderes del Clan del Golfo, una de varias denominadas Bandas Criminales (BACRIM) emergentes a partir del paramilitarismo, que proliferaron en el país tras el fracaso de este proceso insignia del gobierno Uribe.³³

Otro de los actores, el Ejército Nacional, tenía presencia en la zona del Medio Atrato con las brigadas 4 y 17. La brigada 17, con operaciones principales en el Urabá Antioqueño y la brigada 4, basada en Medellín, pero con tropas en la frontera entre Antioquia y Chocó, trabajaban mancomunadamente con algunas de las estructuras paramilitares de la región. En pruebas presentadas por la Fiscalía en un juicio contra un exjefe paramilitar del Bloque Bananero, Herbert Veloza, el cual operaba principalmente en las tierras al norte de la cuenca del Medio Atrato, la Fiscalía encontró que “las masacres, asesinatos, y desplazamientos que cometieron los paramilitares entre 1996 y 2004 en el Urabá cordobés, antioqueño, y chocoano fueron en complicidad principalmente con la Brigada 17 del Ejército”.³⁴

Las modalidades de operación las detalla escuetamente la Fiscalía.

“Los paramilitares coordinaron cuatro formas de apoyo con los militares: despejar áreas, retardar el ingreso de las fuerzas armadas a determinadas zonas, despejar vías para el movimiento de la tropa y acompañar las operaciones. De las 22 masacres que ha confesado el Bloque Bananero, podemos decir que en 50% de ellas estuvieron relacionadas con la participación de militares”.³⁵

Según lo expuesto en ese juicio, Raúl Hasbún, el

líder paramilitar del Bloque Bananero, y Freddy Rendón, el líder paramilitar del Bloque Élder Cárdenas, coordinaban con el Ejército para delinquir en el Medio Atrato. El 3 de junio de 2010, Hasbún y Rendón contaron cómo realizaban las coordinaciones con la fuerza pública, en específico el General (r) Rito Alejo del Río:

“Estuvimos en la casa del general para que nos diera vía libre para tomarnos Río Sucio el 20 de diciembre de 1996. Él nos dio el aval y les dio órdenes a los coroneles de inteligencia de los batallones. Luego nos fuimos con Hasbún a Quibdó para cuadrar con la Policía”.³⁶

La relación entre el ejército y las estructuras paramilitares de la región estaba tan afianzada que no requería gran esfuerzo en planear las operaciones conjuntas, según relata el exjefe paramilitar Freddy Rendón alias el Alemán:

“No solo era con los generales sino con todo el personal de inteligencia de las brigadas. Tenía contacto permanente con ellos. Hubo oportunidades en que cuando nombraban nuevos generales y coroneles para la zona no era necesario ir a contactarlos, ellos ya venían referenciados”.³⁷

Durante este juicio, versiones libres compartidas por Freddy Rendón, alias el Alemán, detallan cómo el concierto con el ejército se dio en varias ocasiones. Está el ejemplo de la Operación Génesis del 24 al 2 de febrero de 1997, por medio de la cual el Ejército buscaba derrotar al Frente 57 de las FARC en Salaquí, Cacarica y Truandó en Chocó. Durante esta operación, se calcula que fueron desplazadas más de 4.000 personas afrodescendientes tras bombardeos en

⁽³³⁾ Miranda, B. (23 abril 2018). “Quién es Daniel Rendón, alias Don Mario, el fundador de la banda criminal más poderosa de Colombia que acaba de ser extraditado a Estados Unidos en BBC News Mundo. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43874282>

⁽³⁴⁾ 7 julio 2011. “Los ‘paras’ y la Brigada 17 del Ejército.” en *Verdadabierta.com*. Disponible en: <https://verdadabierta.com/los-paras-y-la-brigada-17-del-ejercito/>

⁽³⁵⁾ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. 16 diciembre 2011. MP Uldí Teresa Jiménez López. Accedido a través de: https://www.ictj.org/sites/default/files/subsites/ictj/docs/Sentencias_Justicia-y-Paz/2011.PrimeraInstancia.FredyRendon.pdf

⁽³⁶⁾ *Ibid.*

⁽³⁷⁾ Versión Libre del postulado Raúl Emilio Hasbún Mendoza, sesión de 3 de junio de 2010. Referenciado en *Ibid.*

ubicaciones brindadas por los 12 paramilitares que acompañaron la misión. Posteriormente, el 16 de diciembre de 1997, más de doscientos paramilitares participaron en la denominada Operación Cacarica, en la cual interrogaron ilegalmente a un niño de 12 años, asesinaron a cinco hombres y robaron cerca de 400 reses a los campesinos, en conjunto con el General (r) Rito Alejo del Río.³⁸ Otro operativo fundamental en el que colaboraron la Brigada XVII y los paramilitares fue la toma de Murindó, ya en el límite norte del Medio Atrato, el 22 de mayo de 1998, la cual duró 14 días.

“Entonces, ya después ya llega el ejército, porque, detrás de la arremetida de los paramilitares que llegaron primero —así sucedió en todo Urabá desde Córdoba— primero llegaron los paramilitares, hacían el trabajo...por decir así, el trabajo sucio...y luego venía el Ejército, y establecía sus puntos. Ya establecían una base, ya comenzaron a poner base en Vigía del Fuerte, en Riosucio. Comenzaron a poner base más arriba de Tagachí... Entonces ya se les sumó otro actor a las comunidades”.

Integrante de Médicos del Mundo.

Entrevista Individual #5

27 enero 2021

Interrogado sobre la relación con el General (r) Rito Alejo del Río de la Brigada XVII del ejército, Hasbún mencionó: «Yo no me escondía para ese tipo de relaciones. Yo fui orgulloso de pertenecer a la organización. Era una necesidad por la falta de operación del Estado. Éramos bien vistos, yo me consideraba un héroe y por eso no me escondía para entrar al Batallón».³⁹ La Brigada XVII del Ejército también desempeñó un papel importante en el establecimiento de la hegemonía paramilitar sobre Bojayá en el centro

de la cuenca media del Atrato. Quizás más ilustrativo de esta relación es la colaboración para la toma paramilitar de Bellavista que condujo a la Masacre de Bojayá, tras el refugio de cientos de personas en la Iglesia, el enquistamiento de paramilitares alrededor de esa estructura, y el lanzamiento de pipetas de gas por parte de las FARC-EP.

Según el reporte del Grupo de Memoria Histórica, Bojayá: La guerra sin límites, hubo múltiples alertas tempranas sobre el riesgo de presentarse una crisis humanitaria en Bojayá por la incursión de grupos paramilitares a la zona cercana de la cabecera municipal desde octubre de 2001, incluyendo una “comunicación que el 24 de abril [de 2002] le dirigió la Procuraduría General de la Nación a los Ministerios del Interior y de la Defensa, transmitiendo su preocupación por la situación de la región”.⁴⁰ En ese entonces, el Alemán se encontraba en Riosucio, en el Bajo Atrato, desde donde se planeó la toma paramilitar de los poblados del municipio de Bojayá. El reporte relata que salieron diez pangas⁴¹ con los paramilitares pertenecientes al Bloque Élmer Cárdenas, y debieron pasar a través de por lo menos dos puestos de control de la fuerza pública, la cual no hizo ningún tipo de requerimiento a estas pangas de paramilitares. Tras la masacre, el Ejército que estaba alertado, no hizo aparición salvo por relatos de algunos “sobrevuelos y disparos de un avión de la Fuerza Aérea Colombiana” cerca de las poblaciones de la región hasta días después, cuando el ejército comenzó a desplazar a la guerrilla por Napipí, un poblado aledaño a las cabeceras municipales de Bellavista y Vigía del Fuerte, desplazando a la vez a personas de las comunidades, robando víveres y animales de las tiendas, lanzando ráfagas hacia casas de civiles sin presentarse combates y bloqueando la entrada de medios de comunicación.⁴² Al auxilio de las personas solo fue despachado un helicóptero del

⁽³⁸⁾ Corte Interamericana de Derechos humanos. (2011). “Informe de Fondo” en Ficha Técnica: Comunidades afrodescendientes desplazadas de la cuenca del río Cacarica (Operación Génesis) vs. Colombia.

⁽³⁹⁾ Versión Libre del postulado Raúl Emilio Hasbún Mendoza, sesión de 3 de junio de 2010 en Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. 16 diciembre 2011. MP Uldí Teresa Jiménez .López. Accedido a través de: https://www.ictj.org/sites/default/files/subsites/ictj/docs/Sentencias_Justicia-y-Paz/2011.PrimeraInstancia.FredyRendon.pdf

⁽⁴⁰⁾ Grupo de Memoria Histórica. (2010) Bojayá: la guerra sin límites. Distribuidora y Editora Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A., Bogotá, Colombia. P. 44.

⁽⁴¹⁾ Bote. Se refiere usualmente a embarcaciones pequeñas con operación de motor, no grandes navíos.

⁽⁴²⁾ Grupo de Memoria Histórica. (2010). pp. 71-72.

Programa Aéreo de Salud, el 4 de mayo, dos días después de la masacre.⁴³

Con todos los actores mencionados presentes, la situación humanitaria llegó a un punto crítico. Entre señalamientos, amedrentamientos, asesinatos selectivos, actos de sevicia y demás, la comunidad no pudo mantenerse inerte en el conflicto. Existía una fuerte presión de los grupos para adquirir informantes, colaboradores y militantes, y la violencia se reprodujo al interior de las comunidades.

“Comienzan ya a hacer control con los líderes, con la comunicación, comienzan a dejarles persona infiltradas, y ya comienzan a enamorar [...] en el sentido de enamorar con que “tengo plata y fusil” a los jóvenes, y los jóvenes comienzan a ver eso como un incentivo. Entonces comienza el reclutamiento inicialmente pasivo. Es el enamoramiento ese normal, que se hacen las amistades y comienzan con el fusil, a enseñar a desarmar el fusil, y así es el comienzo de esa situación en el territorio.

[También] comenzó la situación de que el que entraba, para unos eran los colaboradores de la guerrilla. Y para los de allá dentro, estos eran los que venían a buscar información para dárselas al Ejército, para dárselo a los paramilitares. Entonces comenzó esa situación dura.

Del 1996, hasta el 2002 cuando ocurrió la masacre en Bellavista, viene la arremetida más fuerte por los paramilitares. Tienes toda esa situación de descabezar a la gente, de cortarlos con motosierra, tirarlos al río y no permitir que nadie los sacara, le hicieran levantamiento, para que el cadáver cogiera por el río y la gente cogiera como el escarmiento con las personas. Y eso para que las personas

no fueran a colaborar supuestamente a la guerrilla. [Para] los paramilitares, la forma de ellos imponer su poder, fue a la fuerza y con torturas, con muertes, porque eran torturas y después los mataban.

Entonces comenzó todo ese proceso y en el tortuoso proceso, de pronto murieron personas que de una u otra forma le colaboraban a la guerrilla, pero murieron otras personas inocentes también. Igual que como ocurrió en Urabá, si alguna persona le hacía, por lo menos favores a un grupo de paramilitares o algo así, entonces ellos le decían: «Nosotros te protegemos, ¿con quién tienes problemas?» Algunas personas simplemente hacían caso omiso a eso y normal. Pero otras personas aprovechaban de que tenían el problema con el vecino y le decían: «No, que esta persona tal y tal» y lo indisponían, e iban y lo mataban. Entonces en ese proceso murió gente inocente. Por problemas bobos, resultaron muertos como colaboradores de un grupo o de otro”.

*Integrante Médicos del Mundo. Entrevista Individual #5
27 enero 2021*

⁽⁴³⁾ *Ibid*, 67.

Las afectaciones de salud en el Medio Atrato y la experiencia de Médicos del Mundo

Médicos del Mundo inició su trabajo en Bojayá en el año 2003. Para ese entonces, había realizado un proyecto de seis años en Turbo, Antioquia y Carmen del Darién, en la cuenca baja del Atrato. Su principal enfoque había sido formar promotores de salud física y salud mental, realizar el saneamiento de aguas, brindar atenciones relacionadas con la desnutrición infantil y realizar cabildeo ante diversas instituciones de salud para lograr la garantía del derecho a la salud y promover el acceso a ella por parte de las comunidades.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

En la década anterior, las operaciones Orión y Cacarica habían creado una grave situación humanitaria en las cuencas altas del Bajo Atrato, cerca al municipio de Riosucio. La incursión paramilitar por parte del Bloque Élmer Cárdenas, bajo el amparo del General Rito Alejo del Río de la Brigada XVII, procedió hacia el sur, subiendo por el Atrato hacia municipios como Murindó y Bojayá. Un año antes de la llegada de Médicos del Mundo, ocurrió la Masacre de Bojayá, la cual puso el Atrato bajo el enfoque de los medios de comunicación. Esta grave situación humanitaria del Medio Atrato, representada por las agudas confrontaciones entre paramilitares, FARC-EP y ejército, motivó a Médicos del Mundo a abrir un proyecto en el territorio.

En la valoración preliminar de la situación de

seguridad, Médicos del Mundo identificó la presencia de los grupos armados mencionados. Sin embargo, aunque los actores en el territorio representaban una amenaza, las comunidades se enfrentaban a un panorama político que agravaba la situación humanitaria. Los documentos internos de Médicos del Mundo comunican una situación sombría —la estigmatización de organizaciones no gubernamentales asociadas a la defensa de los derechos humanos, de la defensa del medio ambiente, e incluso de la defensa del derecho a la salud— no facilitaba el despliegue de un proyecto humanitario para el Atrato Medio.

Para el 2003, tras la firma del Acuerdo de Santa Fe de Ralito, por medio del cual se desmovilizarían algunos paramilitares pertenecientes a las Autodefensas Unidas de Colombia, Médicos del

Mundo había recibido rumores desde las bases de sus proyectos en Turbo y el Bajo Atrato acerca de la reclusión masiva de campesinos en esta región. Este reclutamiento servía para aumentar las cifras de desmovilización y para ocultar las cifras de los paramilitares que permanecían aún activos en la zona. En esta región, esta pantalla de falsedades era importante y practicada ampliamente.⁴⁴ Los analistas de Médicos del Mundo resaltaban que, si bien la desmovilización de algunos bloques de las AUC se estaba adelantando en otras regiones del país, el hecho que el Bloque Élmer Cárdenas estuviera entre los grupos que no se desmovilizarían, era indicador de la importancia del Medio Atrato para los fines bélicos del proyecto contrainsurgente de Álvaro Uribe Vélez.

Frente a la Ley de Justicia y Paz, el análisis de Médicos del Mundo revelaba una desconfianza generalizada, pues tenían “dudas en cuanto a la desmovilización efectiva de las tropas paramilitares (de las primeras desmovilizaciones, se estima que un 20% de los supuestos desmovilizados no eran verdaderos paramilitares y habían sido reclutados para aumentar las cifras sin que se pierda nada de poder militar)”. Anotan además que hubo bloques enteros de paramilitares, cuya existencia era ficticia, como la del “bloque Caldas”.⁴⁵

“No hay mucho que esperar en el futuro inmediato de la desmovilización. No es un gran paso hacia la paz del país, más bien es posible que llegue a una multiplicación de los actores armados ilegales y a nuevas luchas de control territorial y de control del poder económico lícito e ilícito (lo que parece ser el origen de las luchas recientes entre grupos paramilitares, a raíces de la desmovilización)”⁴⁶

El anteriormente mencionado caso de los hermanos Rendón del Bloque Élmer Cárdenas,

quienes estaban vinculados a Carlos Castaño, y al Clan del Golfo, confirmó lo que la organización sospechaba: la proliferación de grupos armados organizados fue la consecuencia directa de un proceso de desmovilización deshonesto, ineficaz y sin un compromiso certero con la paz.

Para Médicos del Mundo, el discurso y la estrategia militar del gobierno de Álvaro Uribe claramente representaba una amenaza. Pues, con solo un año de gobierno, Álvaro Uribe había demostrado “un método cada vez más autoritario en la gestión del Estado”, según el análisis de seguridad de MDM, y su gobierno desplegaba una estrategia enfocada “en la reinstalación en el terreno del Estado”, acompañada de la “implicación de toda la sociedad colombiana en la guerra, sea por medio de redes de informantes, implicación de la prensa, y etc.”.⁴⁷ A pesar de que varios sectores de la sociedad civil, incluyendo las ONG, reclamaban la apertura democrática, la negociación y los esfuerzos hacia la reconciliación nacional como la única salida del conflicto; el gobierno procedía con una estrategia bélica desmesurada, empleando estructuras paramilitares para lograr así el control territorial. Esto produjo una sensación de enajenamiento y de no respaldo entre organizaciones humanitarias como Médicos del Mundo. Y esta sensación de enajenamiento se acentuaba cada vez que “la prensa, la radio, y la televisión colombianas reportan regularmente éxitos de las Fuerzas Armadas del país: victorias militares, bajas enemigas numerosas, arestación [sic] de jefes importantes de las FARC-EP”, y en la medida que el flujo de recursos internacionales provenientes principalmente de Estados Unidos, sostenían la guerra en los territorios.

A pesar de este panorama, Médicos del Mundo decidió instalar sus servicios móviles y fijos en la región del Medio Atrato. Los principales problemas que observaban, era lo que venían denunciando las organizaciones sociales desde

⁽⁴⁴⁾ Centro Nacional de Memoria Histórica. (2021) “Capítulo 2: Surgimiento y Trayectoria.” en *¿Qué es el Informe analítico sobre el paramilitarismo en el Urabá Antioqueño, el sur de Córdoba, el Bajo Atrato y Darién?* Disponible en http://micrositios.centrode-memoriahistorica.gov.co/validacion_informe_uraba/que-es-el-informe-analitico-sobre-el-paramilitarismo-en-el-uraba-antioque-no-el-sur-de-cordoba-el-bajo-atrato-y-darien/

⁽⁴⁵⁾ MDM (2003). “Evaluación de la Posibilidad, en términos de seguridad, de desarrollar a partir de abril 2004, una misión de Médicos del Mundo en la zona del Medio Atrato-Chocó-Colombia.” Informe de la Misión de Evaluación. Documento #7

⁽⁴⁶⁾ *Ibid.*

⁽⁴⁷⁾ *Ibid.*

hacia décadas: una pobre infraestructura sanitaria y una cultura de abandono y descuido desde las instituciones gubernamentales encargadas de la salud. Estas condiciones, sumadas a una pobreza generalizada, producían enfermedades y muertes que en su gran mayoría, para el año 2000, eran enteramente prevenibles. Nos referimos a condiciones como la desnutrición infantil, enfermedades infecciosas como las parasitosis, el dengue, la malaria y problemas del embarazo y de salud sexual, cuya prevención y tratamiento oportuno sería factible con un buen programa de asistencia prenatal, métodos de anticoncepción, y educación sexual.

“En esas comunidades pues se vivía el conflicto, digamos, de otra forma. Ahí se vivía el confinamiento. Las comunidades están confinadas. Confinadas por la guerra y confinadas también por la pobreza, con muy pocos recursos como para desplazarse hacia Bellavista en caso de una necesidad médica o lo más común, una necesidad económica. No hay escuelas, no hay profesores, no hay promotores de salud, no hay botiquines comunitarios; y en ese campo es donde Médicos del Mundo entra, y ahí con mayor constancia, también comenzamos a encontrarnos con estos tres actores armados de manera frecuente”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

En cuanto a infraestructura en salud, las personas entrevistadas de Médicos del Mundo relatan que una de las primeras situaciones con las que se encontraron en Bojayá tras la instauración del proyecto en esta región fue que el Hospital de Bellavista estaba desprovisto no solo de medicamentos, sino de insumos críticos como energía y agua potable. Al momento de llegar al Atrato Medio, fue necesario instalar paneles solares y realizar actividades de saneamiento de agua, para mejorar las condiciones de funcionamiento del hospital. Los paneles solares permitieron al hospital tener un flujo relativamente

estable de energía eléctrica, el cual se utilizó, entre otras cosas, para mantener las bajas temperaturas requeridas por las vacunas y lograr una cobertura efectiva de inmunizaciones en la población. Representantes de las organizaciones sociales confirman esta situación de desabastecimiento, incluso hoy en día:

“En una cabecera municipal que es Bellavista existe un centro de salud. [...] A veces carece de los medicamentos básicos de los medicamentos POS [...] Si está el acetaminofén, no está la diclofenaco, si está la diclofenaco, no está la amoxicilina. Y allá en la mayoría de las comunidades no existe puesto de salud, ni enfermera, ni enfermero. No, no hay ningún personal que pueda atender los primeros auxilios de las personas. [...] No hay. No hay puestos. Y dónde está la enfermera, le toca trabajar desde su casa porque no tiene cómo atenderlos”.

*Integrante Cocomacia.
Entrevista Individual D
11 marzo 2021*

Frente al tema de la vacunación, abundaba la confusión. Según los documentos de las entidades departamentales y regionales de salud, Bojayá contaba con una cobertura en vacunas en cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de más de 90%, lo cual para MDM resultaba incoherente dadas las condiciones del Hospital de Bellavista, y el hecho de que en ninguna parte del municipio existiera el registro de las personas vacunadas. Al indagar más cercanamente, encontraron que las vacunas se aplicaban, pero no siempre se podía garantizar la cadena de frío, y además se aplicaban de una forma desorganizada, sin hacer un registro juicioso, ni acatar los respectivos esquemas de vacunación.

En esta situación, no son precisamente las vacunas o la negligencia particular de algún vacunador las que explican la grave situación de inmunización en Bojayá. Aquí hay que destacar el



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

contexto de pobreza, de abandono institucional y de normalización de la vulneración del derecho a la salud y otros derechos que han experimentado estas personas. En Colombia, se adoptó en el año 2001 el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) recomendado por la OMS/OPS para lograr la cobertura en todo el territorio nacional.⁴⁸ Este modelo es impulsado por organizaciones internacionales y entidades nacionales en la prevención de enfermedades como la tosferina, la difteria, el sarampión, entre otras, que en muchas partes del mundo se han dado por desaparecidas debido a la gran efectividad y éxito de los programas de vacunación. Por su gran impacto positivo en la salud de comunidades y poblaciones enteras y por su relativo bajo costo, el PAI es piedra angular en los programas de salud pública

⁽⁴⁸⁾ Cáceres, D. y J. Rojas (2002). "Programa Ampliado de Inmunizaciones Colombia, 2001-2002." en Programa Ampliado de Inmunizaciones "PAI" Colombia 2002. OPS/OMS, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. P. 3-5.

⁽⁴⁹⁾ Duque-Zerpa, C. et. al. (2014). "Caracterización toxicológica del veneno de *Bothrops atrox* de Puerto Ayacucho, estado de Amazonas (Venezuela) y su neutralización por un antiveneno venezolano. Revista Científica, vol. 24 (4). Pp. 355-362. Universidad de Zulia, Maracaibo Venezuela.

que se desarrollan desde las instituciones de salud nacionales, departamentales y municipales. Aun así, en Bojayá como en varias de las más marginadas partes del país, no se ha garantizado cabalmente este programa.

Otras situaciones revelan la grave carencia de infraestructura adecuada en el municipio de Bojayá. Un ejemplo claro lo revelan los casos de mordeduras de serpiente. Los accidentes ofídicos son muy prevalentes en Chocó, así como en la Orinoquía y Amazonía del país. Una de las especies más temidas es *Bothrops atrox*, la cual es conocida en la región como "mapaná", y en otras regiones de Colombia como la "taya equis". La mapaná contiene un veneno con hemotoxinas que, tras morder a su víctima, produce coagulación y necrosis, y puede producir una falla renal aguda grave. Con una inyección de tan solo 120 mg el veneno puede ocasionar la muerte en la mitad de las personas.⁴⁹ La mapaná puede inyectar hasta 342 mg en cada mordedura. Ahora bien, el accidente ofídico causado por *Bothrops* es grave, pero en la mayoría de los lugares del mundo la mortalidad es baja debido a tratamiento oportuno con sueros antiofídicos que bloquean los efectos del veneno sobre el cuerpo. No así en Bojayá, donde aún en Quibdó, la capital del departamento, no están disponibles los sueros antiofídicos. Para recibir el suero, las personas se deben remitir a hospitales urbanos en ciudades principales como Medellín, Antioquia.

"En la comunidad, lo que sí miré de discapacidades graves, fueron a causas de los accidentes ofídicos. Amputaciones. En el tratamiento de un accidente ofídico, llega un momento en que el médico lo que decide hacer es una amputación total del miembro[...]. Los sueros antiofídicos eran un medicamento de emergencia que lo llevábamos nosotros [con Médicos del Mundo] y cuando nos tocaba, acompañábamos al paciente desde

el momento en que lo recibíamos y comenzábamos a aplicarle el suero. Podías aplicar en 12 horas, unas 17 ampollas, 15 ampollas, hasta llevarlo al hospital. Y no al hospital de Murindó, o de Bojayá, ni de Quibdó, sino que al San Juan de Dios de Medellín. ¡Había que llevarlo hasta allá! Ahí es donde podían realmente continuar el tratamiento. Sueros antiofídicos en todo el Atrato no existían. Los únicos que existían eran los que usábamos con Médicos del Mundo. Pero en los hospitalitos, en el mismo Quibdó, el Hospital San Francisco Asís de Quibdó, no tenían esas cosas”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

Otro ejemplo que ilustra la grave situación de infraestructura sanitaria es el de la tuberculosis. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, que afecta principalmente a los pulmones, causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Es de fácil transmisión, especialmente cuando las personas se encuentran en condiciones de hacinamiento y padecen inmunosupresión, lo cual puede suceder en condiciones como la desnutrición. En siglos pasados, esta enfermedad había causado estragos en poblaciones enteras, hasta que se logró aislar el microorganismo causante de la enfermedad a finales del siglo XIX. El control de la enfermedad se ha logrado en múltiples países, debido principalmente a las mejoras en las condiciones de vida de las poblaciones y a la accesibilidad de medicamentos, con una campaña extensa para su prevención y atención por parte de instituciones como la OMS. El tratamiento suele ser exitoso, pero requiere de una disponibilidad adecuada de los antibióticos y acompañamiento para asegurar así la adherencia durante el curso de la intervención requerida, la cual se puede extender por un periodo de seis meses.

“La tuberculosis era muy frecuente [en Bojayá] y no se podía dar un tratamiento adecuado. Se necesita un seguimiento casi diario para que las personas tomen el tratamiento. No puedes dejarlo de tomar porque se puede provocar una resistencia. En resumen, todos los tuberculosos que conocí no tenían tratamiento y las personas que podían ser tuberculosos, pues no teníamos la manera de hacerles los diagnósticos”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

Entendiendo esta situación crítica en la cobertura y el acceso a la salud en la región, Médicos del Mundo intentó desde el 2003 lograr una “sisbenización”⁵⁰ de comunidades enteras, con el objetivo de que, al inscribir a estas personas dentro del registro de pobreza del país, se logaran visibilizar para las entidades en el Estado encargadas de velar por el bienestar de la población. Y es que, en realidad era la única forma. No existían EPS⁵¹ privadas en el Medio Atrato, ni quién contara con el tipo de trabajo necesario para obtener el aseguramiento como contribuyentes. Toda la población de Bojayá se componía de familias que se podrían vincular al Régimen Subsidiado, una vez identificadas en el SISBÉN. La Sisbenización fue un primer paso para el intento de garantizar el bienestar social por parte del gobierno en estas comunidades. Pero las falencias de infraestructura sanitaria en un lugar que ha sufrido el abandono crónico del Estado con los efectos sobreagregados de la guerra, no se solucionaron al enrolar a la población en el registro.

“Los efectos en la población, a nivel de salud, eran problemas de insomnio, cefaleas, hipertensión arterial, tensión nerviosa. [...] Yo diría de que tal vez lo más inmediato era eso, pero también de una manera un poco más profunda, por decirlo de alguna forma, ahí existía mucha pobreza. Nunca habían tenido un buen servicio de salud, nunca

⁽⁵⁰⁾ El Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.

⁽⁵¹⁾ Empresa Promotora de Salud, lo cual se refiere a empresas encargadas de afiliar a las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los dos regímenes principales, esto es, Contributivo y Subsidiado.

tuvieron un buen hospital, nunca tuvieron agua limpia, agua potable en cañerías tratadas. Eso nunca lo conocieron, nunca conocieron los alcantarillados. Nunca conocieron un sistema de letrinas o de tratamiento de las aguas residuales. Eso nunca existió en esas comunidades. Sigue sin existir, seguramente. Entonces a lo que tú llamas los efectos de la guerra, es también encima de una situación de pobreza extrema”.

*Integrante MDM.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

El conflicto agravó la infraestructura sanitaria de la región, principalmente al deteriorar uno de los pilares sobre los cuales se sostenía precariamente la oferta de servicios: las promotoras de salud.

La figura de las personas promotoras de salud era de esencial importancia en el Medio Atrato. Capacitadas en el reconocimiento de situaciones de riesgo en salud y en la provisión de soluciones prácticas, si bien no complejas, las promotoras de salud eran frecuentemente las únicas personas con las que podrían contar las comunidades rurales como las de Bojayá para realizar consultas y recibir tratamiento de heridas, recibir atención en temas como salud mental, prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Brindaban uno de los únicos acercamientos tangibles a la atención integral en salud en la región.

Los primeros promotores en salud en el país se formaron a finales de los años 50 bajo la iniciativa del médico salubrista y víctima del paramilitarismo, Héctor Abad Gómez. Posteriormente, cuando se estaba organizando el Sistema Nacional de Salud, bajo la fuerte influencia de los lineamientos pronunciados en la Convención de Alma-Ata en 1978, las promotoras en salud desempeñaron un papel fundamental en ampliar el acceso a la salud para las comunidades más pobres y remotas del país. Eran predominantemente mujeres campesinas (aunque había algunos hombres también) quienes se capacitaban para “la educación en salud, el saneamiento ambiental, los primeros auxilios en el hogar, el mejoramiento de vivienda, y la vacunación”.⁵² Realizaban múltiples actividades, especialmente enfocadas a valoración de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, prevención de enfermedades prevalentes en comunidades pobres, como la enfermedad diarreica aguda (EDA), y también realizaban cuidados prenatales y tareas de prevención de la malaria y la tuberculosis.⁵³ El Sistema Nacional de Salud definió redes básicas de atención



FOTO: Equipo Misión MDM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

(52) Zuluaga, S. y G. Otálvaro. (2020). “Las promotoras rurales de salud: una práctica social en extinción. Estudio de caso en el municipio de Andes, Antioquia, 1976-2015. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2020, No. 19.

(53) *Ibid.*, 7.

en salud para comunidades rurales, llamadas Unidades Primarias de Atención (UPA). En estas, entre 80 y 120 viviendas eran atendidas por un promotor de salud, y estos promotores, a su vez, se organizaban en grupos de cuatro a ocho, junto con enfermeras, quienes dependían de los centros de salud u hospitales locales.⁵⁴ Así, la figura de las personas promotoras de salud era central en el funcionamiento de un sistema de salud que pretendía brindar una cobertura amplia con un enfoque comunitario de la salud.

Cuando llegaron los paramilitares en los años 90 y se complicó el panorama de paz en la región, las personas promotoras de salud fueron sujetas a las múltiples presiones que ejercían estos grupos por medio de amenazas. Por una parte, se consideraba peligroso su conocimiento y su capacidad de tratar enfermedades como la malaria o la leishmaniasis, puesto que estas se consideraban enfermedades de los grupos insurgentes. Por este motivo, el ejército y los paramilitares intentaban bloquear cualquier tipo de acceso a las promotoras que el bando enemigo pudiera tener. Los promotores, como el resto de la sociedad civil en Bojayá, en especial las personas líderes de las comunidades, recibieron señalamientos de ser colaboradores de uno u otro bando. Para los armados, los señalamientos cumplían el doble propósito de amedrentar a la población y coartar sus capacidades de organización social. Algunas promotoras y promotores incluso fueron asesinados.

“En esos años hubieron [sic] dos asesinatos, uno de un indígena Embera, en la comunidad Unión Baquiza, sobre el río Opogadó, municipio de Bojayá. Otra fue la muerte o asesinato en un afrocolombiano [...] sobre el río Jiguamiandó, en el municipio de Murindó [...] El río Jiguamiandó es una zona de un territorio de paz, de comunidades de paz que fueron muy presionadas por los paramilitares por lo de las plantaciones de palma. Ahí asesinaron también a un promotor de salud. En ambos casos eran promotores de salud con los que Médicos del Mundo coordinaba, con los que Médicos del mundo trabajaba cuando se llegaba a sus comunidades. [...] Las personas asesinadas [...] eran promotores, pero también eran líderes en sus comunidades. Desempeñaban otros papeles en la administración. El indígena asesinado era promotor de salud, pero también tenía un cargo a nivel municipal en su organización. Entiendo de que a él la guerrilla lo acusa de informante. Y entonces, la comunidad hace un fuero, porque se sienten en el derecho de averiguar si este hombre ha sido informante, y los primeros en juzgarlo no son los armados, sino que es la misma comunidad, la justicia indígena. De hecho, es juzgado y es castigado por la comunidad y la guerrilla en el primer momento acepta el fuero, para que en un segundo momento lo llegue a recoger y a llevárselo. Y no vuelve aparecer, lo asesinan y desaparecen el cuerpo. Pero sí, además de promotor, era un líder, era un señor bastante desarrollado, políticamente hablando. En el caso del afrodescendiente fue similar, la situación es que él era un líder de la lucha por el territorio, de la lucha contra la expulsión de sus territorios por medio de los paramilitares, que a su vez son financiados por las fincas palmeras y bananeras, ahí de la zona de Bajirá. En este caso, este líder está afuera, ha ido a hacer un trámite [...] y venía de Medellín, o venía de Bogotá, había ido a una reunión importante. Lo interceptan al llegar, lo bajan del carro y lo desaparecen también. Se lo llevan, y luego aparece el cuerpo cuatro, cinco días después. [...] Los promotores de salud que se tuvieron que ir del municipio de estas regiones, los que verdaderamente sacaron eran los que tenían un actuar en los programas de prevención de malaria. Yo pienso que eso fue también una medida bien administrativa, política. Los retiraron del territorio cuando se volvieron inseguros, y para ellos para la vida de ellos y también porque, claro, los medicamentos que manejaban eran medicamentos controlados para los armados”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

(54) *Ibid.*, 8.

Los promotores de salud, junto con los vacunadores y demás agentes sanitarios dedicados a los programas de enfermedades transmitidas por vectores, además de enfrentarse a la violencia directa ejercida por los armados, fueron debilitados en sus roles tras la reconfiguración del sistema de salud en el país, precipitado por la Ley 100 de 1993, una ley que reorientó los servicios sanitarios hacia el aseguramiento individual, al tiempo que sometía a los programas comunitarios de prevención y promoción de la salud a la desfinanciación y el abandono por medio de la descentralización.⁵⁵ Algunos autores resaltan los efectos deletéreos de esta legislación, al notar que “después de 1993, con la Ley 100 de ese año, la situación ha llegado a su peor nivel: ya ni siquiera se financian las investigaciones para conocer la realidad, ni se emprenden programas temporales para controlar la enfermedad, pues el gobierno, las empresas promotoras de salud y las empresas prestadoras de servicios de salud carecen de una política de salud pública que garantice la atención al ambiente y a las personas con sentido de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; hay política y ley para el negocio de la salud, pero no hay política ni ley para la salud pública y colectiva”.⁵⁶

En el caso del control de la malaria, a cargo de personas promotoras de salud, la disolución del Sistema Nacional de Salud y la desfinanciación de los programas colectivos en salud actuó en sinergia con la violencia directa hacia los promotores para producir un recrudecimiento en las enfermedades transmitidas por vectores en la región. A nivel nacional se había implementado un programa de erradicación de la malaria en 1954. Centralizado y coordinado por el Servicio de Erradicación de Malaria (SEM), el programa se basaba en una fase inicial de rociado con insecticida, y una fase posterior basada en vigilancia y tratamiento de casos.⁵⁷ Fue tan exitoso en sus primeros 10 años,

que redujo el índice parasitario anual (IPA) —una medida de los nuevos casos de malaria por año en la población de riesgo— a niveles desde 0,4 hasta 3,3 por cada 100.000 habitantes. Durante el periodo de funcionamiento del SEM, en Bojayá y otras zonas rurales de Chocó, se crearon puestos de microscopía que se usaron para el diagnóstico de malaria y tuberculosis. Posteriormente, durante los años 80, se amplió esta red de microscopistas en áreas rurales hasta llegar a contar con más de 500 puestos, operados principalmente por promotoras de salud.

Tras descentralizarse el SEM en 1998, cuando el programa pasó a ser responsabilidad del Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó (DASALUD), comenzó a reproducirse a nivel regional el efecto que enfrentaban los servicios públicos de salud en el resto del país: retrasos de pagos desfinanciación y falta de apoyo institucional. Agravando la situación, las empresas aseguradoras se negaron a hacerse cargo del programa de malaria, como era su obligación. La descentralización ocasionó la necesidad de reubicación de las promotoras rurales de salud hacia los servicios hospitalarios en las cabeceras municipales, alejándolas de las labores que desempeñaban en comunidades rurales como las de Bojayá. Muchas de sus funciones, como la entrega de medicamentos, la atención de partos, la realización de suturas, y la aplicación de inyecciones, pasaron a ser disponibles solo en puestos de salud, que eran pocos y alejados de las comunidades veredales.⁵⁸ De 544 puestos que llegaron a existir en Chocó para la vigilancia y erradicación de la malaria, en el 2005 solo 35 puestos permanecían tras la descentralización.⁵⁹ La crisis también se reflejó en los indicadores correspondientes, pues el Índice Parasitario Anual de Malaria pasó de tener picos que antes de 1993 no sobrepasaban los 70/cien mil, a picos que llegaban a los 180/cien mil

⁽⁵⁵⁾ Mena-Torres, Y. L. (2009) “Caracterización del Comportamiento de la Malaria en el Departamento del Chocó Durante el Período 1998-2008.” Universidad CES. Gerencia en Salud Pública. Facultad de Salud Pública. Medellín, Colombia. pp.41-44.

⁽⁵⁶⁾ Carmona-Fonseca, J. (2003) “La malaria en Colombia, Antioquia, y las zonas de Urabá y Bajo Cauca: panorama para interpretar la falla terapéutica antimalárica. Parte 1.” IATREIA. Vol. 16 (4).

⁽⁵⁷⁾ OPS (2010). Reorientación y fortalecimiento de la prevención y el control de la malaria en el departamento del Chocó, costa pacífica colombiana 2006-2010. Bogotá, OPS.

⁽⁵⁸⁾ Zuluaga, S. y G. Otaño. (2020). p. 10.

⁽⁵⁹⁾ *Ibid.*, 23

después de la implementación de la Ley 100 de 1993.⁶⁰

La limitación de los servicios prestados por las promotoras/microscopistas a raíz de amenazas, agresiones, y de reforma estructural del sistema no fue de poca trascendencia, pues Chocó es una zona endémica de malaria. En la costa Pacífica, el mosquito *Anopheles* carga parásitos sanguíneos de la especie *Plasmodium falciparum*, que se destaca por su propensión a causar complicaciones graves. Entre estas se encuentran daños a nivel renal, cerebral, y hematológico. Algunas manifestaciones de la malaria complicada son las convulsiones, la pérdida de conciencia, la anemia aguda por destrucción de células de la sangre, y la insuficiencia renal aguda. Las promotoras de salud microscopistas estaban capacitadas para diagnosticar la malaria, pero tras la incursión paramilitar al territorio y la instalación del ejército, estos emplearon una estrategia de guerra que incluyó una campaña para restringir el acceso a los programas de prevención de la malaria, con el fin de presionar a las guerrillas a acudir a centros de atención para su captura o promover el abandono de la zona.

Esta instrumentalización de la malaria en la guerra, lejos de representar una victoria estratégica contra las FARC-EP, produjo en cambio una realidad cotidiana y dolorosa para los habitantes del Medio Atrato, quienes se enfermaron una y otra vez en múltiples brotes de paludismo registrados en la región. A la pobre infraestructura sanitaria, las lejanías de hospitales abastecidos apenas con lo necesario para dar manejo a la enfermedad, la ausencia de pangas y gasolina para transportar enfermos, y el confinamiento impuesto por los armados, se sumaron estos brotes de malaria, los cuales se volvieron inmanejables, especialmente cuando las personas se complicaban y no podían recibir una atención adecuada. Las pocas personas capacitadas para iniciar la atención de la malaria, se vieron agredidas por armados y además perdieron el apoyo gubernamental con el que contaban antes de la reconfiguración del sistema de salud. Muchas promotoras microscopistas continuaron sus labores, apoyadas por

instituciones locales y regionales, pero sin poder lograr el mismo desempeño que tenían durante la vigencia del Sistema Nacional de Salud, el Servicio de Erradicación de Malaria, y antes de la incursión paramilitar. Previamente en mejores condiciones frente a esta enfermedad, las comunidades del Medio Atrato vivieron un retroceso en el control de enfermedades transmitidas por vectores. Tales difíciles condiciones persisten hoy en día.

“El mes pasado, en la comunidad de Veracruz, falleció un niño...como de siete años. Y después de que ya le hicieron los estudios en Quibdó, se dieron cuenta que era paludismo. [...] Como era un niño, en el hospital de Vigía lo atendieron, pero cuando lo atendieron ya el paludismo estaba muy avanzado. Lo remitieron a Quibdó y cuando llegó a Quibdó ya llegó casi convulsionando. Entonces el niño se murió. Y esa historia no solo ha pasado con ese niño de Veracruz, sino con muchos otros niños de otras comunidades y también con muchos adultos”.

*Integrante Cocomacia.
Entrevista Individual D
26 enero 2021*

En un taller realizado en esta misma comunidad, Veracruz, las personas de la vereda comunicaron que, en la actualidad, en quienes se sospecha el paludismo solo pueden ser remitidas a Quibdó con una prueba de gota gruesa positiva. La gota gruesa, una prueba en la que se toma sangre de la persona donde se encuentran los parásitos y se analiza bajo un microscopio de luz simple, no es un examen complicado de realizar. Sin embargo, requiere conocimiento técnico y mínimamente un microscopio, agujas o lanceta, y portaobjetos de vidrio para su lectura. Desde el debilitamiento del programa de malaria por las promotoras de salud microscopista, en Bojayá no ha sido fácil conseguir quien realice la prueba. Otras barreras institucionales agravan la situación. En Bellavista, el único hospital no cuenta con el nivel necesario para atender estas enfermedades. En contraste,

⁽⁶⁰⁾ *Ibid.*, 21

el hospital de Vigía del Fuerte, ubicado a tan solo 11 kilómetros de la cabecera municipal chocoana, cuenta con mayor nivel, pero debido a su ubicación en Antioquia, no recibe pacientes de Chocó. En el caso relatado anteriormente, el niño fue recibido en Vigía a modo de excepción por ser menor de edad, pero esta no es la situación para la mayoría de las personas en Bojayá.

Agravando la situación, el desplazamiento como práctica sistemática en el conflicto armado ha dificultado el control de la malaria debido a los cambios demográficos-territoriales en la región. Los actores armados, por intimidación o amenaza directa, producen el desplazamiento de las comunidades asentadas en las riberas de los afluentes del Atrato hacia cabeceras municipales como Bellavista y Vigía del Fuerte. Al concentrarse en estos poblados que carecen de agua potable, las personas suelen acumular el agua de la lluvia en tanques, lo cual produce un ambiente muy favorable para la reproducción del mosquito Anopheles. La cercanía de las personas, quienes frecuentemente viven en hacinamiento, facilita la transmisión de la malaria en la comunidad.

Otro de los grandes problemas de salud en la región relatado tanto por Médicos del Mundo, como por las organizaciones sociales de la región es la malnutrición. Cuando en los medios de comunicación que moldean el imaginario nacional se hace alusión al problema nutricional en el Chocó, se comunica de tal forma que pareciera un asunto inextricable de la región, una realidad histórica asociada a estas inhóspitas riberas, a su pobreza, al abandono del Estado. Es cierto, estos factores influyen, pero las personas que habitan la región reconocen que esta apreciación está bastante alejada de la verdad. Y es que, entre los vastos sembradíos de plátano, la diversidad de peces que circulan por la cuenca del Atrato y la espesa y generosa selva chocoana, las comunidades Embera y afrodescendientes no habían tenido problemas nutricionales generalizados, hasta el inicio del conflicto. El pancoger estaba, por

decirlo de alguna manera, a la mano, y las redes extensas de apoyo gozados por las comunidades afrodescendientes y Embera, aseguraban el compartir de la caza, o del cerdo que sacrificaba un “primo.”

El término “malnutrición” hace referencia a un desbalance en la dieta, que puede darse por exceso o déficit de insumos nutricionales.⁶¹ Hablando específicamente de desnutrición, el cuadro más frecuente en Bojayá, existen diversas afectaciones específicas que han sido clasificadas según el tipo de insumo nutricional del que se carece y según la cronicidad del déficit. En la desnutrición crónica, se pueden observar trastornos del crecimiento y del desarrollo, de tal forma que los niños no adquieren la talla considerada apropiada para su edad y no se desarrollan adecuadamente. Este desarrollo coartado no solo se refiere al aspecto físico, sino a la capacidad motora, mental, e incluso al desarrollo social de los niños. La desnutrición aguda se refiere a una carencia nutricional que usualmente se asocia con un periodo de hambre reciente, tal como se puede producir por el desplazamiento forzado, la destrucción de cultivos por oleadas invernales, entre otros. La desnutrición aguda se refleja en un peso menor de lo esperado para la altura del niño, y se describen dos formas principales: el marasmo, que consiste en un déficit calórico, y el kwashiorkor, que se refiere a un trastorno por déficit proteico.⁶²

La malnutrición se asocia a múltiples comorbilidades, entre las cuales se encuentra la deshidratación, la diarrea, e infecciones en el espectro carencial, y a diabetes, hipertensión, y enfermedades coronarias en el espectro de exceso calórico. Entre estas comorbilidades está el problema principal de las infecciones, que se manifiestan en el niño desnutrido en una incapacidad de generar los componentes de la inmunidad, y en el individuo obeso a través de una disfunción del sistema inmune. Hay que tener en cuenta que los cuadros de malnutrición suelen

⁽⁶¹⁾ Coloquialmente se usan los términos “desnutrición” y “malnutrición” intercambiamente para hablar de los problemas nutricionales en situaciones de pobreza. Sin embargo, en este apartado hablamos de desnutrición cuando hay una carencia de nutrientes; de sobrepeso y obesidad, cuando hay un exceso; englobando ambos bajo el término “malnutrición”.

⁽⁶²⁾ La clasificación de la desnutrición es compleja, puesto que además se describen varios grados de gravedad, y no son infrecuentes los casos mixtos, donde se sobrepone un cuadro agudo a uno crónico, y donde hay déficit tanto proteico como calórico, dando una forma de desnutrición aguda severa conocida como kwashiorkor marásmico.

presentarse en condiciones de pobreza, falta de acceso a alimentos de calidad, agua potable, y sistemas de evacuación de desechos, esto potencia el riesgo de padecer una enfermedad grave, y condiciones como la enfermedad diarreica aguda, la poliparasitosis, infecciones respiratorias, entre otras. Además, existe un mayor grado de afectación cuando la malnutrición afecta a niños menores de 5 años, en quienes no hay madurez inmunológica, y quienes tienen mayor riesgo de morir por una condición básica de desnutrición sobre la cual se desarrollan otras enfermedades.

El problema de malnutrición en el Medio Atrato es, en efecto, un resultado del conflicto armado y su interrupción de los modos de vida de los habitantes. Por una parte, los indígenas Embera se dedican principalmente a la cacería y la recolección de alimentos de los bosques nativos que rodean los nacimientos de los ríos. Su subsistencia depende de las migraciones de los peces desde las ciénagas bajas del Atrato y de su acceso a extensas distancias de bosque. Las comunidades de afrodescendientes que habitan las zonas rurales, por otra parte, subsisten principalmente de los sembrados de plátano, y la tenencia en pequeña escala de animales para consumo propio como el cerdo y la gallina. Los afrodescendientes del Medio Atrato también dependen de peces como el bocachico y el venidero, que ascienden del Bajo Atrato entre los meses de enero y mayo a reproducirse en los nacimientos de los ríos, y de la caza en el “monte”.

Entre los actos de violencia directa que han repercutido sobre el estado nutricional de las comunidades está el confinamiento en el territorio, las restricciones de movilidad de personas y bienes por el Atrato, la destrucción de cultivos y el desplazamiento forzado. Pero, como se expone posteriormente, es necesario también tener en cuenta las economías regionales, principalmente ilícitas, de las que se han valido los grupos armados para sostener y financiar la guerra en la región. Las madereras, la minería ilegal y el cultivo de coca, han contribuido a generar y sostener la situación de desnutrición en el Chocó.

El confinamiento es una de las dinámicas que ha reducido la capacidad de las comunidades para adquirir el alimento necesario para su mantenimiento. Los indígenas Embera, quienes han vivido desproporcionadamente la carga de esta práctica, sufren la prohibición de transitar por los afluentes de los ríos, y por ende, también de pescar. Además, no pueden desplazarse a los montes para cazar, esto elimina el acceso a la proteína animal, salvo lo que puedan obtener de animales tenidos en casa. Cuando les preguntamos a los representantes de las comunidades Embera sobre la situación, refirieron que debido a la presencia de campamentos de diversos grupos armados no se arriesgan a realizar esta actividad esencial para su subsistencia, por temor a ser asesinados o señalados como colaboradores.

“Eso no acaba de ese conflicto armado porque ellos mismos, en los resguardos de nosotros, siempre ellos están. Ellos. El otro grupo y el otro grupo también. Entonces hay [en] nosotros [hay] miedo. Los viejos, el adulto mayor y el niño, entonces con su miedo. Y porque está asustado, ninguna movilización, no puede ir a coger pan de coger, o plátano, no puede ir a buscar banano. Entonces no puede vivir la comunidad. Ellos diciendo que “no, no me puedo mover. Si mueve. Si vamos a encontrar allá, entonces nos van a matar”. Entonces eso por miedo es el que están tan confinadas las comunidades”.

*Integrante Embera Dóbida.
Entrevista Individual B
11 marzo 2021*

Además de la presencia de los grupos armados en la selva nativa que les sule de alimentos, tanto vegetales como animales, las comunidades han sufrido el confinamiento por otros métodos, como la implantación deliberada de minas antipersonal (MAP) en las fincas de los resguardos, sin descontar la posibilidad de encontrarse con munición sin explotar (MUSE) y otros artefactos explosivos improvisados (AEI) terrestres.

“Si el padre de familia tiene temor en trasladarse a la finca a buscar el plátano, el lulo, el borojó; bueno, productos de la canasta familiar con la que la gente se abastece, porque hay sospecha de minas antipersonal, porque hay presencia de cualquier grupo armado, entonces esa sería como una causa por las cuales entraría la desnutrición en ese núcleo familiar o en la comunidad. Porque entonces ya el niño no se va a alimentar como debe ser, y ya la madre de la familia no se va a alimentar como debe ser”.

*Integrante Cocomacia.
Entrevista Individual D
11 de marzo 2021*

Según los testimonios recabados para este informe, entre los actores que más emplean esta modalidad está el ELN, que tras el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, se ubicó en zonas abandonadas por las FARC-EP.

“El confinamiento, como decía ahorita, anteriormente existía [con] las FARC, pero las FARC nunca hacía eso. [Poner] esas minas en donde trabaja lo indígena, ni en el camino lo hacían, eso. O sea, las FARC nunca nos hacía eso, pero ya como entro los Elenos, esos sí. Los Elenos ya esas minas antipersonas; él le habían sembrado hasta, inclusive, en la finca de los indígenas donde coge su pancoger. Entonces eso, que fue minando, minando en todas partes. Y la gente ya no podía ir al monte, ni a la pesca, ni pa'l monte a buscar alimento de animal de monte, ni incluso no podía salir a trabajar de rozar su maicito, su arroz, no podía salir porque uno va, y siempre encontraba eso. Muchos indígenas, [...] cayeron en esas minas. Y todavía existe eso. Esas minas, ellos lo sembraron desde allá desde Cacarica, donde ellos tenían su poder, desde Cacarica hasta Bojayá arriba. Todo esto está sembrado. Esas minas, ellos sembraron desde a partir del 2018”.

*Integrante Embera Dóbida.
Entrevista Individual B.
11 marzo 2021*

La desnutrición causada por el confinamiento impuesto por los actores armados en el Medio Atrato se ve agravado por la restricción de ingreso de personas y bienes como alimentos por el río y sus afluentes. Los grupos armados establecen cuotas arbitrarias que restringen la cantidad, el tipo y el costo de los alimentos que se pueden ingresar a los resguardos. Además, definen cuánta mercancía puede traerse de ciudades como Quibdó a las cabeceras municipales y otros poblados en Bojayá. Según los grupos armados, esta restricción nace de la sospecha de que quienes transportan los alimentos pueden alimentar a miembros de un bando enemigo, y la única forma de controlarlo, es extinguiendo sus redes de provisión, por medio de la población civil en la zona. De acuerdo con nuestras fuentes, quienes ejercen este tipo de acciones en la región del Medio Atrato son principalmente los actores del Estado, el ejército, y los paramilitares

“Si uno viene de la comunidad, buscar comprar un mercado; cuando uno viene de abajo, siempre [hay un] retén que pide documento. Alguno si no tiene documento. Bueno, no pasa. No puede entrar eso. Entonces hay que tener ese documento, y tener también la factura [de lo] que van a comprar al mercado. Si no llevan la factura, no pasa. Si uno llevara unos víveres para llevar a revender a la comunidad, uno lleva sus tres arrobas, cuatro arrobas para revender o regalar a la comunidad. Entonces él va a decir que esas tres arrobas van a otro grupo. Entonces uno no puede llevar eso. ¿Cómo comprar para consumir? [Nuestra] comunidad son 268 habitantes. Son bastantes. ¿Sí, o no? Entonces uno lleva unas arrobas para familia [y dicen] “Que no pasa”, también. Apenas lleva sus tres o cuatro libras, eso es lo que puedes pasar. [...] Eso los paramilitares”.

*Integrante Embera Dóbida.
Entrevista Individual A
11 marzo 2021*

“El confinamiento, inclusive, era también una medida que los grupos armados ejercían como una especie de ley, de orden, de norma. [...] Entonces estaba siempre en ese filo de la navaja que, si te movías como con descuido, te podía ir mal. Además, el ejército impedía el ingreso de ciertos productos, de alimentos, sobre todo. Entonces los indígenas no podían llevar mercado, salvo muy precavidos y llevando sus recibos de compra. [...] Si no, el ejército los detenía, les hacía pasar mal [...] Además, [está] la desnutrición que quedaba como efecto del confinamiento, la guerra y la situación de pobreza”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
11 marzo 2021*

Más allá de la restricción de alimentos y el confinamiento que impide la consecución de estos, según el modo de vida que mantenían las comunidades antes de la llegada de los paramilitares y actores como el ELN, existe otro factor en la situación de desnutrición en Bojayá. Las economías ilícitas asociadas a los diversos actores han producido una deforestación masiva, esto ha depletado la cantidad de animales de caza disponibles para el consumo de los Embera Dóbida del municipio de Bojayá. La minería ilegal también ha afectado la cantidad de peces en los ríos debido a los procesos químicos y mecánicos empleados para la extracción. Aun si pudieran pescar y cazar, este efecto depleta el suministro de proteína animal. Y sus efectos han probado ser duraderos.

Todas las comunidades del Medio Atrato y sus afluentes dependen de la “subienda” de pescado. Anualmente, entre enero y mayo, se espera que los peces (bocachico, bagre, venidero, picua) naden en contracorriente para reproducirse en los nacimientos de los ríos.⁶³ Si bien en el Chocó se ha realizado la minería desde que se descubrieron yacimientos en los bordes del Atrato en el siglo XVI, la minería ilegal aurífera vinculada a múltiples actores armados emplea mercurio, el cual contamina las aguas y los peces, produciendo su muerte masiva, y afectando la cantidad disponible en las “subiendas”. En zonas mineras de Chocó, las personas que consumen pescado de cinco a siete veces por semana presentaron un nivel cinco veces mayor de mercurio en cabello que aquellos que no consumían pescado.⁶⁴ En Turbo, cerca de la desembocadura del Atrato, más del 15% de la población presentó en el cabello niveles de mercurio en exceso de lo permisible para la OMS, incluyendo niños y adolescentes.⁶⁵ Asociado a estos niveles elevados de mercurio, se documentaron problemas de piel, sudoración y salivación excesiva, pérdida de cabello, y dolor de cabeza.⁶⁶ Se sabe que el órgano blanco del mercurio por consumo de pescado, es el cerebro, con afectaciones descritas sobre corteza visual y trastornos sensitivos y motores, pero aún se están describiendo asociaciones con desenlaces cardiovasculares.⁶⁷

“El pescado cada año subía, el venidero. Porque el pescado sube en enero y en mayo se va. Y entonces, cuando va bajando, va pariendo, pariendo pescaditos. Usted los ve que salen así, y

⁽⁶³⁾ Maldonado-Ocampo, J. et al. (2012). *Peces dulceacuícolas del Chocó Biogeográfico de Colombia*. WWF Colombia, Bogotá, D.C.

⁽⁶⁴⁾ Salazar-Camacho, C. et al. (2017). “Dietary human exposure to mercury in two artisanal small-scale gold mining communities of northwestern Colombia. *Environment international*, 107. Pp. 47-54.

⁽⁶⁵⁾ Kerguelén-Sánchez, M. (2020) *Condiciones de exposición de la población habitante de la cuenca del Río Atrato (municipio de Turbo) y su relación con niveles de mercurio en cabello producto de la actividad de la minería de oro*. Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud, Maestría en Salud Pública.

⁽⁶⁶⁾ Si bien el valor *p* que asocia la exposición al mercurio con cada uno de estos síntomas fue significativo ($p < 0.05$) solo en algunos, las referencias testimoniales de los impactos percibidos del mercurio sobre la salud indican que es una problemática que amerita mayor estudio.

⁽⁶⁷⁾ Clarkson, T. (2003). “The Toxicology of Mercury--Current Exposures and Clinical Manifestations.” *The New England Journal of Medicine*. 349(18). Pp. 1731-1737.

por eso se llama “pescadiza”. Y entonces cuando otra vez el año que entraba venía el venidero, venía bien gordito, bonitico el pescado, y lo cogíamos. Y eso era el sustento de la gente.

Ahora no. ¿Ahora para qué nos ha servido [la minería]? Nos ha afectado la salud. Las enfermedades se han multiplicado, porque el mercurio que la minería hace, ese mercurio se lo echan al canalón, que eso es lo que recoge el oro. [...] Entonces el pescado, todo está con mercurio. Tiene el mercurio adentro y eso está afectando a la persona. [...] porque el pescado se come el mercurio, y usted se come el pescado, se lo come usted, se lo comen sus hijos, sus nietos, toda la familia, porque acá vivimos del pescado. Entonces eso se ha multiplicado y van al médico y no le consiguen la enfermedad”.

*Integrante Cocomacia.
Entrevista Individual C
11 marzo 2021*

Otras actividades extractivistas, como la tala de árboles han provocado la erosión de las orillas de los ríos. La tala se realiza cerca del río para facilitar el transporte, pero estas actividades destruyen el delicado ecosistema de aguas pandas necesario para la reproducción de los peces.

En ciertos casos, son las prácticas pesqueras que emplean los actores armados para conseguir sus alimentos del río, los que producen una degeneración de la ecología. Como se ha mencionado, los Emberas y los afrodescendientes del Medio Atrato, como parte de su modo de vida en la región, empleaban una pesca artesanal. Los foráneos, y entre estos, los actores armados, suelen emplear métodos menos sostenibles que las actividades pecuarias nativas.

“Los diciembres, siempre es como en el tiempo de verano, subía pescado, bocachico y otros peces. Es [la] única esperanza que nosotros consumimos. Esos bocachicos, llega cantidad, sube cantidad, y eso entra en todos los ríos. Pero en este año, en ningunos ríos no entró bocachico. [...] La razón es porque en el río, en la cabecera, los grupos armados tiraban un poco de esas minas, una bomba, pues de esas granadas que los echaban, ellos también para poder coger pescado, lo mataba pescado. Con eso mina y lo recoge. Ya como esos son venenos, entonces el río venía contaminando, entonces ya los peces ya no pueden entrar más en ese río, porque ese río ya está contaminado”.

*Integrante Embera Dóbida.
Entrevista Individual B
11 marzo 2021*

El desplazamiento como acto de violencia ejercido sobre poblaciones enteras o selectivamente por medio de amenazas, también ha afectado en gran manera la capacidad de las personas de satisfacer sus necesidades alimentarias. Cuando las personas que viven en las cabeceras o los afluentes de los ríos son desplazadas, se ubican principalmente en cabeceras municipales cada vez más grandes. Es así, como en las comunidades ribereñas del Medio Atrato, se desplazan a Bellavista o Vigía del Fuerte, donde pueden asentarse con más facilidad, o hacia Quibdó y Unguía, ciudades más grandes. Si bien, en ocasiones los centros urbanos ofrecen mayores oportunidades, el desplazamiento en sí implica un cambio en el modo de vida, que resulta perjudicial para el bienestar de las personas. Ya las personas no pueden cosechar el plátano, que es la base de la canasta familiar medio-atrateña, y deben comprarlo. Así sucede también con los demás alimentos, como el pescado, los animales de los bosques nativos y las frutas.

“Yo fui desplazada en el 2002, cuando la masacre de Bojayá. Pasé siete meses en Quibdó desplazada, y no me gustaría volver a repetir la historia [...] porque en el caso mío, ya había

dejado la finca allá [en Bojayá], había dejado las gallinas y o sea, cuando me tocaba hacer esa fila [en Bienestar Familiar] yo siempre pensaba: si estuviera en mi casa y en mi comunidad, de pronto mataba una gallina y me metía un sancocho, o iba al gallinero y sacaba un huevo y me hacía un revuelto de huevo y ya estaba comiendo con mi plátano o con mi arroz. Y si mi esposo echaba el trasmallo (porque él es pescador), ya estaba sacando el pescado, lo vendía, compraba el aceite, y el otro pescado que quedaba ya era para uno fritar el pescado y comer. Entonces, uno estar en una ciudad pensando qué va a comer, qué le va a dar al niño, qué va a vestir, dónde se va a acostar [...] llegar a una ciudad donde uno no tiene ni una sábana para tirarla en un piso, entonces es algo muy complejo. La vida de desplazado, así pues, como obligado, es muy duro”.

Integrante Cocomacia.

Entrevista Individual D

11 marzo 2021

Enfocándonos ahora en la malnutrición por exceso de insumos calóricos, entre las personas desplazadas a ciudades como Quibdó, existen cuadros de obesidad y sobrepeso, que contrastan con el cuadro principal descrito en Bojayá, el de desnutrición. Según un estudio realizado en el marco del proyecto Laboratorio de Salud Rural e Intercultural de la Universidad Nacional en 2018, se encontró que, de estas personas desplazadas a Quibdó, el 1.61% tenía bajo peso, el 35.48% de las personas sobrepeso, el 33.88% obesidad, y solo el porcentaje restante (29.03%) tenía un peso normal. Lejos de ser un indicador de mayor bienestar, estos problemas en salud se asocian a un cambio en el modo de vida de las personas desplazadas y la pérdida de la soberanía alimentaria. Al incorporarse en ciudades en calidad de desplazados, estas personas se encuentran con una baja disponibilidad de alimentos saludables. Enfrentadas a las nuevas condiciones de pobreza urbana, consumen alimentos que suelen ser ultraprocesados, hipercalóricos, e hipersódicos, con bajo contenido proteico, lo cual constituye un perfil nutricional inadecuado. Así no se manifieste como desnutrición por déficit, esta malnutrición se asocia a similares procesos de violencia estructural, directa, y cultural que influyen en la desnutrición.

El desplazamiento no solo afecta la seguridad alimentaria de las personas, sino que también las somete a pobres condiciones sanitarias, esto implica un riesgo mayor de morbilidad. Aquí es importante recalcar que el desplazamiento para estas comunidades implica una total transformación en el modo de vida, y se enfrentan a situaciones que implican riesgos desconocidos. Cuando las personas se ubican cerca de los nacimientos de los ríos, ya sea en los afluentes como las comunidades de afrodescendientes o en los alrededores de los nacimientos como los Embera Dóbida, estos tienen acceso a agua relativamente limpia. Sin embargo, cuando son desplazados por los diferentes actores armados, cambia la calidad del agua que usan. Ya no es el agua de las cabeceras de los ríos, sino agua contaminada, quizás corriente-abajo de vertimiento de heces y desechos de otros poblados, esto implica mayor riesgo de infección por el aumento de microorganismos patógenos. La desnutrición involucra un estado inmune comprometido y la adquisición de enfermedades infecciosas por falta de agua potable, conlleva un mayor riesgo de gravedad.

“Si el río está contaminado, ya nosotros no podemos hacer sus prácticas ancestrales en ellos como son el aseo personal donde la gente se baña, se cepilla, lava la ropa, lava los platos, saca el pescado del río, lo organiza y ya lo lleva de río listo para echarlo a la olla. Si esa agua está contaminada, ya no se podrían hacer esas actividades. [...] Es que no existe como un saneamiento básico, como es agua potable, acueducto o alcantarilla. Entonces allá no tenemos un acueducto y tampoco podemos realizar las prácticas de entrar en el río. [...] Por utilizar el agua contaminada ya vendría la gente a sufrir de alguna enfermedad, como son los brotes en la piel. Podría ser porque ya el río está contaminado, ya la piel suya no va a resistir esa agua. Podría ser también las enfermedades respiratorias por bañarse en el río contaminado le entró

agua por el oído del niño ya va a tener un dolor de oído. Si el niño tomó un poco de agua ya también va a tener diarrea o problemas estomacales y todo eso a raíz de un conflicto armado”.

Integrante Cocomacia.

Entrevista Individual D

11 marzo 2021

Otra de las dimensiones grandes en las cuales ha habido una afectación radicada en el conflicto, es en el área de la salud mental y bienestar psicosocial. Entre los principales trastornos mentales, desde el punto de vista nosológico de la psiquiatría, se encuentran los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo mayor, el abuso de sustancias psicoactivas y la conducta suicida. Pero es necesario tener en cuenta que la afectación resulta incomprensible solo desde el punto de vista de diagnósticos y patologías definidas. Más tangiblemente que estas entidades clínicas asumidas desde una perspectiva de valoración clínica en salud mental, o las cifras que hay sobre su prevalencia, las afectaciones psicosociales se pueden comprender desde la narrativa de la vivencia de la guerra, por ejemplo, de cómo se padece el miedo.

“¿Usted no cree que el miedo enferma? Afecta la salud. [...] El miedo es una de las enfermedades principales, porque yo de miedo me acuerdo que me subió fiebre, frío, me tapé hasta la cabeza y no tenía nada, no tenía nada, era el miedo. Entonces no sé cómo explicarle esto, no sé cómo explicárselo, porque el campesino no es igual a la persona de la ciudad.

[Fue] por el miedo, de ver lo que nunca había visto. Nunca habíamos visto una guerra como esta. [...] Uno veía que subían a panga, bajaban a panga. Había una panga que se llamaba “Camino al Cielo”. Y cuando yo vi a esa panga, vea ¡paga por un escondedero! [...]

Yo le tenía mucho miedo a lo que se dice guerrilla, porque yo pensaba que eran unas personas como cambiadas, que eran unas personas como desfiguradas. Yo no pensaba que eran personas con uno. Y cuando oía que llegó la guerrilla ¡Ay! a mí me atacaban unos nervios, y me escondía del grupo que fuera. [...] Entonces yo sufrí mucho, yo sufrí un montón”.

Integrante Cocomacia.

Entrevista Individual C

11 enero 2021

En Bojayá además se produjeron brotes de conducta suicida entre los Embera, principalmente entre niñas, niños y jóvenes. El antropólogo Rodrigo Sepúlveda, tras realizar una etnografía, auspiciada por la Cruz Roja Holandesa y la Cruz Roja Colombiana sobre el fenómeno del suicidio en este pueblo indígena, concluye que la confluencia de tres violencias: la directa, manifiesta en actos de guerra; la socioespacial, manifiesta en el confinamiento; y la estructural, manifiesta en relaciones de desigualdad socioeconómicas, produjeron una adversidad que se vivió culturalmente como la desestructuración de las relaciones sociales y la pérdida de la esperanza).⁶⁸

La conducta suicida tiene relaciones claras con las modalidades de violencia vividas durante el conflicto armado. Según Sepúlveda, los paramilitares y la guerrilla empleaba prácticas de tortura para lograr obediencia, colaboración o simplemente para amedrentar a la población. Un entrevistado que sufrió la aplicación del método de tortura conocido como “embolsada” —en el cual meten la cabeza de la víctima en una bolsa con ají y sal hasta que esta quede al borde de la asfixia—, relata las afectaciones desde la adversidad del conflicto a la ideación suicida de esta manera:

⁽⁶⁸⁾ Sepúlveda, R. (2008). “Vivir las ideas, idear la vida: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los Embera y Wounaan de Riosucio, Chocó.” *Antípoda*. No. 6. pp. 245-269.

“Yo me quedé recordando la embolsada durante mucho tiempo. Recordaba cómo habían estropeado a mis compañeros, las caras de las mujeres [indígenas] que se veían todas aburridas. Yo comencé a pensar mal, a pensar que no valía la pena vivir, que siempre me iba a pasar lo mismo, que al siguiente día me levantaría e iban a estar los paracos, esperándome en el río para volverme a embolsar (...) luego de que ellos se fueron yo decía: ‘¿y qué tal que me coja esa epidemia del matarse a sí mismo a mí?’ (entrevista a hombre de Kiparadó)”⁶⁹

Médicos del Mundo también tuvo acercamiento a la indagación de los motivos de la conducta suicida entre los Embera. Hablando con personas en las comunidades que atendían, igualmente constataron que el factor desencadenante de la “epidemia” fue la llegada de actores armados, particularmente los paramilitares.

“El suicidio de adolescentes y de niños era muy común. [...] conocimos casos de suicidio en niñas. Eran particularmente niñas, no niños. Eran niñas desde los 9 años. Todas se suicidaron por ahorcamiento en un periodo como de unos 12 o 16 meses. Prácticamente había un suicidio por mes de niñas, siempre de niñas. Esto fue también en comunidades embera del municipio de Murindó. Al investigar qué era lo que estaba sucediendo, [...] al hacer la pregunta de dónde venía esta situación que pasaba con las niñas, los líderes nos hablaban de que los suicidios habían llegado con la guerra, con los paramilitares, y que tenían que ver entonces con el paramilitarismo. [...] Pudimos comprobar que también tres niñas padecían de violencia en sus casas. Los temas comunes de los adolescentes como el noviazgo o el primer novio o novia. Estos temas eran muy conflictivos en los indígenas [...] entonces golpeaban a las niñas, y terminaban las niñas ahorcándose”.

*Integrante Médicos del Mundo. Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

Sepúlveda también reconoce la importancia de los conflictos en torno al “noviazgo”, y resuelve el vínculo entre paramilitarismo y violencia intrafamiliar. Cuando los indígenas fueron confinados por los diversos grupos, y torturados, los líderes y cabezas de familias comenzaron a prevenir la interacción de los y las jóvenes con personas externas a la comunidad, como una medida para salvaguardar su identidad e integridad. Pensaban así prevenir la permeación de actores armados en la comunidad para realizar el reclutamiento, el cultivo de informantes y colaboradores, y la puesta en riesgo de la comunidad frente a otros grupos. Por tanto, cuando el noviazgo se daba con mestizos, chilapos⁷⁰, y afrocolombianos, los indígenas castigaban fuertemente a sus jóvenes, y estos padecían al punto de manifestar conducta suicida.⁷¹ Es así como una violencia “exógena” se reproducía en una violencia intrafamiliar o intracomunitaria, teniendo como desenlace el “aburrimiento”⁷² y el suicidio.

Las afectaciones psicosociales van mucho más allá de lo descrito. Un fenómeno revelador tiene que ver con el surgimiento de abusos de sustancias psicoactivas, la vinculación a pandillas y la prostitución en los centros urbanos como Quibdó, tras sufrir el desplazamiento. Los jóvenes de familias desplazadas a estas ciudades no encuentran fácilmente oportunidades laborales, y además no cuentan con fuertes lazos comunitarios fuertes, tampoco redes de apoyo. En estas condiciones, se presenta la vinculación a

⁽⁶⁹⁾ *Ibid*, 259.

⁽⁷⁰⁾ *Pobladores mulatos y afros del Bajo Atrato y Urabá cordobés o antioqueño que llegaron al Medio Atrato por desplazamiento forzado desde la década de los setenta, y más abundantemente después de la arremetida paramilitar de los noventa. Algunos autores consideran que los chilapos son mestizos, pero la identidad cultural de estas personas trasciende las rígidas definiciones de raza, y es motivo de intenso debate en cuanto concierne su participación en la titulación colectiva de la tierra gozada por los Consejos Comunitarios a través de la Ley 70 de 1993.*

⁽⁷¹⁾ Sepúlveda. (2008). p 261.

⁽⁷²⁾ *Aburrimiento es un término ampliamente usado por los Embera para describir un estado de zozobra y desesperanza. Debido a su origen espiritual consecuente con la cosmovisión embera de los jai, se usa esta palabra, y no se hace el intento de asemejar el padecimiento a alguna entidad nosológica occidental.*

pandillas que definen “territorios” y comunidades urbanas, practicando así una economía moral basada en favores, deudas, y lealtades, y rituales de pertenencia relacionados al ejercicio de la violencia.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

“Porque en estos casos de asesinatos en Quibdó y de grupos delincuenciales en las comunas y barrios, la mayoría de los muchachos que están en esas filas son descendencia de las comunidades [como la del Medio Atrato]. ¿Y por qué llegan hasta allá? Porque no hay otra política en la cual ellos puedan ejercer, pues como esa actividad laboral cuando ya tienen de los 15 años en adelante. La mayoría de los muertos que están poniendo las bandas delincuenciales en Quibdó son jóvenes, niñas y niños descendientes de las comunidades”.

*Integrante Cocomacia.
Entrevista individual D
11 marzo 2021*

“Ellos pelean por su territorio, pero es por la comunidad donde están. Por decir algo, el barrio donde viven. Es, “en este barrio está este grupo, entonces el de allá, no pasa a aquí”. Eso es lo que ellos llaman “territorio”. “Ese grupo de allá no pasa a este territorio”. Y si pasa, ya saben. Pues si no son amigos, mueren, y así sucesivamente”.

*Integrante Cocomacia.
Entrevista Individual C
11 marzo 2021*

Todas las condiciones relatadas se han enfocado en cuadros relativamente agudos, de corta duración. Pero hay condiciones producidas por la confrontación armada que se manifiestan en secuelas y discapacidades de larga duración. Según el Censo Nacional de 2018 elaborado por el DANE, en Bojayá el 14.99% de las personas encuestadas relatan dificultad permanente para oír, el 29.98% refieren dificultad permanente para ver; mientras que el 32, 89% refieren dificultad permanente para moverse.⁷³ Varios de estos desenlaces son resultados directos de la Masacre de Bojayá. En una investigación desarrollada por la Universidad Nacional de Colombia en Bojayá, por solicitud del Comité por los Derechos de Víctimas de Bojayá, se encontró que hay, entre los entrevistados supervivientes de tal hecho, una gran prevalencia de secuelas derivadas de la Masacre, tanto en salud física como en salud mental.⁷⁴ Algunas de las discapacidades detectadas a partir de nuestras fuentes para la región del Atrato Medio están relacionadas con la Masacre del 2 de mayo del 2002. Entre estas se destacan las discapacidades físicas tales como la pérdida de extremidades y la sordera por barotrauma acústico producido por el estallido de la pipeta. Además de la discapacidad, la comunidad relata que, como consecuencia de la Masacre, han emergido enfermedades antes raras entre ellos, como el cáncer. Este lo vinculan con el alojamiento de esquilas y fragmentos de metralla en el cuerpo de las víctimas. Hasta la fecha, las esquilas y restos de metralla del artefacto explosivo improvisado se encuentran alojados en los cuerpos de las víctimas.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

⁽⁷³⁾ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.

⁽⁷⁴⁾ Proyecto Laboratorio de Salud Rural e Intercultural Comunidad de Bojayá, Chocó. Universidad Nacional de Colombia, 2018. Desarrollado en el marco de las iniciativas surgidas en la Red SaludPaz.

Las personas participantes relataron haber sufrido traumas complejos del rostro, con impactos en su salud mental y bienestar psicosocial, así como discapacidad sensorial visual:

“Me siento mal, perdí una parte de mi cara y de la vista en la masacre, no me gusta verme así [...] quisiera que me trataran para mejorar mi apariencia porque así me deprimó mucho, me siento aburrido, incluso una vez me intenté suicidar”.

*Entrevista Q11 Quibdó,
8 de diciembre de 2018*

Discapacidad sensorial auditiva por el barotrauma acústico:

“Yo estaba adentro de la iglesia cuando la masacre, con el estallido me sangraron los oídos y desde ese momento me molestan, no oigo bien”

*Entrevista B48.
Bellavista
12 de diciembre de 2018*

Y sintomatología postraumática, que ha producido una discapacidad en el relacionamiento social y alteración en la posibilidad de las personas para desenvolverse adecuadamente en sus actividades cotidianas:

“En la mayoría de los casos no me gusta hablar de eso, porque eso lo marcó a uno [...] a misa yo no volví; las iglesias me dan pavor, igual que cuando los perros ladran, porque allá en el pueblo ladraban cuando venían los grupos... pasos en la noche yo no aguanto, películas de guerra no puedo ver... me siento mal... todo se me vuelve a venir y solo pienso en donde me puedo esconder”

*Entrevista B43.
Bellavista
12 de diciembre de 2018.*

Además de los 66 sobrevivientes de la Masacre quienes participaron en el estudio, 22 refirieron el alojamiento de cuerpos extraños provenientes del artefacto explosivo en sus propios cuerpos, y que permanecían sin atención en el 2018, cuando culminó esa investigación. Complicaciones frecuentes asociadas fueron el dolor crónico y la limitación funcional; y la intoxicación crónica por metales como posible efecto derivado de las esquirlas interiorizadas por largos años no había sido explorada clínica o paraclínicamente hasta esa fecha.⁷⁵

Casi 20 años después de la masacre, los bojayaseños no han recibido una atención completa, adecuada, ni oportuna para sus padecimientos. Incluso, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) dirigido a los supervivientes de la Masacre de Bojayá, a pesar de contar con financiamiento relativamente amplio desde el gobierno central, se limitó a desarrollar actividades psicosociales grupales a modo de terapéutica, sin considerar la realización de los debidos procesos diagnósticos individuales en salud mental complementarios con tal abordaje psicosocial para todas aquellas personas que los requirieran; tampoco logró ofrecer acceso a tratamientos e intervenciones para la salud física en todos los casos en que se necesitaban para lograr así la superación de las secuelas, persistentes en una amplia proporción de los supervivientes. Cuando el PAPSIVI fue diseñado para el país, con posterioridad a la Ley de Víctimas, se tomó la opción de dejar supeditada la atención en salud que requirieran las víctimas detectadas por tal programa, a los planes de beneficios y redes prestadoras de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS), hacia donde serían derivadas las personas víctimas desde los profesionales de primer contacto de PAPSIVI; una vez cumplidos los procesos de valoración y el acompañamiento inicial incluidos por tal programa. En el caso de Bojayá eso ha significado que incluso cuando las necesidades son detectadas por el equipo PAPSIVI, el acceso

⁽⁷⁵⁾ Urrego-Mendoza ZC, et al. (2021). “Situación de salud en una comunidad afrocolombiana sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó.” *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2021;39(1) p.5

efectivo a tratamientos y medidas rehabilitadoras en salud no ha ocurrido de manera satisfactoria en todos los casos para las víctimas direccionadas hacia las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y sus respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), dadas las innumerables barreras de acceso, de tipo administrativo, económico, geográfico y cultural, que tales personas deben enfrentar cotidianamente en el SGSSS en procura del disfrute de su derecho a la salud.⁷⁶

En el transcurso de los proyectos implementados por Médicos del Mundo en el Medio Atrato, integrantes de la organización experimentaron infracciones a la misión médica por parte de los armados. Desarrollar el trabajo en una región que había sufrido una reciente oleada de sometimiento paramilitar —seguida por una respuesta hostil por parte de militantes de las FARC-EP ubicados en la región, y un involucramiento total y forzoso de la población civil— implicaba ciertos riesgos. Pero, además, MDM estaba trabajando en un ambiente de estigmatización para las ONG, en general, y para aquellas organizaciones que abogaban por los derechos humanos de las comunidades en particular, promovido desde el discurso guerrillero y reaccionario del gobierno central. Entre las infracciones experimentadas en Chocó estuvieron el bloqueo de acceso a las comunidades, bloqueo y robo de medicamentos, estigmatización y señalamiento, amenazas e incluso el ataque de infraestructura asociada al proyecto con proyectiles y explosivos.

En cuanto al bloqueo de acceso a las comunidades, actores armados retuvieron y amedrentaron a integrantes del equipo de Médicos del Mundo en algunas ocasiones. Para acceder a las comunidades desde las oficinas en Murindó y Bellavista, MDM contrataba lancheros para transportar al equipo y sus insumos en panga a las comunidades en zonas veredales. Los actores armados desconfiaban particularmente de los chochoanos que trabajaban con Médicos del Mundo, y sospechaban que ellos podrían ser informantes o “correos” a los bandos enemigos.

“Nosotros, en cuanto a seguridad vivimos más que enfrentamientos, lo que fueron las amenazas. El equipo médico estaba conformado por personas del Chocó. Enfermeros, el motorista, el logista, eran del Chocó, y eran muy vulnerables a las amenazas. Como visitaban constantemente a las comunidades, entonces grupos armados pensaban que eran correos. [...] Entonces había constantes amenazas y temores de que la familia podría salir afectada. En más de una ocasión, tuvimos inclusive necesidad de apoyo psicológico para algunos miembros del equipo porque estaban en sobremanera afectados por el terror”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

En múltiples ocasiones, Médicos del Mundo fue estigmatizado como un grupo de “colaboradores de la guerrilla” debido a su cercanía a las comunidades y también al porte de medicamentos que, como ya se expuso, habían sido controlados estratégicamente con el fin de erradicar a la guerrilla del territorio. Se destaca, además, que estos señalamientos, esta estigmatización y demás actos de hostigamiento no solo eran posibles, sino fomentados por sectores guerrilleros de la sociedad, quienes se identificaban con el discurso desde el gobierno central en el que se vilipendía el trabajo desempeñado por las organizaciones humanitarias. Políticas como la Seguridad Democrática, que produjeron un involucramiento de la sociedad civil en el conflicto, en tanto este se radicalizaba y polarizaba, agravaron la situación de hostigamiento a personal asistencial de las organizaciones humanitarias.

Ocasionalmente, Médicos del Mundo atendía a combatientes, con tal de que estos estuvieran desarmados y sin uniformes, esto se encontraba en cumplimiento del Derecho Internacional Humanitario. Entre estos desarmados y no uniformados en Chocó, se encontraban guerrilleros de las FARC, quienes solicitaban a

⁽⁷⁶⁾ Grupo focal con integrantes de la Red SaludPaz. Virtual.

Médicos del Mundo acceso a los medicamentos, a cambio de no precarizar la permanencia de la organización en el territorio. Ahora bien, en el clima polarizante y de desprestigio del trabajo de las organizaciones humanitarias, esto podría leerse como un tipo de “colaboración”; sin embargo, al aplicarse estrictamente la regla de “no-armas, no-uniformes”, se daba cumplimiento a la normativa que rige la práctica humanitaria.

“El estigma de que como nosotros teníamos medicamento, al menos para malaria, el estigma era que ese medicamento iba a terminar en manos de la guerrilla. Pues sí, eso sí existía y de hecho terminaba [en sus manos]. Pero nosotros no llegamos a sufrir gran cosa por ese estigma. Anduvimos todo el tiempo con tratamientos antimaláricos y cuando llegó un guerrillero con necesidad porque estaba con fiebres muy parecidas a lo que podía ser malaria, se le dio el tratamiento. Porque llegamos a un momento en que tomamos la decisión, ¿sabes? de que el guerrillero que llegara a la consulta desarmado, lo atendíamos si había necesidad. Fue una manera en que, tanto para el equipo como para ellos, le encontramos la vuelta al asunto. ¿Sabes? Lo que nosotros no deberíamos hacer es atender a combatientes armados. Los desarmábamos y ellos muy mansamente llegaban a la consulta sin sus armas”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

Algunas de las experiencias más directas con el conflicto se vivieron en Murindó, donde a la casa de Médicos del Mundo se lanzó una granada, y posteriormente en Bellavista, donde se disparó hacia la casa de Médicos del Mundo. En ambos casos, los entrevistados refieren que el perpetrador fue el Ejército Nacional.

“Médicos del Mundo nos fuimos de la zona, no tengo la fecha precisa ahorita, por hostigamiento hacia funcionarios de Médicos del Mundo. Una vez lanzaron una granada en la terraza de Médicos del Mundo, en la oficina. Y la única explicación que dio el Ejército fue que habían visto guerrilleros detrás de la oficina. Cosa que se averiguó, se averiguó, y nunca, ningún campesino, ni nadie, vio a nadie por allí. Entonces Médicos del Mundo, ante esa situación y la muerte de un funcionario de Médicos del Mundo en Belén de Bajirá, decidieron levantar la oficina”.⁷⁷

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #5
27 enero 2021*

“Una noche, para la fiesta patria de Colombia [...] el ejército, él mismo, montó un falso positivo: un ataque que venía de la selva y que estaba atacando la guerrilla al pueblo. Era falso, pero lo curioso fue que se colocaron frente a la casa de Médicos del Mundo a responder la balacera que supuestamente venía de la selva. Nosotros lo vimos como una intimidación grande. Y claro, el equipo que estaba ahí, me llamaron inmediatamente, dijeron que necesitaban ser evacuados, y eran las nueve o diez de la noche. Pues eso nos dejó preocupados y para uno que tenía que tomar la decisión de desplazarse a esa hora de la noche en bote por el río Atrato, crecido, en fin, sin luces, era una decisión un poco difícil. No fuimos a evacuarlos. Esperamos a que llegara el día siguiente para llegar y ver qué es lo que había pasado exactamente. Y nos dimos cuenta de que era un montaje. La idea era asustar a Médicos del Mundo”.

*Integrante Médicos del Mundo.
Entrevista Individual #4
26 enero 2021*

⁽⁷⁷⁾ Frente a este acontecimiento, la única nota que apareció en revisión documental fue de prensa que reportaba la denuncia por parte de la Comisión Intereclesial de Justicia y Paz sobre el asesinato de un promotor de salud a manos de paramilitares, a la vez que anunciaba un aumento de 60% en casos de hostigamiento a organizaciones humanitarias. EFE. (2011). “ONG denuncia asesinato en Colombia de colaborador de Médicos del Mundo Francia.” Vanguardia. Accedido a través de <https://www.vanguardia.com/mundo/ong-denuncia-asesinato-en-colombia-de-colaborador-de-medicos-de-mundo-francia-BYVL136205>

En estos casos, el hostigamiento vivido por Médicos del Mundo en sus operaciones en el territorio revela una característica del conflicto armado en el país. A principios del milenio, se vivía una dinámica polarizante y totalizante, en la cual incluso las organizaciones humanitarias eran sometidas a señalamientos y amenazas, y donde las agresiones buscaban ahuyentar a testigos externos de las violencias cometidas contra las comunidades.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Resistencias de las comunidades del Medio Atrato

Las comunidades medio-atrateñas, ante todas las situaciones descritas anteriormente, han resistido en maneras que nacen de la organización de su gente, de sus culturas y cosmovisiones, y de su arraigo al territorio que les pertenece a pesar de la amenaza de arrebatarlo. La resistencia se expresa como un impulso por permanecer y reapropiarse del territorio, sobre el que reclaman una herencia ancestral y una pertenencia biológica, y además gozan de su título legal.

Algunas de estas resistencias surgen de prácticas culturales y las cosmovisiones propias de las comunidades de afrodescendientes y del Pueblo Embera Dóbida, como lo son los alabaos, la ombligada.

Una de las prácticas culturales de las comunidades de afrodescendientes que más poderosamente expresa este vínculo a la tierra y la necesidad de volver a ella es la ombligada. En las comunidades afroatrateñas, cuando un bebé nace, la madre entierra el cordón umbilical del bebé en las raíces de una palma de coco. Al ombligar a sus hijos a la tierra, la madre expresa que el bienestar de su bebé y de su devenir como persona se arraiga en las tierras que le sostendrán, los bosques nativos y las aguas del Atrato.

Cuando sucedió la masacre del 2 de mayo, muchas personas que se desplazaron, no pudieron ombligar a los niños recién nacidos. En condición de desplazamiento, estas prácticas tenidas por “agüeros”, tampoco se han podido mantener.

“Muchos ombligos hasta se perdieron corriendo, porque la gente salía y los dejaba tirados a los que no habían alcanzado a ombligar o enterrar en las palmas de coco. Imagínesse los que han nacido ahora en las ciudades, que nacen en los hospitales, eso ya lo van es de una vez

botando. Entonces se va perdiendo ese ligamiento que existe entre los seres humanos y el territorio. ¿Qué pienso yo? Que ellos no van a tener ese acercamiento al territorio, porque ellos no fueron ombligados en el territorio. En el caso mío yo sí fui ombligada. Los hijos míos nacieron en hospitales, la que le digo que cuando nos desplazamos tenía 7 meses, yo ni sé ese ombligo qué se hizo porque eso como que se perdió cuando la gente andaba corriendo. [...] Si seguimos así, se va a ver que las nuevas generaciones no van a tener esa conectividad con el territorio, así como la tenemos, y ese es el riesgo que nosotros pensamos y la amenaza que nosotros estamos visibilizando”.

*Integrante Cocomacia.
Entrevista Individual D
11 marzo 2021*

Sin embargo, estas dificultades para la continuidad de una tradición en condiciones ideales no han impedido que la ombligada continúe siendo una práctica que reafirma el derecho de las comunidades afroatratañas, asumida por ellas y expresada de una forma que trasciende la tinta de la ley.

“¿Dónde está mi gente, mi pueblo? ¿Por qué nos despojan de nuestras tierras? Aquí hemos nacido, hemos crecido, no nos vamos a ir de aquí. Nuestros ombligos están enterrados en estos lugares, por mis venas corre sangre, ríos, selvas y montañas. En mi cuerpo están marcadas las huellas de la resistencia. Sí, soy cultura, música y danza. No nos vamos a ir de aquí. ¡Que se levanten los negros! ¡Que retumbe el sonido del tambor! Que se encienda una nueva antorcha y que el clarinete lance un grito de esperanza donde se respete la vida y resplandezca la justicia”.⁷⁸

Una de las figuras que ha ganado gran importancia en la generación de memoria histórica por parte de las comunidades afroatratañas tras la Masacre de Bojayá y otras experiencias vividas en el conflicto armado interno es la figura de la alabaora. Las Musas de Pogue son un grupo de mujeres pertenecientes a un corregimiento de Bojayá, quienes realizan cantos colectivos conocidos como alabaos, los cuales se emplean en diferentes ritos colectivos, en particular los ritos mortuorios. En la espiritualidad afrochocoana, las prácticas y conceptos en torno a la muerte son complejos e involucran procesos de desvinculación, de transmisión de saberes, y de recomposición de los lazos comunitarios y familiares tras la vivencia de una pérdida. Las alabaoras, mujeres que acompañan estos procesos desempeñan su papel con idoneidad, pues “la fuerza de sus voces y el poder de ‘conmover’ a los presentes, otorga a las alabaoras vigor espiritual”, son solicitadas por varias de las comunidades atratañas cuando alguien fallece.⁷⁹ Pero la tarea de las alabaoras se ha venido transformando a lo largo del conflicto armado, de tal forma que el alabao no solo se emplea en los ritos mortuorios, sino que se ha adaptado para generar sentimientos compartidos de solidaridad al narrar las experiencias del pueblo bojayaseño tanto para las personas en Bojayá como en escenarios nacionales e internacionales. Es así como las alabaoras de Pogue han cantado sobre la lucha por la titulación colectiva de la tierra, han denunciado atentados contra líderes de la comunidad, han expuesto la afectación desproporcionada que ha tenido el conflicto armado sobre campesinos, indígenas, y negros, y han articulado la necesidad de reconocimiento de sus derechos.

Comunidades indígenas pertenecientes al pueblo Embera también han decidido permanecer en el territorio, a pesar del confinamiento de sus gentes y el minado de sus resguardos.⁸⁰

Fundamental en la resistencia y la terapéutica social de las dolencias y afectaciones descritas es la

⁽⁷⁸⁾ Grupo de Memoria Histórica. (2010) p. 288.

⁽⁷⁹⁾ Quiceno-Toro, N. et al., (2017). “La política del canto y el poder de las alabaoras de Pogue (Bojayá, Chocó). *Estudios Políticos. Universidad de Antioquia*, 51. Pp. 175-195.

⁽⁸⁰⁾ Territorio Bakerazabi Dobida. (2014) *Voces que Suman. Teleantioquia: ANTV. Vídeo. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=8rHe-oo5G6o>*

conformación por parte de las comunidades, de organizaciones como el Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato (Cocomacia), y los cabildos Embera que se vinculan a organizaciones indígenas como la Asociación de Resguardos y Autoridades Embera Dóbida, Katío, Chamí y Dule (OREWA) del Chocó, entre otras.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Cocomacia nació como una organización tras la explotación desahogada de madera en el Medio Atrato. Reuniendo 124 consejos comunitarios en la región del Medio Atrato, Cocomacia se conforma como organización en defensa de la vida y el territorio, y desempeña múltiples tareas en representación de los consejos comunitarios más pequeños. Como se explicó anteriormente, los consejos comunitarios son las entidades que gozan de la titulación colectiva de la tierra reconocida a las comunidades negras por medio de la Ley 70 de 1993. Cocomacia, por su parte, se ha planteado varias formas de resistir la vulneración del derecho a la salud, a la vida, y vinculado a estos, el territorio que les pertenece. Una de ellas es la formulación de un Plan Estratégico decenal, cuya última versión contempla escenarios de desarrollo en etnosalud, etnoeducación, manejo de recursos naturales, y medio ambiente, y protección de derechos humanos y justicia propia entre otros para el periodo entre 2017-2027.

En etnosalud, Cocomacia ha planteado que una de las principales amenazas en salud proviene del hecho de que “las normas que regulan el sistema de salud son contrarias a la realidad que se vive en las comunidades”, para solucionar esto piensan exigir ante las autoridades los derechos de salud que tienen las comunidades negras, elaborar programas radiales sobre etnosalud donde haya una confluencia de saberes de la medicina occidental y la medicina tradicional, e identificar agentes médicos tradicionales como las parteras y otros sabedores para de este modo lograr sistematizar e intercambiar saberes. Además, Cocomacia tiene propuesto reapropiarse de los programas de promotores en salud, en colaboración con instituciones como Dasalud y el SENA.⁸¹ En cuanto a la soberanía alimentaria, tiene propuesto construir

⁽⁸¹⁾ Servicio Nacional de Aprendizaje

azoteas donde las personas de las comunidades puedan tener acceso a plantas para alimento y plantas de medicina tradicional. Para solventar el problema de dificultades en el transporte de enfermos a puestos de salud y hospitales donde puedan recibir atención, buscan realizar una propuesta de unidad móvil fluvial que preste servicios de cirugías ambulatorias, odontología, y pruebas básicas de laboratorio.⁸²

Cocomacia también comunica la necesidad de repensar los servicios en salud desde un enfoque territorial que trascienda las divisiones administrativas entre Chocó y Antioquia. El dilema es el siguiente: el Hospital Atrato Medio Antioqueño en Vigía del Fuerte es el de mayor complejidad en la región. Sin embargo, cuando las personas de las comunidades rurales en Bojayá o de Bellavista (la cabecera municipal chocona) de Bojayá, se enferman, deben ser remitidos a Quibdó desde el centro de salud en Bellavista, aunque para gran parte de sus padecimientos puedan recibir atención en Vigía del Fuerte. En ocasiones, se hacen excepciones, como relatamos en el caso del niño de la comunidad de Veracruz con malaria complicada por *Plasmodium falciparum*. Sin embargo, esto no es una oportunidad al alcance de todos los bojayaseños. Cocomacia busca intervención por parte de entidades como la Secretaría de Salud Departamental del Chocó y de Antioquia para que se reestructuren las redes de cobertura en la zona, de tal manera que los servicios y la infraestructura en salud estén a disposición de la comunidad, entendida desde sus lazos culturales y territoriales.

“¿Nosotros qué planteamos? Que el territorio de Cocomacia no se mire como Antioquia, ni como Chocó, porque es un territorio complejo y somos una misma etnia, una misma cultura, una misma lengua. Entonces, que se mirara más bien la salud en Cocomacia como una salud territorial, no como una salud sectorial, o como una salud departamental o municipal. Eso es como la solicitud que se está haciendo.

Pero como las EPS y las IPS eso viene desde lo nacional, hasta el momento no, no se ha podido. [...] Sería un logro para nosotros que se lograra ese objetivo, porque con ese hospital [de Vigía del Fuerte] que tenemos ahí tan cerca. Si se lograra así ante toda la población de ese territorio, se podría atender en ese hospital sin ningún problema. Entonces nosotros también como que exigimos o estamos buscando que la organización o la institución que pueda articular para incidir en que eso suceda”.

*Entrevista individual D a representante de COCOMACIA
11 de marzo de 2021*

Otra de las posturas de las organizaciones comunitarias en el Medio Atrato en Chocó como Cocomacia y OREWA, es exigir la consulta previa a quienes albergan intereses extractivistas en la región que, como se ha expuesto, son emprendimientos asociados a la permanencia del conflicto armado en la región sin generar mayor provecho para las personas de las comunidades, pero que repercuten sobre su salud, cada vez que se contaminan las aguas que usan para beber, asearse y obtener comida.

Una de las muestras más importantes de esta exigencia se dio hace más de diez años, cuando en el 2009 la Muriel Mining Corporation, una empresa estadounidense basada en Denver, Colorado, y con filial en Medellín, se enfrentó con la comunidad Embera Dóbida de resguardos en la cuenca del río Jiguamiandó, un afluente del Atrato. Esto a raíz de que Muriel Mining Co. realizó un falso proceso de consulta con las comunidades. El proceso de consulta lo hizo con un Consejo Comunitario sin representatividad de las comunidades afrodescendientes pertenecientes a él, y con un Cabildo Mayor Indígena cuya jurisdicción está dada sobre territorios y comunidades que no serían afectadas por las actividades mineras. Por licitación proveniente desde el entonces Gobernador de Antioquia, Aníbal Gaviria,⁸³ y con el aval del Servicio Geológico Colombiano, la

⁽⁸²⁾ Cocomacia. (2017) *Plan Estratégico Cocomacia Aportando a la construcción de Paz 2017-2027*.

⁽⁸³⁾ Nuevamente elegido en 2020, el gobernador de Antioquia, Aníbal Gaviria, fue capturado por orden de la Fiscalía, la cual le acu-

Muriel Mining Co. entró al Cerro Careperro, un sitio sagrado para los Embera,⁸⁴ acompañado del Ejército Nacional para realizar exploraciones orientadas a la minería de cobre, oro y molibdeno. El molibdeno, un metal raro, se presume nocivo para el sistema respiratorio, ocasiona pérdida de peso, daños renales, disminución de conteo de espermatozoides y anemia.^{85 86}

Los Embera emprendieron acciones legales. Inicialmente, la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá negó la tutela adelantada. Sin embargo, al revestirse de argumentos legales basados en el derecho a la consulta previa en el Decreto 2591 de 1991, y con apoyo de la Defensoría del Pueblo, los Embera lograron llevar el caso a la Corte Constitucional, la cual falló a favor de este pueblo, brindando pautas para los procesos de consulta previa en la región. Además, la Corte Constitucional exigió al Ministerio de interior y de Justicia repetir la consulta “que debe realizar en debida forma”; ordenó a Ingeominas abstenerse de otorgar licencias de exploración en el proyecto Mandé Norte del Cerro Careperro; y ordenó al Ministerio de Defensa subsanar “las razones por las cuales las comunidades indígenas, y afrodescendientes [...] no perciben el ingreso de la Fuerza Pública en sus territorios como garantía de seguridad”.⁸⁷ No obstante, solo algunos meses después del fallo el 30 de enero de 2010, la Brigada XVII bombardeó el Alto Guayabal, una comunidad aledaña al Cerro Careperro que causó la muerte de un niño, argumentando que habían interpretado el humo como signo de presencia de grupos insurgentes.⁸⁸

En cuanto a la exigencia de la consulta previa en los Consejos Comunitarios asociados a Cocomacia, en la actualidad se viven situaciones

similares donde instituciones del Estado tales como las gobernaciones y las Corporaciones Autónomas Regionales, ejercen el poder de decisión para permitir la entrada de empresas mineras, madereras, y demás industrias extractivas, sin reconocer que la titularidad de las tierras pertenece a los consejos comunitarios. Por su parte, Cocomacia está exigiendo cada vez más que los procesos extractivistas se realicen solo con el permiso que nace de su titularidad sobre el territorio.

De la resistencia de los pueblos afrocolombianos e indígenas del Chocó incluso han nacido nuevas ontologías políticas, pues el Río Atrato obtuvo el reconocimiento como sujeto de derecho a través de la lucha de organizaciones sociales.⁸⁹ Por medio de una acción de tutela, Cocomacia, el Consejo Comunitario Mayor de la Organización Popular y Campesina del Alto Atrato (Cocompoca), la Asociación de Consejos Comunitarios del Bajo Atrato (Asocoba), el Foro Interétnico Solidaridad Chocó (Fisch), fueron representadas por la organización Tierra Digna exigiendo garantías del derecho a la vida, a la salud, al agua, a la seguridad alimentaria, al medio ambiente sano, a la cultura, y al territorio de las comunidades étnicas, acusando a veintiséis entidades del Estado por no garantizar estos derechos. El fallo de la sentencia permite nuevas oportunidades para que las comunidades del Atrato articulen sus exigencias de salud y buen vivir en conjunto con la garantía de los derechos del Río y su cuenca. Desde la pluralidad de modos de vida y de cosmovisiones, concebir al Atrato como sujeto es fundamental para la protección del conjunto territorio, cultura, y salud, en el que existe una mutualidad esencial.

só por irregularidades en el contrato de la Troncal de la Paz, donde se constata una inconsistencia fiscal de casi cuatro mil millones de pesos. No se produjo un fallo, y se vencieron los términos de la captura. (3 marzo 2021) ¿Quién es Aníbal Gaviria, gobernador de Antioquia, y por qué fue capturado? AS Colombia.

⁽⁸⁴⁾ Es un lugar al cual los Jaibanás pueden enviar los jai para mantener el bienestar y el equilibrio en las comunidades.

⁽⁸⁵⁾ Agency for Toxic Substances and Disease Registry. (2020). *Toxicological Profile for Molybdenum*. Pp. 2-4, 33-46.

⁽⁸⁶⁾ La mayoría de estudios se han realizado sobre modelos animales incluyendo conejos y ratas. Sus impactos sobre la salud humana aún no se han estudiado extensivamente, y no hay suficiente evidencia para aseverar que la explotación de este metal no supone riesgos para la salud humana. La mayoría de estudios corresponden a una exposición intermedia, con algunos enfocados en exposición aguda y crónica.

⁽⁸⁷⁾ Corte Suprema de Justicia. (29 octubre 2009). Sala de Casación Civil. MP Nilson Pinilla Pinilla. Sentencia T-769/09.

⁽⁸⁸⁾ Comisión Colombiana de Juristas. (2011). “Informe sobre la situación del derecho al territorio de los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes en Colombia.”

⁽⁸⁹⁾ Sentencia T-622 de 2016. Corte Constitucional. Sala Sexta de Revisión. (10 noviembre 2016). MP Jorge Iván Palacio Palacio. Accedido a través de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-622-16.htm>

“El río que nace en el Carmen del Atrato no es el mismo que desemboca en el Golfo de Urabá. El hilo del río va tejiendo muchas tramas, va cambiando, así como va variando la gente que habita su cuenca. [...] Las comunidades afrodescendientes, indígenas y campesinas imaginan cada una un río diferente. El que baña el malecón de Quibdó y el que trae el bocachico en Puné; el que deja oro en las orillas de Yuto y el que une a Bellavista, en el Chocó, con Vigía del Fuerte, en Antioquia; el que surcan las pangas [...] con el mercado y las embarcaciones de los grupos armados. [...] En ese sentido, se entendió la sentencia como una oportunidad de establecer una conversación que, sin desconocer las diferencias, reuniera —en algunos casos por primera vez—, la multitud de comunidades ribereñas para imaginar colectivamente la cuenca del Atrato”.⁹⁰

En la actualidad, a pesar de la presencia de múltiples grupos armados con intereses económicos sobre el territorio, las comunidades del Medio Atrato afirman su resistencia, pervivencia y pertenencia.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

⁽⁹⁰⁾ Cigüeñas, D. et al., (2020). “El Atrato y sus guardianes: imaginación eopolítica para hilar nuevos derechos.” *Revista Colombiana de Antropología*, 52(2). Pp. 169-196.

Área de Manejo Especial de La Macarena - Meta

Caracterización sociohistórica-territorial del Área de Manejo Especial de La Macarena



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

El Meta se estableció como departamento por medio de la Ley 118 de 1959 y su capital es Villavicencio⁹¹. Cuenta con 29 municipios y según cifras del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2018 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) la población total es de 919.129 habitantes, de los cuales el 76.5% se ha concentrado en las cabeceras municipales y el 23.4% en centros poblados y rural disperso. Los pueblos indígenas están distribuidos en resguardos asentados principalmente en los municipios de Mapiripán, Puerto Gaitán, Puerto López, Puerto Concordia, La Uribe, Mesetas, La Macarena, Granada y Villavicencio.⁹²

El departamento se ha caracterizado por ser un territorio de colonización campesina, poblado por numerosas familias desplazadas por la violencia entre conservadores y liberales en los años cincuenta y sesenta desde Cundinamarca y Tolima. En lo que Alfredo Molano denominó “las columnas en marcha”, estas familias se desplazaron desde los páramos hasta el Cañón del Duda y los llanos del Meta, iniciando su expansión en la región sur del piedemonte llanero y en la Sierra de La Macarena, y llegaron a ocupar una amplia extensión de tierras baldías que van desde el Alto Guayabero hasta El Caguán.⁹³

⁽⁹¹⁾ Ley 118 de 1959. Por la cual se crea y organiza el Departamento del Meta. Congreso de Colombia.

⁽⁹²⁾ DANE (2018) Censo Nacional de Población y Vivienda.

⁽⁹³⁾ Molano A. (1987). *Selva adentro: una historia oral de la colonización del Guaviare*.

“Esta región está colonizada hace más de 30 años por nuestros abuelos y padres que fueron desplazados de otros territorios: Huila, Cundinamarca, Tolima y otros departamentos; en la época de La Violencia, de los conflictos bipartidistas que existían en el 50 [...] Llegaron refugiándose de esa guerra tan tremenda. A muchos los mató el paludismo, la fiebre amarilla, las epidemias, entre otras enfermedades, pero algunos sobrevivieron y resintieron”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

El avance de la colonización campesina, con sus dinámicas de producción agrícola, fue reemplazado progresivamente por el agrocomercio y la agroindustria. Posteriormente, se sumó la explotación minera de petróleo y gas, logrando convertir así al departamento del Meta, en el periodo 2003-2010, en el primer productor de petróleo del país. En relación con el PIB a nivel departamental, la renta petrolera significaba el 70%, mientras la agricultura, la ganadería, la caza, la pesca y la silvicultura tan solo el 5.5%⁹⁴.

“La primera economía fue el tema de las pieles, después la pesca, pero todo se fue degradando. La madera fue la tercera economía en el territorio; después de la madera... hubo una situación ¿Qué se ponían a hacer en reemplazo de la madera? y nos pusimos a sembrar coca, porque en esa época... no había vías [...] y al montar una carga de plátano no había por donde sacarla y el flete a San Vicente era una cosa espantosa [...] pero esa economía generó unas descomposiciones sociales en el territorio. [...] Con el Plan Colombia [...] se vienen las guerras para estos territorios [...] y se fue generando una quinta economía, la ganadería; que es la que tenemos hoy en día en posesión con la leche y carne y estas han sido economías propias de las comunidades”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

Al ser un territorio de predominancia campesina, se identifica como uno de los aspectos que ha dificultado la garantía de derechos sobre el territorio por parte de sus habitantes, el desconocimiento del campesinado como sujeto de derechos, a diferencia de los avances en esta materia de las comunidades étnicas. El 17 de diciembre de 2018 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la “Declaración sobre los Derechos de los Campesinos y Otras Personas que Trabajan en Zonas Rurales” que insta a los Gobiernos a respetar, proteger y hacer efectivos los derechos de los campesinos a la tierra, al agua, a las semillas, entre otros. La votación para la adopción de esta declaración contó con 121 países a favor, 8 en contra y 54 que se abstuvieron de votar, donde se incluye a Colombia.⁹⁵

“Los campesinos dentro de la Constitución no son sujetos de derecho, no estamos reconocidos. Hace un año hicieron un reconocimiento y Colombia no firmó ¿Entonces a los campesinos nos desconocieron ese derecho por ser colonizadores? Entonces, una forma de recuperación del territorio es reconocer que somos parte de la tierra. Así que dentro de nuestra cultura campesina es muy importante la tierra”.

*Taller con integrantes de Organizaciones sociales,
resguardos y pueblos indígenas
11 de marzo de 2021*

De esta manera, aunque las trayectorias de la colonización empezaron a configurar unas territorialidades particulares desde el inicio del proceso, el Área de Manejo Especial La Macarena (en adelante AMEM), no

⁽⁹⁴⁾ PNUD (2014). *Meta. Análisis de conflictividades y construcción de paz.*

⁽⁹⁵⁾ ONU (2018) *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Campesinos y de Otras Personas que Trabajan en las Zonas Rurales.*

fue declarada sino hasta el año 1989 a través del decreto 1989. En él se establece su alcance geográfico en los siguientes municipios: Lejanías, El Castillo, Granada, Vista Hermosa, Guamal, Cubarral, Puerto Lleras, Fuente de Oro, Mesetas, San Juan de Arama, Puerto Rico, La Macarena, en el Departamento del Meta y San José del Guaviare en el departamento de Guaviare⁹⁶.

El AMEM tiene un área protegida de 35.875 km² ubicada en la región centro-oriental de Colombia que yace sobre la convergencia de tres biorregiones: Amazonia, Orinoquia y los Andes. Se encuentra integrada por cuatro Parques Nacionales Naturales (PNN): el Parque Nacional Natural Sierra de La Macarena, El Parque Nacional Natural Tinigua, el Territorio de los Parques Nacionales Naturales Picachos y Sumapaz; y por tres Distritos de Manejo Integrado (DMI) de los Recursos Naturales Renovables: La Macarena (sur y norte) y el Ariari-Guayabero.

Son estas características socioeconómicas y ambientales de la región las que han generado múltiples conflictos entre los proyectos políticos y económicos para el control del territorio y las colonas familias campesinas, que de manera paulatina han identificado las amenazas a la biodiversidad por la ganadería extensiva, los cultivos de uso ilícito, la comercialización de la fauna, la extracción de madera y la explotación petrolera que han significado, entre otros, la tumba y quema para establecimiento de pasturas, la construcción de carreteras, la tala de bosques y la contaminación del recurso hídrico por el vertimiento de aguas residuales sin previo tratamiento y la disposición de agroquímicos, residuos químicos y sólidos.⁹⁷

De acuerdo con lo planteado por las comunidades, un elemento que complejiza aún más estas realidades es la falencia de la división político-administrativa que no corresponde con las territorialidades que han construido y que, en la práctica, se ha convertido en parte de la justificación de la histórica ausencia del Estado.

“Estamos en el lugar limítrofe donde Caquetá reclama que somos parte del Caquetá y donde el Meta reclama que somos parte de Meta. Pero la inversión social no entra a los territorios porque el Estado dice no sabemos si es Caquetá o si es Meta. El del Meta no invierte porque dice que Caquetá está reclamando y Caquetá tampoco porque es que somos parte del Meta. Entonces esto también ha sido otro factor que aparte de la guerra, pues también tenemos la guerra política de Estado, que es la que nos está dividiendo en este momento y nos está diciendo: “como ustedes no son de allá ni son de acá, pues miren cómo se defienden”, porque no hay inversión para estos territorios, ni en salud, ni en educación, ni socio económico”.

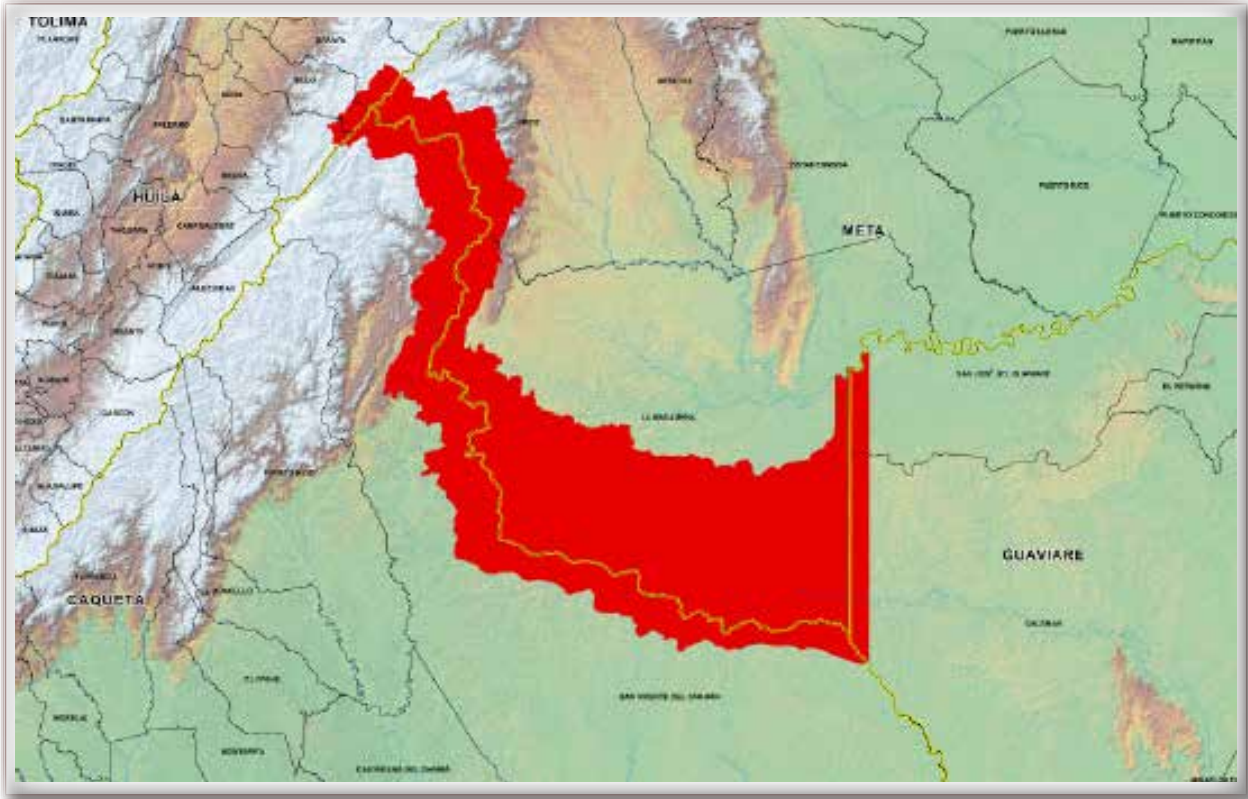
*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC⁹⁸
11 de marzo de 2021*

⁹⁶ Decreto 1989 de 1.989. Por el cual se declara Área de Manejo Especial La Macarena, la Reserva Sierra de La Macarena, se clasifica y zonifica su territorio y se fijan sus límites reales.

⁹⁷ CORMACARENA (2.010) Creación e importancia del Área de Manejo Especial La Macarena.

⁹⁸ Asociación de Pequeños Productores Agropecuarios de la Cristalina del Losada.

Área de litigio en los departamentos del Meta, Guaviare, Caquetá y Huila



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi (2018). Memorias del Primer Foro Nacional Trazando Territorios de Paz. Colombia: Una sola casa.⁹⁹

Esta zona de litigio se agudizó al definir los límites territoriales del municipio de La Macarena en 1981. Actualmente el desacuerdo fronterizo dificulta establecer responsabilidades de los gobiernos municipales y departamentales con respecto a la construcción de obras, ejecución de proyectos, servicios públicos, atención en salud y en actividades de salud pública que mejoren la calidad de vida de la comunidad¹⁰⁰.

“La declaración de los Parques Naturales sin tener en cuenta las vidas y trayectorias de las comunidades allí asentadas, los litigios fronterizos entre el Meta y el Caquetá, la no presencia de la institucionalidad [...] las disputas por el uso y la ocupación de la tierra, las políticas de algunas organizaciones del Estado que tienen injerencia en las distribuciones geopolíticas de los recursos que genera más conflictividad, entre campesinos, en colonos y lugareños, o entre campesinos e indígenas. Yo señalo estas tres expresiones de muchas de las conflictividades que encontramos allá, pero que nos permitieron, reconociendo el territorio, entender más cuál era esa dinámica y esa relación entre salud y territorio”.

*Grupo focal con Integrantes de la Red SaludPaz
10 de febrero de 2021*

⁹⁹ IGAC, I. G. A. C.-. (2018). Memorias Primer foro Nacional Trazando Territorios de Paz. 56. https://www.igac.gov.co/sites/igac.gov.co/files/memoriasforotrazandoterritoriosdepaz_2018.pdf

¹⁰⁰ Salud Sin Fronteras. Plan Comunitario de Salud Rural. La Macarena (2019).

El conflicto armado en el territorio

“La guerra es por las riquezas que hay en el territorio. Porque todos los grupos armados, hablamos del ejército y hablemos de todos. Esa riqueza que hay en nuestro territorio es por lo que pelean ellos y nos ponen por medio a la población civil”.

*Entrevista individual I
a representante de CORPOYARI¹⁰¹
11 de marzo de 2021*

La compleja realidad de la región y su proceso de colonización se entrecruza con el desarrollo del conflicto social y armado que se construyó, profundizó y transformó de manera particular en el territorio. La presencia histórica de las FARC-EP tiene sus antecedentes en el desenvolvimiento de las dinámicas migratorias a raíz de La Violencia¹⁰² y el asentamiento inicial en los llanos orientales de las guerrillas liberales bajo el mando de Guadalupe Salcedo que marcaron una tradición político-militar importante en la región. Para el año de 1951 relataba Alfredo Molano que las guerrillas en los Llanos Orientales alcanzaban los 3000 hombres que, posteriormente, entregaron sus armas al Gobierno de Rojas Pinilla. Antes de la entrega, las Guerrillas Liberales de los Llanos Orientales habían alcanzado a participar de la Conferencia del Movimiento Popular de Liberación Nacional en la cual se daba un salto cualitativo hacia la construcción de un gobierno popular¹⁰³.

Ante la entrega de armas de las guerrillas liberales, la ofensiva contra las guerrillas comunistas se acrecentó en la región del Tolima lo que llevó a que se desplazaran miles de familias y guerrilleros hacia los territorios del Río Ariari y Guayabero en 1955. En este año se realizó una conferencia con los dirigentes guerrilleros y se organizó un proceso de colonización armada del territorio de La Uribe y el Duda. Este proceso de colonización y asentamiento fue la ampliación de lo denominado por el General Valencia Tovar como las repúblicas independientes. Aproximadamente diez años después, luego del ataque a Marquetalia y la conformación oficial de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, Jacobo Arenas y Manuel Marulanda, fueron enviados al Pato y al Guayabero para continuar con el despliegue militar sobre el camino que había sido abierto por las columnas en marcha y por los colonos¹⁰⁴.

Posteriormente, las definiciones de la sexta, séptima y octava conferencia configuraron el plan estratégico de las FARC-EP hacia la toma del poder en el cual era fundamental el copamiento de la Cordillera Oriental y la organización de la retaguardia estratégica para el avance hacia la ciudad de Bogotá¹⁰⁵.

Las anteriores definiciones y las dinámicas del conflicto, fueron desembocando progresivamente en que la región se constituye en uno de los ejes centrales para el despliegue político y militar de la guerrilla. De allí, que la ubicación del Secretariado de las FARC-EP, como máxima instancia de dirección político-militar, se encontrara en la zona. En tanto territorio estratégico para la guerra, estuvo atravesado por la condición de epicentro de diálogos de paz y, a la vez, objetivo de los principales operativos militares para recuperar el control territorial por parte de las Fuerzas Militares¹⁰⁶.

Dos diálogos de paz se desarrollaron en la región: el primero de ellos en el municipio de La Uribe (Meta) con el Gobierno de Belisario Betancur que implicó la suscripción del denominado Acuerdo de La Uribe, que consistía en la tregua entre las FARC-EP y las Fuerzas Militares, así como en una serie de garantías

(101) *Corporación de Trabajadores Campesinos, Agropecuarios y Ambientales de los Llanos del Yari*

(102) *Comprendido como el periodo de violencia bipartidista entre los años 1948 hasta el inicio del Frente Nacional.*

(103) *Molano B, Alfredo. A lomo de mula: viajes al corazón de las FARC.*

(104) *Ibid.*

(105) *FIP. (2012). Hoy y ayer del Bloque Oriental de las FARC. Áreas dinámicas del conflicto y negociaciones de paz.*

(106) *Salud Sin Fronteras, Plan Comunitario de salud rural. 2018.*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

para la participación política del grupo insurgente. Este proceso de diálogos culmina definitivamente con la Operación Colombia el 6 de noviembre de 1990, más conocida como el bombardeo y la toma de Casa Verde, territorio en el cual se ubicaba el Estado Mayor del Bloque Oriental y el Estado Mayor Central de las FARC-EP, y redefine la dinámica del conflicto tanto en la región como a nivel nacional¹⁰⁷ a partir del despliegue de las fuerzas guerrilleras en nuevos territorios.

En el Gobierno de Andrés Pastrana se desarrolló el segundo de los diálogos que inició con el establecimiento, mediante la resolución 85 del 14 de octubre de 1998, de la denominada zona de distensión como una delimitación geográfica en la cual cesarían las hostilidades entre las partes para favorecer los escenarios de conversación y que cubría los municipios de La Uribe, La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa y San Vicente del Caguán.

Es necesario resaltar que, tanto por parte de las

FARC-EP como de las Fuerzas Militares, se generó un proceso de fortalecimiento político y militar de manera simultánea al avance de los diálogos de paz que significó para las primeras la definición de una serie de leyes propias con la intención de consolidar un Estado independiente¹⁰⁸ y para las segundas, el avance técnico y tecnológico para el combate y la actualización de la doctrina militar, como puede evidenciarse en la definición del Plan Colombia en el año 2000¹⁰⁹.

“El Plan Colombia, auspiciado y financiado por Estados Unidos, generó una racha de muertes, desapariciones; fumigaron niños, mujeres embarazadas y eso comenzó a generar una cuestión. Porque el gobierno no midió las consecuencias y lo que hizo realmente fue generar más conflicto armado”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

⁽¹⁰⁷⁾ <https://www.elspectador.com/colombia2020/justicia/verdad/casa-verde-30-anos-del-bombardeo-que-cambio-la-guerra-con-las-farc/>

⁽¹⁰⁸⁾ Néstor Padilla (26 de mayo de 2000). *Clarín*, ed. «Las FARC lanzaron una ley anticorrupción». Consultado el 31 de octubre de 2010. <http://edant.clarin.com/diario/2000/05/26/i-02801.htm>

⁽¹⁰⁹⁾ Cita de la FIP.

Tras múltiples tropiezos, la ruptura definitiva de los diálogos del Caguán se da oficialmente el 20 de febrero de 2002, a través de las resoluciones presidenciales que daban por terminada la zona de distensión y establecen, entre otros aspectos, la reactivación de las acciones militares en el territorio, así como las órdenes de captura hacia las FARC-EP.

“Cuando se rompe ese fallido proceso de paz, se agudiza más la guerra. ¿Usted se acuerda cuando los noticieros decían: que cascabeles, que militares, helicópteros, aviones? Pues eso cayó sobre... [la población] era aterrador, una cosa impresionante escuchar los bombardeos, ametrallamientos. Porque realmente las FARC agarraban para el monte y se iban. Pero cuando nos bombardeaban al pie de las casas, en las fincas, eso era una cosa espantosa... Duramos desde el 2002 hasta el 2011 soportando esa guerra”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

Ello conlleva a la intensificación del conflicto a través de la definición de los planes militares que se establecieron en la nueva presidencia de Álvaro Uribe Vélez: Plan Patriota (2004-2006), Plan Integral de Consolidación de La Macarena (2007), así como el incremento de la presencia paramilitar como actor en la contienda por el control territorial.

“En el Meta y Guaviare, marcado más en el Meta, inicialmente en las zonas donde nosotros trabajamos, era netamente guerrilla. Luego entraron militares y FARC. Y luego, poco a poco, comienza a ingresar la policía. Al avanzar el Plan Colombia, no recuerdo con qué nombre, comienzan a ingresar ya los paramilitares, y era increíble porque de repente aparecían, en la zona de La Macarena, ¡oh milagro! Aparecían en La Cristalina. No sé cómo llegaron ahí. [...] Eso fue una evolución más o menos de 6 años, no fue que ahí mismo ingresaron. [...] Y era muy complejo para la población, como les decía que estaba adentro, que era con la que nosotros trabajamos, para ellos salir, por ejemplo, a Vista Hermosa, [...] o en el caso de la Macarena, a la Macarena, salir de las comunidades que eran estigmatizadas como FARC. Salir, allá significaba muerte...muerte o persecución. Entonces ellos no salían. Ha habido varias masacres, en el caso de Vista Hermosa. Incluso [las personas] nos señalan el árbol, nos señalan las zonas, cuando ellos salían por ejemplo a la zona de La Cooperativa, de esas comunidades que están adentro de Vista Hermosa o Puerto Rico. [...] Luego comenzaron con el avance del Plan Colombia, ingresan a algunas comunidades en donde había enfrentamientos fuertes. O también iban a hacer lo que se llamaban los asesinatos selectivos”.

*Grupo focal con ex integrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

“Cuando se acabó el despeje, llegaron los paramilitares a San Vicente y a La Macarena y hubo muchas muertes por parte de los paramilitares en San Vicente, no en las cantidades que se han presentado en otros territorios, pero hubo muertos ahí”.

*Entrevista individual G
a representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

La nueva dinámica que adquiere el conflicto en la región a partir de la ruptura de los diálogos, implica nuevas transformaciones económicas. En gran medida, la zona de distensión había permitido consolidar un movimiento económico no solo por la coca, sino también por la llegada de nuevas personas a la región desde distintos lugares del país, lo que amplió la comercialización de distintos productos y permitió ampliar la inversión en infraestructuras y servicios. Al romperse los diálogos e iniciar los operativos de recuperación del control territorial, el movimiento económico se vio afectado por los desplazamientos y los ataques directos hacia la infraestructura local.

“Había también un nivel económico más alto que luego obviamente desaparece. Generalmente por los sembríos de coca que era lo que más se movía. Pero también había [...] alimentos, que [...] ingresaban para la venta, y eso por ejemplo, movía bastante economía. Lo otro [...] que existía en esa zona en lo contextual era los bares [...] y como les mencioné también, pues algunos centros de prostíbulos llamémoslo así de trabajo sexual forzado en algunos casos [...] Había mucho movimiento económico alrededor, pues obviamente la economía impulsada por la coca, que se daba bastante y otra cosa que yo recuerdo muy bien que me marcó al inicio, era el movimiento económico en torno a los raspachines a (los) y a (las) raspachines, eso había mucho. Como podría decir, mucha gente que emigraba del otro extremo de Colombia, mucha gente de Medellín, por ejemplo, o incluso Chocó, de diferentes zonas [...] Después de eso, cuando comienzan los grandes operativos militares todo eso se rompe, se destruyen las infraestructuras, y luego también a la economía cae, también comienza el éxodo de la gente”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Asimismo, esta nueva etapa del conflicto conlleva la profundización de algunas características y modalidades de la operación militar en el marco de la guerra, como las lógicas de estigmatización contra la población civil, con el objetivo de justificar los dispositivos de control, los desplazamientos, los asesinatos, las judicializaciones, las amenazas y el confinamiento; esto ha generado unas afectaciones principales como se explicará más adelante.

“Hubo varias comunidades que nosotros hemos visto la destrucción total de la comunidad, [...] porque se quedó en nada, pues por los mismos operativos también siembras de minas y todo lo demás y la gente se va totalmente de la zona [...] En alguna de ellas se quedaba solo una familia luego de haber 10.000 habitantes”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

“Bueno, es que la parte más dura de todo fue la estigmatización. [...]Hubo temporadas, sobre todo en la época de la presidencia Uribe, [en las cuales] la gente era señalada. Si usted viene de tal vereda, en el pueblo, era señalado. Entonces había mucho temor en salir. [...]

Ya luego entonces el ejército implementó que las personas que tenían negocio tenían que llevar el listado al batallón y ellos daban una autorización para ir a comprar las cosas, [...]entonces si usted llevaba dos arrobos de arroz, por ejemplo, decían que eso no era para el consumo de la familia, sino era para la guerrilla. El combustible era un problema. Entonces eso incrementa los precios. Como el Ejército fregaba tanto para dejar entrar los carros con combustible, pues incrementan los precios y eso incrementa los costos de todo, incrementa el transporte e incrementa los gastos de las familias”.

*Entrevista individual a integrante de ASCAL-G
Bogotá, 11 de marzo de 2021*

La firma del “Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera”, en el año 2016 por parte del gobierno de Colombia y las FARC-EP, marca una nueva etapa de la conflictividad social, política y armada en el territorio. Si bien, tanto en el marco de los diálogos como en los momentos iniciales posteriores a la firma, se logra un ambiente de tranquilidad en la región, la realidad es que la actualidad denota una reconfiguración de la violencia en múltiples modalidades que incluye actores del Estado, los paramilitares y nuevos grupos guerrilleros.

“Redactaron los cinco puntos de la agenda, los leímos y nos pareció buenísimo. El punto uno, que acoge todo el tema social del campo, dijimos: «¡Esto es una berraquera!» Nos van a mejorar las vías, la salud, la vivienda, la educación [...] Leímos el acuerdo, botamos la cachucha, qué felicidad, vamos a tener una nueva calidad de vida en los territorios... Desafortunadamente pasa el primer año, el segundo, el tercero, cuarto y solamente hay desconsuelo, porque realmente no hay nada, usted escucha todos los días, mataron, mataron, mataron a líderes sociales en tal parte. Entonces el proceso de paz en vez de volverse una esperanza para el pueblo colombiano, se volvió un peligro. Esto ha generado más desconfianza contra el gobierno que es el directamente responsable”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

“Desde hace un año acá volvemos nuevamente a lo mismo y se nos está agudizando peor, porque ahora ya no es la persecución a las FARC solamente en nuestros territorios, sino que ya es también la persecución de nuestros campesinos a nuestros líderes sociales. Ya vuelve nuevamente las capturas en los territorios en este momento, [...] y llegan es directamente a las viviendas con órdenes de captura o puede ser sin orden de captura judicial a judicializar a los campesinos. ¿Por qué? Porque están en zona de parques, porque tienen problemas judiciales y ya cuando nos damos cuenta es la noticia de que se llevaron uno o dos campesinos que les quemaron sus viviendas, que lo despojaron de todo y de esa manera, pues están como dividiendo las poblaciones, porque hay una guerra política, social, ambiental, mejor dicho, de muchas índoles en nuestro territorio. Ahora se nos ha grabado mucho más la situación, mucho más que antes”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

Para ejemplificar lo anterior, es posible decir que la conflictividad socioambiental adquiere una relevancia principal en la actualidad a raíz de nuevas modalidades de despojo territorial por medio de políticas nacionales¹¹⁰ que se ejecutan con el desembarco de pie de fuerza y judicializaciones de líderes y lideresas campesinas y que son consideradas por las organizaciones como pretexto para la guerra contra la tierra y sus pobladores y una guerra integral contra los pueblos, los territorios y la vida¹¹¹.

“La gente se siente atropellada en los territorios donde estamos en este momento. Que lleguen a su casa y se llevan detenido a su esposo o a su hermano o a su pareja y le quemen su casita con todo lo que usted tiene allí, incluyendo herramientas como motosierras, guadañas, la ropita. [...] Y a estas personas ¿qué les van a hacer? Les van a dictar una sentencia y les van a dar una casa por cárcel. Entonces si llegan y los judicializan y los criminalizan diciendo que son los peores deforestadores que hay en el mundo y se los llevan y los meten presos”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

⁽¹¹⁰⁾ Como lo es el CONPES 4201. Política Nacional para el control de la deforestación y la gestión sostenible de los bosques.

⁽¹¹¹⁾ Política Nacional para el control de la deforestación y la gestión sostenible de los bosques, CONPES No. 4201: Una guerra integral contra los pueblos, los territorios y la vida. Documento realizado en el marco del proyecto “Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural”, fruto del trabajo con comunidades de La Macarena y San Vicente del Caguán.

A la luz de estas nuevas dinámicas van ganando terreno nuevamente las prácticas tradicionales de la confrontación armada: el reclutamiento de niños, niñas y adolescentes, las masacres, la desaparición, las amenazas y asesinatos selectivos.

“Muchísimos niños de los 13 años en adelante se han ido. [...] Hay menores de esos ahí que han muerto dentro de esos bombardeos [que realiza el ejército], otros están totalmente desaparecido[...].s. Uno como padre cuando se dio cuenta fue cuando ya su hijo se fue, cuando ya nunca se lo devolvieron. He conocido, hemos conocido muchos casos en particular de jóvenes que se han ido y al mes o a los dos meses que lo mataron, [...] en especial [se han ido] para las disidencias para las FARC”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

El conflicto armado ha dejado grandes secuelas en el territorio que se visibilizan desde los testimonios de las comunidades.

“Eso ha generado mucho dolor... “el horror de la guerra”, aquí a todo al que usted le pregunté: «¿Fue víctima del conflicto armado y social?» [le va a responder] que fue maltratado, le robaron las gallinas, le robaron la novilla, le dañaron los cercos, fueron retenidos ilegalmente por la fuerza pública, judicializados, le han matado un familiar, un tío, un hermano, todos han sido víctimas”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

La situación de salud y la experiencia de Médicos del Mundo



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

La exclusión, la pobreza y permanente vulneración de los derechos humanos en todos sus niveles y expresiones ha sido la constante en el territorio. El abandono estatal ha sido causa de la colonización campesina y armada, y a la vez consecuencia de esta. Pero también ha sido una decisión política nacional, soportada en las leyes y normativas que, al ser establecidas desde la lógica de la rentabilidad neoliberal, justifican la ausencia de servicios de salud, educación y saneamiento básico en los territorios alejados. El contraste, no obstante, se hace evidente en la participación del Estado en disputa territorial al servicio de los grupos económicos para el desarrollo de las actividades productivas.

A raíz de esta situación, los principales desarrollos en materia de infraestructura en salud y educación se han realizado por las organizaciones comunitarias, actores religiosos y organizaciones internacionales.

“Nos tocó empezar a pensar: «Bueno, ¿y escuela para los niños?» Entonces elaboramos la escuela. Entre todos nos ponemos de acuerdo y hacemos la escuela en madera. Todavía se encuentran esas escuelas en madera, muchas. «Bueno, ¿y por qué no hacemos unas boticas comunitarias?» y comenzamos a hacer boticas comunitarias, con ayuda incluso de una monja muy progresista, muy luchadora y en defensa del territorio de las comunidades. Ella comenzó a gestionar afuera y a traer boticas a las veredas y también a hablar del tema de derechos humanos. Entonces se comenzó a plantear un puesto de salud, según la población y los centros poblados y construido por las comunidades”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

Esta forma, en la que el conflicto en todas sus dimensiones se ha hecho presente en el territorio, ha significado de un lado, la imposibilidad de insertar un sistema de salud que de manera estructural plantea barreras de acceso que se profundizan en el marco de la confrontación y la estigmatización desde todas las partes, incrementando los riesgos hacia el personal de salud sin brindar las garantías para la realización de las actividades sanitarias.

“Estos son territorios estropeados por la guerra, donde siempre ha habido fuerzas públicas, grupos armados al margen de la ley, y esto no ha permitido que ingresen médicos con oportunidades realmente de mostrar la necesidad y la garantía que necesita el campesino en salud. Entonces esto hace que sitios alejados sean marginados[...] dicen: «Es que a la Macarena no podemos entrar porque esa es una zona roja. No es que a La Macarena no se puede porque allá la guerrilla nos mata». Es que la Macarena ahí está es como excluida prácticamente. [...] Nos siguen negando esos derechos. Y siempre la culpa es “porque la guerrilla, porque es zona de posconflicto, porque zonas rojas”, y de esa manera, pues nosotros tenemos poco desarrollo también en salud en nuestro territorio, no tenemos ninguna garantía”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

“Que llegaran los servicios de salud, que llegara cualquiera era visto como alguien que podía ser un informante que andaba haciendo inteligencia, supongo que lo de los servicios de salud, las diferentes E.P.S no ofertaban porque no les era rentable el poder iniciar servicios de salud en esas zonas, porque no eran zonas muy accesibles. Recordemos que la E.P.S., siempre van tras poder ganar dinero sin hacer mucha inversión y pienso que no les era rentable hacer todas estas acciones porque no iban a tener muchas ganancias. [...] No mucha gente quería o estaba dispuesto a irse a trabajar por allá por el riesgo de un secuestro, en el caso del personal médico [por parte] de la guerrilla, en aquel momento los grupos armados ilegales, el riesgo de

ser secuestrado, de ser tomado para ir, qué sé yo... A curar a los que estaban en la montaña, entonces mucha gente... pues no, no estaba en la disposición de querer enrolarse para ir a trabajar por allá por el temor que le sucediera algo”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

Es necesario evidenciar que, de acuerdo con lo identificado en los informes de Médicos del Mundo, la situación de las y los profesionales en salud en el territorio era precaria, no solo por lo ya expuesto en materia del conflicto armado, sino por las condiciones laborales que se expresaban en el retraso constante en el pago de sus salarios que alcanzaba hasta los cinco meses.

En relación con la ausencia estatal y las propias dinámicas de la confrontación, se produce un fenómeno en la provisión de atención en salud por parte de las FARC-EP, en la medida en que estas fueron construyendo su sistema propio y que tuvo su principal despliegue en el Bloque Oriental. Esta provisión también consistió en la capacitación de promotores de salud comunitarios que no tenían cabida en el sistema.

“A veces llegábamos a un lugar donde había un centro de salud, sin nada adentro. Pero si hubiera ido a este centro, por ejemplo, un personal médico, una enfermera o con un poco de recurso, medicamento, etcétera, apoyaríamos nosotros el mismo centro de salud. Ahí había una, digamos, una cierta durabilidad. Podríamos dejar una enfermera para poder seguir o dar continuidad al trabajo que nosotras habíamos empezado o dar continuidad a la acción que nosotros estábamos llevando. Y eso no ha sido posible nunca, nunca, nunca, sino algunos promotores de salud que habían sido formados más por la guerrilla que por el Estado”.

*Entrevista individual #2
a integrante de Médicos del Mundo
23 de enero de 2021*

Como ya ha sido planteado previamente, el sistema de salud colombiano, concebido desde una visión mercantilista del derecho a la salud, produce de manera estructural unas barreras de acceso de tipo geográfico, económico, cultural y administrativo, que se profundizan en las dinámicas territoriales concretas. En el territorio de La Macarena el cruce de las variables de dispersión geográfica, vulnerabilidad económica y la delimitación político-administrativa, con los problemas de orden público, han configurado una vulneración constante de los derechos.

“Era muy difícil para ellos poder salir de la zona sin tener un riesgo. No solo por el hecho del riesgo de salir, sino que lo inaccesible para poder llegar a tener acceso a los servicios de salud del Estado. Por ejemplo, en Santo Domingo, que era una de las casas que había, estaba el centro de salud. Había un auxiliar de enfermería, pero no había mayor atención, no había mayor cobertura en salud”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

“Los derechos existen y existen en la Constitución, pero en el territorio son violados, allá si una persona se enferma tienen que sacarla en un carro, en un carro particular cualquiera, el de la basura si es posible, pero se saca ahí. Pero no hay una ambulancia, no hay nada, no hay una enfermera, no hay nada en salud, nada, nada. Y si una persona se corta y de ahí son siete horas

a Florencia, entonces llegan ahí al hospital, son tres horas y media. En esas tres horas y media o cuatro horas que cualquier médico puede decir de que una herida de seis horas o siete horas ya está infectada, entonces, o sea, no hay derecho”.

*Entrevista individual I
a representante de CORPOAYARI
11 de marzo de 2021*

Estas barreras se relacionan entre sí, produciendo un círculo vicioso de la vulneración. Por ejemplo, la división político-administrativa del territorio ha incrementado las barreras de acceso administrativas, soportadas en el desconocimiento de las distancias y facilidades de acceso, bajo el argumento del lugar en el que reposa la afiliación, lo que termina profundizando las barreras de tipo económico por los gastos de movilización entre uno y otro punto.

“Como estamos en zona de litigios entonces lo importante es que haya una atención. No interesa si es Meta o es Caquetá, porque si usted sale con el Sisbén del Meta al Caquetá no lo atienden. Si no es una urgencia, no lo atienden. Pues la urgencia se sabe que en cualquier sitio deben atenderla [...] si usted acude a San Juan de Lozada con el carné del Caquetá al Centro de Salud de Meta no lo atienden tampoco porque no pertenece a la EPS del Meta”.

*Entrevista individual G
a representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

“Entonces la gente está más afiliada a San Vicente que a La Macarena que es Capital Salud, como se llama el régimen subsidiado, y en San Vicente es Asmetsalud. Pero ninguno de los dos a la hora del té funciona. La gente para su atención de salud, pues utiliza o sus saberes campesinos o va a la farmacia que le formulen el que vende ahí medicamentos, ese es el manejo. Porque salir a San Vicente a pedir una cita a la persona le equivale irse un día antes, tres de la mañana ir a pedir la cita, lo atienden y exámenes. Bueno, eso es todo un volteo porque tienen medio económico paga más bien una consulta, pero por ese problema de litigio, entonces ni los unos ni los otros atienden el sistema de salud”.

*Entrevista individual G
a representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

Como se expuso previamente, el movimiento económico de la región en el marco de la zona de distensión para el desarrollo de los diálogos de paz en el Caguán se vio reflejado en un fortalecimiento de la inversión para la construcción de infraestructura educativa y de salud por parte de los municipios y de las comunidades. No obstante, al recrudecerse el conflicto tras la ruptura de los diálogos del Caguán, la infraestructura queda abandonada y en algunos casos es copada por servicios de carácter privado.

“Cuando recién llegamos y en algunos casos en las escuelas, la infraestructura también era toda la que había quedado de la época de la zona de distensión. Lo que recuerdo si bien es cierto, sí se cobraba, recuerdo que cobraban no nosotros. Los que cobraban eran por sus servicios, eran los enfermeros o médicos que existían en las zonas, o técnicos en enfermería. Pero brindaban el servicio”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

“Lo que yo recuerdo es que todo ese sistema en el sentido de infraestructura está muy intacto, [...] había algunos recursos todavía que habían quedado del tiempo anterior, de la atención en salud, y como les decía incluso todavía hacían atención de parto, cirugías, había algún tipo de atención, de otro nivel, que se daba todavía en estos servicios brindados por... En ese momento ya no diríamos por las FARC, en ese momento ya eran privados. Se habían quedado en la infraestructura de las FARC porque toda la infraestructura pasa a ser de la comunidad y es ahí donde nosotros también atendíamos”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

La situación del conflicto en esta nueva etapa, es la que lleva a Médicos del Mundo a la decisión de intervenir en la región del Ariari en el año 2002 a través del Programa de salud materno-infantil en el Municipio de Granada y los otros cinco municipios del Ariari, Departamento del Meta, Colombia. Estos otros cinco municipios fueron: Fuente de Oro, Lejanías, Puerto Lleras, San Juan de Arama y El Castillo. Posteriormente, fue ampliando su rango de acción e intervención a otros municipios y al departamento del Guaviare.

“[Por] demanda de las propias comunidades las misiones van yendo a comunidades más rurales y afectadas directamente por el conflicto armado (enfrentamientos, confinamientos, desplazamiento gota a gota, amenazas, masacres, asesinatos extrajudiciales, asesinatos de líderes de las comunidades, siembras de minas, etc.), logrando cubrir como verán en los mapas de las diversas misiones los municipios de Uribe, Mesetas, Vista Hermosa, Macarena (ex zona de distensión), Mapiripán y Puerto Concordia, posteriormente ingresamos al departamento de Guaviare. [...]La APS fue la guía de nuestras acciones, es por ello, que en el marco de la salud mental y apoyo psicosocial logramos canalizar casos de violaciones a los DDHH y DIH y salvar vidas”.

*Respuesta electrónica de integrante de Médicos del Mundo
21 de marzo de 2021*

“Al inicio, cuando yo llego, estaba marcado por lo materno infantil como una estrategia, en el hecho de que a ver... la desconfianza, eso hay que decirlo bien claro, la desconfianza, el actor que dominaba la zona, en el momento adentro en las comunidades eran las FARC, con sus diversos frentes y luego eh, pues en las capitales estaban los grupos paramilitares, de las

diversas zonas, salvo La Macarena. Creo que no, en ese momento no, no había paramilitares, todavía estaba FARC. Recuerdo que, en toda esa zona, nosotros ingresamos de acuerdo a la solicitud de la propia comunidad. Entonces, ¿cómo? Cuando rompimos obviamente el eje, cuando pudimos lograr el ingreso, el primer ingreso, la estrategia fue materno infantil, justamente más por el temor creo yo, de no atender o de no ser vistos como atención a la guerrilla, entonces se busca la estrategia de materno infantil para evitar eso, esa confusión”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Tal y como se encuentra plasmado en los informes de misión exploratoria de Médicos del Mundo, en algunos de los municipios donde se desarrolló la acción humanitaria contábamos con centros y puestos de salud construidos y equipados. Algunos puestos comenzaban a cerrarse por problemas de orden público que impedían el acceso de personal del Estado, por desplazamientos de las familias que dejaban el territorio despoblado o por la continuidad del abandono estatal. En Puerto Rico existía un centro de salud abierto y cuatro puestos que no estaban en funcionamiento; en Vista Hermosa se encontró el Hospital San Juan Bosco con cuatro puestos de salud de Piñal, Campo Alegre, Maracaibo y El Triunfo, estos dos últimos se encontraban cerrados; en Mesetas, un centro de salud de primer nivel y dos puestos de salud, el Jardín de Peñas y El Mirador, que se encuentra cerrado; en La Uribe se encuentra un centro de salud y dos puestos en La Julia y El Diviso; en Puerto Rico el puesto de salud se encontraba en proceso de certificación para constituirse en un centro de salud autónomo, adicionalmente, se encontraron cuatro puestos de salud en funcionamiento, Toledo, La Tigra, Puerto Chispas y Charcodanto y cuatro micropuestos cerrados; finalmente, en El Castillo, con puestos de salud en Medellín del Ariari y otros cuatro en Puerto Esperanza, La Cumbre, Miravalle y Caño Indio, que se encontraron sin equipos o personal. (Informe de Misión Exploratoria, Meta, 2004-2005).

“Bueno, la infraestructura a veces sufría de ataques o de un combate entre la guerrilla, el ejército o incluso paramilitar, pero más que todo es que no había nadie y nada dentro. O sea, no había ni medicamento, ni personal médico para trabajar y tampoco material, ni siquiera una mesa, una silla, eran cosas vacías, sin puerta y sin nada. [...] Pero nadie quería venir a trabajar acá. ¿Un médico? ¿Una enfermera? Bueno... no se les ocurría venir a trabajar en esos centros de salud [...] La institución de salud en Colombia, en el campo, está totalmente ausente, ausente por la cuestión de conflicto, ausente por una cuestión de presupuesto”.

*Entrevista individual #2
a integrante de Médicos del Mundo
23 de enero de 2021*

“Al inicio cuando llegamos, el panorama era distinto. Obviamente se rompió el acceso a la salud cuando entró la fuerza pública, que fue justo cuando nosotros llegamos ahí. Cuando se rompen los acuerdos de paz, se rompen también todos los servicios y el acceso a la salud que antes tenían, porque tenían sus propios puestos de salud, muy bien implementados, hay que decirlo, obviamente todo bajo el control de las FARC[...]. Eso era un “ParaEstado” real. Entonces tenían esos servicios. Cuando llegamos, eso se rompe, pero sin embargo toda la infraestructura estaba y eso pasa de las FARC a las comunidades y cuando ingresábamos a la zona [...] no la prestaban”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

Es posible plantear que las principales afectaciones en el territorio se desprendieron de dos lógicas que llevaron al confinamiento de la población: de un lado, los bloqueos por parte de los actores armados, y del otro, el temor al desplazamiento por parte de las comunidades ante la estigmatización.

Los mecanismos de control de la población que se desarrollaban a partir de los bloqueos de las comunidades por parte de los distintos actores, principalmente por parte del ejército y los grupos paramilitares, era una estrategia que suponía el debilitamiento de las FARC-EP en la región, bajo la ya conocida orientación de quitarle el agua al pez.

“Cuando llegó Uribe, comenzó a decir que tocaba “quitarle el agua al pez” y ¿el agua quienes éramos? pues los campesinos. Entonces se intensificó el conflicto armado, pero no solo armado, también social”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

“En el caso del ejército, el bloqueo era una estrategia, si se bloqueaba la comunidad se bloqueaba el ingreso de medicamentos y alimentos a las FARC, porque eran zonas con dominancia territorial de las FARC. [...] Al bloquear a la comunidad, a la población, el ingreso de medicamentos, se suponía que se estaba bloqueando el ingreso a los frentes [de las FARC]. Aunque no era así, pero se suponía que era así”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

“En [ese momento], por ejemplo, lo que trataban de bloquear era el ingreso de todo alimento y de todo medicamento. Ahora, en cuanto a medicamentos específicos, estaba el bloqueo de los famosos medicamentos para la leishmaniasis, todo para la Leishmania, o también los medicamentos para malaria. Lo que consideraban ellos que eran enfermedades de la guerrilla. [...] En cuanto a alimentos, no había preferencia, era el bloqueo total de alimentos. Eso sí, no dejaban ingresar absolutamente nada”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Lo interesante del caso es que los bloqueos generaban nuevas necesidades que les permitían a estos



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

mismos actores afianzar su presencia en el territorio a través de las brigadas cívico-militares, para la atención esporádica de estas necesidades. De esta manera, se materializa la utilización de la salud como estrategia de guerra, que, si bien significó la atención y resolución de algunos problemas, también significó la profundización de la estigmatización a la luz de algunas enfermedades como aquellas de prevalencia en la región: las enfermedades transmitidas por vectores, como la leishmaniasis y la malaria o paludismo¹¹².

“En la época de conflicto duro, de conflicto armado que había, pues la salud fue también utilizada como una herramienta de guerra. ¿Por qué? Porque el Gobierno organizaba Brigadas [cívico-militares] de atención a salud. Entonces, como para afianzar territorio y decir, “estamos demostrando que sí estamos en el territorio”, se organizan esas brigadas en San Vicente o en algún centro poblado cercano [...] ellos hacían atención médica, pero era más como para demostrar dominio”.

*Entrevista individual G
a representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

“Había personas que llegaban con problemas de salud, que ellos en un momento dado catalogaban a la persona que era una guerrillera o que era un guerrillero porque tenían problemas de salud que ellos catalogaban los tenían los guerrilleros. Por ejemplo, si usted salía con una Leishmania, entonces inmediatamente el proceso: «¿Por qué usted? ¿porqué tiene Leishmania?» Y no analizaban que el territorio es propicio para eso”.

*Entrevista individual G a
representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

En el marco de la salud y la enfermedad como estrategia de guerra, que terminaba en la construcción de los cuerpos como botines, se identificaron modalidades de ataque en los que algunos cuerpos ya sin vida eran utilizados para atentar contra el enemigo.

“Presenciamos cómo la guerrilla minaba cuerpos y los dejaba tirados al lado del camino, [...] para que cuando el ejército o los grupos armados los recogieran, entonces esos cuerpos minados explotaran. En varias ocasiones vimos a la orilla del camino cadáveres y nadie los podía mover, nadie los podía tocar porque estaban supuestamente minados, y eso genera mucho temor en la población, en los niños. Una vez íbamos de La Julia por el Tinigua hacia La Macarena. Encontramos un muerto en el camino. Informamos a las autoridades y todo y nadie lo fue a recoger porque aducían que el cadáver estaba minado”.

*Entrevista individual #6
a integrante de Médicos del Mundo
3 de febrero de 2021*

Como expusimos previamente, el ejercicio de la estigmatización produjo en la práctica restricciones en la movilización y desplazamientos voluntarios de las comunidades desde y hacia el territorio, lo que resultaba en dificultades para el abastecimiento de alimentos y otros enseres.

“Había un camión de verduras que llegaba todos los jueves y había que madrugar para ir, porque si no, no encontrabas nada. [...] Era lo único que abastecía en aquel momento de verduras la zona. Entonces no solo era complicado en salud, no solo en transporte, sino que también los insumos. Porque, pues claro, ¿quién quería entrar en una zona donde estaba estigmatizada y

⁽¹¹²⁾ Orjuela, J. (2017). *La salud pública en el tránsito de la guerra a la construcción de la paz en el municipio de La Macarena*. Pontificia Universidad Javeriana, Maestría en salud pública. Bogotá.

volver a salir con el riesgo de que algo le pudiera pasar? La gente tenía miedo tanto de entrar como de salir”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

De la misma manera, se afectan los mecanismos y procesos de referencia para la resolución de necesidades en salud, porque el miedo era más fuerte que la preocupación por recibir atención médica.

“Recuerdo que, del otro lado, en Buenavista también fuimos a una vereda que había mucha afluencia de pacientes, de usuarios y recuerdo que ahí encontré a una señora que tenía múltiples masas en el seno derecho o izquierdo, no estoy seguro, pero que si eran dolorosas y toda la evolución que tenía la señora era para pensar en algo mucho más serio. Lo primero que había que tomar o hacer era una ecografía. La señora me dijo que no, que no salía por nada del mundo. Yo le expliqué el riesgo de un problema neoplásico, un cáncer, y que a mediano plazo podría ser riesgoso que desarrollara un cáncer de seno. Pero ni aun así la convencí que saliera, por toda esa situación...por el temor que sentía”.

*Entrevista virtual individual a integrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

“Nos desplazamos a una comunidad que se llama La Cooperativa [...] y tuvimos un señor joven, de unos treinta años[...] que todo el cuadro era compatible con una apendicitis, un abdomen agudo y pues la recomendación era que saliera para que fuera evaluado en los servicios de salud a la E.S.E de Granada o donde le quedara más accesible, pero el señor no quiso salir, pues por temor a, que como estaban estigmatizados todos los de la zona, el temor de que le pasara algo al salir”.

*Entrevista individual a integrante de Médicos del Mundo
Virtual, 4 de febrero de 2021*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Esta situación de confinamiento ha generado que las afectaciones de salud, tanto crónicas como agudas que se presentan en el territorio, no tengan un proceso de atención adecuado y, por tanto, tiendan a empeorar con el paso del tiempo. Esto produce mayores impactos sobre la salud y la vida de las personas. Por ejemplo, esta carga estigmatizante también aplicaba en ciertos tipos de heridas y algunos territorios de procedencia, lo que generaba que fueran los mismos procesos de atención médica, y no solo el desplazamiento, los que significaran un riesgo para la seguridad y la vida de quienes acudían a los centros de salud.

“En casos que hemos tenido heridas por proyectiles, por armas de fuego. Por ejemplo, en fuego cruzado, recuerdo también de una persona mayor que cayó. Entonces no era solo el temor, era realidad. Eran casos que si tú lograbas salir, o sea, si esa persona lograba salir, o nosotros mismos lográbamos acompañar, sin embargo teníamos que realmente acompañar todo el tiempo y pedir a la CICR que acompañará todo el tiempo porque había mucho riesgo de su vida, y no era un riesgo solamente en la mente de las personas, sino que era un riesgo real [...] O en otros casos, por ejemplo, lo que nos ayudaba muchísimo era el acompañamiento [de la CICR], digamos, también la parte religiosa. Ellos saben cumplir mucho ese rol de apoyo, y de protección de las personas que salían de las comunidades y que requerían ser atendidas en otros niveles, que en realidad fueron muy pocos los que pudimos sacar, pero los pocos que pudimos sacar tuvieron problemas. No era un fantasma, era una realidad, diría yo, que el temor era por algo concreto; no era una cuestión de solamente un fantasma, tengo miedo de que no se había evidenciado casos que sucedían; sin embargo, por ejemplo, cuando hemos encontrado cánceres hemos tenido que hacer todo ese sistema de activación, ¿no? Entonces, sí se daba la estigmatización aparte de las enfermedades, se daba era por la comunidad de donde procedía la persona. Entonces, inmediato, incluso recuerdo que alguna vez, están sacando alguna persona de La Julia, por ejemplo, procedente de una vereda mucho más al sur de La Julia, o sea de la Macarena, que la referías. Entonces era que se activaba, entonces en el hospital ya estaban los grupos paramilitares, por ponerte, en Uribe, o por ponerte, en Granada, en Vista Hermosa, en el caso de Macarena cuando salían en avioneta, qué se yo, a Villavicencio, o en la misma Macarena. Yo recuerdo en el H de la Macarena también de muchos casos que tuvimos que acompañar y activar con CICR también, la protección de esas personas. Entonces, más allá de un fantasma, era una realidad”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

En materia de salud sexual y reproductiva, los informes de las misiones de exploración realizadas por Médicos del Mundo entre los años 2002 y 2005¹¹³, centradas principalmente en el análisis de problemas de salud materno-infantil y los derechos sexuales y reproductivos en los municipios definidos, obligan a analizar las relaciones entre el conflicto y la situación de salud encontrando, por ejemplo, la inaccesibilidad a los servicios de salud por parte de la población debido a barreras impuestas por los grupos armados, limitando tanto el acceso a métodos de planificación familiar, como a los controles prenatales y postnatales:

“Todavía había recursos económicos para comprar algunas medicinas, sin embargo, ya el bloqueo hacia el ingreso de medicinas estaba dado. Ya no era fácil conseguir así tengas dinero, conseguir...por decirles algo, por ejemplo, los métodos anticonceptivos, sean inyectables, sea

⁽¹¹³⁾ Médicos del Mundo. (2004). Informe final del Proyecto: “Programa de salud materno-infantil en el municipio de Granada y otros cinco municipios del Ariari, Departamento del Meta, Colombia: agosto 2003-Julio 2004”. Médicos del Mundo. (2005). Informe de Misión exploratoria: Restablecimiento del acceso a la salud materno infantil de la población civil que es víctima del conflicto en Colombia en 5 municipios del Meta-Colombia: agosto 2004-Julio 2005.

lo que sea. Entonces no se encontraban. También para los niños, niñas. En general todas las medicinas son bloqueadas, es lo primero que bloquean y también los alimentos”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Asimismo, la Encuesta de salud sexual y reproductiva en el municipio de Granada, departamento del Meta, Colombia, financiada por Médicos del Mundo y presentada en el año 2003, permite evidenciar la interrelación de factores socioculturales, económicos y del desarrollo del conflicto armado en el territorio como causas de los problemas de atención y cobertura en materia de salud materno-infantil y de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Estos factores, por ejemplo, se identifican en el desconocimiento de los derechos por parte de mujeres y de hombres, en las barreras de acceso económicas y geográficas para la atención en salud, en las construcciones culturales que permitían depositar una confianza mayor en las parteras. En los casos en que se presentaban situaciones de migración por desplazamiento forzado, se evidenciaba una profundización de estos factores.

En relación con lo anterior, la presencia de los grupos armados en los territorios, de grupos económicos y condiciones socioeconómicas precarias se asocia, en la mayoría de los casos, a la aparición o profundización de la prostitución y de múltiples violencias sexuales y basadas en género, que configuran los dispositivos de control territorial y de la población en una clara vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Esto ha quedado evidenciado en informes emitidos por la Mesa de Trabajo Mujer y Conflicto Armado¹¹⁴, así como por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en un informe presentado en el año 2006¹¹⁵.

“Si llega un grupo de guerrilla [...] a esta comunidad, y hay ciertas niñas, y de una u otra manera las seducen y son niñas que no tienen garantías de cuidados con métodos anticonceptivos... Y ellos llegan aquí y las engañan de una u otra manera, se acuestan con ellas y las dejan embarazadas, [entonces] ¿Cómo le podemos llamar a eso? Violencia sexual. [...] También cuando hay militares en el territorio, en los centros poblados también ocurre lo mismo de niñas embarazadas, menores de edad y todo por lo mismo[...] falta de educación sexual...]. Y si llegan los procesos de las petroleras y todo eso, pues mucho más, porque hay dinero, hay prostitución, es peor todavía, eso es otra guerra que se vive”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

Aunque las violencias sexuales y las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos provenían de todo tipo de actores, llama la atención las acciones que desarrollaban las fuerzas militares en los alrededores de los colegios e internados de mujeres que, además, ponían en riesgo a la población civil ante cualquier enfrentamiento.

“Da tristeza darse cuenta que los que hacían más violencia contra la mujer en esos sectores eran los grupos armados legales. Siempre los grupos armados legales iban hasta los colegios, los internados y empezaban hablar con las niñas de los internados. Y ahí surgía el conflicto. Inclusive las profesoras y nosotros dictamos bastante talleres a los profesores, porque tildaban a las niñas de que eran muy fáciles, porque veían un camuflado y se ofrecían. Entonces nosotros le decíamos a las profesoras que no, que no eran las niñas, eran los soldados que no tenían que acercarse a esos sitios, que ellos no tenían por qué estar cerca de los colegios, cerca de

⁽¹¹⁴⁾ Mesa de trabajo Mujer y conflicto armado. VI Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia 2002-2006. Bogotá D.C.

⁽¹¹⁵⁾ OEA, CIDH. (2006). *Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia*. Washington.

los cascos urbanos. Uno, por el riesgo a que se llegue a presentar un enfrentamiento y en los colegios salgan los chicos perjudicados; y dos, pues por la violencia que se ejerce”.

*Entrevista individual #6
a integrante de Médicos del Mundo
3 de febrero de 2021*

En esta materia, los análisis de necesidades en los distintos municipios plantean una preocupación principal por el índice de embarazo precoz o embarazo adolescente que se encontró por encima de la media nacional. Ante la necesidad de explicar esta situación se identificó que, en algunos casos, también constituía un mecanismo de protección temporal por parte de las mujeres frente al ingreso a la guerrilla:

“Muchas de las mujeres por no irse a grupos armados se embarazaban a tempranas edades. De pronto los grupos armados no las reclutaban porque tenían bebé o alguna cosa, o estaba en embarazo, entonces no las reclutaban; pero pues a las que no les tocaba el reclutamiento, sí hubo mucha violencia sexual, mucha violencia de género”.

*Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

“Me llamó la atención poderosamente el alto índice de embarazo en adolescentes en esas zonas. Era súper alto, comparativamente con lo nacional, porque hicimos incluso un estudio por ahí. Y ¿cuál era la razón del embarazo de estas chicas? Era justamente el no ir hacia la guerrilla, era como una elección: «O me voy a la guerrilla o me embarazo[...] a través de este embarazo me protejo». Sin embargo, eso no garantizaba [nada] porque luego el niño o la niña que tenían el bebé, lo dejaban con las abuelas, y se terminaban yendo a la guerrilla por falta de opciones, o por lo que sea, por enamoramiento de la guerrilla. Eso es lo que sucedía”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Estos hallazgos se complementan con los análisis de morbilidad en el territorio, en relación con Enfermedades de Transmisión Sexual como la gonorrea, la sífilis y sífilis congénita, el VIH/SIDA, así como con infecciones en las vías urinarias, la vulvovaginitis y enfermedades pélvicas inflamatorias.¹¹⁶ (Informe de Misión Exploratoria, Meta, 2004-2005).

Un informe presentado por MDM en el año 2014 sobre los servicios de salud sexual y reproductiva prestados en Meta, Guaviare y Nariño arroja cifras que afianzan las afectaciones profundas en este ámbito: de 5053 mujeres atendidas en el año, los principales motivos de consulta fueron: Asesoría en métodos anticonceptivos (70%), Infecciones de Transmisión sexual (60%), violencias de género intrafamiliar y sexual (18%).¹¹⁷

Dentro de los hallazgos, se logra identificar también que las dinámicas del conflicto social y armado han tenido impactos profundos sobre la seguridad alimentaria y nutricional de las comunidades, a raíz de las transformaciones económicas y productivas de los territorios hacia la ganadería extensiva, la economía extractivista y la producción de cultivos de uso ilícito que se suman a lo ya mencionado en relación con la restricción y control del ingreso de los alimentos a las zonas más distantes de los cascos urbanos y centros

⁽¹¹⁶⁾ Médicos del Mundo. (2004). Informe de Misión Exploratoria Meta, 2003-2004. Documento Interno.

⁽¹¹⁷⁾ Médicos del Mundo. (2014). Reporte de los servicios de salud sexual y reproductiva implementados en los servicios móviles de salud de Médicos del Mundo-Francia en zonas rurales afectadas por el conflicto armado en los departamentos de meta Guaviare y Nariño- Colombia. Documento Interno.

poblados. Estos impactos se ven reflejados en problemas nutricionales diferenciados en comunidades indígenas y campesinas, así como en la identificación de diagnósticos de anemia, malnutrición, poliparasitosis, Enfermedad Diarreica Aguda, entre otros:

“Cuando comenzamos a ver al inicio, [...] más bien encontrábamos malnutrición, pero más tirando hacia la obesidad [...] Pero al aumentar nuestro radio de atención, cuando comenzamos a trabajar con comunidades indígenas, comenzamos a notar más bien lo otro, la desnutrición”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

“Recuerdo que comenzamos a encontrar esto de la anemia, obviamente con parasitosis en el caso de poblaciones indígenas era muy alto. [...] Pero luego una cosa que observamos era la anemia en poblaciones confinadas, en poblaciones bloqueadas[...] ya no solo de la población infantil de 0-5 años, sino de la población en general. [...] Eso es algo que nos marcó mucho a nosotros. El Danubio fue un lugar totalmente bloqueado. [Durante] más de una semana, más de dos semanas estuvieron bloqueados los alimentos. Nos encontramos un panorama totalmente desolador, la población no había comido en no sé cuántos días, entonces obviamente tuvimos que compartir nuestros alimentos y todo lo demás, y ahí sí hicimos un diagnóstico, y lo que nosotros veíamos era real, unas anemias increíbles en personas que nosotros habíamos visto al otro lado, malnutridas hacia la obesidad, habían bajado de peso desde que habían hecho el bloqueo de los alimentos. Entonces luego de eso, decíamos: «¿Para qué les vamos a dar en ese caso medicamentos si no están comiendo?» [...] En el caso del Ejército, el bloqueo era una estrategia, si se bloqueaba la comunidad se bloqueaba el ingreso de medicamentos y alimentos a las FARC, porque eran zonas con dominancia territorial de las FARC”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Asimismo, estas dinámicas productivas desembocaron en otras afectaciones que ya se identificaban en los informes de Médicos del Mundo y en los reportes de los centros de salud para los primeros años de los 2000: la piodermatitis y enfermedades en la piel de campesinos que trabajan la coca, así como otro tipo de afecciones y padecimientos a raíz de la explotación petrolera que impactan directamente en el ambiente y el territorio.

“El extractivismo nos afecta muchísimo porque las aguas se están secando y eso lo miramos desde mucho tiempo atrás, antes que el lanzamiento de bombas, porque se quieren adueñar de nuestros ríos, porque son nuestros, nosotros hace mucho tiempo vivimos en eso y son de nosotros. Ya se mira el impacto de las petroleras que de los pozos para abajo se está contaminando el agua por los residuos de las petroleras, están contaminando la cabecera principal de las aguas que es el río de La Tunia. Y lo otro es que cómo hay dinero en esa parte, entonces la gente ya no quiere sembrar una mata de yuca, ya no quiere sembrar una mata de plátano. No quieren sino todo comprado. Entonces, al tener todo comprado va a afectar la salud, porque la mayoría de las cosas que vienen de otras partes vienen con químicos”.

*Entrevista individual I
a representante de CORPOAYARI
11 de marzo de 2021*

Dentro de las afectaciones en salud, se encuentran las relacionadas con la salud mental y bienestar psicosocial, que han sido por completo invisibilizadas a nivel institucional y social. A nivel institucional, por ejemplo, no se contaba con análisis de afectaciones psicológicas, con orientaciones para su abordaje y, mucho menos, con el personal de salud pertinente para ello. A nivel social, existía una limitación para la identificación de estas afectaciones en términos culturales y relacionada, también, con las restricciones impuestas por los grupos armados para abordar estos problemas, en tanto se consideraba, podían implicar hablar de los actores y sus modos de operar en el territorio.

“Pedían mucho la consulta especialmente por psicología, los psicólogos o las psicólogas no se abastecían. Yo lo recuerdo mucho porque llega un momento en que ya no podían más tampoco. Porque la consulta de psicología no es igual a ninguna otra, y hay que tener en claro también que eran atenciones, como se dice, psicológicas de emergencia, en el sentido que tú tenías que hacer el abrir y cerrar en la misma sesión. Al abrir, tocaba tratar de cerrar porque posiblemente no ibas a ver más a esa persona. Entonces era bien complejo el atender. Había casos en los que recuerdo que se hacía seguimiento telefónico. Sí, ahí también si memoria no me falla, cuando hubo varios intentos de suicidio se logró a través del teléfono”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Las afectaciones a la salud mental y el bienestar psicosocial en el territorio se asociaron principalmente al miedo y al terror constante por las dinámicas de la guerra. Sentimientos de frustración, impotencia y desesperanza, también dificultades para conciliar el sueño, aparecían en relación con la desaparición y asesinato de familiares o la participación de estos en los grupos armados.

“Cuando por el conflicto de la guerra a uno se llevan, le matan, desaparecen un familiar, eso crea un conflicto psicológico en la familia, el desespero de saber si se llevaron a mi hija, a mi esposo, a mi hermano, o a algún familiar secuestrado, detenido o desaparecido. La sola idea de saber usted dónde está, qué habrá pasado con él si está muerto, dónde lo encontramos, si está vivo. ¿Qué estará pasando con él? Eso crea emociones encontradas. Claro que eso sucede y todo el mundo, no más la sola idea y el pensamiento de saber que vivimos en una guerra sucia nuevamente, eso no más ya es traumatizante para uno. Entonces eso lo afecta a uno psicológicamente, emocional y espiritualmente”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

“Había cosas muy marcadas sobre su salud, y luego conversando nos dimos cuenta que era producto del miedo en las zonas que estábamos. En la cuestión de la asociación con lo del suicidio, eso era muchas veces por cuestiones de frustraciones o de impotencia frente a determinadas cosas, o también cuando habían sufrido violaciones. Intentos de suicidio en las niñas y en los niños también se vio. Tenían mucho miedo, y mucho la cuestión de la familia desaparecida, familia que no ha sido encontrada, o también casos de muchas madres también recuerdo, de hijas o hijos que desaparecieron de la noche a la mañana de los colegios. Incluso nos daban fotos para nosotros tratar de encontrarlos en alguna ocasión. Eso también recuerdo mucho. La cuestión de algunos que tenían sus hijos en determinado grupo militar, o un grupo armado. Recuerdo a una señora que tenía un hijo en la guerrilla y otro hijo paramilitar. La pobre tenía muchos problemas. Y cosas así. Que tenían que ver con la afiliación o no a un determinado grupo militar. El terror que les producía ya sea uno y otro grupo dependiendo de donde estaban. Las amenazas de los grupos también. Y cuando ya entraron los paramilitares el terror era que les estigmatizaran, pero ellos también iban les robaban sus cosas, sus alimentos. Todo eso les generaba mucha angustia, mucha ansiedad a la población en general”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

El suicidio, que en los inicios del abordaje por parte de Médicos del Mundo ya se evidenciaba como uno de los impactos, ha ido en aumento en población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Esto se ha relacionado con la imposibilidad de encontrar salidas a su vinculación directa con la guerra.

“El año pasado en noviembre se envenenó un niño en La Sombra por esa situación. En Playa Rica también se envenenó otro niño y en La Batalla se envenenó otro joven también. Y así se han envenenado varias personas, pero psicológicamente es que están enfermos por lo que les digo, unos no quieren pertenecer, otros porque esto los papás se los detienen para que no entren a la guerra, por la situación económica. Todo eso hace que estos niños tomen esa decisión. No encuentran más que hacer, entonces piensan: «Yo me voy a envenenar. Yo no quiero. Me están obligando o me están diciendo que vaya y mi papá no me puede dar las cosas». No se puede comprar un computador, todas esas cosas, entonces ellos toman la decisión de envenenarse”.

*Entrevista individual I
a representante de CORPOAYARI
11 de marzo de 2021*

Asimismo, se encuentra una relación de las afectaciones en salud mental y el bienestar psicosocial con la vulneración de otros derechos, como el derecho a la educación. La falta de interés en las actividades escolares y la deserción escolar se identifican como algunos asuntos a considerar en esta relación.

“Había una gran deserción escolar, o había una falta de interés en los niños o en los mismos adolescentes. [...]recuerdo a un niño que era súper inteligente. Decía: «No, yo para qué voy a estudiar, si mi tío gana mucho más raspando coca o trabajando con la coca», por ejemplo. El otro te decía: «No, yo quiero ser es guerrillero». Estamos hablando de zonas que tenían más impactos, realmente. Incluso en los juegos te llamaba la atención, como nosotros tratábamos mucho con juegos, con cuestiones lúdicas a través del dibujo, artística, entonces encontrábamos su preferencia a querer que cuando crezcan, ser adolescentes e ir hacia la guerrilla. [...] Yo recuerdo una vez que estábamos en pleno bombardeo, y yo me fui muy preocupada por los niños y las niñas y entonces yo me voy para la escuela y los veo jugando dentro, reproduciendo [el bombardeo] de afuera. [...] [Entre ellos] por ahí uno quería ser ejército, pero la mayoría hacían

la representación de guerrilla, estoy hablando de zonas guerrilleras o en zonas donde la guerrilla tenía dominio”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

Estas afectaciones no han sido ajenas a las y los profesionales en terreno, que han tenido que enfrentar situaciones de estrés, que posteriormente generan insomnio y miedo. No obstante, se ha reconocido que las mismas responsabilidades que se adquieren en el marco de la labor humanitaria y algunas de las acciones de autocuidado individual y colectivo, han permitido contrarrestar algunas de estas.

“No es solo los impactos en el equipo, en mí, en ambas dimensiones. Básicamente fue en el sueño. Al inicio... cómo te podría decir... yo tengo una capacidad de resiliencia increíble. Porque si bien es cierto, no dormía uno o dos días, sin embargo, estaba preocupada que tengo que hacer esto, que tengo que hacer lo otro, y sobre todo creo que el mismo contexto, la misma necesidad de la gente no dejaba espacio para darte, cómo te podría decir, para ponerte a llorar, sino que tenías que actuar. Y creo que aprendí a eso, a reaccionar rápidamente frente a este tipo de cosas y actuar. Como estaba a mi cargo todo el equipo, la mochila era grande, y definitivamente no podía fallar. Porque una falla mía era fallar hacia el equipo también en el sentido de seguridad, sobre todo. Cuando tuvimos estas retenciones grupales, pues obviamente toda la carga estaba en mí ya sea de un lado o sea del otro lado, yo tenía que hacer las famosas negociaciones con uno con otro para poder salir ilesos todos, entonces como que esa misma adrenalina hacía que ya luego estuviera tan cansada que a veces me dormía, a pesar de todo el estrés que teníamos. Y lo otro que en mi caso como recurso diría yo, me ha servido muchísimo, ha sido la cuestión de siempre hablarlo con el grupo más cercano. Generalmente nosotros hemos tenido convivencia con otras personas. En nuestros casos, siempre hemos estado con otras personas y hemos hecho como una suerte de dinámicas grupales y creo que estábamos preparadas para ello también”.

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

El conjunto de la identificación de las anteriores necesidades y afectaciones en la salud de las comunidades en el territorio, así como el proceso paulatino de construcción de confianzas llevaron a que, con el paso del tiempo, se presentaran cambios en el modo de operación por parte de Médicos del Mundo.

“No recuerdo bien en qué año fue que hubo ya un cambio de estrategia de lo materno infantil, pasamos a salud primaria, de atención primaria ya integral de hombres, mujeres, niños en todo el sentido. Ya no era solamente la atención que había marcado en lo materno infantil al principio. Es decir, ver niños de 0 a 5 años. En lo materno también se amplía lo que era planificación familiar, que es lo que al inicio se veía. Todo eso se amplía ya que los servicios están también dirigidos hacia la población en general, va más allá, y poco a poco también nos vamos dando cuenta de que pues obviamente las patologías no iban a mejorarse y si no llevamos también mejoras en cuanto al consumo del agua, a la calidad del agua que consumían. Entonces comenzamos ya con proyectos complementarios con OPS, con UNICEF en la parte de nutrición, entonces hay toda una complementación y la parte que consideramos súper importante, que también fue lo de salud mental, el apoyo psicosocial al inicio... también recuerdo que los psicólogos atendían en las escuelas, en la parte de salud sexual netamente en la asistencia de los y las estudiantes. Es

justamente ahí donde comienza a evidenciarse, pues su necesidad de atención, más atención psicosocial al inicio hacia la comunidad estudiantil; pero también los profesores lo requerían. Era una cuestión a gritos que se pedía entonces. Y luego los padres y se fueron ampliando hacia la población en general”.

*Entrevista individual a exintegrante de Médicos del Mundo
Virtual, 22 de enero de 2021*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Ya para el año 2019 el proceso desarrollado para la construcción de El Plan Comunitario de Salud Rural “Salud Sin Fronteras”, identifica las condiciones de vida, ambientes y de trabajo de la comunidad y encuentra escasa cobertura de los servicios de alcantarillado y acueductos, condiciones de empleo y de trabajo que muestran que la mayor parte del trabajo se lleva a cabo por cuenta propia y con grandes carencias en cobertura de riesgos laborales y de salud. El estado de la salud de la población es precario, con un alto índice de enfermedades infecciosas y crónicas, malnutrición, violencia intrafamiliar, de género y homicidios que en su mayoría son asociados al conflicto armado en el que se encuentra sumergido el territorio. Las barreras geográficas, administrativas, monetarias y la deficiente oferta de servicios de salud de atención primaria agudizan las problemáticas en salud, que en su mayoría son atendidas en farmacias con fórmulas no transcritas o con remedios caseros. Poniendo en evidencia una trayectoria de más de 20 años con condiciones de salud irresueltas por el sistema.

Sin lugar a duda, la complejidad del conflicto social y armado en el territorio se vio reflejada en las múltiples dificultades, ataques o infracciones a la labor humanitaria y a la misión médica, como se puede evidenciar a la luz de la experiencia de Médicos del Mundo. En algunos casos esto se justificaba por el desconocimiento

del carácter del conflicto y de sus actores en un marco regulatorio del DIH, principalmente por las Fuerzas Militares.

“Aquí es muy importante el tema jurídico, el reconocimiento del conflicto y la aplicación del Derecho Internacional Humanitario. Porque entonces, sí hay conflicto interno y hay vigencia del Derecho Internacional Humanitario, entonces respetando el principio de imparcialidad, si tú hablas con el Estado, puedes hablar con la guerrilla porque hay un conflicto y tú mantienes diálogo con los dos actores. Esto cuando se reconoce, lo que pasa es que Colombia durante mucho tiempo no se reconocería la beligerancia. Entonces, si tú hablabas con las FARC, estabas apoyando el terrorismo”.

*Entrevista individual #9
a integrante de Médicos del Mundo
23 de febrero de 2021*

Bueno, infracciones muchísimas de todo tipo. Como les decía desde el inicio, lo que recuerdo es que ellos siempre nos decían que, al no ser reconocido el conflicto, no había infracciones del Derecho Internacional Humanitario. Para ellos no, no existía eso y nosotros tampoco éramos misión médica. Entonces era como esa ambigüedad, por decirlo así, en cuanto al marco legal. Sin embargo, era paradójico porque por otro lado te hablaban del DIH. Pero y te decían: «No, no existe porque el conflicto no está reconocido».

*Entrevista individual #1
a exintegrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

De acuerdo con los relatos, se presentaron casos de infracciones contra las actividades sanitarias que consistieron en las restricciones para el paso de la misión hacia algunos lugares a través de retenciones, el incumplimiento de las normas del DIH frente al ingreso a puestos de salud con armamento y uniforme militar.

“En el Meta, en La Macarena, me acuerdo una vez, cuando habíamos ido a Yarumales, Alto del Avión siguiendo por ahí, habíamos tenido un problema con los militares al pasar a Vista Hermosa. Nos guardaron un tiempo un poco larguito y no querían dejarnos pasar, aunque teníamos el papel oficial para poder desplazarnos por ahí. Y tuvimos que llamar al no me acuerdo si era el general o el coronel o algo así [...] La coordinadora general tuvo que llamar, discutir un tiempo para que nos dejaran pasar en seguida. Bueno, eso es una molestia, pero no es nada, nada grave. Sino que, aunque teníamos todos los papeles en regla y no sé, nos guardaron ahí como una hora, ¿para qué? No sé, para molestarnos un poquito [...] y bueno siempre nos amenazaban de una cosa u otra, pero no una amenaza muy fuerte, porque estábamos en la carretera. Había otros militares, había gente que pasaba, una ONG, Médicos del Mundo, etc. Bueno, no es tan fácil tampoco. Yo creo que tal vez si fueran personas colombianas para ese momento si hubieran podido tener muchos más problemas, ¿no? Pero la coordinadora era peruana, yo francés y estaba también mi compañera, que en aquel tiempo era la secretaria de la asociación Médicos del Mundo, secretaria general, que es uruguaya. Entonces ahí había tres extranjeros y manejaban las cosas diferentes cuando eran extranjeros [...] Eso fue antes de la firma de los acuerdos de paz en el 2015”.

*Entrevista individual #2
a integrante de Médicos del Mundo
23 de enero de 2021*

“Recuerdo que estábamos en Santo Domingo y yo era el referente de seguridad y estábamos trabajando en el puesto de salud. Cuando llegó el ejército y el logista me llamó y me dijo que el comandante, el coronel quiere hablar contigo. Ah, bueno listo, no recuerdo el apellido. Pues que ya se presentó, me dijo que ellos nada más estaban dando cobertura, que ellos nada más estaban dándonos seguridad. Y yo le expliqué que no era necesario, que nosotros éramos una ONG, que pues estaba bajo el Derecho Internacional Humanitario y empezamos a hablar de todo eso y que no era necesario. Y que pues él quería entrar. «Bueno, si usted quiere entrar, usted sabe que no se puede entrar aún a un espacio humanitario armado». Este al fin dijo: «Bueno, voy a dejar mis armas». Se las entregó a un soldado, pero entró con su escuadra al cinto y uniformado y que no miren y empezó a dar su pequeño discurso. «Eh, coronel, tiene que saber que en los espacios humanitarios no se puede entrar armado». «No, que yo no estoy armado, pero eh». «Tiene su escuadra». «Pero esto es por protección, nosotros como ejército estamos para proteger a la población. «Les agradezco» «Chao, doctor. Gracias y muy amable». «Chao». Se fue entonces...[...] Eso fue a finales de abril o principios de mayo del 2008”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

Asimismo, se encuentra un acto de perfidia, por el uso de los emblemas de la Misión Médica y de la organización por parte de uno de los actores armados que no pudo identificarse.

“En Granada tuvimos un momento en el cual nos robaron medicamentos. Se habían mandado medicamentos desde Bogotá y cuando fuimos a buscarlos no estaban [...] Algunos días después había en Granada un carro que pasaba con el logo de Médicos del Mundo, que no tenía nada que ver con Médicos del Mundo [...] Era un 4x4 como los que teníamos, pero este era una Hilux y no un Land Cruiser [...] Tal vez para ir a algún lugar y que la gente se fie más fácilmente o algo así, no sé”.

*Entrevista individual #2
a integrante de Médicos del Mundo
23 de enero de 2021*

Se presentaron también otras situaciones que pusieron en riesgo la vida y la integridad de profesionales en terreno, así como del personal logístico de la misión, a través de un intento de detención arbitraria, dinámicas extorsivas y retenciones con el objetivo de usar a la misión como escudo humano para impedir la ofensiva militar.

“Alguna vez con uno de los compañeros, uno de los logistas, tuvimos una situación un poquito tensa, en un puesto de [control] del ejército en un pueblo. Pues al verificar la base del nombre aparecía que lo buscaban en no sé qué parte del país. Alguien con el mismo nombre. Pero obviamente la cédula cambiaba y en lo que averiguaban, en lo que se hacía todo. Tuvimos que esperarnos, nos quedamos como un par de horas, esperando que se corrobore que no era la persona que buscaban. Entonces si él hubiera ido por su cuenta, que hubiera sido alguien que iba pasando o que iba hacer alguna diligencia. Yo creo que ahí hubiera quedado detenido pensando que era otra persona. Entonces pienso que por eso los servicios de salud no cesaban por el temor al riesgo, a su integridad”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

“Sufrimos una tentativa de extorsión en Granada con una amenaza de bomba. Estábamos para salir a los servicios móviles y cinco minutos antes de salir recibimos una llamada telefónica amenazándonos [...] el compañero que contestó, se puso blanco y el tipo al teléfono lo amenazó de matarlo, etcétera. Y querían dinero, las radios que teníamos... y que teníamos que salir de la oficina porque habían puesto una bomba. Entonces claro que salimos de la oficina y nos fuimos todos para Villavicencio a un hotel en el caso que pasara algo, que hubiera una bomba, una explosión o algo así. Y luego mandamos a dos logistas. El jefe logista se propuso regresar para tener información, etcétera. Y dos días después pudimos regresar porque no había bomba en la oficina. Pero sí era una cuestión de delincuencia ligado al paramilitarismo. Lo aprendimos porque las personas que trabajaban en la misión eran de Granada misma y son ellos quienes nos dieron la información porque tenían su red de conocimiento y nos dijeron de dónde venía la tentativa de extorsión. No pagamos nada y en dos días después pudimos volver...”

*Entrevista individual #2
a integrante de Médicos del Mundo
23 de enero de 2021*

“Y sí, nos retuvieron, y justamente en la primera supuestamente era porque se iban a enfrentar y que mi vida o nuestras vidas corrían peligro. Entonces por eso nos mandaron a casa de alguien. Pero en realidad, al final nos dimos cuenta que en realidad fuimos como el escudo humano de la población. ¿Qué pasó? Hubo realmente un mega operativo. Era muy, muy fuerte. Entonces nosotros logramos frenar de alguna manera el accionar del Ejército, para decirlo así.

[...] Entonces después salimos. Pero en el camino nos encontramos con mucha gente, con sus maletas queriendo salir. La gente totalmente asustada porque les iba un momento duro [...] Recuerdo que en ese camino encontramos mucha, mucha gente pidiéndonos apoyo para sacarlos pidiendo auxilio, gritando... ¡Niños! Fue terrible”.

*Entrevista individual #1
a ex integrante de Médicos del Mundo
22 de enero de 2021*

En otros casos, la presencia de la Organización en territorio no fue suficiente para evitar que se presentaran enfrentamientos lo que significó que tanto ellos como las comunidades que estaban siendo atendidas quedaran en medio del fuego.

“Pues del que más me acuerdo fue cuando estábamos haciendo un servicio de salud y hubo un enfrentamiento en medio del servicio de salud. Entramos a una comunidad y estábamos haciendo el servicio, y por un lado estaba el ejército, y por el otro estaban la FARC y se dieron plomo en medio de nosotros y pues ese como tal. Nosotros teníamos los logos en el piso y en el aire y todo. Entonces no les importó ver que nosotros estuviéramos ahí se fueron a tiros”.

*Entrevista individual #8
a ex integrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

Hubo otra serie de situaciones que se presentaron a lo largo de esta experiencia y que pretendían obstaculizar el ejercicio de las actividades sanitarias como la estigmatización y los hostigamientos.

“Los hostigamientos eran constantes porque hacían presencia muchos actores armados legales como ilegales, en Vista Hermosa era la sede [...] Entramos a Vista Hermosa que ya era zona guerrillera y pasamos a La Juliá y en ese entonces ya estaban empezando a entrar las brigadas móviles y estaban colocando bases de policía. Entonces todo el mundo nos tildaba como colaboradores de la guerrilla y los de la guerrilla nos tildaba de colaboradores del Ejército y de los paramilitares. Entonces constantemente teníamos esos hostigamientos”.

*Entrevista individual #6
a integrante de Médicos del Mundo
3 de febrero de 2021*

“Era constantemente en las carreteras cuando entrábamos, tanto el Ejército como el grupo armado nos detenía, siempre nos han visto como que, si era el Ejército, que era que pertenecíamos a las FARC, el Ejército nos decía que si había infiltrados dentro de nuestro equipo de salud. Si era las FARC la que nos detenía, pues decía que seguramente ahí estamos llevando personal infiltrado del Ejército. Entonces era de uno y otro lado”.

*Entrevista individual #10
a ex integrante de Médicos del Mundo
24 de febrero de 2021*

En este marco de infracciones a la Misión Médica, uno de los relatos plantea una situación en la que, por acción o por omisión, la actividad sanitaria realizada por algunas organizaciones entró a asumir un papel dentro del conflicto en relación con algunas de sus partes. Esto llama la atención sobre la necesidad de profundizar en las responsabilidades que en algunos casos pudieron tener diferentes actores en el territorio.

“La experiencia que yo tengo fue en un sitio: La Cristalina. Que llegó el grupo armado y le dijo al líder del grupo en ese entonces, que era una mujer: «Tienen que irse ya. No pueden atender, no pueden regresar aquí a hacer atención». Recogimos y nos fuimos. Después, qué averiguamos y esas cosas nos contaron de que [otra ONG] estaba en esa zona de los límites de Caquetá y Macarena. Que La Macarena pertenece al Meta, está entre Caquetá y Meta. La Macarena municipio. Entonces allí esa zona la visitaba [otra ONG]. Y al parecer atendieron un comandante, y mientras lo atendían y estaban colocando suero y esas cosas, llegó el helicóptero y eso fue así tan rápido que lo cogieron, lo esposaron, lo montaron al helicóptero, y se lo llevaron. Entonces pasaron unos meses y la comunidad, como ya no los visitaba [otra ONG], nos pidió que fuéramos, y nosotros fuimos y nos sacaron. Cuando ya pedimos explicación de qué había pasado, pues nos dijeron que era que pensaban que éramos los de la [otra ONG] A ellos los vetaron de toda esa zona. Por ese evento que había sucedido”.

*Entrevista individual #5
a integrante de Médicos del Mundo
27 de enero de 2021*



FOTO: Equipo Misión Mdm
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

La resistencia de las comunidades campesinas en el AMEM

La región de la Macarena se ha caracterizado por la construcción de procesos organizativos sólidos como mecanismo de resistencia y protección de las comunidades en su relación con el territorio. En ese sentido, las organizaciones comunitarias han tenido dentro de sus objetivos la defensa del ambiente, la construcción de autonomía en infraestructura y servicios, el fortalecimiento del tejido social y la convivencia.

“Las asociaciones que hay en el territorio fueron obligadamente formadas. A nosotros nos obligaron a hacer asociaciones ¿Quiénes nos obligó? Pues la misma necesidad de estar organizados [...] Las asociaciones que están en el territorio se enfocaron en ámbitos políticos, sociales, económicos, culturales y ambientales. Nos fuimos fortaleciendo por la necesidad [...] en defensa del territorio, de la vida y de los derechos humanos”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

“Pues el mecanismo de resistencia de nosotros ha sido la organización del tejido social y,

la unidad que hay entre las tres organizaciones que existen en el territorio CORPOAYARI, ASOPEPROC, ASCAL-G y el Espacio Territorial”.

*Entrevista individual G
a representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

Una parte de estos mecanismos de resistencia han estado atravesados por las pautas y normas que implementaron las FARC-EP en el territorio y que las comunidades incorporaron y profundizaron en sus propias dinámicas organizativas. Las normas de convivencia en la comunidad para el control de robos, violencias intrafamiliares y comunitarias, entre otras, son el ejemplo más claro de esto.

“Como campesinos estamos organizados, allá no existe un vicioso, un basuquero, allá no hay de eso. En nuestro territorio tampoco los ladrones. Allá nosotros estamos organizados. Cada vereda, en nuestro territorio. Si su hijo es ladrón se le llama la atención, no se va a llevar a una cárcel, nada de eso. Y si alguien le roba a otro en la comunidad, la misma comunidad le dice devuélvale y tiene que pagarle a esa persona. Si mira, nosotros, allá la gente...no es como en otras partes desorganizadas que uno mira que sí agarran a machete, que en el mismo caserío se toman un trago y se agarran a plomo. No, allá no existe. Hay unos reglamentos, que si bien se sabe del conflicto se debe aprender algo en la vida. Todo lo del conflicto no es malo. Nosotros aprendimos de unas normas de convivencia que en ese tiempo funcionaban con la guerrilla y que nosotros acogimos ciertas cosas buenas, como una multa para el que le pegue un puño a otro o toda esa situación. La forma como hicimos las carreteras, las formas, fueron recursos que nosotros para nada es un secreto, que esa norma las creó la guerrilla, pero a nosotros nos sirvieron esas normas. Nosotros recogimos lo bueno del conflicto, lo recogimos de la guerra y entonces eso nos ha servido para sobrevivir por el abandono estatal del Estado”.

*Entrevista individual I
a representante de CORPOAYARI
11 de marzo de 2021*

La dinámica de consolidación organizativa, particularmente en el municipio de La Macarena, empieza a desarrollarse en la segunda mitad de la década de los noventa con la constitución de la Asociación Campesina Ambiental del Losada-Guayabero, ASCAL-G, conformada en el año 1996.

“Su área de influencia es entre el río Losada y el río Guayabero. La asociación fue creada con el fin de conservar y proteger el territorio a nivel ambiental. Por medio de convenios comunitarios, se lograron acuerdos ambientales. Por ejemplo, la comunidad se comprometió a mantener dentro de sus fincas el 40% en montaña y eso lo ha hecho la gente con sus propios recursos. Se han creado normas, además de las normas ambientales, normas comunitarias, de convivencia y también se generó un proceso de construcción de vías dentro del territorio. Entonces se ha procurado manejar, tener autonomía a nivel comunitario, que las decisiones sean de la comunidad. Estas decisiones se toman mediante asambleas anuales. Son siete núcleos que existen en el territorio, aproximadamente 75 veredas. El territorio tiene una característica que se traslapan dos parques naturales: Parque Cordilleras Los Picachos y Parque Tinigua. Por pertenecer al área de la AMEM, es decir, el Área de Manejo Especial de La Macarena pues también tiene un manejo. Hay una zona protegida, hay zonas de conservación y una zona de producción. Otra característica que tiene este territorio es que es una zona de litigio. Caquetá y Meta se disputan el territorio”.

*Entrevista individual G
a representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

Posteriormente, respondiendo a las territorialidades construidas en el municipio, en gran medida determinadas por las condiciones geográficas, se constituye la Asociación de Pequeños Productores Agropecuarios de La Cristalina del Losada.

“La Asociación de ASOPEPROC es la Asociación de Pequeños Productores Agropecuarios de la Cristalina de Losada, compuesta por 21 veredas, son 850 familias, 3600 asociados de esa comunidad [...] Fue fundada en 1998, lleva 22 años, nació a partir de la necesidad que se crea en los territorios de organizar las Juntas de Acción Comunal para velar por el desarrollo de las comunidades, viendo la problemática que había del conflicto en ese tiempo. Entonces nace esa necesidad de organizarse como asociaciones [...] la organización es de segundo nivel y es reconocida internacionalmente por el desarrollo que lleva en pro de las comunidades. Hemos trabajado proyectos con el Consejo Noruego, Cruz Roja Nacional, Cruz Roja Noruega, el PNUD también estaba interviniendo en nuestros territorios cuando hubo la oportunidad de entrar, la ONU también se trabajó en el territorio desde el marco del 2016 para acá. Cuando se empiezan a hacer, pues a firmar los acuerdos de paz”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

Y la Corporación de Trabajadores Campesinos, Agropecuarios y Ambientales de los Llanos del Yarí.

“Somos 3.500 habitantes en nuestro territorio, son 35 veredas más dos cabildos indígenas: Embera-Chamí y Nasa Cxhacxa [...] Entonces nos dimos la tarea de organizarnos nosotros como asociación. Porque si nosotros defendemos nuestro territorio, pues tenemos salud, porque estamos defendiendo el agua y estamos defendiendo la tierra, que es la que nos provee salud.

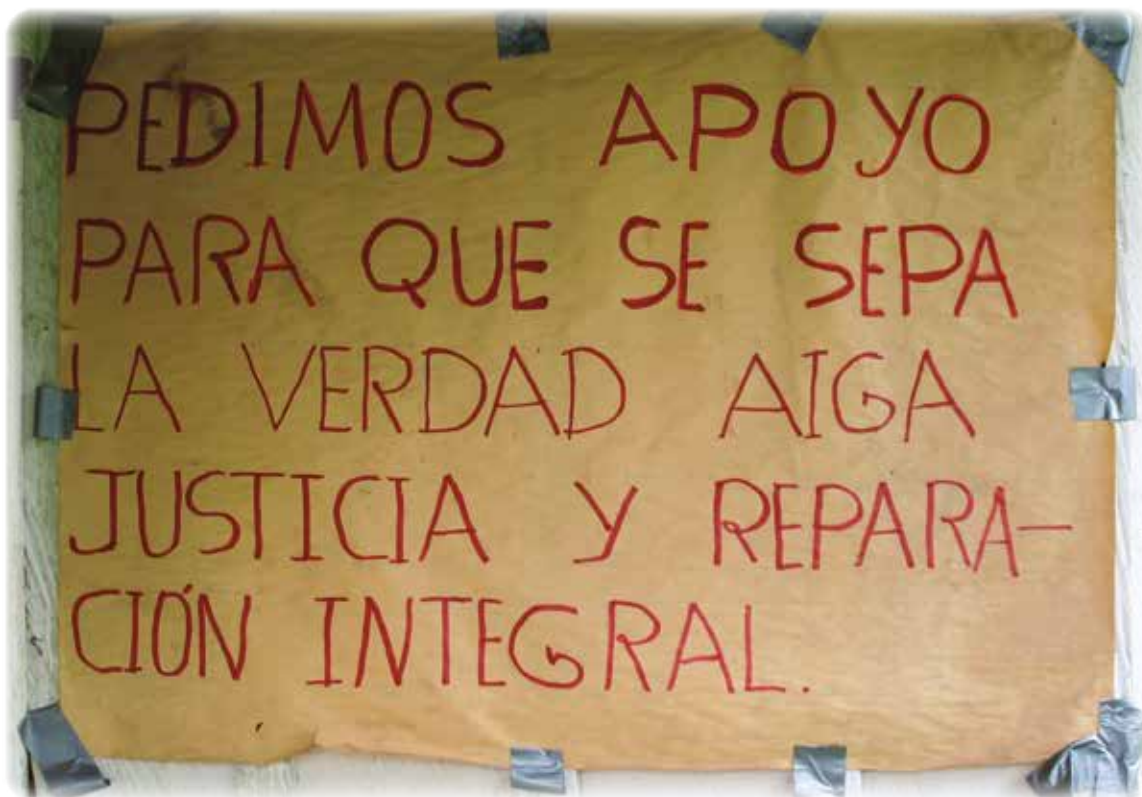


FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

[...] CORPOAYARI es zona de litigio. El gobierno no le interesaba esta zona hasta ahorita es que le interesa, pero como hay riquezas al pie del Caquetá y hay riquezas en el Meta, que en el meta están todas las reservas que ellos llaman de petróleo”.

*Entrevista individual I
a representante de CORPOAYARI
11 de marzo de 2021*

Es a la luz de la defensa del territorio y del ambiente que se ha consolidado una visión de salud integral por parte de la comunidad que comprende que el derecho a la tierra, permite configurar relaciones de protección del agua, del aire, garantizar la seguridad y la soberanía alimentarias, así como la construcción, reconocimiento e intercambio de saberes propios para la solución de los problemas de las comunidades.

“Nosotros intercambiamos saberes con las personas que saben, con médicos de indígenas y médicos campesinos que también tienen mucho conocimiento, entonces se intercambian los saberes y así esas personas van a donde ese médico y se soluciona el problema de salud”.

*Entrevista individual I
a representante de CORPOAYARI
11 de marzo de 2021*

“Cuando estamos defendiendo el territorio defendemos la salud, cuando nosotros nos reconocemos parte de la tierra como personas que la protegemos y la cuidamos, estamos tratando de mejorar nuestras condiciones de salud [...] las personas han comenzado a manejar la salud desde sus saberes, pero a los campesinos no les han reconocido sus saberes. Entonces la pelea a la salud es como exigiendo al Estado que nos garantice los derechos de salud. Y nosotros estamos en un proceso de reconocimiento, que también hay unos saberes campesinos que son importantes rescatarlos, visibilizarlos y empezarlos a utilizar [...] Si nosotros defendemos la salud, estamos defendiendo el territorio”.

*Taller con integrantes de Organizaciones sociales, resguardos y pueblos indígenas
12 de marzo de 2021*

“Cuando llegan los procesos de desalojo a los territorios, obviamente uniéndonos con marchas pacíficas, los paros, no hay ingreso de camiones de no dejar entrar a la explotación minera. De esta manera hemos hecho fuerza, uniéndonos. No importa si hay una, dos, tres asociaciones, si hay 2000, 3000, 4000 personas, pues todos nos unimos y todos vamos en defensa del desarrollo a que no se nos lleven nuestros ganados, a que no se lleven nuestros campesinos, pero de esta manera. Por eso el Estado ha creado la estrategia de ya no ingresar un pelotón, dos o tres de militares o policías, sino que llegan es por aviación y están pescando como en el río revuelto este, este y este y lo que están es, como esparcir las ideas que tiene la gente. Cuando nos cogen a nosotros agrupados, obviamente va a ser mucho más difícil vencer la barrera, pero de esta manera que ellos están haciendo y realmente nos cogen como dispersos. Porque no informan, sino que cuando nos damos cuenta es un desembarco en ASCAL-G, hubo un desembarco en CORPOAYARI, hubo un desembarco en la Vereda Catalina, hubo un desembarco en el Caquetá y cogieron tantos campesinos y todos quedamos como que ¡ay que paso aquí! La bandera ha sido esa, resistiendo. Nosotros hemos resistido de estas maneras y aguantando los atropellos, realmente aguantando necesidades y la pobreza precaria por el problema de salud, de economía, mejor dicho, muchísimas”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

En ese sentido, la concepción de la autonomía logra un valor significativo en la construcción de modos de vivir en el territorio, que se manifiesta en la reivindicación del reconocimiento de los saberes propios.

“Nosotras hemos propuesto hacer huertas de plantas medicinales, sabemos con cuál yerba nos vamos a curar el dolor de estómago, manejadas por nosotros mismos, sin químicos que nos pueden hacer daño [...] para cuidarnos nosotros mismos y cuidar nuestro territorio, porque si el territorio se enferma, nos enfermamos nosotros”.

Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM

6 de marzo de 2021

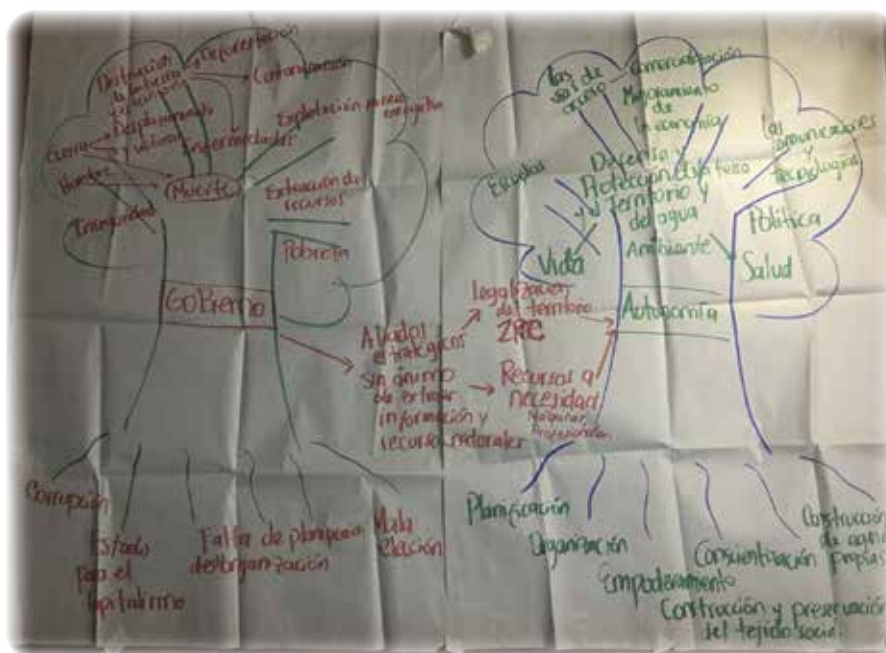


Imagen: Árbol de soluciones, Taller comunitario La Macarena, 2021

Un elemento interesante en el territorio ha sido que, en el marco del proceso de paz en La Habana, que permitió ubicar una discusión frente al enfoque de género en la construcción de paz, se generó un nuevo fortalecimiento organizativo a través de la conformación o consolidación de organizaciones de mujeres, relacionadas con las organizaciones campesinas ya identificadas. Estas asociaciones son la Asociación Ambiental de Mujeres Trabajadoras por el Desarrollo del Yará (AAMPY), Asociación de Mujeres Campesinas Ambientalistas de la Cristalina del Losada por sus Derechos (ASMUCACD), Asociación de Mujeres Campesinas de San Juan de Losada (ASMUJ Sanjuan) y la Asociación de Mujeres Ambientalistas Trabajadoras por la Igualdad de Derechos (ASMAPID).

“Pues con el proceso de paz del 2016 para acá, pues a nivel general de la organización, pues siempre hubo como una época que la gente como que nos desorganizamos. Entonces las mujeres, pues también vivimos la estigmatización, se considera que la organización de mujeres era una organización de la guerrilla. Entonces, eso genera temores en la gente, eso hizo que nosotras paráramos un poco. De por sí, las organizaciones de mujeres no son tan fáciles por el machismo que existe en los territorios y eso ha ayudado más a que no se nos haya facilitado desde esa fecha a acá, volver a unificarnos como estábamos; ha sido un trabajo un poco disperso [La Asociación] está más o menos desde el 2013, se legalizó en el 2015 y pues hemos venido trabajando, pero ya no tan unidas como estábamos sino un poco más dispersas [...] A partir del 2016 nos volvimos sumamente gobiernistas. No habíamos tenido la experiencia de ir con el gobierno”.

*Entrevista individual G
a representante de ASCAL-G
11 de marzo de 2021*

“Hago parte de la Asociación ASMUCACD. Es la asociación de mujeres ambientalistas por sus derechos de La Cristalina Losada, desde el 2016 está legalmente constituida [...] Ella defiende los procesos ambientales, pero también la equidad de género, sí, es muy dada a velar por los niños, por los adultos, por el adulto mayor y obviamente, por qué no, por las mujeres. Y entonces ellas están en pro del desarrollo de lo que puedan organizar y sacar para adelante. Trabajar con aquellas mujeres que son madres cabeza de hogar en apoyo a proyectos productivos que ellas puedan focalizar y localizar con diferentes entidades, son asociaciones sin ánimo de lucro”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

A medida que se acercaba la firma del Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera y a la luz de los planteamientos consignados en el punto de Reforma Rural Integral, particularmente, las definiciones del Plan Nacional de Salud Rural, se construyó un acuerdo de trabajo conjunto entre los dirigentes de las organizaciones campesinas CORPOAYARI, ASOPEPROC, ASMUCACD, AAMPY, cabildo indígena Emberá-Chamí y de la parcialidad indígena Nasa Cxhacxha y el Espacio Territorial de Capacitación y Reincorporación (ETCR) con población de excombatientes de las FARC y un grupo de docentes de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de La Salle, integrantes de las Red Salud Paz. Estos procesos se han orientado a fortalecer las capacidades de las comunidades en salud y en la exigibilidad de derechos, a la luz de las resistencias socioambientales y en defensa del territorio.

“Empoderarnos de que la salud sea una salud propia, autónoma de nuestro territorio, que tengamos cómo decidir y cómo formar obviamente nuestras viviendas, cómo fomentar nuestra educación en los territorios, pero partiendo con autonomía, o sea un territorio autónomo, decide que si tenemos salud, tengamos, seamos organizados y digamos este médico es para nuestras asociaciones, para la gente de nuestro territorio, que estamos trabajando para eso, que si necesitamos hoy de un médico en nuestro territorio podamos decir: lo tenemos. ¿Cómo lo hemos formado? A base de los conocimientos de nuestro territorio, que, si hay educandos que podamos educar a cierta cantidad de personas o jóvenes, pero que sean para el servicio de la gente de nuestro territorio, no educar educando para que sirvan a otros lugares, no es para la gente de nuestro territorio, que se pueden compartir conocimientos, ideas. ¿Claro que sí se puede, cierto? ¿Cómo lo hacemos? De esta manera, como estamos hoy aquí reunidos, conociendo las necesidades de los otros territorios, de los otros lugares, y compartiendo estos conocimientos y reforzando nuestras ideas, de esa manera lo podemos hacer”.

*Entrevista individual H
a representante ASOPEPROC
11 de marzo de 2021*

En este momento se cuenta con la propuesta del Plan Comunitario de Salud Rural Sin Fronteras, como resultado de un proceso de fortalecimiento de las capacidades en salud de las comunidades que a la fecha continúa. Este proceso ha tenido como sustento la reactivación o conformación de más de 42 Comités de salud, distribuidos de la siguiente manera: 25 en el territorio de trabajo de CORPOAYARÍ, 17 en el

territorio de ASOPEPROC y otros en proceso en ASCAL-G¹¹⁸. Este proceso también ha consistido en la capacitación de promotores de salud, como agentes de salud comunitarios.

“Más o menos desde el 2016 entre estas dos organizaciones CORPOAYARI y ASOPREPOC, que comienzan el trabajo en las salidas que los líderes hacen [...] y es un convenio con las universidades. Entonces se comienzan a hacer los convenios y viene el personal [docentes y estudiantes] a ayudar a despertar esa idea que se tiene del apropiamiento de lo que tenemos. Se comienza a hacer un trabajo y en ese momento entra el proceso de paz y ayuda a estos sueños de los campesinos de estas regiones de formar personas por núcleos. El objetivo era que por cada vereda hubiera una persona que se formará por lo menos en primeros auxilios [...] hay veredas que tienen ese trabajo nutrido y entienden de ese tema”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*

“En toda parte está el grupo de salud, nosotros le llamamos “Agentes comunitarios” [...] en CORPOAYARI hay un grupo, aquí en ASOPEPROC otro grupo. En balsillas otro y en ASCAL-G. Nos hemos ido uniendo poco a poco [...] algunas entidades nos ofrecen capacitaciones para que se vayan formando los agentes comunitarios [...] en CORPOAYARI hay 57 agentes comunitarios capacitados para atender desde primeros auxilios hasta suturas. Tenemos sobanderos, médicos y parteras para nuestras veredas”.

*Grupo focal con integrantes de organizaciones sociales de la AMEM
6 de marzo de 2021*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Territorios del Pueblo Awá-Nariño

Caracterización sociohistórica-territorial de los resguardos del Pueblo Awá



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

El Pueblo Awá, o Inkal Awá (gente de la montaña/selva), habita la región montañosa en la frontera entre Ecuador y Colombia, y las riberas del Río Mira. En términos administrativos, los Awá viven en el sur del departamento de Nariño, en los municipios de Tumaco, Ricaurte, Barbacoas, Roberto Payán, y Samaniego. Sin embargo, decir que pertenecen a estos municipios no es del todo correcto, pues los Awá viven en las zonas rurales lejanas a las cabeceras municipales, a horas (incluso días) de camino desde estos pequeños pueblos. Viven en resguardos que se agrupan en grandes organizaciones: el Cabildo Mayor Awá de Ricaurte (CAMAWARI) y la Unidad Indígena del Pueblo Awá (UNIPA) en Nariño, y en Putumayo también existe la Asociación de Cabildos Indígenas del Pueblo Awá de Putumayo (ACIPAP). Estas organizaciones en Colombia además guardan estrecha relación con sus contrapartes en Ecuador, y el conjunto de las comunidades se denominan “la Gran Familia Awá Binacional”.¹¹⁹

El Pueblo Awá sostiene una cosmovisión de profunda conexión con la naturaleza y los seres vivos del entorno, y consideran que una relación adecuada con la naturaleza, con sus frutos y sus alimentos, es

⁽¹¹⁹⁾ *Plan de Salvaguarda*, 12.

el fundamento de la salud. Estas relaciones adecuadas se rigen por múltiples convenciones sociales-reglas y normas de uso que llaman “consejos.” Por ejemplo, está prohibido en la cultura Awá sacar más de cuatro peces de un pozo, o talar los árboles que se ubican cerca de las orillas de los ríos.¹²⁰ El irrespeto a la naturaleza que significa la transgresión de estos “consejos” trae consecuencias, manifiestas en enfermedades y desequilibrios. Es así como la salud y el ambiente son ambas una sola cosa para este pueblo. De hecho, los Awá describen enfermedades de filiación cultural como la “mala hora,” que afecta a las personas que salen a ciertas horas del día, o el “ojeado de piedra” que se produce al bañarse con miedo o frío en aguas de quebradas desconocidas, solo por mencionar algunas. En la cosmovisión Awá, existen múltiples enfermedades que surgen de la desobediencia a las reglas sobre el adecuado uso de la naturaleza y los alimentos. Además de esta relación de la naturaleza con la enfermedad, existe también el reflejo de las relaciones humanas sobre la naturaleza. Los Awá hablan de las palabras y relaciones con respeto, y de consejos sobre la relación entre seres humanos. Cuando no se cumple la palabra dada en acuerdo, cuando se falta el respeto a los mayores, los desequilibrios entre las personas se reflejan en escasez de cosecha, sequía de los ríos, y falta de lluvias en la región.

“Los Awá somos hijos de la montaña; nuestros padres son dos barbacoas, una blanca y una negra que se encontraban en un árbol ubicado en la cabecera y a la orilla del río Chatanalpí. [...] Nuestra misión es cuidar la naturaleza. Por eso los Awá y la montaña somos una misma realidad: lo que suceda a la montaña le sucede al Awá; no podemos vivir el uno sin la otra. Para nosotros, el territorio son los árboles, los animales, ríos, quebradas, el agua, la lluvia, las nubes, el sol, la luna, el trueno, el cueche arco iris, los espíritus de la montaña, [...] los

avisos de la selva... todos forman una sola realidad Awa”.¹²¹

En la cosmovisión Awá también es central el concepto de “espacio de vida,” el cual es un “lugar de reproducción de vida, donde se mantienen el equilibrio y la armonía con la naturaleza; es el lugar donde vivimos, trabajamos, cultivamos, pescamos, cazamos y recreamos el pensamiento; donde se genera un verdadero respeto hacia lo cultural, natural y espiritual.”¹²² Este espacio de vida lo forja el Awá con su caminar cotidiano, subiendo la montaña y bajando a los ríos, transitando las tierras que les pertenecen.

“Porquesí, nosotros estamos caminando y vivimos en esta casa grande, pero es un espacio que hay que conocer. Hay que respetar los sitios sagrados, las peñas, las chorreras, las cordilleras, las cuevas, los ríos, los charcos, porque cada cual tiene su dueño y eso hay que entenderlo. Es aprender y conocer. Y así es, como se dice, “la vida.” ¿Y si no hay bosque? Los animales también son parte de ese equilibrio: las plantas, los árboles. ¿Entonces? Pues eso ya no es vida para nosotros. Si sacan la riqueza natural, se está sacando la vida del agua, de la sangre, de ese pulmón que respira y que da vida a los seres humanos, a los animales, a las aves”.

*Entrevista individual F
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

Los Awá viven dispersos por su territorio, y organizan sus familiares con un alto grado de autonomía. Cada familia se conforma por unas cinco a siete personas, en promedio, y estas familias se dedican a cultivar plantas para su sustento, por medio de un proceso de “tumba y pudre,” es decir, sin uso del fuego para producir la germinación. Cada cuatro o cinco años, la unidad familiar se reubica para dejar descansar la tierra del uso agrícola y buscan adecuar nuevos lugares

⁽¹²⁰⁾ Bisbicus, G. T. et al. (2010). *Comunicación con los espíritus de la naturaleza para la cacería, pesca, protección, siembra y cosecha en el pueblo indígena Awá de Nariño. Programa Somos Defensores-PNGPDDH-. Bogotá, D. C. p. 43*

⁽¹²¹⁾ UNIPA, CAMAWARI, ACIPAP. *Plan de Salvaguarda Awá.*

⁽¹²²⁾ Bisbicus, G. et al. (2010). *P. 52.*

para sus cultivos. Los cultivos más comunes que suplen a las familias Awá son el plátano en múltiples variedades: hartón, maqueño, y chiro; también el maíz, la yuca, el borojó, el lulo, el frijol, y el chontaduro. Entre estos, el máspreciado, y al que más se refirieron las personas entrevistadas con notable agrado y añoranza, es el chiro, un plátano pequeño que se machaca y se come en tortas redondas conocidas como “balas.”

La dispersión del Pueblo Awá, sin embargo, no se ha debido solamente a la forma de organización de sus familias. En gran medida, ha sido fruto de un proceso colonizador que inició en el siglo XVI y continúa en el presente con diferentes presiones de desplazamiento. Tras el proceso colonizador enfocado en explotar los recursos auríferos en Tumaco y Barbacoas, los Awá se ubicaron en lugares cada vez más inaccesibles, en el seno de las montañas y en las zonas ribereñas. En posteriores épocas, llegaron más personas a las tierras de los Awá-Afros, colonos mestizos, y hoy en día hasta mexicanos.

En el tiempo de la Colonia, y hasta el desarrollo de las carreteras en el suroccidente del país, Nariño no era un lugar fácil de navegar. Tampoco era un territorio que recibiera gran atención por parte de la centralidad del poder en Bogotá. Se dice que, para viajar de Bogotá a Pasto, las personas debían navegar el Magdalena desde Honda (Tolima) hasta Barranquilla —es decir viajar unos 1.000 km en sentido contrario al destino—, luego viajar a Panamá, atravesar el istmo, viajar por toda la costa Pacífica hasta Tumaco, navegar los ríos Patía y Telembí hasta Barbacoas, y luego ascender por las laderas occidentales de los Andes hasta llegar a Pasto.¹²³ Además, existía una barrera “cultural.” Nariño fue en gran parte rezagado como consecuencia de una actitud punitiva, debido a su apoyo al ejército realista durante la Independencia. Hoy se manifiesta en chistes y burlas sobre los pastusos, pero bajo la cubierta inocua de estos, yace una historia extensa de abandono del Estado en esta región. Si esta relación hegemónica de abandono se establecía ante una ciudad como Pasto que,

⁽¹²³⁾ Franco-Gamboá, A. (2015). *Reconstrucciones de la cotidianidad en el pueblo indígena Awá: espacios minados, tiempo natural, y sobrenatural*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Antropología. Bogotá, Colombia.

⁽¹²⁴⁾ Bisbiscús, et. al. (2010). P. 23.

en todo caso era un importante poblado colonial con un alto grado de mestizaje y de apropiación de los modos de vida europeos y católicos, la relación hegemónica y de abandono desde Pasto y Popayán hacia las ruralidades indígenas y negras, era aún más marcada.

Tras la manumisión en la independencia, comunidades de afrodescendientes que habían trabajado las minas en Tumaco y Barbacoas en Nariño, Timbiquí en Cauca, y otros múltiples centros mineros en la Cordillera Occidental, se ubicaron en las costas del departamento de Nariño. En el último siglo, hubo además intentos por trazar caminos que permitieran el comercio entre los principales poblados del suroccidente colombiano —ciudades como Popayán, Ipiales, y Pasto— y las principales ciudades ecuatorianas. Los ferrocarriles que conectaron ciudades colombianas con ciudades ecuatorianas trajeron además un flujo mayor de colonos, quienes se asentaron cerca de las carreteras y los ferrocarriles. Ante esta presión demográfica, los Awá continuaron reubicándose en zonas alejadas de los colonos y advenedizos. Debido a la presión y tensiones entre las comunidades negras y los Awá, varias familias Awá también migraron masivamente hacia Ecuador.¹²⁴ Hoy, solo un porcentaje menor de su población habita en los poblados que conforman las cabeceras municipales.

“Realmente yo sí sentía que ya estábamos en las entrañas de la tierra. Porque no había ni cómo salir de por ahí. Porque no es como si cuando sucede algo, agarras un bote y te vas, ¿no? O sea, ahí entendí que la gente dependía de cómo se llenan los ríos, de acuerdo a lo que es el oleaje del mar, y la gente vive sobre esteros. Por más que quieras tú salir de esa zona, no se podía si el agua estaba muy baja o si está muy crecida”.

*Entrevista individual #10
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de febrero de 2021*

Ahora bien, el Pueblo Awá habita una región montañosa compartida por dos Estados soberanos: Colombia y Ecuador. Pero esto no quiere decir que los gobiernos de estos países se hayan apropiado de reconocer a los Awá como sus ciudadanos, y mucho menos garantizar sus derechos. Las comunidades que allí viven han padecido el abandono crónico de ambos Estados. Sus tierras se consideraban baldías, abandonadas, tierras de nadie. Los colonos que llegaban a estas tierras se asentaron, en ocasiones con violencia y agresión, y los Awá se aislaban cada vez más.

Desde el gobierno central, e incluso desde Pasto y Popayán (los principales referentes del poder regional) nunca hubo una inclusión para estos pueblos en las políticas públicas en términos de derechos fundamentales como la educación y la salud. De hecho, en el Pueblo Awá las iniciativas de alfabetización, de formación de centros educativos, y de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) son el fruto de su organización como pueblo autónomo. Con este esfuerzo de los procesos organizativos, los Awá han conseguido con esmero las instituciones que consideran esenciales para su progreso.

“Entonces, vemos que la violencia ha venido generada desde mucho tiempo atrás, incluso nosotros hablamos desde los años 70 más o menos, que empezamos a ver cómo hemos sido marginados y hemos sido excluidos, como hemos sido olvidados, excluidos de los programas, de las políticas públicas, de la participación. Entonces diríamos que ha habido una violencia política desde mucho tiempo atrás y esa lógica de ver desde afuera, desde el gobierno, es la violencia que hoy está representada en hechos violentos”.

*Entrevista individual E
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

Además del abandono del Estado, varias personas —abogados, políticos locales, notarios— utilizaron

las leyes de propiedad de este para expropiar sistemáticamente a los Awá. Aparecían forasteros en los territorios Awá, quienes hacían firmar escrituras a los indígenas para que cedieran sus terrenos, aprovechándose de su desconocimiento de las leyes de propiedad de tierras y de su analfabetismo. Luego, en otras ocasiones, llegaban inspectores delimitando terrenos; y políticos y empresarios de los centros urbanos aledaños —quienes terminaban adueñándose de territorios dados por “baldíos”— coartando el derecho que reclamaban los Awá sobre estos.

“Muchos políticos en esas épocas se aliaron con otros politiqueros y se apropiaron de las tierras. Y como nosotros o nuestros mayores en esa época, pues tampoco sabían que las tierras se tenían que asegurar a través de un documento... además, por lo que era muy difícil [llegar a ellas]. Pues llegaron del inspector, llegaron del alcalde, llegaron del notario, porque no lo sabíamos, y entonces todos esos pensaron que las tierras, nuestros territorios, eran totalmente baldías. Que se podía apropiarse, podía adueñarse cualquiera que venía de afuera. Entonces eso fue una forma de que haya sucedido [...] perder muchos territorios”.

*Entrevista individual E
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

En la región, los principales proyectos económicos han sido de carácter extractivista, lo cual, como en el caso del Chocó, ha permitido el usufructo de las tierras por parte de compañías nacionales ubicadas en la región centro-andina, de compañías internacionales, y de múltiples actores armados.

Uno de los emprendimientos extractivistas que causó grandes estragos en el territorio fue la minería, principalmente aurífera. En Barbacoas y Tumaco había minas de oro que se explotaban desde la colonia, las cuales fueron importantes para el proceso de colonización del Cauca y del Pacífico colombiano. Inicialmente, se intentó

explotar las minas con mano de obra indígena, y posteriormente esclavistas trajeron mano de obra africana desde los grandes puertos en el Caribe, como Cartagena, navegando el Atrato, y atravesando el Cauca hacia Nariño. Tras la manumisión, muchos esclavos se desplazaron hacia las riberas de los ríos en los bosques del Litoral Pacífico, abandonando las minas. En ese entonces, existía otra fuente de materia prima, la tagua, una semilla que parece un huevo, abundante en el Pacífico colombiano, y que fue ampliamente usada para producir botones en los centros textiles de Europa.¹²⁵ El flujo migratorio se sostuvo entre 1850 hasta 1940 debido a la alta demanda de la tagua; sin embargo, no se vendía a precio estable, y los desplomes del precio causaban que varias personas aventuraran desde los taguales montañas, hacia los territorios de los Awá, para ejercer la agricultura de subsistencia y la minería artesanal.¹²⁶

En los años 80, el Pueblo Awá comenzó a verse presionado también por proyectos agroindustriales que promovían el monocultivo de palma africana, lo cual representó una amenaza a la supervivencia del Pueblo en la medida que esta reduce su capacidad de recolectar alimentos que se encuentran en los bosques nativos. Fue precisamente esta invasión de tierras Awá por las empresas palmeras y las amenazas a familias Awá de la comunidad La Brava lo que motivó que se organizara políticamente la Unidad Indígena del Pueblo Awá (UNIPA) en 1990.¹²⁷

“Entre 1980 y 1990 llegaron unas empresas palmeras a los territorios, y llegaron con el objetivo de invadir, de expropiar las tierras ancestrales para dedicar a la extensión de monocultivo que en ese entonces la siembra de palma africana. [...] Perdimos una cantidad enorme de territorios. Entonces esto fue una forma de podernos criminalizar, despojar del territorio, reducir el territorio y someternos también como la miseria y la pobreza. Porque es que a nosotros nos quitan el espacio de vida y pues nos están sometiendo a otros modos de vivir”.

*Entrevista individual E
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

⁽¹²⁵⁾ Leal, C. (2005). “Un puerto en la selva. Naturaleza y raza en la creación de la ciudad de Tumaco, 1860-1940.” *Historia Crítica*. No 30. Bogotá, Colombia. p. 40

⁽¹²⁶⁾ A finales del siglo XIX, varios de estos afrodescendientes mineros obtuvieron el título a las minas que explotaban artesanalmente. Las minas fueron un importante nodo de establecimiento de relaciones sociales para las negritudes en Nariño, a tal punto que los individuos, al encontrarse con personas de la región, podían identificarse simplemente diciendo, por ejemplo, “yo soy de la Mina Leonco,” con lo cual no hacían referencia a la mina en sí, sino al conjunto de familias, organizadas en “ramaje” que sobrevivían de ella. La antropóloga Nina de Friedemann hace un análisis profundo sobre esta forma de relaciones familiares y comunitarias en torno a la minería artesana y su importancia en construir el tejido social para los exesclavos y sus descendientes, lo cual guarda una gran semejanza con la expuesta en las comunidades afrodescendientes del Medio Atrato, como demostrado en De Friedemann, N. (1971). “Minería del Oro y Descendencia: Güelmambi, Nariño.” *Estudios de Negros en el Litoral Pacífico Colombiano*.

⁽¹²⁷⁾ Bisbiscús et al. (2010). P. 19.

El conflicto armado en los territorios del Pueblo Awá



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Sin embargo, no fue la palma ni fueron las minas las que determinaron la instalación del conflicto actual en el suroccidente de Nariño. Los Awá fueron involucrados en el conflicto armado por medio de las acciones de actores que buscaban expropiar sus tierras para sostener rutas críticas en el narcotráfico. Durante la década de los 90 hubo una gran transformación en la cadena productiva de la cocaína que guarda una relación profunda con el conflicto en Nariño. Hacia finales de los años 80, la base que se procesaba en el país para exportación venía principalmente de Ecuador, Perú, y Bolivia, por transporte terrestre o aéreo.

Tras la implementación de políticas exteriores impulsadas por las Administraciones de Ronald Reagan y George W. Bush Sr. en Estados Unidos, en particular la notoria Guerra Contra las Drogas y la Iniciativa Regional Andina, hubo un descenso en los insumos de base de coca provenientes de Bolivia y Perú en el país. Los carteles que se habían establecido durante la fase inicial de la bonanza cocalera buscaron asegurar cultivos en regiones con baja presencia del Estado y cercana a rutas que permitieran exportar la cocaína hacia los consumidores. Fueron los territorios del Pueblo Awá un blanco ideal: remotos, extensos, y desprovistos de cualquier institución del Estado.

Completando el engranaje, está el Oleoducto Transandino, cuyo contenido se extrae clandestinamente para derivar los petroquímicos usados en el procesamiento de base de coca. El Oleoducto Transandino corre desde Orito (Putumayo), hasta Tumaco (Nariño), atravesando por Ricaurte y Barbacoas, cerca de los resguardos del Pueblo Awá. El Oleoducto ha sido blanco de múltiples ataques por parte de grupos armados, de los cuales el más notorio, produjo la contaminación del agua potable de Tumaco al verterse

410.000 galones a las fuentes de agua, tras un ataque por las FARC-EP.¹²⁸ Este grupo llegó a tener pequeñas refinerías de petróleo crudo para derivar los insumos necesarios para el procesamiento de la base de coca, y eran frecuentes también las piscinas para almacenar crudo y múltiples válvulas colocadas a lo largo del oleoducto que drenaban constantemente un flujo de petróleo.¹²⁹ No solo las FARC-EP han sido partícipes en los ataques al Oleoducto Transandino. Actores tanto armados como civiles, partícipes de una u otra forma en el procesamiento de coca y el sustento económico de la guerra, han aprovechado el trayecto del petróleo en su rumbo hacia Tumaco.

“La gente pues saca gasolina del oleoducto para procesarla en pasta base. Entonces por eso de que hay bastante cultivo de coca y pues como el oleoducto está ahí a la mano de todos, pues echan mano del petróleo, lo traen, lo procesan y tienen allí sus cambuches [...] para procesar la pasta base. Entonces la gente del Pueblo Awá vive en medio de todo eso, en medio del oleoducto, el medio de la coca y obviamente en medio de los grupos armados que se encargan de explotar todo esto”.

*Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

Así, todos los factores para la extensión del conflicto a la región estaban puestos a la mano. La poca supervisión del Estado, tierras para el cultivo de coca, derivados de hidrocarburos para su procesamiento, rutas para el transporte, y puertos para el desembarque de cocaína hicieron que la instalación de una verdadera industria del narcotráfico se materializara en la región. Debido a la creciente importancia del narcotráfico como fuente de financiamiento para la guerra, múltiples grupos comenzaron a disputarse el dominio territorial, y las repercusiones sobre el Pueblo Awá eran inminentes.

“Algunos mayores nos hablaban de una guerrilla que se llamaba “Los Chusmeros,” pero tampoco nosotros, los niños en la época, los habíamos visto [...] incluso ni siquiera imaginamos quiénes eran. Cuando éramos niños, se nos vendía la idea que ellos eran como el mal ejército, nada más. Pero ya cuando en el 92 aparecen dos grupos armados al servicio del narcotráfico, pues ya nos íbamos dando cuenta de que las cosas...pues eran muy distintas.

Desde el año 92 aproximadamente aparece un grupo al servicio de los del Cartel de Medellín, conocido como “Las Escobitas,” [y] ellos empezaron a poner el control sobre la vía Junín-Barbacoas y sobre la carretera Altaquer-Tumaco. [...] Pusieron un horario que después de cierta hora no podían ver a nadie en el camino ni en la carretera. Esta gente, bajaba y subía en motos y en carro, y era una cosa muy novedosa porque no había. Nunca se había visto de grupos armados. Eran los únicos que andaban [en vehículos motorizados].

En el 94 y hasta el 95 apareció un grupo armado denominado EPL en la región, donde empezó a reclutar personas, donde empezaron a asesinar ya a nuestros compañeros, donde allí empieza a generarse el desplazamiento gota a gota, donde muchas familias tuvieron que abandonar el territorio para proteger su vida y entonces algunos salen para otros departamentos, otros incluso se fueron para el Ecuador [...]

Luego del 95 en adelante, ya llega al territorio el ELN. Para nosotros pues era un grupo muy nuevo y entonces también llegaban imponiendo sus nuevos reglamentos, sus nuevas leyes

⁽¹²⁸⁾ Rettberg, A. y J.D. Prieto. (2018). “Conflicto Crudo: Petróleo, Conflicto Armado, y Criminalidad en Colombia.” en *¿Diferentes recursos, conflictos distintos? La economía política regional del conflicto armado y la criminalidad en Colombia*. Rettberg et al. Editores. Ediciones Uniandes, Bogotá. Pp. 164.

⁽¹²⁹⁾ Plan de Seguridad MDM. 2014.

y cosas que muy poco entendían las dinámicas dadas, las leyes propias de las comunidades indígenas [...]

Ya en el 97 llegan las FARC, también por el territorio, [...] y empiezan a generarse enfrentamientos armados entre los dos grupos. Y entonces ya íbamos entendiendo de que la presencia de los actores armados nada bueno traía al pueblo, nada bueno traía a los jóvenes nada bueno a nuestras familias Awá. Y las FARC, pues estuvo allá más o menos cruzando eso del 97 como hasta el 99, porque ya en el 2000 llegan las Autodefensas Unidas de Colombia, al territorio. Y ellos sí se ubicaron más sobre la vía Junín-Barbacoas y sobre la vía Ricaurte-Tumaco.

Entonces esa, esa presencia estable de [las AUC], pues fue una situación más terrible, porque nosotros teníamos que escuchar, ver todas las situaciones que pasaban allí, donde traían mucha gente de afuera, los desaparecían, los descuartizaban, los asesinaban. Muchas situaciones donde también se generaron muchos desplazamientos de familias, de vecinos que no eran indígenas y todo eso que tuvimos que vivir hasta el momento de la desmovilización, que fue más o menos a mediados de 2005”.

*Entrevista individual E
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

La mencionada desmovilización del 2005 se dio en el marco de la Ley de Justicia y Paz, impulsada por el gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Así como fue expuesto en el caso de Chocó, en Nariño las comunidades no experimentaron un cambio trascendental tras este proceso, en cuanto a la presencia de actores armados y la continuidad de la guerra. A pesar de la promoción por parte del gobierno de la Ley de Justicia y Paz como un hito importante hacia la paz en la región, el Pueblo Awá vivió el fracaso de este proceso proliferar nuevos grupos armados organizados, como sucedió en Chocó.

“Pero eso no pasó ni siquiera medio año, cuando creo que fue en septiembre del 2005 mismo, aparecieron un grupo armado denominado “Los Rastrojos” y para nosotros pues no era otro grupo nuevo, sino que eran las Autodefensas que habían vuelto por donde ellos operaban, y que ya se llamaban y ya se reconocían con otro nombre.

Ellos estuvieron allí más o menos [...] tres años, y luego se retiraron para para otro sector. Pero seguíamos sintiendo todo esos efectos. Del 2006 en adelante es que el Pueblo Awá empieza a sentir, o sea, la presión de todos los actores armados, donde los señalamientos pues fueron muy fuertes, donde muchos de los grupos armados justificaban para cometer sus crímenes. Entonces el uno decía que alguien era colaborador de un grupo, el otro también decía que era un colaborador del otro grupo. Entonces fue una forma donde empezaron los asesinatos a verse de manera más, más constante, más sistemática.

Y fue desde allí, donde ya empezamos a ver que los desplazamientos no eran gota a gota, sino también ya fueron masivos, que ya empezaron de diez familias, quince o veinte familias, treinta familias. Hasta más o menos el año 2011-2012. Entonces, toda esa esa situación, pues hemos tenido que vivir. Y ahora pues últimamente, después del Acuerdo de Paz, pues de las disidencias de las FARC, pues han resurgido un montón de actores armados y que, pues todo esto diríamos, los tiempos del posconflicto, es donde vemos una realidad más cruda, más crítica”.

*Entrevista individual E
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

La cruda realidad que vive el Pueblo Awá en la actualidad se compone de disidencias de las FARC-EP, de múltiples grupos armados ilegales asociados al paramilitarismo, del ELN, de grupos armados vinculados al narcotráfico mexicano, quienes buscan desterrar a los Awá de sus territorios en un intento de dominar esta región estratégica para el narcotráfico.

Los enfrentamientos han involucrado al Pueblo Awá, produciéndose un ambiente de señalamiento, de miedo, y de constantes amenazas. La experiencia más fuerte la vivió el Pueblo Awá en la masacre de Tortugaña-Telembí, en 2009. Según se relata, a finales de 2008 se enfrentaba el ejército contra la Columna Mariscal Sucre de las FARC-EP. Las autoridades del Pueblo Awá denunciaban que estaban en fuego cruzado. A pesar de activar el sistema de alertas tempranas en repetidas ocasiones, militares del Batallón Mártires de Puerres de la Brigada 29 entraron a las casas de las familias Awá y les obligaron a dar información sobre las ubicaciones y las actividades de las FARC-EP en los alrededores. Tras ser obligados a revelar información sobre la guerrilla, las FARC-EP señalaron a varios líderes, y los declararon objetivo militar. Tres días después, retuvieron a 20 personas en el resguardo, los arrastraron a la quebrada el Hojal, y allí torturaron y asesinaron a 11 personas. Solo unos días antes de la masacre, la Corte Constitucional había declarado por medio del auto 004 de 2009 que los Awá, junto con otros 34 pueblos indígenas, están en riesgo de exterminio físico y cultural”.¹³⁰

“Nos han venido acabando, quitando la vida a uno. Pero de ahí vemos que también, no solamente basta con asesinar, con callar la palabra, sino también con desterrarnos del territorio, despojarnos del territorio. Pero hoy vemos que, pues si no queremos salir, pues nos minan el camino, nos minan las fincas, nos minan el territorio, como quien dice “Bueno, usted sale o se muere aquí”. Entonces ha habido muchas cosas que hemos visto pasar, muchas formas que se han inventado en el marco del conflicto armado, en el marco de la violencia para poder acabar, despojar, sacarnos del territorio. Entonces es así como nosotros vemos que ha impactado en la vida, en la vida física de del ser Awá, en la vida cultural del Pueblo Awá, pero también en la vida cultural y espiritual del territorio”.

*Entrevista individual E
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

“El gobierno, a través de sus instituciones, y los mismos actores armados a través de su accionar en nuestro territorio —que es ese ese Espacio de Vida—, lo han convertido en un campo de batalla, en un campo de guerra. Entonces ni los actores armados, tanto ilegales como legales, ni el gobierno ha querido entender eso. Y eso es lo que ha representado para nosotros grandes consecuencias. Y eso es lo que nos ha llevado de pronto a generar un problema de salud dentro de las comunidades y dentro de los territorios. ¿Por qué, si es un espacio de vida nuestro territorio? ¿Por qué tiene que convertirse en un campo de sangre, de sufrimiento, de lágrimas, de guerras, de confinamiento, de campos minado?”

*Grupo focal B con integrantes de organizaciones sociales,
resguardos y pueblos indígenas
11 de marzo de 2021*

Luego de la firma del Acuerdo de Paz, se generó esperanza y expectativa por la posibilidad del reencuentro con los seres queridos y familiares que se habían ausentado en el marco del conflicto. Para la mayoría de las familias, fue causa de gran sufrimiento y decepción al ver que sus expectativas no se cumplieron y

⁽¹³⁰⁾ En este auto, la Corte Constitucional declaró que “el Estado colombiano está en la obligación doble de prevenir las causas del desplazamiento forzado de los pueblos indígenas, y atender a la población indígena desplazada con el enfoque diferencial que para ello se requiere,” y ordenó el desarrollo del Plan de Salvaguarda Étnica del Pueblo Awá, entre otros. Los Planes de Salvaguarda de los pueblos son responsabilidad del Ministerio del Interior.

que, por el contrario, el conflicto se recrudecía en la región tras la reconfiguración del panorama de actores precipitado por la ausencia de las FARC-EP.

“En Tumaco una característica que se veía era que había más población de adultos mayores y ellos se quedaban en esas zonas. Porque aducían que se iba a terminar el conflicto y todos esos muchachos que estaban reclutados y se habían ido para para los grupos armados ilegales, iban a regresar y ellos nunca se movían de las zonas esperando a los muchachos que se fueron, que se enlistaron en las filas de los grupos armados ilegales [...] El impacto de decirle a un abuelo: «Pues ya no, ya aquí no hay nadie de la población, los caseríos ya casi estaban solos». ¿Usted qué hace aquí? Y ellos le comentaban eso. «Yo estoy aquí esperando a mi hijo que se fue hace 30 años, 20 años y yo lo estoy esperando y si me voy de aquí no me encuentra ¿Y para dónde se va a ir?» Entonces ese era el impacto más grande que se podía observar [...] Con el proceso de paz se les dio una esperanza a esos abuelos y abuelas que iban a volver a ver a sus hijos”.

*Entrevista individual #6 a integrante de Médicos del Mundo
3 de febrero de 2021*

La realidad que se vive ahora en el territorio atiende a una situación en algunos casos más crítica a la dinámica previa del conflicto, con la presencia de nuevos actores armados y la ausencia de la acción e intervención estatal. El Pueblo Awá se encuentra en mayor riesgo hoy que cuando la Corte Constitucional declaró el riesgo inminente de exterminio físico y cultural del Pueblo.

“Y ahora, pues últimamente, después del Acuerdo de Paz, pues de las disidencias de las FARC, han resurgido un montón de actores armados y que pues todo esto diríamos, los tiempos del posconflicto, es donde vemos una realidad más cruda, más crítica, donde vemos que la respuesta estatal ha sido cada vez muy mínima, donde las organizaciones y los pueblos estamos denunciando constantemente todos los hechos que están ocurriendo en el territorio, pero nadie hace nada, ni el alcalde dice nada, ni hace nada, ni el gobernador de departamento tampoco hace nada, ni el gobierno nacional tampoco, ni sus instituciones. Entonces diríamos que estamos en un momento muy difícil, muy crítico, donde no hay ni las condiciones ni las garantías para seguir viviendo en el territorio”.

*Entrevista individual E
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*



FOTO: Equipo Misión Mdm
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

La situación de salud en el Pueblo Awá de Nariño y la experiencia de Médicos del Mundo



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Médicos del Mundo se dispuso a desarrollar un proyecto en Ricaurte durante la primera década del siglo XXI. Ya venía en planeación algunos años antes, pero el agravamiento de la situación humanitaria en la región, motivó a MDM a iniciar el proyecto de manera anticipada. Puntualmente, fueron dos masacres. La primera fue en Tortugaña-Telembí, donde las FARC-EP asesinó a 17 personas. Entre ellas, había dos mujeres embarazadas. Y la segunda, la quema de un bus que aún alojaba personas que viajaban de Cali a Tumaco, y en la cual fallecieron niños y adultos mayores, cuya autoría es aún poco clara¹³¹.

“Se iba a abrir un proyecto en Nariño y lo estaban organizando de manera muy detallada para iniciar en junio del 2010. Pero resulta que en el 2009 se dieron dos eventos muy especiales. Uno, fue una masacre de unos indígenas en un resguardo y el otro fue la quema de un autobús por parte de grupos de la guerrilla [...] Entonces la violencia, el orden público, estaba muy incrementado, estaba demasiado alterado. Por la misma coyuntura se logró abrir o iniciar el proceso para enero del 2010”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

⁽¹³¹⁾ Redacción El Tiempo. (2009). Pasajeros quemados en bus en Nariño son siete y no seis; medicina legal confirmó muerte de dos niños. El Tiempo. Accedido a través de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-6658527>

“Ahí hay dos grandes instancias que abarcan a estos resguardos. Entonces nosotros nos fuimos por el resguardo Awá. La jurisdicción de este resguardo indígena Tortugaña telembí pertenecía a la comunidad indígena Awá. [...] Luego entre finales del 2013 y principios del 2014 se empieza a visibilizar que también hay una necesidad muy importante en otros tipos de resguardo indígena, como el Eperara Siapidara hacia algunos municipios costeros y entonces es cuando cambiamos hacia la parte de Tumaco y hacia los municipios costeros de Nariño”.

*Entrevista individual #3
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021*

El inicio de la misión a raíz de la solicitud del Pueblo Awá, tenía por objetivo el fortalecimiento de las capacidades institucionales de la IPS-Indígena de la UNIPA. De esta manera, se realizaban ejercicios complementarios entre las capacidades de ambas organizaciones para la acción sanitaria en las comunidades y temas específicos de la UNIPA identificara como prioritarios.

“Empezamos a fortalecer el equipo extramural. Ellos casi no tenían salidas extramurales a las comunidades, no había jornadas de salud en las comunidades, porque pues no estaban con la logística y tenían muchas deficiencias en ese sentido para salir a terreno. Las salidas las hacíamos con ellos, con el equipo extramural y con el equipo de Médicos del Mundo”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

“Entonces nos coordinamos con ellos sobre qué población tenía esa necesidad de acompañamiento y de salud, porque al final de cuentas nosotros llegábamos con servicios de salud. Ellos se comunicaban con los gobernadores indígenas para que hicieran el respectivo acompañamiento. Por un lado, la IPS UNIPA organizaba a su gente [...] y, por otro lado, nosotros con la IPS llevábamos unos servicios de salud y ellos los complementaban con otros [...] Para ese entonces la IPS no tenía un equipo que llaman extramural. Tenían presencia solamente con servicios muy básicos, [...] como charlas. Pero no llevaban médico nunca, ni citología, ni planificación”.

*Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

“Nos complementamos con otros servicios que Médicos del Mundo no contaba, como vacunación y control prenatal. Por ejemplo, nosotros hacíamos los controles y ellos llevaban un registro de eso, de la información, de los censos. Ellos podían hacer censos, podían visitar comunidades a las que antes no habían llegado. Fuimos fortaleciendo eso muchas veces ellos no habían entrado en esa comunidad nunca como organización y pues conjuntamente con Médicos del Mundo se llegaba”.

*Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

Estos ejercicios permitieron poner en evidencia la lejanía de las comunidades, que se ubicaban en sitios remotos, de muy difícil acceso. En ocasiones, tenían que desplazarse hasta un día de camino. La definición del modelo y el sistema de salud en Colombia, como se ha mencionado previamente, plantea unas limitaciones de carácter estructural que edifica las barreras de acceso a los servicios de salud y la

imposibilidad de su oferta en los territorios rurales. En territorios como los del Pueblo Awá, se configuran barreras de tipo geográfico como una de las principales limitantes para el ejercicio del derecho a la salud.

“Las comunidades indígenas tienen muchas necesidades de salud. Se mueren muchos niños que ni siquiera estaban registrados, ni censados [...] las embarazadas no tenían controles prenatales [...] Había zonas minadas, entonces la población no salía o había presencia de algún grupo armado en medio del camino y la población no salía. Estaban amenazados o eran vigilados [...] La población se quedaba en un tipo de confinamiento, en sus comunidades, pero pues confinada. Entonces no podía ni entrar, ni salir, ni alimentos, ni salud, ni nada. Y si salían, pues era bajo su propio riesgo”.

*Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

“Su geografía es muy complicada. Aunque no son tal vez comunidades muy lejanas. Por ejemplo, hay una comunidad que uno tarda ocho horas en llegar, porque hay mucha montaña [...] Por otro lado, el acceso por los ríos o quebradas que se aumentan cuando llueve. Eso les dificulta mucho para llegar a acceder a la salud”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

Para estas comunidades se configura también una barrera de acceso de tipo cultural, tanto por el desconocimiento por parte del sistema de los saberes y prácticas ancestrales, como por el idioma que impide la comunicación efectiva con el personal de salud.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

“Tienen una barrera común que, por llamarlo barrera, es el idioma, porque muchos todavía hablan es el awapit [...] no entiende el español. Entonces cuando llegan a la IPS tiene que haber alguien que los lleve, los traiga, los meta al consultorio y les traduzca porque no entienden. Entonces muchos de ellos prefieren no ir y quedarse en casa”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

A lo anterior se suman las restricciones y dificultades propias de la dinámica del conflicto en el territorio, que en relación con las confianzas hacia la dirección del Hospital en determinados momentos se traducen en bloqueos al paso de medicamentos y personal de salud para el desarrollo de las jornadas de atención tanto en comunidades afrodescendientes como en las indígenas.

“El hospital también dependía de quién dirigía o quién coordinaba ese hospital. Entonces, si era una persona, era de la comunidad, y era afín y no tenía problemas con los grupos armados, podía mandar cada cierto tiempo un médico para hacer una jornada. Pero había otras personas que no eran bien vistos, y les bloqueaban el acceso, y el hospital no podía bajar medicamentos, ni bajar vacunadores, ni bajar médico, nada. Entonces eso por ese lado de las comunidades afrodescendientes. En las comunidades indígenas era un poco más marcado, porque ellos, por el tema del lenguaje, del dialecto, de sus costumbres, se confinaban aún más. Y eran percibidos como tan vulnerables y les robaban, les quitaban tierra, cultivos, lo que conseguían, y lamentablemente había una estigmatización hacia estas comunidades, y no eran bien atendidos en algunos hospitales, ni en centros de salud. Eran vistos como una carga”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

Asimismo, los mecanismos de control y restricción sobre el territorio se evidenciaron en la introducción de las minas antipersonal, principalmente en los momentos en que se conocía que iban a iniciar las jornadas de erradicación manual de cultivos de uso ilícito por parte del ejército.

El fenómeno de las minas antipersonal en el territorio es de magnitudes significativas. De acuerdo con el Programa de Acción Integral Contra Minas, PAICMA, en 2013 se registraron en el departamento de Nariño 56 víctimas, de las cuales 35 fueron civiles (una fallecida, menor de edad, y 34 lesionadas, entre ellas 4 menores de edad) y 21 militares (15 heridos y 6 muertos). Igualmente, del total, 40 se reportaron en el municipio de Tumaco, correspondiendo al 71,4% del departamento y al 10,9% en el país (Informe de seguridad, MDM, 2014). Estos impactos del confinamiento a través de las minas antipersonal son mayores cuando se dirigen a pueblos indígenas, que lo consideran como una restricción total a su cultura que basa sus procesos de resistencia en el caminar el territorio.

“Las minas antipersonales son muy sentidas en esta población, porque son caminantes. [...] Entonces, que les pongan en sus caminos minas antipersonales, es tenaz. Han caído y perdido la vida, otros han perdido partes. Recientemente, el año pasado una mujer en la comunidad indígena cayó en una mina antipersonal y pues perdió el ojito y tiene una parte de la cara desfigurada. [...] También una muchacha que quería ir a pescar al río, a coger su pescadito para la cena y cayó en una mina antipersonal en un camino que es de tránsito de ellos para ir a su comunidad [...] Entonces si su camino está minado; están confinados y no pueden salir. Y pues el que se arriesga a salir, le pasa y puede morir”.

*Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

Estas barreras de acceso, los bloqueos y la ausencia de presencia institucional y estatal para la garantía de la atención en salud, desembocaba en la agudización de problemas en salud de todo tipo. Hay casos en los que los relatos permiten identificar que, de no ser por la fortaleza comunitaria y las acciones de tipo humanitario en el territorio, el desenlace hubiera podido ser fatal o discapacitante.

“Yo me acuerdo de una señora que tenía como 39 o 40 años, no tenía ningún control prenatal y no salía. Por algún motivo nosotros llenábamos en unos papelitos a qué IPS pertenecía [...] y ella me dijo: «No, yo no pertenezco a ninguna, pertenezco al seguro morirnos». Y me impactó mucho porque era gestante y ya estaba por tener su hijo y no se había hecho ningún control prenatal [...] nosotros atendimos el parto como un mes después y fue un parto complicado [...] si no hubiéramos estado, quién sabe si la señora sin ningún control en el parto le hubiera pasado algo malo. Entonces el confinamiento no les permitía ni siquiera salir a nada”.

*Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021*

Asimismo, la disputa por el control territorial se manifiesta en dinámicas de estigmatización por pertenecer o colaborar con uno u otro grupo armado, como marco de justificación para atentar contra la población e implementar mecanismos de control más rígidos para la búsqueda de los alimentos y otras provisiones.



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

“Del 2006 en adelante el Pueblo Awá empieza a sentir la presión de todos los actores armados, donde los señalamientos fueron muy fuertes, donde muchos de los grupos armados justificaban para cometer sus crímenes. Entonces el uno decía que era colaborador de un grupo, el otro también decía que era colaborador del otro grupo”.

*Entrevista individual E
a indígena del Pueblo Awá – UNIPA
11 de marzo de 2021*

“Cuando empiezan a ingresar paramilitares o cuando empieza a ingresar el ELN, se aumenta la estigmatización de quién es combatiente, quién es civil, quién es informante, quién es el sapo. Ahí no se sabía realmente quién era quién. Entonces hablamos tanto en acceso, como para poder salir de una comunidad que en lancha rápida son dos horas, en un bote de 40 o 50 motores fuera de borda eran de cuatro a seis horas, entonces se controlaban para poder salir a buscar los alimentos. Porque los alimentos a esa comunidad llegan desde Buenaventura, por barco”.

*Grupo focal con ex integrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

Igualmente, ciertas enfermedades como las transmitidas por vectores o de transmisión sexual, contaban con una carga estigmatizante en tanto se reconocían como enfermedades propias de la guerrilla o porque rompían con los valores culturales tradicionales, lo que generaba la imposibilidad de hablar y abordar estos problemas de salud a cabalidad.

“Algo que también marcó mucho es la afectación de estas Enfermedades Transmitidas por Vectores, relacionadas a malaria y relacionadas a leishmaniasis. Nosotros estábamos ahí, proporcionamos el tratamiento y les brindamos los cuidados, pero si no estaba Médicos del Mundo, la persona no salía por ese temor [...] Una persona que tuviera malaria, que tuviera leishmaniasis y viniera del monte o de la selva, automáticamente era colocarle en la frente “guerrillero” y entonces estigmatizar de esa forma en esas dinámicas, en donde estaba el ejército, ah, este es guerrillero, entonces lo voy a atacar y voy a atacar a su familia. Era muy complicado”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

“Hubo un cierre para poder hablar abiertamente sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. Era muy complicado también para las personas, si se les identificaba sífilis o si en algunos exámenes que se les hacían se les identificaba VIH, al igual cuando se les decía que tenía leishmaniasis o malaria eso también era un sinónimo de que era estigmatizado, o un sinónimo de muerte. Entonces muchas de estas personas, no volvíamos a saber de ellas, y no consultaban a seguir sus exámenes”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

Lo mismo sucedía con los abordajes de la atención psicosocial y en salud mental, particularmente en las comunidades afrodescendientes. Dado que la atención en salud no solo se desarrolló con los pueblos indígenas, sino que también integraba, cuando se requería, a las comunidades Afro asentadas en estos territorios, pudieron identificarse también algunas afectaciones, concepciones y prevenciones frente a la atención psicosocial y en salud mental consistentes en que solo se perseguía extraer información.

“Sí vi resistencia inicialmente, porque la información que pasaban los grupos armados es que los psicólogos o la psicología era de la rama de la medicina “la chismosa”, es decir tú solamente vas y te sientas. [...] Yo estaba con [otra ONG] en esas comunidades y se sentó alguien ahí que yo creo, que era guerrillero, y es que es la chismosa, porque tú te sientas y tú solamente lo que haces es preguntar, preguntar, y te preguntan desde que estabas en el vientre hasta que estás ahora y vienen y te dicen si eso es un problema de infancia, es un problema de identificación de papá o mamá y esto y te dejan con la cabeza embolada y luego te mandan a hacer la respiración, vas a coger una bolsa de papel. El señor conocía muy bien”.

Otras afectaciones se evidencian en los informes de resultados de los proyectos ejecutados por Médicos del Mundo en los territorios del Pueblo Awá¹³² entre los años 2012 y 2016. La atención de mujeres en embarazo implicó a un 68% de mujeres entre los 10 y los 19 años del total de las mujeres atendidas, evidenciando el embarazo precoz como uno de los principales problemas en materia de salud sexual y reproductiva a atender, que además profundiza en las condiciones de mestizaje en el contexto del conflicto armado.

“En esa mezcla en Tumaco entre indígena-Afro un mestizaje. Si había embarazadas, no por violación; pero que estaban metidas con grupos armados entonces no querían tener... Tuvimos contados casos... uno o dos y en ese entonces pues estábamos nosotros con lo de la interrupción voluntaria del embarazo. Entonces fue muy esporádico, no es que lo viéramos día a día, pero sí en la población en el mestizaje. En indígenas puros, no. Pero en ese mestizaje, sí. Mujeres que estaban en relación con grupos que quedaron en embarazo y no querían su producto[...] eran Afro indígenas”.

Un elemento resulta fundamental de este testimonio: la posibilidad de acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo¹³³, que aun cuando no procede necesariamente de actos de violación sexual, es el contexto del conflicto armado el que los convierte en embarazos no deseados con impactos profundos sobre los proyectos de vida de las mujeres. En el informe de los servicios de salud sexual de MDM en Meta, Guaviare y Nariño para el año 2014, el 5.5% de las mujeres atendidas acudían por este motivo¹³⁴. Y aunque, en estos casos fue posible el acompañamiento y la atención, por parte de MDM, es necesario problematizar sobre las barreras que se presentan a las mujeres en este contexto, para ello la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres propone categorizar las barreras en tres dimensiones: i) el desconocimiento del marco legal; ii) la interpretación restrictiva del marco legal; iii) la falla en la prestación de los servicios de salud¹³⁵. Las tres barreras se profundizan en contexto de conflicto armado por los riesgos y temores, que de los nexos con los grupos armados pueden desprenderse.

Asimismo, en niños y niñas menores de diez años los principales diagnósticos fueron el síndrome anémico, la parasitosis intestinal, la Enfermedad Diarreica Aguda, enfermedades respiratorias y enfermedades dermatológicas, que llevaron a profundizar la intervención hacia esta población e implementar medidas de saneamiento básico en tanto se encontraban en relación con condiciones del agua, de la seguridad alimentaria y nutricional y otras condiciones ambientales y de higiene¹³⁶.

⁽¹³²⁾ *Presentación de resultados Proyecto Nariño ECHO 4. Médicos del Mundo Francia. 2013. Informe final salud mental ECHO 4. Médicos del mundo Francia. (documento borrador) 2013. Informe ECHO 6. Médicos del Mundo Francia. 2014.*

Informe final Proyecto UNICEF y MDM. “Atención nutricional de 1000 niños y niñas, 300 gestantes y madres en periodo de lactancia de las comunidades indígenas afectadas por emergencias complejas en los resguardos AWÁ de la UNIPA en los municipios de Tumaco y Barbacoas. 2014.

Informe final Proyecto CERF OPS/OMS y MDM. “Salud y nutrición de emergencia en los resguardos AWA en los municipios de Tumaco y Barbacoas. 2014. Informe final ECHO 7. Médicos del Mundo Francia. 2016 (documento borrador).

⁽¹³³⁾ *La Sentencia C-355 del 2006, expedida por la corte constitucional despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres casos: por impactos en la salud de la mujer gestante, en casos de malformación congénita y en casos de embarazos producidos por violación. Esta sentencia ordena que los servicios de IVE deben garantizarse en el marco del sistema de salud.*

⁽¹³⁴⁾ *Médicos del Mundo. (2014). REPORTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCITIVA IMPLEMENTADOS EN LOS SERVICIOS MOVILES DE SALUD DE MEDICOS DEL MUNDO-FRANCIA EN ZONAS RURALES AFECTADAS POR EL CONFLICTO ARMADO EN LOS DEPARTAMENTOS DE META GUAVIARE Y NARIÑO- COLOMBIA. Documento Interno.*

⁽¹³⁵⁾ *Mesa por la vida y la salud de las mujeres. (2016). Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. ISBN: 978-958-59387-8-6.*

⁽¹³⁶⁾ *Médicos del Mundo. (2014). Informe final Proyecto CERF OPS/OMS y MDM. “Salud y nutrición de emergencia en los resguardos AWA en los municipios de Tumaco y Barbacoas.*



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

“También encontrábamos muy marcada la malnutrición, tanto así que hicimos proyectos con UNICEF para identificar la malnutrición en estas comunidades y bueno logramos salvar a muchos niños, pero a otros no. Porque la misma dinámica nos hacía encontrar la proteína que necesitaba el niño, el alimento que necesitaba el niño, entonces si Médicos del Mundo estaba ahí, tenían todos los micronutrientes, pero cuando no, no había oportunidad para conseguirlos en otra parte”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

Un aspecto muy importante para resaltar, es la relación encontrada entre los problemas en materia de salud sexual y reproductiva y los problemas de salud mental en el territorio. Los principales motivos de consulta para el acompañamiento psicosocial en el marco de los programas implementados por Médicos del Mundo, estaban relacionados adolescentes y mujeres gestantes, asesorías en planificación familiar, identificación de embarazos no deseados, así como consultas en relación con Infecciones de Transmisión Sexual.

Asimismo, los relatos de profesionales en territorio y de representantes de las comunidades del Pueblo Awá, permiten identificar las afectaciones en salud mental y bienestar psicosocial como unas de las principales en el marco del conflicto armado. Frente a ello, es pertinente comprender que estas afectaciones son concebidas por el Pueblo Awá en relación con la naturaleza y sus enfermedades espirituales propias, que se expresan en la visión de Pensar bien, para vivir bien en el territorio (en Awapit) sería NITJKUJKIT WASAT UZKINTIMTAN PAÑA SUKIN.

“Nosotros, desde el año 2012, construimos un trabajo [...] una ruta de atención psicosocial con enfoque diferencial [...] en vista de que había víctimas del conflicto armado, mujeres, hombres, viudas, viudos, niños huérfanos, sin padres, problemas en las familias, dificultades en el hogar, en la convivencia, reclutamiento forzado y entre otros. Por ejemplo, aquí tenemos la ruta que es las enfermedades espirituales propias de la naturaleza, que eso también tiene que ver con lo que es psicológicamente, lo psicosocial puede afectar lo mental, lo sentimental, lo espiritual. Cuando el cuerpo está enfermo, la naturaleza, de pronto las energías negativas nos pueden influir. Y eso también afecta la mente, nuestros pensamientos, nuestros sentimientos, nuestro vivir diariamente. Entonces, por eso nosotros planteamos que eso debe ir en integral”.

*Grupo focal A con integrantes de Organizaciones sociales, resguardos y pueblos indígenas
11 de marzo de 2021*

De esta manera, las afectaciones en salud mental se encuentran relacionadas con las rupturas del tejido social, que constituyen rupturas con el territorio, a través de las desconfianzas producto de hechos traumáticos y victimizantes directos.

“Ahí fue otro cambio de esa dinámica que era muy bien conocida, porque se empezaron a afectar a otras personas, relacionadas, o asociadas. Algo que marcó mucho en esas comunidades fue que la pelea era entre dos personas. Si esa persona tenía una hija, o un abuelo, o un papá, para causar amedrentamiento, o para dejar claro, le secuestraban al papá, a la mamá, o a la hija; los descuartizaban, y los encontraban. Ya venía una afectación, eso lo que hizo fue recrudecer las afectaciones y empezar a aparecer otras afectaciones a nivel psicosocial”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

“Muchos decían cuando iban a nuestras consultas: «Yo no soy el que era antes de sufrir esto o antes de que me mataran a mi papá o antes de que me pasara esto, yo no volví a ser la misma o el mismo». Si bien es cierto en las comunidades, o bueno, en el campo, uno tiende a levantarse temprano, pero es que se levantaba mucho más temprano de lo común y había personas que de verdad no dormían más de cuatro horas al día porque no, porque no podían. Era una sensación de estado, de alerta, de vigilia, de esa sensación que vienen por mí, que algo está pasando y a pesar de estar con apoyo y de estar en esto, es una sensación que no, que no se pasa tan fácilmente. No se olvida tan fácilmente”.

*Entrevista individual #3 a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021*

Estas afectaciones se expresan en la construcción y reproducción de una cultura de la violencia desde las edades más tempranas que se pone nuevamente en evidencia a partir de las dinámicas del juego en los niños y niñas del territorio que incorporan en sus repertorios el uso de armas y los enfrentamientos que adoptan un carácter de realidad en las formas en las que se configuran las relaciones.

“Hubo un niño de ocho o diez años, en ese momento estábamos diez días en la comunidad, era el día séptimo de la consulta, y los veíamos que estaban jugando a las pistolas. Y hubo un niño que, en esa actividad, trajo una escopeta, y después los demás fueron a sus casas, y trajeron machetes, y trajeron escopetas, y entre lo que ellos pensaban que estaban jugando, pues cuando el niño que sacó la escopeta fue a buscar a su hermano a decirle que iban a jugar a pistoleros, pues el niño en su creer viene y le apunta al hermano, y le dispara, y lo asesina. Y él en su ideal, pensó, pero yo pensé que esto era de mentira, de verdad está muerto, y fue muy impactante para un niño de esa edad, la comunidad fue a buscar, tratar de reanimar, y no

fue posible. Ese niño, cuando nosotros estuvimos ayudando, acompañando, le proporcionamos todo lo que podíamos hacer, y al final, después nos enteramos que el niño se había suicidado. Y eso fue algo que realmente me marcó”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

“Ahí, en las comunidades Afro, lo que a mí más me ha llamado la atención era el impacto que había en los niños. Cuando hacíamos todo lo que es atención psicosocial con el psicólogo social de terreno, toditos los niños dibujaban avioncitos, dibujaban muertos, dibujaban rifles. Y a mí eso sí me ha impactado muchísimo. Y ellos eran los que nos enseñaban —ellos, los niños y las niñas— a diferenciar qué tipo de helicópteros y aviones están volando. Nos decían: «No, mira, ese es el reptil, ese reptil es el más malo» o: «No, ese de ahí no. Ese está buscando droga» [...] Entonces es como los niños aprenden también, tienen sus vivencias de acuerdo a lo que ellos van viviendo, y eso lo van interiorizando como normal”.

*Entrevista individual #10
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de febrero de 2021*

En cuanto a casos de reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes, no existía una red de apoyo segura a nivel institucional, la única red con la que se contaba era con apoyo de familiares.



*FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.*

“En Nariño, la afectación era un poco más marcada porque el acceso era por mar, o por lancha, por botes mucho más pequeños. Allá los controles eran muy marcados tanto para salir por lancha o por botes. Hubo un momento que hasta se sabía cuántos hijos tenía cada familia, y en comunidades apartadas, te estoy hablando de El Charco, que limita un poco hacia la vía a Cauca, cuando empezaban a hacer este inventario, les tocaba a todos los adolescentes, inclusive hasta algunos de diez años en adelante, los papás los tenían que mandar por trocha y enviar a Cali,

para evitar el reclutamiento. Que en algún momento se decía que no era obligatorio, pero en algunas circunstancias sí parecía obligatorio”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

“Hubo una situación muy lamentable que pasó y es que una señora tenía una niña de 15 años y un chico de 17 años. Se llevaron a los dos [las FARC]. Nosotros cuando ingresamos, la señora dijo: «Mire, doctor, usted se acuerda que cuando yo le dije... y me estaba ayudando, pues ya se los llevaron». La señora era un mar de lágrimas. La presión súper alta, no dormía, no comía. Estuvimos nosotros pendientes de la señora, pues la señora se fue del pueblo y nunca volvimos a saber de ella”.

*Entrevista individual #3
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021*

Es de suma relevancia la manifestación de estas afectaciones al interior de las y los profesionales de Médicos del Mundo que han desarrollado las acciones en terreno y que, por tanto, se han encontrado en permanente relación con el conflicto social y armado en el territorio. El miedo, los trastornos del sueño, la evocación constante de eventos traumáticos a través de los sonidos, son algunos de los impactos que se evidencian.

“En las mañanas y en la tarde salía un panfleto, el grupo Águilas no sé qué, el grupo Costa Pacífica, el grupo de Los Pandas [...] Antes de cerrar la oficina [en Ricaurte] e irnos para Tumaco, llegamos a un momento de tener miedo de hablar con el vecino o de poder ir más allá. Solamente nos reuníamos entre nosotros, hablábamos entre nosotros, llegamos, hasta tener términos en clave, porque realmente fue una situación increíble. Hubo un grupo que se llamaban Los Pandas y era el único grupo que podíamos identificar, porque la organización estaba compuesta por señores Afro de estatura mediana o medianamente alta, gordos, panzones, con cadena de oro de tres centímetros en el cuello”.

*Entrevista individual
a exintegrante de Médicos del Mundo
Virtual, 24 de enero de 2021*

“Muchas personas cambiaron sus costumbres, cambiaron sus hábitos, los sonidos del conflicto les impactaron [...] A mí de alguna manera me sigue acompañando esos sonidos. Bueno, yo no pude salir de Venezuela porque no hubo vuelo, la trocha estaba complicada y me tocó quedarme acá y aquí el 24 y el 31 [de diciembre] en Venezuela los fuegos pirotécnicos son una locura. Yo me dije: son fuegos pirotécnicos, son fuegos pirotécnicos, pero había unos que se parecían tanto a los totes o a las granadas cuando lanzaban cerca y uno las sentía a la distancia que yo automáticamente revivía y yo decía: hombre, si soy yo, que sabiendo esto, cómo serán esas personas que lo vivían día a día escuchando estos sonidos y que estos sonidos les recuerden o los hagan revivir está estas situaciones”.

*Entrevista individual #3
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021*

Los efectos sobre la salud mental se reflejan en otro tipo de enfermedades y padecimientos recurrentes como los dolores de cabeza, las crisis hipertensivas, el reflujo gastroesofágico, entre otras, que presentaban un incremento cuando algún evento traumático sucedía en el territorio.

El impacto, tanto en la salud mental, como en la salud fue increíble porque ellos decían: «Nosotros no sufrimos de esa palabra nueva de ustedes». Me decía un líder que era el papá de todos ahí [...]: «Doctora, nosotros no sufrimos de esa enfermedad nueva de ustedes los blancos, el estrés, pero mire, ahora ya entiendo que es el estrés. ¿Cómo le voy a dar comida a todos mis hijos de acá? Acostarme pensando en que si la señora embarazada comió, que si el niño de acá esto».

*Entrevista individual #3
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021*

“Cuando llegábamos a las comunidades cuando había pasado previamente algún evento, por ejemplo, que llegaron y se llevaron alguna persona, algún hostigamiento, o algún bombardeo; lo que más encontrábamos disparadas eran las crisis hipertensivas, y enfermedades gástricas, pero relacionadas a enfermedades de reflujo gastroesofágico. Lo que ellos llamaban la “gastritis”. Había muchos dolores de cabeza, había insomnio, entonces era la somatización de cada uno de esos eventos de esa forma”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

Las dinámicas económicas y productivas en el territorio, así como sus progresivas transformaciones con el paso del tiempo, más la configuración de un conflicto atravesado por el narcotráfico, los monocultivos de Palma, la explotación petrolera y la minería ilegal, determinaron el desarrollo de algunas de las afectaciones previamente mencionadas en relación con la seguridad alimentaria y nutricional como la desnutrición y los síndromes anémicos, otras relacionadas también con la contaminación del ambiente.

“Las infecciones urinarias, las enfermedades de la piel, de granos, de infecciones que se han venido padeciendo en la época hacia atrás, hubieron ciertas fumigaciones también y eso



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

hubieron ciertos brotes que la IPS tiene unos registros frente al daño que ocasiona al ser humano, a la familia, porque allí se contaminan la naturaleza por medio de los vientos, los árboles y las quebradas, los ríos son contaminados y el Oleoducto Trasandino que cruza, que lleva el petróleo el crudo del Putumayo, une a Nariño, pasa a Tumaco. Todo eso cruza nuestro territorio. Hay derrames de crudo y gente que saca eso y todo eso lo botan en los nacimientos, en las cordilleras. Si es desde las cordilleras, las quebradas, los arroyos de agua, eso va a los ríos y es una contaminación grande que en algunas comunidades de Tumaco y Barbacoas vemos que viene afectando bastante y eso afecta a la salud, afecta a la salud humana, afecta a la naturaleza, la destrucción, porque vienen acabando con todos los seres vivientes de la naturaleza”.

Grupo focal A con integrantes de Organizaciones sociales, resguardos y pueblos indígenas
11 de marzo de 2021

Asimismo, aparecen las afectaciones en materia de salud sexual y reproductiva asociadas a la prostitución, en algunos casos se trataba de trata de personas para la explotación sexual comercial que se generaba alrededor de las dinámicas de la minería.

“La minería empezó a aumentar, y al aumentar, empezaron a aparecer otros factores aledaños. Aparecieron los chongos, que se consideraban como los lugares de ir a las mujeres trabajadoras sexuales, pero también empezaron a hablarse de trata de personas o explotación sexual. En estos chongos también empezó a aumentarse las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos en adolescentes. [...] Lo que más daba plata en ese momento era la minería. A diferencia de las personas que estaban haciendo los cultivos de coca, los que raspaban y luego procesaban, entonces se escuchó el rumor que daba más dinero esto [la minería]. Entonces porque entraba más dinero se asociaba más a la presencia de estos lugares nocturnos. Pero sinceramente, bueno, al verlo de una manera global fue por los dos”.

Entrevista individual #3
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021

Igualmente, estas dinámicas, configuraron unas modalidades específicas de operación del territorio en el marco de la guerra contra las drogas que desembocaron en la aparición de otras afectaciones adicionales en la salud de las comunidades como las fumigaciones aéreas, por ejemplo.

“Bueno, desde el 2002 [...] más o menos, hasta la fecha del 2013, se dieron las fumigaciones aéreas, así, de manera constante, y eso afectó mucho territorio. Eso afectó también mucho la vida de cada una de nuestras familias Awá”.

Entrevista individual E
a representante de la Unidad indígena del Pueblo Awá – UNIPA
11 de marzo de 2021

“También empezamos a ver que con todo este tema de las fumigaciones, aumentaron problemas oculares, problemas dermatológicos, y aunque en algún momento lo empezamos a asociar, también infecciones vaginales, y empezamos a mirar que también podía provocar en algunas mujeres en embarazo que se les adelantara el parto, si estas personas tenían contacto”.

Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020

“Me decía un líder [...] Pensar en todos a quienes les cayó esa fumigación, que no se vayan a morir, no vayan a perder una pierna, un ojo o un oído o un brazo. Y resulta que ahí fue cuando

nos dimos cuenta al examinar a un niño, al niño le cayó este líquido en el ojo y llegó a ser uveítis [...]. El niño perdió la visión total de ese ojo, ni con operación ni con nada. Y ese es uno de los casos que nosotros pudimos hacerle un seguimiento inicial y posterior hasta que no pudimos hacer más por él”.

Entrevista individual #3 a
exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021

“Cuando había erradicación manual sabíamos que iba a haber problemas, porque o bien los grupos ponían minas antipersonales, o había amenazas [...] Entonces la gente que estaba más cerca de la carretera era afectada por la erradicación manual, muy poco la erradicación manual llegaba a comunidades más lejanas [...]. Por la zona de Tumaco eran más las fumigaciones, cuando había fumigación no solamente dañaban el cultivo de coca, también el cultivo de plátano, de chiro. [...] Hay otras comunidades que cultivaban piña y otros productos para el consumo propio que estaban alrededor de otras comunidades Afro, de otros cultivos. [...] Entonces tenían afectación en cuanto a la seguridad alimentaria”.

Entrevista individual #8
a exintegrante de Médicos del Mundo
5 de febrero de 2021

También afectaciones directas en la salud mental, como el estrés postraumático, derivadas de estas dinámicas particulares del conflicto, que se han expresado tanto en las comunidades del territorio como en las personas que han desempeñado la labor humanitaria allí.

“Estábamos en las comunidades, y en la mañana escuchábamos estos aviones...había uno que se llamaba “la marrana”. Eso es un sonido muy particular que a uno no se le olvida. A mí no se me olvida. Y creo que, a la fecha, escucho algo parecido, y como que al principio vengo y me templa, y después digo: «Bueno, estoy en otro lugar. Estoy en otro contexto. Esto no es la marrana». [...] La violencia también trajo muchos sonidos tan particulares...”

Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020

Al momento de indagar por infracciones a la Misión Médica en el territorio durante el periodo en que Médicos del Mundo ha hecho presencia, no se logran identificar hechos graves como los presentados en los otros departamentos, aunque se pueden evidenciar prácticas que pretendían obstaculizar las actividades sanitarias

“Llegaban y exigían, nosotros nos sentíamos en ese momento como en la farmacia. Nosotros necesitamos y nos pasaron la lista. Y aunque estuviera la coordinadora o estaba el punto de referencia, pues mira, lo que pasa es que, si yo te doy esto, entonces mira con que yo atiendo, pero era una negociación, pero nos pedían los medicamentos y no podíamos hacer nada más, sino no, nos cerraban el espacio. Eso pasó como en unas tres oportunidades que yo visibilicé y que yo estuve ahí y en una solamente me tocó negociar y la negociación fue: hagamos una cosa por qué no me dejas a mí hacer la semana de jornada y lo que acabe... te lo doy. Fue la única manera como me dejaron trabajar, actuar y listo. Lo que sobró me tocó dárselo y darlo de baja o informar con la organización”.

Entrevista individual #3
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021

“Durante ese periodo que estuve con esta otra organización, el tema de psicología estaba vetado. Estaba prohibido contar con psicólogos, psicólogas, o hablar alrededor del tema, o tocar un discurso alrededor del tema. Cuando ingreso con Médicos del Mundo, digamos que de alguna manera, el haber estado antes en esas comunidades, al encontrarme nuevamente con las comunidades, y encontrarme con algunas de estas personas, que participaban de alguna manera así como dice [mi compañera], se ponían alrededor para observarte, para mirar qué discurso utilizas, pues inicialmente estuvo el tema que: usted ya estuvo acá y usted ya sabe que eso está prohibido, entonces empezamos a tratarlo a través de actividades psicosociales englobadas. Y luego, cuando fue acercándose cada una de estas personas, y cuando ya fue bien visto por uno de ellos, pues entonces ya se abrió. Entonces no fue algo como realmente fácil. Fue algo que en todo momento y en toda actividad había una vigilancia, entraban a tu consulta, y era muy particular también, porque a través de la consulta, querían sacarte información sobre lo que tú pensabas de la política, sobre lo que tú pensabas de la violencia, para mirar por dónde le entro a esta para bloquear”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

En todo caso, la situación de orden público implicó tomar unas medidas preventivas adicionales para evitar la presentación de ataques dirigidos a la misión médica, tanto al inicio del proceso de trabajo en el territorio como en el transcurso del desarrollo de las actividades sanitarias

“Nosotros teníamos una regla que cualquier paciente que tuviéramos al frente, si nos hablaba de política, de religión, de algún partido, o nos hablaba de algún grupo, por ejemplo, del Ejército, la Armada de Infantería, nosotros lo sacábamos por la tangente. Pero siempre, en todas las brigadas que yo estuve con Médicos del Mundo, siempre había alguien que entraba a la consulta, identificaba a quién le iba a hacer la consulta. Luego, cuando terminábamos la jornada, nos reuníamos entre todos, tanto para contarnos cómo nos fue, cómo vamos con medicamentos en inventario. Pero también a contarnos: miren, me llegó tal persona vestida así, y me hice estas preguntas. A mí también llegó, pero me preguntó esto, esto y esto. La verdad es que siempre había alguien que nos estaba vigilando. Lo hacíamos y lo que no hacíamos, los medicamentos que entregamos, las actividades que realizamos, algunos otros beneficios, nosotros entregamos toldillos, leche maternizada o micronutrientes o filtros y también eran vigilados para ver si eran de calidad o no eran de calidad”.

*Entrevista individual #3
a exintegrante de Médicos del Mundo
24 de enero de 2021*

“Entonces, el contexto cuando se abrió el proyecto acá en Nariño era muy violento. Médicos del Mundo maneja siempre un plan de seguridad para ver qué acciones se van a hacer cuando se dé tal situación. Cuando, por ejemplo, hay un ataque que hay que meterse bajo la cama o detrás de la pared, o que los vehículos hay que dejarlos en posición de salida. Bueno, se escribe un protocolo de seguridad. Resulta que en Nariño tuvimos que escribir dos [planes de seguridad] desde Pasto hasta cierto lugar en Piedra Ancha, era un protocolo [...] y desde Piedra Ancha hasta Tumaco era otro protocolo de seguridad, porque de ahí para abajo era nada de música, nada de bulla, ventanas abiertas, ir pendiente del camino. Desde ese punto en adelante era mucho el riesgo, era mucha la violencia que había y a nivel de orden público”.

*Entrevista individual #7
a exintegrante de Médicos del Mundo
4 de febrero de 2021*

“También nos tocó, inclusive, en comunidades a las orillas de los ríos, colocar el logo de Médicos del Mundo en un cartel enorme con el azul más azul, con luz para que se reflejará el sol, para que se identificara que éramos nosotros, para no asociarlo con lo que también decía [mi compañera], porque no era bien visto, y si nos asociaban, nos bloqueaba el acceso para entrar a esas comunidades”.

*Grupo focal con exintegrantes de Médicos del Mundo
17 de diciembre de 2020*

La resistencia del Pueblo Awá

El Pueblo Awá, ante las múltiples agresiones sufridas en el marco del conflicto armado y ante la vulneración de sus derechos a la salud y la vida, ha determinado luchar por su permanencia en su territorio —en su “espacio de vida”, como le dicen— y por el reconocimiento de su derecho a la salud y otros DESC. Esta lucha se expresa de múltiples maneras.

Por una parte, está el trabajo que se hace desde la organización del Pueblo Awá, representado en la UNIPA, CAMAWARI, y ACIPAP.

Al inicio, UNIPA se enfocó en vincular al Pueblo Awá como sujeto de derecho ante el resto de la sociedad colombiana. Programas de alfabetización, de consecución de recursos para establecer colegios bilingües donde se enseñara en Awapit, así como en español, constituyeron algunas de las principales iniciativas. Además, obedeciendo su motivo de ser, la UNIPA comenzó a luchar por la titulación colectiva de la tierra y la organización de resguardos indígenas con las garantías provistas para ellos desde el Estado, principalmente en el Ministerio de Interior.

Paulatinamente, a medida que los Awá fueron reconociéndose como sujetos partícipes de la constitución de un Estado Social de Derecho que debe ser garante también de sus derechos, fueron reafirmando su identidad cultural y pertenencia al territorio.

“Empiezan a organizar los mayores, a organizar titular los territorios, a que seamos reconocidos, que los indígenas éramos un Pueblo y que no lo desconozcamos nosotros mismos con una cultura, con una riqueza. Teníamos el derecho también de estudiar, de tener centros, escuelas. En ese tiempo también teníamos derecho de aprender a leer, a escribir, para leer las cartas que de pronto llegaban. Si salíamos, para poder leer los escritos o los mensajes, porque cuando ellos salían, [cuando] los mayores salían al pueblo, no entendían la letra. «¡No se ve!» como decía papá. Entonces así se empieza a reconocer que teníamos el derecho a la educación, a la salud, a organizarnos, a la salud. También [...] derechos de tener una autoridad propia, nuestra organización propia. Bueno, entre otros derechos que tenemos como ciudadanos colombianos...y



FOTO: Equipo Misión Mdm
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

[reconocimos] que éramos colombianos. No sabíamos, si es que nosotros éramos un pueblo. De tan lejanos que éramos, no nos conocíamos y no sabíamos en qué país vivíamos. Entonces de ahí también vengo, es decir, de mis mayores, mis ancestros. Yo vengo de esa lucha, de esa descendencia, de esa raíz que emprende a organizarnos para la lucha”.

*Entrevista individual F
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

“Tenemos una riqueza, una maravilla para complementar las dos culturas y qué importante sería un pueblo indígena organizado desde sus propias bases, su cultura, su sabiduría, con esa riqueza en el territorio [...] Hay trabajos que se vienen adelantando, pues tenemos un colegio, la Institución Educativa Bilingüe Indígena Awá y diferentes instituciones que se han venido multiplicando”.

*Entrevista individual F
al representante de UNIPA
11 de marzo de 2021*

Entre los esfuerzos de la UNIPA para resistir los efectos del conflicto armado, y vinculado a el narcotráfico, está el desarrollo de un Plan de Salvaguarda del Pueblo Awá, en respuesta al auto de la Corte Constitucional. El Plan de Salvaguarda se desarrolló entre CAMAWARI, UNIPA, y ACIPAP.¹³⁷ En él se hace un diagnóstico situacional de los derechos humanos y de derecho internacional humanitario en el Pueblo Awá, detallando con gráficos y estadísticas las masacres, homicidios, uso de minas antipersonal, y desplazamiento forzado al que han sido sujetos los Awá. Además, detallan la “Crisis Ambiental en el Katsa Su”, con un análisis de los impactos a raíz de cultivos ilícitos, fumigaciones, explotación forestal y minera, y los impactos por contaminación petrolera entre otros.

El Plan de Salvaguarda culmina con solicitudes de garantía por parte del gobierno nacional de los derechos y el apoyo institucional y financiero para ejercer la autoridad legítima para defender su territorio y su vida, reivindicar a los médicos tradicionales y mayores como autoridades protectoras, realizar la consulta previa y prohibir las licencias y concesiones mineras en el territorio, proteger la integridad de niños y mujeres, y rescatar cultivos para garantizar la soberanía alimentaria.

El trabajo de la UNIPA en materia de salud ha incluido el desarrollo de una IPS indígena, como parte del Sistema de Salud Propio Indígena (SISPI). Además, se han formulado múltiples propuestas para que las iniciativas que estructuran los servicios de salud en el territorio sean consecuentes con la cosmovisión Awá, y con los conceptos y prácticas propias de la cultura. Para el Pueblo Awá la salud se encuentra vinculada directamente con el territorio y la espiritualidad, y un sistema de salud efectivo para los problemas enfrentados por el Pueblo Awá solo sería efectivo al estructurarse bajo estos lineamientos.

Durante un taller desarrollado con participación de representantes de la UNIPA en Bogotá, expresaban su necesidad de un sistema de salud propio como sine qua non del mantenimiento de su cultura y de su supervivencia como pueblo, en vista del “riesgo de extinción”, como lo anota la Corte Constitucional, que nace del conflicto armado, del abandono crónico del Estado, de la presión sociodemográfica por las oleadas de colonos, y de los emprendimientos extractivistas en la región.

“La aculturación [occidental] va cogiendo fuerza, eso hace parte de un cambio de la cultura, de una forma de vida diferente, y eso sí coge rápido fuerza. Entonces, por eso estamos diciendo aquí que los trabajos del pueblo, de la cultura, de los procesos organizativos, comunitarios,

⁽¹³⁷⁾ Organizaciones del Pueblo Awa, UNIPA, CAMAWARI, y ACIPAP. (2010) “Actualización Plan de Salvaguarda Étnica del Pueblo Awá.” Nariño y Putumayo.

culturales, nuestra institucionalidad, eso queremos fortalecer porque también hay que trabajarlo. Y para ello es que necesitamos apoyo en diferentes espacios de nuestra vida. Y si hablamos de la salud, pues la salud es la articulación, ahí está la vida. Porque en la salud está todo. La salud para nosotros es la madre tierra nuestro katsa su, “katsa” significa grande “su” significa mundo. Allí está la salud, está la siembra, la comida, está la medicina, está el aire, está el agua. Y todo eso es salud. Ahí están las plantas, están los saberes, las curaciones propias para todo tipo de enfermedades, eso es salud. [...] Por eso queremos sumar que en esas políticas de salud haya un cambio y podamos hacer un trabajo desde nuestra mirada, nuestro pensamiento de una salud integral bajo la institucionalidad, pero también bajo nuestros principios culturales”.

*Entrevista individual F
a representante de la Unidad indígena del Pueblo Awá – UNIPA
11 de marzo de 2021*

La UNIPA ha desarrollado una ruta de atención psicosocial con enfoque diferencial para el Pueblo Awá. Esta propuesta, cuyo lema es “Nitjkujkit Wasat Uzkontimtan Paña Sukin”¹³⁸ resulta coherente con la lucha de la UNIPA por el reconocimiento de la salud propia y la autodeterminación de la salud. Identifican algunos problemas, como la afectación de la calidad de vida a raíz del conflicto armado, la indiferencia de los gobiernos ante formas propias de sentir y de organizarse como pueblos indígenas, y problemas de salud que resultan de desarmonías espirituales por daños a la madre tierra y ambición de riqueza y poder. Además, de identificar los problemas, la UNIPA define una ruta en la que los problemas pasan por el grupo familiar hacia la medicina Indígena Awá, luego hacia la Autoridad Indígena Awá, escalándose hacia la UNIPA. En última instancia, cuentan con la institucionalidad del Estado y Organizaciones No Gubernamentales. En todo este proceso, se resalta la voluntad y la autodeterminación del Pueblo Awá en realizar los diagnósticos comunitarios de sus principales problemas, según su cosmovisión, y además las estrategias que nacen desde esta cosmovisión y los procesos organizativos propios para solucionarlos.

⁽¹³⁸⁾ “Pensar bien, para vivir bien en el territorio”

CONCLUSIONES

El informe presentado permite identificar efectos sobre la salud de las comunidades que se derivan directamente de la dinámica del conflicto y la confrontación; efectos que podrían ser considerados indirectos, derivados del modelo de salud y sus ausencias, que se agudizan con la guerra y desembocan en la profundización del malestar, la enfermedad y los padecimientos. La salud-enfermedad como medio y como fin del conflicto en los territorios es reflejo del entramado complejo que encarna esta relación y que en este apartado se expondrá resumidamente en conclusiones generales y específicas.

Conclusiones generales

Violencia estructural y violencia cultural

En todos los casos descritos, el abandono estatal y una marginación histórica de las comunidades enmarcan las problemáticas en salud relacionadas con el conflicto. Estas dos condiciones fueron suficientes para generar determinadas problemáticas en salud que resultan de la pobreza, y de las inequidades por el género y la etnia, en interacción con las dinámicas del conflicto armado. En la investigación, el ejemplo más concreto y prevalente de este abandono se reflejó en el desabastecimiento de los escasos centros de atención en salud en las áreas rurales, donde no se cuenta con los recursos materiales ni humanos necesarios. Además, se refleja en la falta de condiciones básicas para una buena salud: agua limpia para tomar, servicio de alcantarillado que evacúe los desechos, y el acceso a los alimentos. Como hemos propuesto a lo largo del informe, si bien estas problemáticas en salud eran un trasfondo de las dinámicas más explícitas del conflicto armado, constituyen unas violencias veladas que se manifiestan con la negación de derechos, o con la implementación de proyectos de “desarrollo” que no producen beneficios para las comunidades, que incluye además aspectos como racismo y estigmatización por la historia compartida de una comunidad.

Es pertinente identificar que estas violencias y sus efectos en la salud se originan, profundizan y reproducen ampliamente en un modelo de salud, ordenado por la Ley 100 de 1993, que al formalizar la salud como un espacio de mercado — en el que median los intereses económicos y se asume el derecho como un bien privado— sea pagado o subsidiado, estructura barreras tanto para el acceso a la atención en salud, como para la participación de las comunidades en su construcción desde sus saberes y conocimientos propios.

Violencia directa

Entre las violencias directas que más comúnmente vivieron las comunidades se encuentran las masacres, desplazamiento forzado, las violencias sexuales y basadas en género, las amenazas, tortura, el confinamiento, y el uso de minas antipersonal y de otros artefactos explosivos. Esta violencia directa tuvo una característica común: en todos los territorios se dio un proceso de inclusión forzosa de las personas civiles y se forjaron estrategias de desplazamiento y despojo, cuyo fin era lograr la lealtad de las comunidades, el control territorial y de los recursos económicos que sostienen la guerra.

Territorialidades y territorialización

En todos los casos se constató la centralidad del territorio como eje de la violencia y sus repercusiones. Todas las comunidades mencionadas sufrieron procesos de desposesión y destierro a raíz de violencias antiguas y actuales. Sufrieron la esclavitud y el despojo colonial, sufrieron el atravesamiento de sus

territorios con oleoductos y sembradíos de coca, y sufrieron el desplazamiento forzado, uno de los principales desenlaces del conflicto armado interno. Pero el territorio no solo aparece como eje del conflicto, sino de la salud de las comunidades y de sus resistencias al abandono y a la guerra. En nuevos lugares, tuvieron que reconstruir y resignificar su existencia, adoptando modos de vida y prácticas de construcción de comunidad que potenciaban su vínculo al territorio. Estas comunidades son claras al comunicar que sus luchas por la defensa de la vida y de la salud se construyen insoslayablemente sobre la defensa del territorio. Así, consideran que tales aspectos como el bienestar ecológico, la soberanía alimentaria y la autodeterminación, son el fundamento de la salud individual y comunitaria socialmente aceptada, construida participativamente y, por ende, adecuada a sus necesidades. Esta territorialidad propia vinculada al modo de vida y a la cultura de las comunidades, se enfrenta con procesos extractivos que parten desde otro concepto de territorialidad. De tal forma que, presiones globales y locales potencian la extracción de materia prima de estas tierras (sea coca, petróleo, madera, oro, etc.), configurando procesos históricos de despojo y destierro, ejecutados por diversos actores.

Desenlaces en salud

Frecuentemente, los desenlaces en salud a raíz del conflicto armado, se reducen a unas condiciones contadas, entre las cuales, la principal es la muerte. Si bien este desenlace no se debe minimizar, hubo condiciones comunes en el marco de la investigación y que se deben considerar efectos generalizados del conflicto armado sobre la salud. Entre estos destacamos las afectaciones psicosociales y mentales; la discapacidad sensorial, psicosocial y física; la malnutrición/desnutrición; las afectaciones a la salud sexual y reproductiva y las enfermedades transmitidas por vectores.

Las afectaciones psicosociales y mentales fueron referidas frecuentemente en las entrevistas, y algunos temas ilustran la importancia de estas afectaciones. Por ejemplo, uno de ellos es la forma en la que se reproduce el conflicto armado interno como realidad social en el proceso de desarrollo psicosocial de los niños y jóvenes. Vimos, por ejemplo, en el caso de Nariño y Meta, cómo los juegos de los niños eran formas de expresión de un ámbito dominado por la violencia del conflicto, donde incluso los proyectos de vida de los jóvenes iban encaminados hacia la pertenencia a un grupo armado u otro. En el caso del Chocó, vimos cómo la condición de desplazamiento a Quibdó fomentó la consolidación de grupos de jóvenes, quienes trazaban sobre el territorio urbano divisiones de pertenencia y dominancia, establecidas a través de agresiones entre “pandillas” y su participación en actividades ilícitas, estrechamente relacionadas con la percepción (real, en gran medida), de ausencia de oportunidades fuera de las que ofrece la violencia urbana. Por cierto, personas de los tres territorios mencionaron que la percepción de nulas oportunidades de desarrollo personal sobre un trasfondo de violencia degenerada y crónica ha influido en el consumo de sustancias psicoactivas e inmersión en situaciones de prostitución, esto conlleva a otra serie de desenlaces negativos en salud. Además de las afectaciones descritas en niños y jóvenes, el conflicto armado interno ha dejado profundas marcas sobre la salud mental de las personas víctimas de la violencia. Se recopilieron relatos evocativos de sintomatologías postraumáticas y de ansiedad establecidas; pero también se comunicaron otras condiciones relacionadas al desasosiego y a la desesperanza, que en ocasiones se expresaron en formas muy particulares según cada cultura, como el “aburrimento” en los Embera, y la sensación de “desequilibrio” en los Awá.

La malnutrición fue otro tema común en los tres casos. El confinamiento impuesto por diversos actores armados, la restricción del ingreso de alimentos a las comunidades, y la vulneración de la soberanía alimentaria, fueron los principales mecanismos relacionados con el conflicto que se manifestaron en cuadros de desnutrición crónica y aguda, así como en sobrepeso u obesidad en algunos casos, por la imposibilidad de acceder a alimentos suficientes y adecuados. Todas las comunidades referían poseer modos de vida que les permitía mantener un buen estado nutricional antes del recrudecimiento del conflicto en sus territorios.

De tal forma que en Chocó y en Nariño, el cultivo de diversos tipos de plátano, la pesca artesanal, la caza, y el traslado periódico de unidades familiares según prácticas ancestrales de sostenibilidad agrícola son ejemplos de estos modos de vida que permiten sostener un buen estado nutricional. Estos modos cambiaron con las dinámicas impuestas por los actores armados. Al no poder moverse con libertad, debido a la presencia de grupos o de artefactos explosivos, o por el simple miedo, las personas perdieron la capacidad de procurarse alimentos. Además, debido a las estrategias de “guerra sucia” empleadas por diversos grupos armados, se restringió el ingreso de alimentos a las comunidades en aras de extinguir al bando opuesto, o como lo propusieron múltiples personas, de generar condiciones tan adversas en la población, que deciden ellos mismos abandonar el territorio. Con estas prácticas, municipios enteros padecieron anemias carenciales por la prohibición del ingreso de alimentos; los controles impuestos en el Río Atrato profundizaron el problema de desnutrición en los Embera, y el Pueblo Awá que depende de dispersarse y moverse por su territorio, fue confinado sin poder realizar sus prácticas agrícolas. Puesto que conflicto armado se sostiene a partir de economías ilícitas que son nocivas para el medio ambiente (cultivos ilícitos, minería, madereras, y petroquímicos obtenidos clandestinamente), las comunidades se enfrentan a un proceso destructor que vulnera su soberanía alimentaria y genera problemas nutricionales al reducirse la capacidad ecológica de su entorno para producir alimento saludable. Por otra parte, el desplazamiento como modalidad frecuente de violencia en el conflicto armado, implica la extracción de las personas de sus modos de vida y de la familiaridad de sus ámbitos agro-ecológicos, y les reimplanta en contextos urbanos donde se someten a condiciones de pobreza y precariedad, y donde la obtención de alimentos saludables es difícil, incluso imposible, enfrentando a las personas igualmente a la malnutrición o desnutrición.

Otro gran desenlace fue la pérdida del control de las enfermedades transmitidas por vectores. Hablamos particularmente de leishmaniasis y de malaria, dos enfermedades que en el transcurso del conflicto armado llegaron a considerarse marcas distintivas de los militantes de las insurgencias. A pesar de que, para transmitirse, no sea necesario el porte de un uniforme o una ideología particular, en el conflicto se estigmatizó a las personas con estas enfermedades, esto ocasionó dificultades para acceder a los medicamentos necesarios, complicaciones, muerte, y favoreció la aparición de brotes. Esto, a pesar de que, en varias de las comunidades rurales del país, estas enfermedades son endémicas debido a las condiciones ambientales que favorecen el jején (*Lutzomyia* y *Phlebotomus*) y los mosquitos *Anopheles*, y obviamente no tiene relación con la afiliación a un grupo armado en particular. En algunos casos, esto se vio agravado por el robo o extorsión para así poder acceder a medicamentos que permitieran contrarrestar estas enfermedades. Además, se constató que, tras la implementación de la Ley 100 de 1993 —la desfinanciación de los programas de atención primaria en salud que funcionaban bajo el antiguo Sistema Nacional de Salud— representó una pérdida de programas de promoción, prevención, y control de estas enfermedades que afectan desproporcionadamente a comunidades rurales pobres.

Finalmente, las afectaciones a la salud sexual y reproductiva se expresaron en las siguientes condiciones: aumento de la violencia sexual en el marco del conflicto armado en los tres territorios, que derivó en el incremento de Infecciones urinarias y de Infecciones de Transmisión Sexual, así como de embarazos a temprana edad y no deseados, agravados por dificultades para el acceso a servicios seguros de interrupción del embarazo igualmente planteadas en el contexto de las dinámicas del conflicto armado.

Infracciones a la Misión Médica y al Derecho Internacional Humanitario

En todos los casos, se constató una violación al Derecho Internacional Humanitario que cobija las actividades desempeñadas por organizaciones como Médicos del Mundo y otras organizaciones o personas trabajadoras de la salud cobijadas por la misión médica, tal como fue señalado en el punto anterior. Se constató una vulneración sistemática de las personas que desempeñan actividades del área

de la salud en estas comunidades. Entre estas, se encontraron amenazas, hostigamiento, e incluso atentados y asesinatos. El motivo más frecuente de las violencias ejercidas contra personal sanitario fue la sospecha de colaboración con el bando enemigo, incrementada en las consultas de salud mental, por considerarlas riesgosas teniendo en cuenta la lógica militarista. Dentro del marco conversacional que se plantea en las intervenciones psicológicas se podrían extraer detalles de las personas pertenecientes a la comunidad, algo que supondría riesgos para los armados. Un paso importante en la historia del conflicto fue su reconocimiento como conflicto armado interno en el año 2011, esto permitió el acogimiento al Derecho Internacional Humanitario¹³⁹. Si bien resultó en general positivo, también se detallaron casos en los que personas integrantes de organizaciones como MDM fueron usadas como escudo humano, por fortuna, ningún caso tuvo un desenlace grave, en cuanto a muerte o discapacidad; pero lo cierto es que sí sometió a las personas a un estrés psicológico elevado y supuso un riesgo para su integridad.

Resistencias

En todos los casos, fue común que las resistencias a las violencias ejercidas por los grupos armados y los desenlaces desfavorables en salud se articularan desde la defensa al territorio y el derecho a “vivir bien” en él. Es así como para el Pueblo Awá, la defensa de su Katsa Su y de su “espacio de vida” subyace el desarrollo de planes comunitarios de salud y rutas específicas para solucionar los problemas en salud mental y bienestar psicosocial que surgen del conflicto. Así mismo, en La Macarena las comunidades de campesinos relatan que sus vidas y su supervivencia dependen de la capacidad de continuar viviendo en el territorio como campesinos, con sus prácticas de tala controlada, agricultura, y actividades pecuarias sostenibles. Sobre esta base exigen el reconocimiento de su pertenencia al territorio que les permite continuar viviendo así, en rechazo a las violencias del Estado que busca desterrarlos. En Chocó, lo más ilustrativo de esta resistencia es la declaración del Atrato como un sujeto de derechos, lo cual permite que las comunidades Afro e Indígenas del Atrato defiendan sus títulos colectivos sobre el territorio. Considerando el Río como un sujeto de derechos, pueden vincular la lucha por el territorio a la protección de los modos de vida que son propios de las comunidades, quienes se autodenominan “guardianas del Atrato.”

Conclusiones específicas

Medio Atrato, Chocó

Se constató un abandono crónico del Estado a las comunidades negras e indígenas de la región, con bases históricas en el racismo y en la exclusión de las comunidades atrateñas de las bonanzas de su territorio. Ante este abandono, las FARC-EP ocuparon el territorio, logrando una convivencia relativamente pacífica con las comunidades en el Atrato durante más de dos décadas. Tras la titulación colectiva de la tierra a los Consejos Comunitarios de afrodescendientes en 1993 y el proceso diacrónico de designación de resguardos indígenas, se produjo la incursión paramilitar de la mano con la Brigada XVII del ejército en los años 90. Esto precipitó violencias directas sobre las comunidades y se produjo una situación caracterizada por la inclusión forzosa de estas en el conflicto, así como su exposición a actos como el confinamiento y el desplazamiento. Sobre un contexto de pobreza y abandono, en el conflicto armado se restringió el acceso a alimentos y a medicamentos, se cambiaron modos de vida de las personas lo que las sometió a la precariedad. Esto generó una diversidad de condiciones de alteración a la salud y discapacidades sensoriales, físicas y psicosociales, entre otras. Estas violencias actuaron además, en sinergia con la reestructuración del sistema de salud, bajo lógicas neoliberales en 1993. De esta forma los programas de salud pública que operaban en las comunidades se debilitaron con la descentralización y desfinanciación

⁽¹³⁹⁾ ICTJ. (2011). “El reconocimiento del conflicto armado, un paso positivo.” ICTJ. Consultado a través de [https://www.ictj.org/es/news/el-reconocimiento-del-conflicto-armado-un-paso-positivo#:~:text=BOGOTA%2C%20Mayo%2012%2C%202011%20%2E%80%94,la%20Justicia%20Transicional%20\(ICTJ\).](https://www.ictj.org/es/news/el-reconocimiento-del-conflicto-armado-un-paso-positivo#:~:text=BOGOTA%2C%20Mayo%2012%2C%202011%20%2E%80%94,la%20Justicia%20Transicional%20(ICTJ).)

de los servicios estatales de salud, exponiendo a la población a cargas de morbi-mortalidad y lesión, agravadas por las dinámicas del conflicto armado, asociadas por ejemplo como ya se ha mencionado, con la malaria y los accidentes ofídicos, ante los cuales se hizo cada vez más difícil acceder a medios mínimos para su manejo y control. No obstante, las comunidades del Medio Atrato han resistido, a través de la articulación de la exigencia de sus derechos con la lucha por el territorio, el reconocimiento de su soberanía sobre el mismo, e incluso, haciendo uso de prácticas propias de las culturas Afro y Embera en estas luchas colectivas.

A pesar de la firma del Acuerdo de Paz, en la actualidad las comunidades se ven amenazadas nuevamente por actores como las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC), las disidencias de las FARC-EP y el ELN. Continúa la situación de confinamiento, de asesinato de líderes sociales y de restricción de movilidad por el Atrato, por lo cual se continúa vulnerando el derecho de las comunidades a la salud y a condiciones básicas como el acceso a los alimentos y al agua limpia. Además, existen múltiples víctimas que sufren secuelas desatendidas, ocasionadas por eventos tan antiguos y emblemáticos como la Masacre de Bojayá, casi veinte años después.

Tras la reestructuración del sistema de salud con la Ley 100 de 1993 y el debilitamiento de los programas comunitarios y colectivos de salud, las comunidades de Bojayá, y en general del medio Atrato, se encuentran en precariedad sanitaria, pues los servicios de salud no tienen una adecuada presencia. Ante esta situación, las comunidades de Bojayá consideran que se deben reconocer los sistemas de medicina tradicional, a la vez que se debe garantizar la prestación de servicios de salud occidental.

Área de Manejo Especial de la Macarena, Meta

Se identificó que la configuración específica del conflicto en el territorio ha tenido relación con los procesos migratorios iniciales de colonización campesina y colonización armada, el abandono estatal, el despliegue estratégico y la influencia histórica de las FARC-EP en la región y los intereses económicos agroindustriales, de extracción petrolera y cultivos de uso ilícito. Los principales desarrollos en materia de infraestructura vial e infraestructura en salud y educación, se debieron a la organización comunitaria, los apoyos de sectores como la Iglesia y el crecimiento económico de la región en el marco de la zona de distensión con los diálogos del Caguán. No obstante, a raíz de la ruptura de los diálogos, el territorio se convirtió en campo de disputa en todos los sentidos: militares, económicos y políticos, reflejado en el copamiento por parte de las Fuerzas Militares de algunos puntos de la región y el ingreso del paramilitarismo en la lucha contrainsurgente. Con el recrudecimiento del conflicto, el desplazamiento forzado, el decrecimiento económico, los procesos de estigmatización desde las partes en confrontación, los controles sobre el territorio y sus habitantes, los avances en infraestructura y servicios de salud y educación, se vieron enfrentados a un retroceso.

La nueva dinámica del conflicto hizo más evidentes las barreras estructurales de acceso a la salud en el territorio, propias del modelo de salud imperante. Estas barreras se relacionaron también con el litigio fronterizo entre Meta y Caquetá, la estigmatización y restricciones a la movilidad en el territorio. Dentro de las principales afectaciones se encuentran la vulneración a los derechos sexuales y reproductivos y, en particular, afectaciones en la salud sexual y reproductiva, a la salud materno-infantil, a la seguridad alimentaria con sus manifestaciones en procesos de malnutrición, complicaciones de necesidades en salud no atendidas producto de la estigmatización, afectaciones a la salud mental y al bienestar psicosocial reflejadas en el miedo, la angustia, los problemas para conciliar el sueño, las rupturas en el tejido social.

En la actualidad, una nueva dinámica del conflicto se presenta en el territorio, en medio del incumplimiento de la implementación integral del Acuerdo de paz: el rearme de algunos grupos disidentes de las FARC-

EP y del paramilitarismo. Asimismo, una transformación se visualiza en la profundización de los conflictos socioambientales como nuevo mecanismo de estigmatización y judicialización en el territorio, con base en la política contra la deforestación del Conpes 4021 de 2020.

Ante estas realidades las comunidades han resistido a través de la conformación y fortalecimiento de sus organizaciones en defensa de la vida y del territorio como unidad. En salud, esto se ha visto reflejado en la construcción de proyectos y planes comunitarios de salud rural en articulación con universidades y organizaciones internacionales.

Resguardos del Pueblo Awá, Nariño

Se evidenció que el Pueblo Awá ha vivido un proceso de despojo de sus tierras que se ha manifestado en aislamiento y vulnerabilidad. En el suroccidente nariñense confluyen múltiples factores que hacen que esta región sea una de las más apetecidas por los grupos armados para desarrollar la actividad de cultivo de la hoja de coca, de procesamiento de base de coca, y transporte de sus derivados. Esto se debe a que los territorios del Pueblo Awá se encuentran en zonas remotas, históricamente abandonadas por el Estado y otras instituciones, pero también estratégicamente situadas sobre la trayectoria del Oleoducto Transandino y cerca a puertos costeros como Tumaco. Debido a esta situación, el Pueblo Awá ha sido objetivo de múltiples grupos armados que han generado desplazamientos masivos, amenazas y masacres. El Pueblo Awá ha sufrido afectaciones en su salud, principalmente en lo relacionado con la nutrición, su soberanía alimentaria ha sido afectada por las aspersiones aéreas de glifosato y otros fitotóxicos orientados hacia la destrucción de cultivos de uso ilícito, y a la vez, ha sufrido presión por grupos armados para continuar cultivando coca, en detrimento de los cultivos propios de su subsistencia. Además, en el Pueblo Awá se ha experimentado la violencia sexual asociada al conflicto armado, lo que ha afectado incluso a niñas indígenas. Por otra parte, existe una afectación de la salud Awá, comprensible solo desde su cosmovisión. Dado que la presencia de grupos armados ha generado presiones extractivas que deterioran las condiciones ambientales y afectan las relaciones interpersonales, el Pueblo Awá está experimentando un desequilibrio en su salud y su espiritualidad, algo que viven colectivamente. Ante esta situación, ha ejercido una resistencia fundamentada principalmente en su organización social en instituciones como la UNIPA, CAMAWARI, y ACIPAP. Y ha desarrollado un Plan de Salvaguarda en el que reclaman las condiciones necesarias para su pervivencia en el territorio.

En la Actualidad, a pesar del proceso de paz, el Pueblo Awá se encuentra confinado por diversos grupos armados, entre los cuales se incluyen Los Rastrojos, y según relata la comunidad, grupos asociados a las redes de narcotráfico en México. Por su parte, la UNIPA ha desarrollado estrategias de salud pública orientadas específicamente a subsanar los efectos del conflicto armado; para garantizar la pervivencia del Pueblo Awá, será necesario apoyar las iniciativas que han surgido de este proceso.

Recomendaciones para la no repetición

El esclarecimiento de la verdad debe permitir trazar horizontes de sentido para la sociedad colombiana, de los que se puedan desprender transformaciones y propuestas estructurales hacia el buen vivir, el vivir sabroso y la vida digna. A la par, se deben brindar soluciones en un marco de tiempo más cercano que apunten a la construcción de políticas y medidas que vayan arando ese camino. Comprendiendo que una de las funciones otorgadas a la Comisión corresponde la elaboración de recomendaciones para la no repetición y para la convivencia desprendidas de los hallazgos, el presente apartado pretende contribuir a ese propósito.

Las recomendaciones que se desprenden de este informe surgen, principalmente, de las propuestas, reivindicaciones y procesos implementados por las organizaciones sociales en los respectivos territorios. Así, más que elementos nuevos, se orientan a visibilizar estos planteamientos para lograr impactos a nivel del conjunto del sistema y del modelo de salud a nivel nacional, así como sus configuraciones específicas a nivel territorial. En ese sentido, las recomendaciones que se presentan a continuación se ubican en los planos estructural/general y del sistema/modelo de salud.

Lo estructural/general

1. El modelo económico y político, como causa y motivo de reproducción de los conflictos en los territorios y de consolidación de las brechas urbano-rurales, deben ser abordados de manera profunda. Es pertinente cuestionar las dinámicas económicas extractivistas, la producción de monocultivo y los cultivos de uso ilícito, de la misma manera en que se cuestionan las dinámicas de exclusión política que impiden la participación efectiva de las comunidades y el reconocimiento de sus derechos, conocimientos y saberes. Esta dinámica económica y política contribuye a la configuración de procesos destructivos que atentan contra la salud de los territorios, de las comunidades, las familias y las personas. Recomendamos que se fortalezcan los mecanismos de consulta previa de las comunidades, y que las propuestas que desarrollan bajo un proceso participativo tengan validez en los ámbitos gubernamentales.
2. Las políticas nacionales e internacionales relacionadas con el control de las drogas deben surgir a partir de procesos que cuenten con la participación de las comunidades en sus territorios. Además, estrategias como la sustitución de cultivos deben contar con el reconocimiento por parte de los actores armados que tengan como principal objetivo la disminución de los impactos sobre la sociedad civil. En este mismo marco, se inscribe la necesidad de ampliar la presencia institucional a partir de la garantía integral de los derechos humanos y no mediante la ampliación del pie de fuerza en los territorios. Para ello, es necesario el reconocimiento de las potencialidades de los instrumentos creados por el Acuerdo Final, principalmente en torno a los puntos sobre Reforma Rural Integral y la sustitución de cultivos de uso ilícito.
3. En pro de garantizar la paz, la salud, y la vida en los territorios de estas comunidades, es fundamental apoyar las propuestas comunitarias que rechazan los modelos de mercantilización de la salud y el conjunto de los derechos sociales, económicos, culturales, colectivos y ambientales. Así, el acceso, la cobertura y el goce efectivo de estos en los territorios rurales depende de la reivindicación de un modelo de atención primaria en salud que surja desde las comunidades, pero que cuente con el apoyo financiero e institucional del gobierno como garante de los derechos.

4. La posibilidad de definir medidas y políticas efectivas frente a los impactos de la violencia y el conflicto en los territorios, parte del fortalecimiento de la capacidad de recolectar datos sobre las múltiples violencias. Los testimonios que se presentan en este informe sugieren la necesidad social e histórica de analizar su evolución. Es preciso que el país tenga la capacidad de recolectar y analizar datos sobre las violencias y sus efectos sobre la salud, reconociendo que su calidad y comprobación de veracidad dependerá de los escenarios locales y territoriales. Es pertinente identificar que desde el año 2002 la Organización Mundial de la Salud ha planteado la importancia de que a nivel mundial se construyan estos sistemas de información sobre las violencias que favorezcan el análisis y reflexión.

El sistema/modelo de salud

1. El modelo de salud debe configurarse hacia el reconocimiento, como elemento central, de los procesos de territorio-territorialidad-territorialización que configuran modos de vida específicos en lo familiar y comunitario. Estos procesos usualmente no se encuentran acorde con la división político-administrativa del país, lo que demanda la reestructuración de los servicios de salud, hacia su territorialización. Integrar las capacidades y conocimientos propios y ancestrales a través de la conformación y/o fortalecimiento de los sistemas propios de salud que abarquen comunidades enteras (así estén divididas administrativamente) es una de las formas en que esto puede realizarse. Al respecto, vale la pena insistir en las garantías para el cumplimiento a cabalidad de los postulados en las propuestas comunitarias elaboradas por las organizaciones que participaron de la construcción de este informe, a saber: El Plan Integral de Reparación Colectiva en Bojayá, Chocó, y el Plan Estratégico de COCOMACIA; El Plan Comunitario de Salud Rural de La Macarena, Meta, y sus posteriores desarrollos en el marco del proyecto de “Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural” para la planeación estratégica colectiva en salud; Los planes y programas de la Institución Prestadora de Salud Indígena, bajo el principio del fortalecimiento de los conocimientos y saberes ancestrales y las capacidades de gestión propia.
2. Es necesario repensar la relación salud/conflicto. Si bien, existen avances importantes como los planteados por el Observatorio Nacional de Salud en sus análisis de impactos en la salud a raíz del conflicto, lo evidente resulta en la necesidad de configurar bases epidemiológicas que comprendan el conflicto en sus múltiples dimensiones y expresiones, en su complejidad económica, cultural, política y social. Esta visión de la relación salud/conflicto debe valorar críticamente el análisis de la vulneración del derecho a raíz del sistema, pero también de otras lógicas utilizadas por los actores armados tanto legales como ilegales para el uso de la salud como táctica de guerra.
3. En ese sentido, debe entenderse la transformación estructural del sistema como base para la eliminación de las barreras de acceso ya sean geográficas, culturales, administrativas y económicas, que han sido la fuente, en últimas, del uso de la salud en los marcos de guerra. Inicialmente, esto significaría procurar por construir programas específicos de atención integral en salud para las víctimas, personas, territorios y comunidades, así como para la población rural en su conjunto por fuera del mecanismo de intermediación del sistema de salud con el fin de eliminar estas barreras de acceso que se tornan en un escenario permanente de revictimización y marginación. Allí, cobra vital importancia ver como marco de posibilidad que los programas tanto del PAPSIVI como el Plan Nacional de Salud Rural, se inscriban en marcos normativos y operativos distintos a los del Sistema General de

Seguridad Social en Salud, permitiendo su desarrollo alternativo. Es necesario replantear el modelo de intermediación financiera de los recursos públicos para la salud. No es posible hablar de un Plan Nacional de Salud Rural si no se reconoce la diversidad territorial y cultural del país y si no se adecúa la respuesta del sistema de salud a esta condición constitutiva de la realidad colombiana.

La Misión Médica y la acción humanitaria



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

1. Ante los hostigamientos vividos por personas que ejercen actividades sanitarias en los territorios donde se ha vivido agudamente el conflicto, a pesar de las reglamentaciones existentes, es necesario evaluar de manera rigurosa, la implementación de la Resolución 4481 del año 2012, con el objetivo de construir las medidas pertinentes que brinden garantías efectivas para el desarrollo de estas actividades. Estrategias que promuevan el respeto a la Misión Médica, reduciendo la estigmatización a la que se enfrentan estas personas cuando hacen acompañamiento a las comunidades que están en medio del conflicto. Además, deben existir incentivos desde los gobiernos centrales y regionales para que una mayor cantidad de personal de la salud quiera y pueda prestar sus servicios en las zonas rurales expuestas al conflicto. Estos incentivos podrían ser no solo económicos, pueden consistir en apoyo a programas de formación continua orientadas a las atenciones sanitarias en las ruralidades y el condonamiento de deudas estudiantiles. Igualmente, es necesario que

se incorporen de manera sistemática en los programas de formación en salud, cátedras sobre misión médica y otros asuntos relativos al Derecho Internacional Humanitario en sus intersecciones con el ejercicio de la profesión médica en un país como Colombia, afectado crónicamente por un conflicto armado.

2. Es necesario que se formen redes de colaboración entre organizaciones sociales comunitarias, instituciones académicas, organizaciones humanitarias no-gubernamentales, y algunas instituciones clave del gobierno para fortalecer el acompañamiento de las comunidades en su proceso de construcción participativa del sistema de salud adecuado a sus necesidades, considerando las particularidades de sus procesos de territorialización y sus modos de vida.
3. Si bien la acción humanitaria ha desempeñado labores en atención sanitaria que corresponden propiamente al Estado, se debe exigir que este último reciba e implemente las iniciativas que surjan de los procesos participativos en salud comunitaria, como parte de las políticas públicas en salud. Esto tiene como fin evitar la dependencia de las comunidades sobre la asistencia externa, y también el reconocimiento de su derecho a la autodeterminación en



FOTO: Equipo Misión MdM
Las fotografías fueron tomadas con consentimiento de las personas que aparecen en ellas.

Bibliografía

- Acevedo-Tarazona, A. (2006) "Etnia, Territorio e Interculturalidad. Nóvita y Cartago en el Comercio Aurífero. Siglo XVIII. Una Lectura Ambiental." *Cambios Ambientales en Perspectiva Histórica*. Vol. 2. Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira.
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry. (2020). *Toxicological Profile for Molybdenum*. Pp. 2-4, 33-46.
- Alcaraz G. y L. Yagarí. (2003) "La concepción de la curación Chamánica entre los Indígenas Embera de Colombia: un proceso de comunicación socio-cultural y fisiológico." *Investigación y Educación en Enfermería*. vol. 21(2). 60-78.
- Bisbicús, G. T. et al. (2010). *Comunicación con los espíritus de la naturaleza para la cacería, pesca, protección, siembra y cosecha en el pueblo indígena Awá de Nariño*. Programa Somos Defensores-PNGPDDH-. Bogotá, D. C. p. 43
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. No. 31.
- Cabrera-Nossa, I. (2016). "Conflicto armado, criminalidad, y violencia en la frontera colombo-panameña: elementos críticos para buscar una transición." *Fronteras en Colombia como zonas estratégicas: Análisis y Perspectivas*. Andrés Molano, Ed. instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga, Bogotá, DC. pp.221-242.
- Cáceres, D. y J. Rojas (2002). "Programa Ampliado de Inmunizaciones Colombia, 2001-2002." en *Programa Ampliado de Inmunizaciones "PAI" Colombia 2002*. OPS/OMS, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. P. 3-5.
- Carmona-Fonseca, J. (2003) "La malaria en Colombia, Antioquia, y las zonas de Urabá y Bajo Cauca: panorama para interpretar la falla terapéutica antimalárica. Parte 1." *IATREIA*. Vol. 16 (4).
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2021) "Capítulo 2: Surgimiento y Trayectoria." en *¿Qué es el Informe analítico sobre el paramilitarismo en el Urabá Antioqueño, el sur de Córdoba, el Bajo Atrato y Darién?* Disponible en http://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/validacion_informe_uraba/que-es-el-informe-analitico-sobre-el-paramilitarismo-en-el-uraba-antioqueno-el-sur-de-cordoba-el-bajo-atrato-y-darien/
- Cigüeñas, D. et al., (2020). "El Atrato y sus guardianes: imaginación ecológica para hilar nuevos derechos." *Revista Colombiana de Antropología*, 52(2). Pp. 169-196.
- Clarkson, T. (2003). "The Toxicology of Mercury--Current Exposures and Clinical Manifestations." *The New England Journal of Medicine*. 349(18). Pp. 1731-1737.
- Cocomacia. (2017) *Plan Estratégico Cocomacia Aportando a la construcción de Paz 2017-2027*.
- Codazzi, A. *El Neogranadino* No. 285, Bogotá 1 de diciembre de 1853, pág. 442
- Colombia en Transición. (2020) "Casa Verde: 30 años del bombardeo que cambió la guerra con las Farc." *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/colombia2020/justicia/verdad/casa-verde-30-anos-del-bombardeo-que-cambio-la-guerra-con-las-farc/>
- Comisión Colombiana de Juristas. (2011). "Informe sobre la situación del derecho al territorio de los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes en Colombia."
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero del año 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
- CORMACARENA (2.010) *Creación e importancia del Área de Manejo Especial La Macarena*.
- Corte Constitucional. Sala Sexta de Revisión. (10 noviembre 2016). MP Jorge Iván Palacio Palacio. Sentencia T-622 de 2016 *Accedido a través de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-622-16.htm>*
- Corte Interamericana de Derechos humanos. (2011). "Informe de Fondo" en *Ficha Técnica: Comunidades afrodescendientes desplazadas de la cuenca del río Cacarica (Operación Génesis) vs. Colombia*.
- Corte Suprema de Justicia. (29 octubre 2009). Sala de Casación Civil. MP Nilson Pinilla Pinilla. Sentencia

T-769/09.

- De Friedemann, N. (1971). "Minería del Oro y Descendencia: Güelmambí, Nariño." Estudios de Negros en el Litoral Pacífico Colombiano.
- Decreto 1989 de 1.989. Por el cual se declara Área de Manejo Especial La Macarena, la Reserva Sierra de La Macarena, se clasifica y zonifica su territorio y se fijan sus límites reales.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.
- Duque-Zerpa, C. et al. (2014). "Caracterización toxicológica del veneno de Bothrops atrox de Puerto Ayacucho, estado de Amazonas (Venezuela) y su neutralización por un anti veneno venezolano. Revista Científica, vol. 24 (4). Pp. 355-362. Universidad de Zulia, Maracaibo Venezuela.
- EFE. (2011). "ONG denuncia asesinato en Colombia de colaborador de Médicos del Mundo Francia." Vanguardia. Accedido a través de <https://www.vanguardia.com/mundo/ong-denuncia-asesinato-en-colombia-de-colaborador-de-medicos-de-mundo-francia-BYVL136205>
- Escobar, E. y Juan C. Olier. (1908) "Informe de la comisión nombrada por el gobierno Reyes para explorar las posibilidades económicas del Chocó". Archivo General de la Nación, Fondo Baldíos, Tomo 30, Folios 144-155.
- FIP. (2012). Hoy y ayer del Bloque Oriental de las FARC. Área dinámicas del conflicto y negociaciones de paz.
- Franco-Gamboa, A. (2015). Reconstrucciones de la cotidianidad en el pueblo indígena Awá: espacios minados, tiempo natural, y sobrenatural. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Antropología. Bogotá, Colombia.
- Galtung, J. (1990). Cultural Violence. Journal of Peace Research, vol. 27(3), pp. 291 – 305.
- Galtung, J. (1998). After Violence: 3R, Reconstruction, Reconciliation, Resolution. Coping with Visible and Invisible Effects of War and Violence. Red Gernika.
- Grupo de Memoria Histórica. (2010) Bojayá: la guerra sin límites. Distribuidora y Editora Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A., Bogotá, Colombia. P. 44.
- Horta-Gaviria, C. (2019) Espacio salvaje y colonización de Urabá, 1840-1960. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.
- ICTJ. (2011). "El reconocimiento del conflicto armado, un paso positivo." ICTJ. Consultado a través de [https://www.ictj.org/es/news/el-reconocimiento-del-conflicto-armado-un-paso-positivo#:~:text=BOGOTA%2C%20Mayo%2012%2C%202011%20%E2%80%94,la%20Justicia%20Transicional%20\(ICTJ\)](https://www.ictj.org/es/news/el-reconocimiento-del-conflicto-armado-un-paso-positivo#:~:text=BOGOTA%2C%20Mayo%2012%2C%202011%20%E2%80%94,la%20Justicia%20Transicional%20(ICTJ)).
- IGAC, I. G. A. C.-. (2018). Memorias Primer foro Nacional Trazando Territorios de Paz. 56. https://www.igac.gov.co/sites/igac.gov.co/files/memoriasforotrazandoterritoriosdepaz_2018.pdf
- Kerguelén-Sanchez, M. (2020) Condiciones de exposición de la población habitante de la cuenca del Río Atrato (municipio de Turbo) y su relación con niveles de mercurio en cabello producto de la actividad de la minería de oro. Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud, Maestría en Salud Pública.
- Leal, C. (2005). "Un puerto en la selva. Naturaleza y raza en la creación de la ciudad de Tumaco, 1860-1940." Historia Crítica. No 30. Bogotá, Colombia. p. 40
- Ley 118 de 1959. Por la cual se crea y organiza el Departamento del Meta. Congreso de Colombia.
- Machado, M. (2007) "Un rastro del África Central: el Legado de los Congo y Angola en las tallas sagradas de los indígenas Chocó del Pacífico colombiano." en Afrorreparaciones: Memorias de la esclavitud y justicia reparativa para negros, afrocolombianos y raizales. Centro de Estudios Sociales CES Universidad Nacional de Colombia.
- Maldonado-Ocampo, J. et al. (2012). Peces dulceacuícolas del Chocó Biogeográfico de Colombia. WWF Colombia, Bogotá, D.C.
- Mena-Torres, Y. L. (2009) "Caracterización del Comportamiento de la Malaria en el Departamento del Chocó Durante el Período 1998-2008." Universidad CES. Gerencia en Salud Pública. Facultad de Salud Pública. Medellín, Colombia. pp.41-44
- Merriam, Shara B. (1988). Case Study research in education. A Qualitative Approach. San Francisco:

Jossey – Bass.

Mesa de trabajo Mujer y conflicto armado. VI Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia 2002-2006. Bogotá D.C.

Mesa por la vida y la salud de las mujeres. (2016). Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia.

Mingorance, Fidel y HREV (2013). Territorios Colectivos titulados (2012). Extraído de Mapas en Bojayá una Década. Blog en línea. <https://bojayaunadecada.wordpress.com/mapas/>

Molano A. (1987). Selva adentro: una historia oral de la colonización del Guaviare. El Áncora Editores. Bogotá.

Molano, A. (2016). A lomo de mula: viajes al corazón de las Farc. Penguin Random House Grupo Editorial.

Montoya, J. (2008) “Guerra, frontera e identidad en las provincias del Chocó, siglos XVI y XVII.” Historia y Sociedad. No. 15. Medellín, Colombia. Pp. 165-189.

MinSalud. (2012). Resolución 4481 del 28 de diciembre de 2012, por la cual se adopta el Manual de la Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema. República de Colombia.

Miranda, B. (23 abril 2018). “Quién es Daniel Rendón, alias Don Mario, el fundador de la banda criminal más poderosa de Colombia que acaba de ser extraditado a Estados Unidos en BBC News Mundo. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43874282>

Naciones Unidas. (2000). Observación General 14: el derecho al disfrute más alto posible de salud. Consejo Económico y Social. Ginebra.

Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud. (2017) “Consecuencias del Conflicto Armado en la Salud en Colombia.” Informe técnico. No. 9. Bogotá, D.C.

OEA, CIDH. (2006). Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia. Washington.

ONIC. “Embera dobidá.” en Pueblos Indígenas de Colombia. Consultado 23 marzo 2021.

ONU (2018) Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Campesinos y de Otras Personas que Trabajan en las Zonas Rurales.

OPS (2010). Reorientación y fortalecimiento de la prevención y el control de la malaria en el departamento del Chocó, costa pacífica colombiana 2006-2010. Bogotá, OPS.

Orjuela, J. (2017). La salud pública en el tránsito de la guerra a la construcción de la paz en el municipio de La Macarena. Pontificia Universidad Javeriana, Maestría en salud pública. Bogotá.

Padilla, N. (26 de mayo de 2000). Clarín, ed. «Las FARC lanzaron una ley anticorrupción». Consultado el 31 de octubre de 2010. <http://edant.clarin.com/diario/2000/05/26/i-02801.htm>

PNUD (2014). Meta. Análisis de conflictividades y construcción de paz.

Proyecto Laboratorio de Salud Rural e Intercultural Comunidad de Bojayá, Chocó. Universidad Nacional de Colombia, 2018. Desarrollado en el marco de las iniciativas surgidas en la Red SaludPaz.

Quiceno, N. (2016). Vivir Sabroso. Luchas y movimientos afrotrataños en Bojayá, Chocó, Colombia. Universidad del Rosario, Bogotá.

Quiceno-Toro, N. et al., (2017). “La política del canto y el poder de las alabaoras de Pogue (Bojayá, Chocó). Estudios Políticos. Universidad de Antioquia, 51. Pp. 175-195.

Redacción El Tiempo. (2009). Pasajeros quemados en bus en Nariño son siete y no seis; medicina legal confirmó muerte de dos niños. El Tiempo. Accedido a través de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-6658527>

Redacción Judicial. (3 nov 2020). “¿Por qué alias el Alemán, el jefe paramilitar, seguirá en libertad?» El Espectador.

Rettberg, A. y J.D. Prieto. (2018). “Conflicto Crudo: Petróleo, Conflicto Armado, y Criminalidad en Colombia.” en ¿Diferentes recursos, conflictos distintos? La economía política regional del conflicto armado y la

- criminalidad en Colombia. Rettberg et al. Editores. Ediciones Uniandes, Bogotá. Pp. 164.
- Robledo-Caicedo, J. (2019) “¿A dónde se fue la fortuna? Historia económica y social del Chocó, Colombia.” Cuadernos de historia económica. Banco de la República-Sucursal Cartagena. No. 52.
- Salazar-Camacho, C. et. al. (2017). “Dietary human exposure to mercury in two artisanal small-scale gold mining communities of northwestern Colombia. *Environment international*, 107. Pp. 47-54.
- Sepúlveda, R. (2008). “Vivir las ideas, idear la vida: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los Embera y Wounaan de Riosucio, Chocó.” *Antípoda*. No. 6. pp. 245-269.
- Sharp, W. (1975). “The profitability of Slavery in the Colombian Chocó, 1680-1810.” *The Hispanic American Historical Review*, 55(3)., 468-495.
- Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. 16 diciembre 2011. MP Uldi Teresa Jiménez López. Accedido a través de: https://www.ictj.org/sites/default/files/subsites/ictj/docs/Sentencias_Justicia-y-Paz/2011.PrimeraInstancia.FredyRendon.pdf
- UNIPA, CAMAWARI, ACIPAP. (2012) Actualización Plan de Salvaguarda Awá, p. 12. Nariño y Putumayo.
- Urrego-Mendoza ZC, et al. (2021). “Situación de salud en una comunidad afrocolombiana sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó.” *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2021;39(1) p.5
- Varela, D. (2013). *Los saberes del monte: Desindustrialización, crisis, y reinención campesina en Andagoya, Chocó (1974-1991)*. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Zuluaga, S. y G. Otalvaro. (2020). “Las promotoras rurales de salud: una práctica social en extinción. Estudio de caso en el municipio de Andes, Antioquia, 1976-2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2020, No. 19.
- 7 julio 2011. “Los ‘paras’ y la Brigada 17 del Ejército.” en *Verdadabierta.com*. Disponible en: <https://verdadabierta.com/los-paras-y-la-brigada-17-del-ejercito/>



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

2021