

**INFRACCIONES CONTRA LA MISIÓN MÉDICA EN EL PACÍFICO NARIÑENSE,
COLOMBIA 2009-2019**

LINA ROCÍO BELALCÁZAR HURTADO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2023**

**INFRACCIONES CONTRA LA MISIÓN MÉDICA EN EL PACÍFICO NARIÑENSE,
COLOMBIA 2009-2019**

LINA ROCÍO BELALCÁZAR HURTADO

**Trabajo de investigación para optar al título de
Magister en salud pública**

ASESOR

PhD. Anderson Rocha Buelvas

**Línea de investigación:
Promoción de la salud y prevención**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2023**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor. Artículo 1ro del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto, abril de 2023

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, mis hermanos y quien en vida se llamó Luis Fernando Vidal Torres por su cariño y apoyo incondicionales.

A mi director de tesis, el doctor Anderson Rocha Buelvas por su paciencia y dedicación durante la dirección de mi proyecto. Agradezco la disciplina y rectitud con la que siempre se condujo, cualidades que no solo me ayudaron a mejorar mi desempeño y a profundizar en el sentido de la investigación cualitativa, sino que también me motivaron a ser una mejor persona enseñándome el valor de y la dedicación.

Agradezco a la Universidad de Nariño por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de ser parte de su cuerpo estudiantil al Centro de Estudios en Salud CESUN y los docentes del postgrado Maestría en Salud Pública por brindarme sus conocimientos con mucho amor y por ser parte de este gran logro alcanzado.

De una manera muy especial, muchas gracias a todas las personas que participaron en el estudio, por abrirme las puertas de su hogar y de sus vidas, porque sin su buena voluntad y sin sus experiencias, esto simplemente no hubiera sido posible.

Sinceramente muchas gracias a todos.

Lina Rocío Belalcázar Hurtado

RESUMEN

La finalidad de este estudio es analizar las infracciones contra la Misión Médica en la costa pacífica nariñense cometidas en el periodo 2009-2019 desde la mirada de salud pública, el estudio se basa en una metodología cualitativa, investigación tipo documental, se realizaron entrevistas, casos paradigmáticos con 3 trabajadores de la salud y 2 personas de la comunidad víctimas de la presente problemática. Los resultados muestran como el impacto de las infracciones afectan los componentes de la Misión Médica desde el contexto económico, sociocultural, político, servicios de salud, infraestructura vial, transversal y comunitario, el segundo aspecto es el análisis de los efectos del conflicto armado en diferentes dimensiones de la vida de las personas afectadas a partir de variables como la etnia, género y condiciones de trabajo. Por otra parte, los datos muestran que las infracciones impactan negativamente en los componentes de Misión Médica, siendo una gran preocupación para el sector salud por las grandes afectaciones en la salud de la comunidad, sus consecuencias a largo plazo que son nefastas, profundizan las necesidades en salud producto de los efectos del conflicto armado en la salud pública del territorio. El personal de salud sufre violaciones de derechos que impactan negativamente en diferentes dimensiones de la vida, demostraron afectar la esfera familiar, personal, social y laboral. La medicina ancestral tradicional es de gran valor en el territorio, ayuda a mitigar necesidades en salud cuando no es posible acceder a la medicina occidental por motivos relacionados con el conflicto armado. A partir de los datos se puede concluir que las infracciones contra la Misión Médica abarcan más allá de los servicios de salud, afectando negativamente las vidas de las personas, generando un impacto en las formas de vivir y estados de salud, causando graves afectaciones en la Misión Médica.

Palabras claves: Misión Médica, infracción contra Misión Médica, violencia y Salud, conflicto armado en salud, violencia en atención médica.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the infractions against the Medical Mission in the Pacific coast of Nariño committed in the period 2009-2019 from the perspective of public health, the study is based on a qualitative methodology, documentary type research, interviews were conducted, paradigmatic cases with 3 health workers and 2 people from the community victims of this problem. The results show how the impact of the infractions affect the components of the Medical Mission from the economic, socio-cultural, political, health services, road infrastructure, transversal and community context. The second aspect is the analysis of the effects of the armed conflict in different dimensions of the life of the affected people based on variables such as ethnicity, gender and working conditions. On the other hand, the data show that the infractions have a negative impact on the components of the Medical Mission, being a great concern for the health sector due to the great effects on the health of the community, its long-term consequences which are disastrous, deepening the health needs resulting from the effects of the armed conflict on the public health of the territory. Health personnel suffer violations of rights that have a negative impact on different dimensions of life, affecting the family, personal, social and labor spheres. Traditional ancestral medicine is of great value in the territory and helps to mitigate health needs when it is not possible to access western medicine for reasons related to the armed conflict. From the data it can be concluded that the infractions against the Medical Mission go beyond health services, negatively affecting the lives of the people, generating an impact on the ways of living and health conditions, causing serious affectations in the Medical Mission.

Keywords: Medical Mission, offense against Medical Mission, violence and Health, armed conflict in health, violence in medical care.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	6
Lista de cuadros.....	10
Lista de figuras.....	12
Listado de abreviaturas.....	13
INTRODUCCIÓN	14
OBJETIVOS	16
CAPÍTULO 1. MARCO REFERENCIAL	17
1.1 Infracción contra la Misión Médica a nivel internacional.....	17
1.2 Infracción contra la Misión Médica a nivel nacional.....	22
1.3 Infracción contra la Misión Médica departamental.....	25
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	32
2.1. Lugar del trabajo de campo	33
2.2. Los informantes del estudio.....	33
2.4. Técnicas de obtención de información	34
2.4.1 Revisión documental	34
2.4.2 Entrevistas.....	38
2.4.3 Casos paradigmáticos	39
2.5. Organización del material de campo	41
2.6. El proceso de análisis.....	42
CAPÍTULO 3. INFRACCIÓN CONTRA LA MISIÓN MÉDICA EN EL PACÍFICO NARIÑENSE	44
3.1. Tipo de Infracción	44
3.2. Personal de salud.....	46
3.3. Casos documentados en las fuentes consultadas.....	51
3.4. Año	55
3.5. Lugar	56
3.6. Inequidades sociales del personal de salud en medio del conflicto.....	65
CAPÍTULO 4. IMPACTOS DIFERENCIADOS DE LAS IMM EN LA COSTA PACÍFICA DE NARIÑO	68

4.1 Impactos de las IMM en el componente servicio humanitario	68
4.2 Impactos de IMM en el componente personal de salud.....	70
4.3 Impactos IMM en el componente unidades sanitarias	73
4.4 Impactos de IMM en el componente heridos y enfermos	76
4.5 Efectos del conflicto armado en diferentes dimensiones de la vida de las personas...79	
4.5.1 Etnia y Misión Médica.....	79
4.5.2 Género y Misión Médica	81
4.5.3 Condiciones de trabajo	83
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	85
CONCLUSIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1-1: metodología utilizada en los estudios cuantitativos	21
Cuadro 1-2: metodología utilizada en los estudios cualitativos	21
Cuadro 1-3: documentos revisados	22
Cuadro 1-4: metodología utilizada en los estudios cuantitativos	24
Cuadro 1-5: metodología utilizada en los estudios cualitativos	25
Cuadro 1-6: metodología utilizada en los estudios cuantitativos	26
Cuadro 1-7: metodología utilizada en los estudios cualitativos	27
Cuadro 2-1: fuentes documentales.....	35
Cuadro 2-2: pronombres de participantes	41
Cuadro 3-1: tipos de infracciones por departamentos, 2009-2019.	44
Cuadro 3-2: infracciones contra la vida y la integridad por departamentos, 2009-2019.	45
Cuadro 3-3: tipos de infracciones Colombia, 1958-2019.	46
Cuadro 3-4: personal de salud.	47
Cuadro 3-5: número de víctimas individuales casos de IMM, Colombia 1958-2019.	48
Cuadro 3-6: víctimas individuales por departamentos más afectados.	50
Cuadro 3-7: victimarios de casos de infracciones al DIH departamento de Nariño 1958-2022.	51
Cuadro 3-8: clasificación de tipo de infracción, personal de salud, victimarios casos documentados en fuentes consultadas.	54
Cuadro 3-9: tendencia temporal número IMM, Colombia 2009-2019	55
Cuadro 3-10: tendencia temporal número IMM, Nariño 2009-2019.	56

Cuadro 3-11: aspectos contextuales departamentos con mayor número de IMM.....	57
Cuadro 3-12: registros de IMM por subregiones departamento de Nariño	58
Cuadro 3-13: municipios con mayor registro de IMM.	59
Cuadro 3-14: municipios con mayor registro de infracciones al DIH.	60
Cuadro 3-15: resultados de IRV 2021.	62
Cuadro 3-16: resultados de IRV Alto 2021 Nariño.	63
Cuadro 3-17: RV de municipios con mayor número de IMM.	63
Cuadro 3-18: número de casos IMM encontrados en fuentes consultadas por subregiones	64
Cuadro 4-1: impactos diferenciados de IMM en el servicio humanitario.	70
Cuadro 5-2: impactos de IMM en el personal de salud.	73
Cuadro 5-3: impactos de IMM en unidades sanitarias	76
Cuadro 5-4. impactos de IMM en el componente heridos y enfermos	78
Cuadro 5-5: etnia y Misión Médica	81
Cuadro 5-6: género y Misión Médica.	83

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 3-1: ubicación geográfica de IMM subregiones de Nariño	59
Figura 3-2: localización geográfica de zonas con mayores necesidades en salud en Nariño	61
Figura 3-3: subregiones y municipios que presentaron casos de IMM en fuentes consultadas.....	65

LISTADO DE ABREVIATURAS

Infracción contra la Misión Médica (IMM)

Derechos Humanos (DDHH)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Derecho Internacional Humanitario (DIH)

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)

Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH)

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)

Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios (ANTHOC)

Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP)

Fundación Paz y Reconciliación (SIPARES)

Amnistía Internacional (AI)

Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)

Sistema de Erradicación de la Malaria (SEM)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP)

Ejército de Liberación Nacional (ELN)

Movimiento 19 de abril (M19)

Estados Unidos (EE. UU)

Índice de Riesgo de victimización (IRV)

Riesgo de Victimización (RV)

Autodefensas Unidas de Colombia (AUC)

INTRODUCCIÓN

El fenómeno a investigar en la presente indagación es la infracción contra la Misión Médica (IMM) en el Pacífico nariñense, se define en Colombia como la conducta que por acción u omisión afecta a los componentes y actividades de la Misión Médica o beneficiarios directos de la misma, relacionadas con situaciones de orden público, irrespetando uno o varios deberes o derechos establecidos (1). Estas infracciones son catalogadas de acuerdo con el Protocolo II de Ginebra como los actos cometidos contra heridos, enfermos, población civil, personal sanitario, bienes y transporte sanitario (2). La presente problemática evidencia los numerosos riesgos a los que se enfrenta el personal de salud, en esa misma línea permite que sus posibles efectos se conviertan en una señal de alarma para la salud pública en cuanto a las posibles afectaciones en salud y la dificultad para acceder a servicios de salud, que se derivan como resultado del conflicto armado y las situaciones de violencia en el sector salud, permiten poner de relieve la necesidad de hacer este tipo de investigación en el departamento de Nariño, por ser uno de los departamentos con más reportes de IMM hasta la fecha (3). En acuerdo con el doctor Saúl Franco (4) la violencia representa en el país un problema de Salud Pública, aquí me interesa analizar los impactos de las IMM en los componentes de la misma y efectos del conflicto armado en diferentes dimensiones de la vida de las personas, ello supone mirar las afectaciones de las IMM en diferentes contextos: económico, sociocultural, político, servicios de salud, infraestructura vial, Transversales o comunitarios, que impactan negativamente en el ejercicio de los trabajadores de salud y funcionamiento de unidades sanitarias, analizar la problemática desde diferentes dimensiones como la etnia, género y condiciones de trabajo, situación que tiene afectaciones individuales y colectivas, comportándose como una barrera para acceder a servicios de salud. La línea de investigación a la que pertenece esta tesis es Promoción de la Salud y Prevención, mi propósito es estudiar el impacto de las IMM en trabajadores de la salud del territorio en cuestión. La selección del tema se basa en la observación directa de las experiencias vividas

por algunos de mis compañeros de trabajo, víctimas de IMM, así como en la identificación personal de la IMM como una problemática que afecta a la salud pública del territorio en el que vivo. El presente estudio se compone de cinco capítulos; el primero de ellos contiene una revisión de la literatura, que permite describir los hallazgos disponibles en estudios sobre infracciones contra la Misión Médica en el contexto internacional, nacional y departamental. El segundo capítulo describe la problemática en términos de Salud Pública, para conceptualizar los impactos de las IMM en los componentes de la misma y afectaciones en diferentes dimensiones de la vida de las personas afectadas, con el fin de argumentar el marco referencial en el desarrollo de la investigación. El último capítulo corresponde a la discusión, reflexión y conclusión sobre los hallazgos reportados y sobre las limitaciones de la presente investigación.

OBJETIVOS

Por todo lo dicho anteriormente, el objetivo general de la presente investigación es analizar las infracciones contra la Misión Médica en la Costa Pacífica de Nariño cometidas en el periodo 2009-2019 desde la mirada de salud pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Clasificar y describir IMM en la costa pacífica nariñense en cuanto a tipo, lugar, año de ocurrencia, personal de salud afectado y victimarios.
2. Definir el impacto diferenciado de las IMM a través de los elementos contenidos de la misma: servicio humanitario, personal sanitario, unidades sanitarias, heridos y enfermos.
3. Explicar los efectos del conflicto armado, en diferentes dimensiones de la vida de las personas, para producir evidencia que contribuya a la gestión de políticas públicas y la generación de diálogos con artífices de política pública.

CAPÍTULO 1. MARCO REFERENCIAL

El objetivo del capítulo es describir la revisión de literatura referida a la infracción contra la Misión Médica en el contexto internacional, nacional y departamental. Existe literatura que estudia el comportamiento de la problemática en territorios con conflictos armados activos y afectaciones en el sector salud.

1.1 Infracción contra la Misión Médica a nivel internacional

Una de las labores más afectadas por la guerra y los conflictos armados en Colombia, es la relacionada directamente con la atención médica, los sistemas de salud y proveedores de atención médica, son las primeras víctimas y sufren actos cada vez más violentos, que terminan en una paralización de la prestación de servicios de salud y la infraestructura de salud necesaria para la protección de civiles y víctimas del estado en guerra. Al respecto, la “*resolución 2286 del año 2016*” del consejo de seguridad de las naciones unidas expresa una gran preocupación por los actos de violencia, ataques y amenazas contra el personal sanitario y demás personal humanitario dedicado exclusivamente a tareas médicas, sus medios de transporte, equipos, hospitales y otros establecimientos sanitarios, así como el aumento de reportes de estos eventos; igualmente las consecuencias que estos ataques tienen a largo plazo para la población civil y sistemas de salud de países afectados (5). Según Bernard (5), este problema constituye uno de los mayores desafíos de la presente era caracterizado por la persistencia del fenómeno, su exacerbación y su resurgimiento como aspecto reiterado de las guerras actuales. Igualmente, Irene Raciti (6) afirma que la protección de la Misión Médica se ha convertido desafortunadamente en uno de los mayores problemas humanitarios de la actualidad, en términos de número de personas afectadas directa o indirectamente. En efecto, un solo incidente violento dirigido contra el personal médico o instalaciones puede impactar a cientos o incluso millones de personas (6).

Entre enero de 2012 y diciembre de 2014, en 11 países, hubo cerca de 2.400 ataques contra personal de salud, instalaciones, medios de transporte, pacientes; es decir, más de dos incidentes por día, la violencia contra el personal de salud conduce con frecuencia a una reducción de la salud en zonas de conflicto, destrucción del cierre de hospitales y daños irreversibles al sistema nacional de salud. Dicho esto, los niños son los más afectados en muchos casos, por ejemplo, en Afganistán representaron el 24% de las víctimas entre 2015 y 2016, donde más de un millón padecieron desnutrición aguda (7). Por otro lado, en Siria 50% de los trabajadores sanitarios que viven en Aleppo fueron desplazados del país por motivos relacionados con la violencia desde 2011. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7) en ese período, Siria tenía casi 60% de los centros de salud sin funcionar, un país donde 25.000 personas resultaban heridas cada mes, en el 2014 se produjeron 93 ataques que aumentaron a 130 en el 2015 y en el 2016 fueron 120. En Irak casi la mitad de los profesionales de la salud han emigrado desde 2014 (7). Otro caso se podría destacarse en Nigeria en el año 2012, donde la mayoría de los trabajadores sanitarios se escaparon de las zonas controladas por el Boko Haram (grupo terrorista de carácter fundamentalista islámico), lo que provocó el cierre de 450 establecimientos de salud. Según Karroum (7) en el año 2020 la escasez resultante de trabajadores de la salud ha producido efectos devastadores en la prestación y el acceso a la atención médica no solo en conflictos, sino también después de la guerra, las situaciones se caracterizaron por resultados de salud deficientes debido a la disponibilidad limitada de trabajadores de la salud y sistemas de salud (7). En el *“informe de la Coalición para Salvaguardar la Salud en conflictos”* (8), se certifica que las cifras más altas del mundo para 2017 se dieron en los países de Medio Oriente, en particular Siria-Alepo, las cuales registran las cifras más altas en violencia contra el personal de salud con 40 ataques contra hospitales en menos de un año y además de 252 actos de violencia contra el personal de salud (9). El informe revela que los 10 países con más ataques a la salud hasta mayo de 2017 son: Siria con 252, Palestina con 93, Afganistán 66 ataques, República Centroafricana con 52, Sudán del Sur con 37, Irak con 35 y Yemen con 24, Nigeria

con 23, República Democrática del Congo con 20 y Pakistán con 18. El sistema de monitoreo de ataques a la salud de la OMS revela que, en los países mencionados anteriormente, las cifras aumentaron en durante los últimos 2 años, razón por la cual la OMS decidió monitorear los ataques en los territorios donde se encuentran guerras y conflictos activos. Las agresiones y ataques contra trabajadores de salud es un fenómeno internacional que también afecta países del entorno europeo, como Francia y Gran Bretaña, inclusive en otras latitudes como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y América Latina (11). En Europa, países como Suecia y Bélgica ya han adoptado la vía normativa para hacer frente a la situación debido al número y gravedad de casos de violencia, del mismo modo Holanda, Italia y en especial en Francia (11). Un estudio realizado entre los médicos generales en Inglaterra y Gales demostró que este tipo de comportamientos también es muy frecuente en entornos extrahospitalarios, 63% de los médicos respondieron a una encuesta realizada en el 2011, declararon haber sufrido algún tipo de agresión durante el 2010 por ejercer su profesión (12). Según investigaciones realizadas por el National Health Service English (12) demuestran que 11% de los trabajadores de salud y 6% de los de atención primaria afirman haber sufrido una agresión física, mientras que 26% manifestaron haberse sentido intimidados por ejercer su función como profesional sanitario (12).

Según un estudio realizado por la Universidad de Zaragoza sobre profesionales del ámbito de la sanidad pública de dos comunidades autónomas, los hallazgos muestran que 64% de los médicos españoles han sufrido violencia psicológica (amenazas, coacciones e insultos), por otra parte, 11% han sido víctimas de agresiones físicas y 5% las ha sufrido en más de una ocasión (12). En este sentido, Estados Unidos encabeza las listas de ataques violentos, si se tiene en cuenta que la tenencia de armas está legalizada. Según el estudio de la universidad mencionada (12) en 170 hospitales; 43% de trabajadores de urgencias sufrieron ataques físicos una vez al mes, 18% de ellos fueron amenazados con arma blanca. Las estrategias y los planes de prevención tienen una larga tradición

sirviendo de referente para otros países como Canadá (12). El mismo estudio realizó una encuesta acerca de las agresiones sufridas durante el ejercicio de la profesión, como resultados evidenciaron que 54,6% de los médicos encuestados, sufrió algún tipo de agresión, mientras que 52,4% sufrieron agresiones verbales y el 23% físicas (12).

La investigación publicada en el 2016 en la Revista Panamericana de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (13), entrevistó a 20.000 profesionales de la salud de diferentes países latinoamericanos de habla hispana, principalmente Argentina, México y Ecuador, según los investigadores las agresiones al personal de salud constituyen uno de los problemas más frecuentes; los cuales han generado secuelas emocionales y laborales, además han causado una percepción de inseguridad en el lugar de trabajo de los trabajadores de salud. Los hallazgos arrojaron que 66,7% de los encuestados afirmo haber sufrido algún tipo de agresión en su lugar de trabajo en el último año (13), este dato muestra un incremento respecto a una encuesta anterior; en la que el porcentaje de profesionales que expreso haber sido agredido fue de 54,6% (13). Mientras que 11,3% de los profesionales agredidos, recibieron unas agresiones físicas, las cuales obligaron a muchos a suspender sus tareas en al menos 30% de los casos. Casi las tres cuartas partes de estas agresiones ocurrieron en instituciones públicas principalmente, en el sector de emergencia y contextos humanitarios en acciones orientadas en aliviar el sufrimiento y proteger derechos fundamentales, los desencadenantes más frecuentes fueron la demora en la atención con 44,2%, la carencia de recursos para la atención 33,6%, las circunstancias de brindar un informe médico 28,2% y la comunicación de fallecimientos 8,6% (13). Gran parte de la revisión internacional en análisis corresponde a informes de entidades que defienden los derechos de los trabajadores de la salud. Se presenta el análisis bibliométrico realizado en la presente investigación a nivel internacional, la metodología cuantitativa fue muy importante en los siguientes estudios:

Metodología y temas centrales de los estudios incluidos en la revisión

Cuadro 1-1: Metodología utilizada en los estudios cuantitativos

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Muestra</i>	<i>Población fuente y país</i>	<i>Elementos estudiados de Misión Médica</i>
Burkle FM, Kushner AL, Giannou C, Paterson MA, Wren SM, Burnham G. Parte 1	Descriptivo, transversal	Observacion, revision de documentos	Intencional a conveniencia	Internacional (Medio Oriente, Africa, Asia, Colombia)	Servicio humanitario, Personal de salud, Unidades sanitarias, Heridos y enfermos
Burkle FM, Kushner AL, Giannou C, Paterson MA, Wren SM, Burnham G. Parte 2	Descriptivo, transversal	Observacion, revision de documentos	Intencional a conveniencia	Internacional (Medio Oriente, Africa, Asia, Colombia)	Servicio humanitario Personal de salud, Unidades sanitarias, Heridos y enfermos
León M, Irurtia MJ, León C, Crespo MT, Queipo D. 2011	Descriptivo, transversal	Cuestionario	Simple aleatoria	España	Personal de salud
Organización Panamericana de la Salud 2019	Descriptivo transversal	Cuestionario	Simple aleatoria	Washington, Argentina, México, Ecuador	Personal de salud

Cuadro 1-2: Metodología utilizada en los estudios cualitativos

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Muestra</i>	<i>Población fuente y país</i>	<i>Elementos estudiados de Misión Médica</i>
Rodríguez JL, Prietoy V. 1970	Documental	Revision de documentos	Informes, documntos CICR	Sira, Afganistan	Servicio humanitario Personal de salud
Karroum.R, Breitegger A. 2013	Narrativo	Analisis de documentos, entrevistas	Intencional a conveniencia	Internacional	Servicio humanitario Personal de salud
Bou-Karroum L, El-Harakeh A, Kassamany I, Ismail H, Arnaout N, Charide R. 2019	documental	Revision de documentos		Reino unido, Canada, Libano	Servicio humanitario Personal de salud

Cuadro 1-3: Documentos revisados

<i>Autor, año</i>	<i>Tipo de Documento</i>	<i>Población fuente y país</i>	<i>Elementos estudiados de Misión Médica</i>
El mundo 2017	Prensa internacional	Palestina, Afganistán, República Centroafricana, Sudán del Sur, Irak, Yemen, Nigeria.	Servicio humanitario Personal de salud Unidades sanitarias
Etienne. K, Nils. Melzer 2020	Informe CICR	Ginebra	Servicio Humanitario
Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR 2011	Informe CICR	Palestina, Afganistán, República Centroafricana, Sudán del Sur, Irak,	Servicio humanitario Personal de salud Unidades sanitarias Heridos y enfermos
Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR 2012	Informe CICR	Suiza	Servicio humanitario Personal de salud Unidades sanitarias Heridos y enfermos
Coalición para la Salvaguarda de la Salud en Conflicto 2017	informe	Palestina, Afganistán, República Centroafricana, Sudán del Sur, Irak, Yemen, Nigeria, República Democrática del Congo y Pakistán.	Servicio humanitario Personal de salud Unidades sanitarias

1.2 Infracción contra la Misión Médica a nivel nacional

El conflicto armado en Colombia con el paso del tiempo ha sufrido un proceso de degradación e intensificación, lo que ha provocado grandes consecuencias en el ámbito político y social, esta situación cada día es más compleja por la combinación de los factores involucrados como la diversidad, movilidad y dinámica de los actores que la causan (14). En vista de ello, la violencia ha estado relacionada en términos políticos con la presencia diferenciada y desigual de las instituciones y aparatos del estado en cada parte. Esta diferenciación de la presencia del conflicto es en parte producto de condiciones geográficas y demográficas previamente dadas. En ese sentido, es posible diferenciar varias dinámicas geográficas del conflicto armado: una ligada a los problemas de la expansión y el cierre de la frontera agraria; otra a la lucha por el control de los recursos de la región y finalmente las relacionadas con

la necesidad del acceso al comercio mundial de drogas y armas, aunque a menudo ellas puedan entremezclarse y reforzarse mutuamente (15).

La exclusión, la pobreza y permanente vulneración de los derechos humanos (DDHH), en todos sus niveles y expresiones, han sido una constante en territorios donde hay presencia de actores armados (16). Del mismo modo, el conflicto armado deja afectaciones al sector salud, promoviendo la imposibilidad de insertar un sistema de salud organizado y estructurado, existen barreras de acceso que ahondan 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 realización de actividades sanitarias (16). Mientras el sistema de salud colombiano sea concebido desde una visión mercantilista del derecho a la salud, seguirán existiendo unas barreras de acceso de tipo geográfico, económico, cultural y administrativo, que se profundizan en las dinámicas territoriales concretas en cruce de las variables de dispersión geográfica, vulnerabilidad económica, delimitación político-administrativa y problemas de orden público, han configurado una vulneración constante de los derechos (16).

Esta problemática afecta las determinaciones relacionadas con los hechos de violencia al personal de salud, la protección de las víctimas se ha caracterizado por la falta de una política estatal clara que permita la reparación (17). La violación de la neutralidad de la Misión Médica ha estado comprometida en casos de infracciones, muy seguramente debido al uso abusivo de las instalaciones por parte de los actores armados y la utilización de puestos de salud como sitios de observación militar, por lo tanto, las instituciones no son protegidas ni respetadas, y el personal de salud queda expuesto a afrontar situaciones que ponen en riesgo su vida (18). Además, se evidencia que los municipios de alta conflictividad presentan afectaciones en la prestación de servicios de salud, alterando las voluntades personales y capacidades institucionales de la Misión Médica. La restricción a la movilidad impuesta por los grupos armados es uno de los aspectos que más perturbación ha generado en la prestación del servicio, causando el desplazamiento

del personal de salud y actividades extramurales, esta última queda en medio de la represión, amenaza, retención del personal e insumos, afectando el funcionamiento de la infraestructura sanitaria entre otras situaciones descritas por los trabajadores de salud (19). Las infracciones constituyen un serio factor de deterioro de la calidad de vida de la población, este efecto puede observarse tanto a nivel individual como colectivo. En efecto, las víctimas directas e indirectas de diferentes formas de violencia experimentan sensaciones de dolor, impotencia, pérdida, tristeza, miedo, intranquilidad e inseguridad; todas ellas negativas para una vida digna (20). El impacto se extiende desde el nivel físico, en el cual se registran lesiones, se incrementan patologías que promueven incapacidades y disfunciones de diferente tipo, hasta el psicoemocional, en el cual se producen alteraciones que pueden llegar hasta situaciones incompatibles con el normal desempeño cotidiano (20). Se presenta el análisis bibliométrico realizado en la presente investigación a nivel nacional:

Metodología y temas centrales de los estudios incluidos en la revisión

Cuadro 1-4: Metodología utilizada en los estudios cuantitativos

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Muestra</i>	<i>Población fuente y país</i>	<i>Elementos estudiados de Misión Médica</i>
Laverde LA, López JI, Ochoa AL 2004	Descriptivo , exploratorio	Cuestionario	Intencional a conveniencia	Internacional (Medio Oriente, Africa, Asia, Colombia)	Personal de salud

Cuadro 1-5: Metodología utilizada en los estudios cualitativos

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Muestra</i>	<i>Población fuente y país</i>	<i>Elementos estudiados de Misión Médica</i>
Castelblanco A, Socha V, Orjuela K 2016	Documental	Revisión de documentos Entrevistas	Intencional a conveniencia	Colombia	Heridos y enfermos
Ramos SM, Quiceno N, Ochoa M, Ruiz L, García MA, Salazar MY, Bedoya E, Velez GA, Langer A, Gausman J, Garces I 2020	Fenomenología	Entrevistas, Observación, grupos focales	Intencional a conveniencia	Colombia	Personal de salud Servicio humanitario Unidades sanitarias
Urrego DZ 2015	Narrativo	Entrevistas, grupos focales	Intencional a conveniencia	Colombia	Personal de salud Servicio humanitario Unidades sanitarias
Urrego DZ, Quintero M. 2017	Narrativo	Revisión de documentos, entrevistas	Intencional a convencional	Colombia	Personal de salud
Franco.S	Reflexión	Revisión de documentos	Intencional a convencional	Colombia	Personal de salud Servicio humanitario Unidades sanitarias

1.3 Infracción contra la Misión Médica departamental

El conflicto armado continúa siendo un obstáculo para el acceso a la salud en algunas zonas del departamento de Nariño, de igual manera las infracciones se han trasladado a los entornos urbanos de ciudades como Tumaco, donde se registran cifras alarmantes de violaciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) (21). Dicho esto, los trabajadores de la salud son objetivo táctico de actores armados, son considerados muy útiles para desarticular el liderazgo en la comunidad, contradecir al gobierno, presionar, desafiar, generar pánico, ejercer control en la

zona, los actores armados ven a la Misión Médica como la representación del estado y su sistema de salud fallido (22). A pesar de la frecuencia, la gravedad de las violaciones contra la gestión de la movilidad y consecuencias para el personal sanitario, la atención prestada a la población, el apoyo al personal de salud ha podido afectar al estado; organismos gubernamentales e incluso a las organizaciones humanitarias (23). En un estudio efectuado en 11 municipios de Nariño y Boyacá (24), se logró evidenciar que 98% de los encuestados dijeron no haber recibido ningún tipo de apoyo y solo 2% reconoció haber recibido algún tipo de apoyo laboral. El mismo estudio destaca que 52% del personal de salud no posee ninguna clase de conocimiento con respecto al DIH, 40% tiene poco conocimiento de ello y tan solo 4% lo tiene, pero corresponde a los directores de hospitales (24). En vista de ello, la crudeza y frecuencia de las violaciones en este campo, tan sensible y significativo como el de Misión Médica, constituye una evidencia donde se resaltan tres aspectos de las infracciones a mencionar: la degradación, la complejidad y la generalización son muy son reales en el actual momento de la violencia colombiana en territorios afectados por el conflicto armado (25). Se presenta el análisis bibliométrico realizado en la presente investigación a nivel Departamental:

Metodología y temas centrales de los estudios incluidos en la revisión

Cuadro 1-6: Metodología utilizada en los estudios cuantitativos

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Muestra</i>	<i>Población fuente y país</i>	<i>Elementos estudiados de Misión Médica</i>
Báez L. Madroñero V 2003	Descriptivo, exploratorio	Entrevistas, Revisión documental	Intencional a conveniencia	Nariño	Personal de salud Servicios de salud Unidades sanitarias
Franco S, Suarez CM, Naranjo C, Báez L, Rozo P.	Descriptivo exploratorio	Observación, entrevistas	Intencional a conveniencia	Nariño	Servicio humanitario Unidades sanitarias Heridos y enfermos

Cuadro 1-7: Metodología utilizada en los estudios cualitativos

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Muestra</i>	<i>Población fuente y país</i>	<i>Elementos estudiados de Misión Médica</i>
Franco.S	Documental	Revisión de documentos entrevistas	Intencional a conveniencia	Nariño	Servicio humanitario Unidades sanitarias Heridos y enfermos

El presente estudio tiene como pregunta central: ¿Cómo se comportan las infracciones contra la Misión Médica en la costa Pacífica del departamento de Nariño?

Hasta el momento no se conoce o no existe suficiente evidencia sobre el impacto de las IMM en los elementos contenidos de la misma, en territorios más afectados por la violencia y el conflicto armado en Colombia. La anterior pregunta se intenta responder con el análisis de los resultados de la presente indagación, de este modo, comprender el fenómeno de las IMM en la costa pacífica de Nariño, el cual se efectúa considerando la importancia de identificar los escenarios donde suceden las infracciones, analizando variables como: tipo de infracción, lugar, año de ocurrencia, personal de salud y victimarios, analizando el impacto diferenciado de las IMM en los componentes de la misma desde los contextos: económico, sociocultural, político, servicios de salud, infraestructura vial, transversal y comunitario. Los efectos del conflicto armado en diferentes dimensiones de la vida de las personas a partir de variables como la etnia, género y condiciones de trabajo; desde las expresiones directas del conflicto, modalidades de violencia, expresiones intermedias, brechas sociales y efectos sobre la salud.

La razón más importante por la que analizo estas dimensiones, se debe a que Colombia es considerado el segundo país del mundo, que aún tiene un conflicto armado interno (14), esta problemática ha afectado al sector salud en términos de violación de derechos en los componentes de Misión Médica, generando graves afectaciones en materia de salud pública en territorios afectados por la violencia y el conflicto armado. Los resultados obtenidos en el análisis de las presentes dimensiones son útiles para la identificación de falencias en el servicio de salud, para tomar decisiones e implementar estrategias para intervenir esta problemática; lo que permitirá resolver situaciones que surgen cuando se presentan estos eventos, realizar procesos políticos y sociales con acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales y de salud con el fin de favorecer la obtención de un resultado positivo en la salud individual y colectiva, contribuyendo a la focalización de

programas más especializados de protección a la Misión Médica, de tal manera que se logre el compromiso de las autoridades regionales y locales de hacer frente a esta problemática. La investigación de la presente problemática es importante para las sociedades que aún se encuentran atravesando problemas de conflictos violentos, su magnitud y la violencia se pueden evidenciar en factores determinantes a los problemas de salud pública, no solamente por las muertes y consecuencias que causan, sino por su larga duración y extensión de los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar de los trabajadores del sector salud (26). Esta problemática ha generado al país muchas afecciones en los contextos económico, sociocultural, ambiental, político, infraestructura vial, servicios públicos y servicios de salud; se le atribuye el impedimento de las actividades de atención, control, prevención de enfermedades y promoción de la salud promoviendo un efecto negativo en la vida de las personas, afectando directamente sobre el estado de salud de la población que está sufriendo las consecuencias de la violencia en términos de salud pública (27).

No obstante, otros efectos de la violencia y el conflicto sobre el sector salud lo constituyen las situaciones de peligro para los individuos, las instalaciones, bienes y servicios de salud, estas situaciones han sido denominadas por el DIH como infracciones a la Misión Médica y Sanitaria (28). Según varias investigaciones, los países con esta problemática pueden aumentar la desnutrición hasta 3,3%, puede reducir la esperanza de vida en uno al año, o aumentar la mortalidad hasta 10% y causar otras dificultades en salud pública, por ejemplo, la falta de agua potable, servicios alimentarios y sanitarios (5). Los trabajadores de la salud son esenciales para la prestación de servicios de salud en situaciones de conflicto y en la reconstrucción de los sistemas de salud después de un conflicto, sin embargo, en Colombia muchos trabajadores sanitarios han sido víctimas de ataques y confrontaciones de grupos armados (29). Este fenómeno afecta notablemente la salud de Colombia de una forma directa e indirecta; a continuación, algunos de los factores: En la salud de las poblaciones, los efectos asociados con la mortalidad

directa e indirecta, impactan en el comportamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, causando efectos en la salud sexual y reproductiva, estado nutricional, salud mental y discapacidad (26). La mortalidad directa ocurre como resultado de una lesión cinética debido al uso de un arma (químicas, biológicas, de fuego, etc.), la mortalidad indirecta se produce como un resultado no relacionado con el uso de armas, también se pueden incluir muertes por desnutrición o enfermedades infecciosas, como consecuencia de la migración forzada, así como la disminución de la disponibilidad de suministros en los centros de salud, enfermedades infecciosas prevenibles como la poliomielitis, el sarampión o la tosferina de funciones asociadas al mal funcionamiento de servicios de salud (18). Otro factor causado por la violencia, es la contribución al aumento de las enfermedades transmisibles: relacionadas con el agua como el cólera, la fiebre tifoidea, las enfermedades transmitidas por vectores como la malaria y otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (26); pueden aumentar o empeorar las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial u otras enfermedades cardiovasculares a consecuencia de la mala calidad de los servicios de salud, la escasez habitual de medicamentos y la falta de acceso en zonas con presencia de conflicto armado, la experiencia misma de la guerra puede incrementar el riesgo de sufrir diabetes, depresión y enfermedades cardíacas (26).

La afectación de la salud mental es un efecto silencioso para las víctimas, familiares, comunidades, trabajadores de salud en zonas de conflicto e incluso para la sociedad en general, se desarrollan condiciones como el síndrome de estrés postraumático, estallidos de ira, entumecimiento emocional, aislamiento, desesperación, desconfianza, paranoia, hipervigilancia y preocupación, entre otros (26). La discapacidad, usualmente está muy relacionada con la exposición a las minas terrestres, sin embargo, también puede ser generada por mutilaciones a nivel selectivo, episodios de tortura, heridas en combates y otras transgresiones (26).

De forma indirecta son varios los desenlaces en salud que producen discapacidad al no contar con la medicación necesaria para su tratamiento o las discapacidades atadas a la salud mental que impiden la inserción social y laboral de las víctimas. Así mismo, podrían incluirse en este grupo las malformaciones de los neonatos producto de la contaminación ambiental o la desnutrición, producto de las prácticas del conflicto armado (26). Es preocupante como la salud reproductiva se afectada con esta problemática debido a la reducción o ausencia de servicios de salud reproductivos, servicios de cuidados pediátricos escasos y limitaciones en el acceso a planificación familiar, se pueden presentar efectos en el estado de salud, por ejemplo, el aumento de la mortalidad materna y neonatal (26); de igual modo, esta problemática contribuye al incremento de la mortalidad infantil, barreras físicas al acceso a los servicios, la inadecuada financiación de recursos, la fuga de trabajadores de salud, incremento de la demanda de servicios debido al aumento de las lesiones (26).

La IMM sigue siendo actualmente un gran problema en el sector salud, buena parte de estas zonas del país requieren una mejor atención, donde posiblemente no ha sido fácil la presencia estatal para garantizar la salud, educación y los servicios básicos para vivir en condiciones dignas. No obstante, no ha sido posible garantizar la integralidad del personal de salud cuando brinda atención médica en zonas de conflicto armado, por constantes amenazas y peligrosas situaciones de inseguridad impiden que el personal sanitario continúe con su trabajo (7). En consecuencia, es imposible calcular la cantidad de enfermedades prevenibles, complicaciones médicas y muertes que se hubieran podido evitar, cada vez que un trabajador de la salud fue obligado a huir o cada vez que un puesto de atención cerró por falta de personal sanitario y recursos (30).

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

La presente investigación fue evaluada y aprobada por el comité de ética en investigación de la Universidad de Nariño vicerrectoría de investigaciones e interacción social, según las categorías establecidas en el artículo 11 de la resolución No.008430 del 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio se clasificó en el riesgo mínimo. El manejo y resguardo de la información del proyecto se encuentra establecido en el consentimiento informado en compromiso de no hacer público nombres, documentos, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y la privacidad en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes. Esta indagación se llevó a cabo usando un enfoque cualitativo, el cual combina la modalidad dialógica o interactiva con la modalidad documental, esta última fue privilegiada en este estudio, ya que se procedió a la revisión de fuentes secundarias sobre las categorías teóricas elegidas y se incluyó el diálogo conducido a manera de unas series de entrevistas con las víctimas de la infracción a la Misión Médica como proceso de construcción documental multidireccional y comparativo; la postura epistemológica de la cual se parte es la teoría fundamentada, la investigadora produce una explicación general o teoría respecto a un fenómeno, que se aplica a un contexto concreto desde la perspectiva de diversos participantes, se basa o se deriva de datos recolectados en el campo (31). Esta investigación se acoge al marco de la Comisión de la Verdad (CEV), lo que concierne a las IMM, la Comisión retomó las cinco categorías que se han usado en Colombia que se encuentran en el “*Manual de Misión Médica*”, elaborado en 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social (1); se amplió la categoría de personal sanitario para incluir a los que trabajan con medicina ancestral: sabedores ancestrales, parteras, curanderos y rezanderos, son muy importantes para la salud del territorio donde se llevó a cabo esta indagación, también sufrieron graves violaciones a los DDHH e infracciones al DIH, que pusieron en riesgo la cultura y la pervivencia espiritual y física de su comunidad (32).

2.1. Lugar del trabajo de campo

El territorio donde se desarrolló el estudio fue la costa pacífica de Nariño porque posee cualidades significativas para esta investigación; conformado por municipios que registran mayor número de casos de IMM en el departamento y a nivel nacional (3). Al ser oriunda de este territorio facilitó contactar al personal de salud víctima de IMM en el marco del conflicto armado, lograr realizar entrevistas y casos paradigmáticos con mucha confidencialidad, teniendo en cuenta la situación delicada de orden público que atravesaba el territorio en ese momento.

2.2. Los informantes del estudio

Trabajadores de la salud: participaron 3 víctimas de infracciones contra la Misión Médica dos profesionales y un técnico que efectuaban labores en diferentes campos y niveles organizacionales.

Personas de la comunidad: dos habitantes de la costa pacífica nariñense víctimas de violación de derechos, estas personas desempeñan labores importantes en la comunidad como ser líderes sociales, comunitarios y medicina tradicional.

2.3 Selección de informantes

La selección se realizó mediante el método deliberado, crítico o por juicio, ya que este diseño de muestreo orienta la forma en la que se empieza a buscar a los participantes, y además es más efectivo en situaciones en las que solo hay un número restringido de personas que poseen las cualidades necesarias que se espera de la población objetivo, unas de las grandes ventajas de este método de muestreo es que los miembros de la muestra poseerán el conocimiento y la comprensión acorde al tema (33).

2.4. Técnicas de obtención de información

Se realizó una triangulación metodológica (34) a través de la utilización de revisión documental, entrevistas, casos paradigmáticos.

2.4.1 Revisión documental

La revisión documental se desprende de la aplicación de los métodos generales de una indagación que conlleva toda investigación científica, la cual se caracteriza por ser: sistemática, general y universal al informar sus resultados (35). La revisión documental se ocupa del estudio de los documentos que se derivan del proceso de la investigación científica y de la información preexistente antes de empezar la investigación (35). Los objetivos de la revisión documental se centran en ahorrar tiempo y esfuerzos que facilitan la obtención y selección de datos, coadyuvar en la sistematización, asimilación, comparación, organización y clasificación de los elementos del conocimiento, acrecentar el aprovechamiento de los conocimientos ya generados, posibilitar que las afirmaciones conclusiones que se generen puedan ser verificables, reforzar y auxiliar a la memoria (35).

En la presente investigación, la revisión documental tuvo como objetivo identificar las diferentes fuentes documentales que proporcionan una base teórica y documental al momento de la realización de la investigación, aplicando técnicas de recopilación y selección de información con la finalidad de analizar cualitativamente la presente problemática y organizar el material durante la ejecución del trabajo investigativo, permite hacer una idea del desarrollo y las características de la información que se confirma o se pone en duda. En la presente revisión documental se llevó a cabo el ejercicio de reunir, seleccionar y analizar datos que están en forma de documentos producidos por la sociedad para estudiar un fenómeno determinado. La revisión documental partió de la revisión cuidadosa y sistemática de las siguientes fuentes:

Cuadro 2-1: Fuentes documentales.

<i>Fuentes impresas</i>	<i>Fuentes audiovisuales</i>	<i>Fuentes electrónicas</i>
Periódicos	Videos, audios, diapositivas, caricaturas, infografías, mapas, fotografías	Revistas electrónicas, páginas web, libros electrónicos, plataformas, periódicos en línea, diarios, archivos electrónicos de prensa, blogs informativos, informes de investigaciones, estadísticas, balances, circulares, reportes oficiales de censos, panfletos, ensayos, reflexiones

Se analizaron siguientes fuentes de información:

Fuentes primarias: entrevistas a profundidad, casos paradigmáticos elaborados a partir de las entrevistas.

Fuentes secundarias: Ministerio de Salud y Protección Social, informes de Justicia y Paz, informes de Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), informes de la Comisión de la Verdad (CEV), documentos del Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), Noche y Niebla, informes de organizaciones humanitarias en salud y ONG, Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). La base de datos de la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios (ANTHOC) y diarios de campo de las visitas a las instituciones, Bases de datos del Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP), Prensa internacional, nacional, departamental, amnistía internacional.

El análisis de estos documentos permitió conocer los aspectos históricos, contextuales, demográficos, situacionales, normativos, organizacionales, institucionales, de opinión pública, entre otros, relacionados con el tema de investigación (36).

El proceso de investigación documental se realizó en 4 etapas:

Etapas 1- Selección del tema: En esta etapa se realizó: la selección del tema, delimitación del problema, elaboración del esquema, calendarización y planeación de la investigación documental (35).

Etapas 2- Investigación: En esta etapa se realizó la búsqueda e identificación de fuentes de información, su localización y obtención para realizar el registro en fichas bibliográficas y de lectura, fueron valoradas para ver su pertinencia y proceder a sistematizar información que se consideró valiosa (35).

Etapas 3- Análisis y sistematización de la información:

Implico clasificar, valorar y analizar las fuentes de información que se considera valiosa (35), en esta etapa se realizó la sistematización de la información por las categorías definidas por cada objetivo (mencionadas anteriormente), para luego ser codificada respetando las categorías definidas en la investigación por cada fuente, se realizó 4 tipos de lectura a la información obtenida:

Lectura de exploración y selección

A través de ella se comprobó si la fuente es útil o no para alguna parte específica de nuestra investigación. Se realizó rápidamente y con ella fue posible empezar a clasificar nuestros documentos utilizando ventanas diferentes, separadores, etc. En este tipo de lectura, antes que nada, revisamos el índice, ya desde ahí seguramente repararemos en algún capítulo que nos sirva, leemos la introducción y las conclusiones y finalmente damos un vistazo a los cuadros, gráficas, fotos y figuras que tenga. En el caso de audio y videos se revisaron completos (37)

Lectura de análisis y crítica

De esa separación de los documentos que hicimos en la lectura anterior, fui más precisa y se logró distinguir lo esencial de lo secundario, haciendo nuevas separaciones, se seleccionó lo que se reprodujo y se logró criticar o juzgar (37).

Lectura rápida y atenta

La lectura rápida se compone de una serie de métodos de lectura que pretenden aumentar los índices de velocidad de lectura, sin reducir apreciablemente la comprensión o retención del contenido leído (37). Los métodos incluyen: agrupamiento de frases y palabras, y la reducción de la sub vocalización. En la práctica no existe una diferencia absoluta entre la lectura "normal" y la lectura "rápida", ya que todos los lectores de hecho usan algunas de las técnicas utilizadas en la lectura rápida (como la identificación de palabras, sin enfocarse en cada letra, la no pronunciación de todas las palabras, la no sub vocalización de las frases, el uso de menos tiempo en algunas frases, y la revisión rápida de documentos en búsqueda de la información que se indaga. La lectura rápida se caracteriza por el análisis de las compensaciones que se deben realizar entre la medida de velocidad y la comprensión obtenida del texto, reconociendo que los diferentes tipos de lectura resultan en diferentes niveles de velocidad y tasas de comprensión, y que dichas tasas pueden ser mejoradas con la práctica (37).

Lectura reflexiva y crítica

Consiste en la evaluación de la realidad o fantasías, de los hechos o las opiniones, de la adecuación o validez, de la relevancia y propiedad, de la deseabilidad y aceptabilidad de los textos. Esto implica que el lector sea capaz de distinguir la realidad de la ficción o la ilusión, la verdad de las opiniones, el pensamiento mágico-religioso del científico, la explicación de lo natural por la voluntad y la explicación de lo natural por lo natural, el argumento válido de lo inválido, el importante de lo superficial, lo conveniente de lo inconveniente, para sentar su posición frente al texto valorándolo o refutándolo, para expresar su acuerdo o desacuerdo sobre las afirmaciones hechas en el texto (37). Es el nivel más elevado de la comprensión de lectura. Este nivel está relacionado con nuestra visión del mundo, con nuestro nivel cultural, con nuestras ideas, experiencias, valores y formas de pensar (37), hace que la mente evolucione. Una lectura crítica y reflexiva tiene como finalidad desarrollar la competencia lectora utilizando el pensamiento lateral y creativo,

propiciando la reflexión crítica de un texto (37). Leer entre líneas, reflexionar, interpretar, proponer hipótesis, entre otros procesos, son la base que sustenta esta novedosa propuesta. Comprender el mundo y refigurarlo, reconstruirlo e interpretarlo, con la finalidad de aportar una nueva perspectiva que solucione una realidad concreta, es una de las tareas más apremiantes en la época actual (37).

Después de la lectura se procedió a realizar fichas de trabajo, sistematizar a partir de las unidades de análisis y categorías definidas en el primer objetivo: tipo, año, lugar, personal de salud y victimarios.

Se analizaron como categorías los elementos contenidos en la Misión Médica: servicio humanitario, personal sanitario, las unidades sanitarias, los heridos y enfermos. El tercer análisis se basó en el impacto de las infracciones en el contexto económico, sociocultural, infraestructura vial, servicios públicos, político y servicios de salud.

Etapas 4- Integración, redacción y presentación del trabajo: en esta etapa se procede a la organización del fichero, redacción preliminar, redacción final, revisión y organización de referencias. (35).

2.4.2 Entrevistas

Con base en la clasificación de Patton, (33) todas las preguntas se realizaron sobre las experiencias, emociones vinculadas a las mismas y opiniones; preguntas sobre conocimientos o sobre lo que los entrevistados saben acerca del tema. Estas se realizaron en sitios confidenciales, se hicieron a 3 trabajadores de la salud y 2 personas de la comunidad, se realizó 1 entrevista por informante, 2 días antes de mi visita acordamos el momento del día (mañana o tarde) para estar pendiente de mi llegada y proceder a realizar las entrevistas.

Se eligió la entrevista a profundidad y no otro tipo de entrevista, ya que si bien “todas las entrevistas, como cualquier otro tipo de interacción social, son estructuradas, tanto por el investigador como por el informante”, la diferencia fundamental estriba

en que son entrevistas reflexivas y no estandarizadas. Una entrevista compuesta por preguntas indirectas y abiertas, donde el entrevistador asume una posición aparentemente pasiva, intentando condicionar lo menos posible las respuestas. Al mismo tiempo está continuamente atento a la dirección que toma la entrevista para poderla guiar hacia sus objetivos (38).

Tipo de entrevista según tipo de informante

Trabajadores de la salud: la finalidad de las entrevistas fue preguntar acerca de las afectaciones de las infracciones en diferentes contextos de su labor, se tuvo en cuenta algunos aspectos personales como la esfera familiar, económico, estado de salud que aportaron datos importantes en la presente indagación.

Personas de la comunidad: el propósito de la entrevista se basa en las afectaciones del conflicto armado en el sector salud, especialmente en el funcionamiento de las unidades sanitarias y el efecto en diferentes dimensiones de la vida de las personas relacionado con la salud.

2.4.3 Casos paradigmáticos

Se realizaron a partir de los datos arrojados en las entrevistas e historias de vidas facilitados por los participantes, expresan importantes dimensiones de la experiencia vivida, radicalmente comprende la propia experiencia y configura la construcción social de la realidad (39). Su naturaleza relacional y comunitaria es de gran importancia, donde la subjetividad es una construcción social, conformada por el discurso comunicativo y el juego de subjetividades, es un proceso dialógico y se convierte en un modo privilegiado de construir conocimiento (39).

El proceso recolección y análisis de entrevistas y casos paradigmáticos se realizó en las siguientes fases:

Fase de entrada:

Fecha y duración en tiempo: 5 días en el mes de enero 2022.

Finalidad de esa fase: obtener el permiso de los participantes y consentimiento para realizar las primeras entrevistas.

Actividades: dialogar, conocer al participante, entrevistar y tomar notas de información útil de relatos, ganar la confianza de los participantes.

Productos obtenidos: consentimientos, primeras entrevistas, experiencias de vida de participantes.

Fase de permanencia:

Fecha y duración en tiempo: 1 semana, en el mes de enero 2022.

Finalidad de esa fase: entrevistar, saturación de información de experiencias de infracciones teniendo en cuenta las categorías mencionadas.

Actividades: entrevistar, realizar casos paradigmáticos, aumentar las notas de hechos significativos y experiencias.

Productos obtenidos: entrevistas, notas de hechos significativos y experiencias.

Fase de salida:

Fecha y duración en tiempo: 4 días, en el mes de febrero de 2022.

Finalidad de esa fase: recabar más información de las experiencias, escenarios, historial donde ocurrieron IMM en el territorio. Establecer casos y posturas, puntos de vista frente a la problemática, los 4 participantes estuvieron en todo el proceso de elaboración de casos paradigmáticos, ninguno desistió.

Problemas enfrentados y cómo se resolvieron: el transporte escaso, inclemencia del clima, estábamos en invierno, algunos problemas de seguridad en el territorio se superaron porque antes de ingresar al territorio se dio un previo aviso a los participantes para que estuvieran pendiente de mi llegada, fue posible la confidencialidad de ambas partes en el momento de la visita.

Productos obtenidos: información completa, elaboración de entrevistas y casos paradigmáticos completos.

Cuadro 2-2: pronombres de participantes:

PROFESIÓN	NOMBRE EN EL TEXTO
Medico	Martin Luther King
Gerente, odontóloga	Michelle Obama
Promotora y auxiliar	María Urrutia
Madre fami, curandera	Francía Márquez
Líder comunitario/ medicina tradicional	Barack Obama

2.5. Organización del material de campo

Fase 1: La información obtenida mediante la revisión documental y entrevistas se registró en una matriz diseñada, la cual consignó la información en las categorías mencionadas anteriormente, posteriormente se elaboró dos bases de datos en Excel.

Fase 2: En esta fase se realizó la transcripción de la información por categorías anteriormente mencionadas y objetivo, estas se establecieron de manera cronológica, la información de la variable lugar del primer objetivo fue plasmada y organizada según la ubicación del territorio en mapas del departamento utilizando semaforización de colores de acuerdo con el registro de infracciones que presento el municipio, todo el material de campo se procesó y se instauró en forma electrónica de acuerdo con la naturaleza de cada uno y fue organizado para su posterior análisis.

Fase 3: La información obtenida mediante las entrevistas se registraron en una matriz diseñada, para cada grupo de entrevistados, posteriormente se elaboró dos bases de datos en Excel, donde se transcribieron las cinco entrevistas, se realizó la segmentación de textos de las entrevistas e información de fuentes, para proceder a la codificación de datos del personal de salud y personas de la comunidad, teniendo en cuenta las categorías anteriormente mencionadas. El mismo proceso

se realizó con los datos extraídos de la revisión documental para la consolidación de la información en las matrices para proceder con la creación del archivo y seguir con el análisis. Las fichas de trabajo fueron muy útiles, están encaminadas hacia la economía de trabajo intelectual y material y disminuir inconvenientes, facilitando la ordenación de ideas y la síntesis del trabajo (35).

2.6. El proceso de análisis

Preparación del corpus: para el análisis en esta fase, se realizó la lectura de la información obtenida en la revisión documental, entrevistas y notas con la finalidad de:

Creación de las unidades de análisis.

Elaboración de memos o notas analíticas.

Creación de los archivos.

El análisis tuvo 3 etapas:

En la primera etapa: el objetivo fue conocer los escenarios en que sucedieron las infracciones contra la Misión Médica en el territorio, analizar la afectación de los componentes de la Misión Médica y sus determinantes sociales, esta etapa consistió en una lectura lineal de la información obtenida en la revisión documental, requirió de una revisión consecutiva de la información obtenida en las fuentes, lo que permitió la comparación de las fuentes a partir de las categorías aplicadas para identificar las repeticiones, vacíos, confirmaciones, ampliaciones, falencias, así como la calidad y cualidad de la información sobre el problema de investigación.

En la segunda etapa: se observaron los hallazgos más relevantes en las fuentes, se reseñaron a través de memos de investigación y comentarios de texto que se usaron luego para complementar la información analizada.

En la tercera etapa: la información se analizó consecutivamente de acuerdo a la primera dimensión que analizó el escenario de las infracciones, la segunda el

impacto de las IMM en los componentes de Misión Médica, y la tercera efectos del conflicto armado en diferentes dimensiones de la vida de las personas, que corresponden a dimensiones que complementan la investigación del problema. Se realizó una triangulación metodológica (34) y un análisis diacrónico para identificar los cambios en el tiempo, se elige el periodo 2009-2019 por ser el periodo más crítico para la Misión Médica en Nariño, especialmente para el municipio de San Andrés de Tumaco, durante este periodo se registraron las cifras más altas de infracciones (3). El producto de cada análisis se concentró en una matriz de datos donde se analizó la información respetando las categorías de análisis definidas.

CAPÍTULO 3. INFRACCIÓN CONTRA LA MISIÓN MÉDICA EN EL PACÍFICO NARIÑENSE

Este capítulo aborda la problemática en términos de Salud Pública, describiendo los escenarios de IMM, se define sus impactos en los componentes de la misma y afectaciones en diferentes dimensiones de la vida de las personas afectadas.

3.1. Tipo de Infracción

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (3), las IMM con mayor registro a nivel nacional y Nariño son las que atentan contra la vida y la integridad, dentro de esta clasificación (cuadro 3-1), según el manual de Misión Médica, se reconocen las amenazas como el tipo de infracción que mayor registro presenta a nivel departamental y nacional, siguiéndole los secuestros y toma de rehenes. Las amenazas representan 34% de las infracciones en Colombia y 27% en Nariño, seguido del secuestro que representa 8% de IMM cometidas Nariño (cuadro 3-2), siendo este departamento el que presenta mayor registro de IMM.

Cuadro 3-1: Tipos de infracciones por departamentos, 2009-2019.

Tipo	Nariño	Antioquia	Cauca	Norte de Santander	Resto del país	Total
Infracciones contra la vida y la integridad	93	76	60	36	388	652
Infracciones contra la infraestructura	16	23	9	10	129	187
Infracciones contra las actividades sanitarias	26	16	19	19	107	187
Violaciones al secreto profesional	2	1	0	0	2	5
Actos de Perfidia	3	1	1	2	7	14

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones e Incidentes contra la Misión Médica Colombia.

Nota: El cuadro presenta los cuadros departamentos con mayor número de infracciones clasificando el tipo, periodo de tiempo 2009-2019.

Cuadro 3-2: Infracciones contra la vida y la integridad por departamentos, 2009-2019.

Infracciones contra la vida y la integridad	Nariño	Antioquia	Cauca	Norte de Santander	Resto del país	Total
Amenazas	52	39	25	15	224	355
Secuestro y toma de rehenes	15	8	7	5	87	122
Homicidio	7	5	4	3	11	30
Tortura	2	2	3	1	7	15
Desplazamiento forzado	6	5	4	4	9	28
Desaparición forzada	2	2	1	1	6	11
Lesiones personales	9	15	16	7	44	91
Total	94	76	60	36	388	652

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones e Incidentes contra la Misión Médica Colombia.

Comparando resultados con productos de otras investigaciones, instituciones como la Comisión de la Verdad (32) definió en un estudio los tipos de IMM organizándolas en los siguientes grupos: infracciones contra la vida y la integridad, infracciones contra la infraestructura, infracciones contra las actividades sanitarias, violaciones al secreto profesional y actos de perfidia. En el cuadro 3-3 se expone que entre 1958-2019 las infracciones que más afectaron a la Misión Médica a nivel Nacional, son las que atentan contra la vida y la integridad, como homicidios, amenazas, secuestros, torturas, agresiones físicas corresponden a 75,2% de IMM registradas, siguiendo de infracciones que afectan la infraestructura de las unidades de salud que representan 14,3% de infracciones registradas, según la Comisión de la Verdad los departamentos más afectados son Nariño, Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca y Norte de Santander (32).

Cuadro 3-3: Tipos de infracciones Colombia, 1958-2019.

Tipo de infracciones	N.º	%
Infracciones contra la vida y la integridad	1.754	72,5
Infracciones contra la infraestructura	346	14,3
Infracciones contra las actividades sanitarias	307	12,7
Violaciones al secreto profesional	9	0,4
Actos de perfidia	3	0,1
Total	2.419	

Fuente: Comisión de la Verdad. Universidad de Antioquia. Elaboración propia con base en información en Base de datos, Infracciones a la Misión Médica. Fecha de consulta 31 de marzo de 2022. *Cada caso 1.915 en total, puede incluir de 1 a 3 infracciones.

Nota: El cuadro presenta la clasificación y registro de infracciones contra la Misión Médica realizada por la comisión la verdad según el tipo, periodo de tiempo 1958-2019.

3.2. Personal de salud

Analizando las cifras expuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social (3), a nivel Nacional se registra que el colectivo institucional (infracción cometida contra un grupo de trabajadores de salud de una misma institución) es el personal más afectado por esta problemática representando 36%, le sigue médicos 21%, otro porcentaje importante lo representan auxiliares de enfermería con 10% de casos registrados (cuadro 3-4).

Teniendo en cuenta los registros mencionados, en el departamento de Nariño el colectivo institucional representa 45% del personal afectado, le siguen los médicos presentando 13%, un porcentaje importante directores y gerentes 10% y los auxiliares de enfermería 8%. Estas cifras se relacionan con datos del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) (40) revela, que hay mayor densidad estimada de las profesiones de la salud mencionadas por cada 10 mil habitantes, ejercen la profesión en servicios de salud que normalmente son prestados en las zonas rurales y servicios de primer nivel de atención en salud. Por otra parte, en el departamento de Nariño el mayor registro de IMM ocurrió en zonas

rurales y alejadas, donde operan servicios de salud de primer nivel, por ejemplo, en puestos de salud de veredas y corregimientos.

Cuadro 3-4: Personal de salud.

Profesión de víctima	Nariño	Antioquia	Cauca	Norte de Santander	Resto del país	TOTAL
Auxiliar de Enfermería	16	22	7	14	60	109
Bacteriólogo	0	0	0	0	3	3
Colectivo institucional	89	41	50	20	198	378
Conductor/motorista	10	4	4	11	27	56
Director o gerente	20	11	8	1	19	59
Enfermera	9	2	5	4	34	28
Funcionario	1	0	0	1	0	2
Médico	26	38	16	21	145	226
Odontólogo	1	2	0	1	4	8
Otro personal asistencial	8	9	4	1	24	46
Paciente	5	8	18	5	28	64
Personal administrativo	7	15	7	3	16	48
Promotor de salud	4	1	0	0	11	16
Técnico de saneamiento	0	0	0	0	2	2
TOTAL	196	77	119	82	571	1045

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones e Incidentes contra la Misión Médica Colombia.

Nota: El cuadro presenta registros de infracciones según el tipo de profesión periodo 2009-2019.

Por otra parte, fuentes como la Comisión de la Verdad (32) expone gran número de casos de víctimas individuales (cuadro 3-5), se identificó que 2.103 de las víctimas eran profesionales de la salud del sector público gran porcentaje se encontraban haciendo su año rural como médicos y personal de enfermería; este grupo incluye profesionales en misiones y brigadas específicas, personas de la comunidad que se vincularon a los programas públicos de salud como el Sistema de Erradicación

de la Malaria (SEM), promotores rurales de salud y otros trabajadores del sector como los conductores de las ambulancias y otros medios de transporte sanitario.

Cuadro 3-5: Número de víctimas individuales casos de IMM, Colombia 1958-2019.

Momento	Periodo de tiempo	Número de víctimas individuales
Antes de la constitución de 1991	1958-1990	115
Gobiernos Cesar Gaviria/ Ernesto Samper	1991-1998	229
Gobierno Andrés Pastrana	1998-2002	871
Gobierno Álvaro Uribe V.	2002-2010	894
Gobierno J. Manuel Santos	2010-2018	444
Total		2.103

Fuente: Universidad de Antioquia. Comisión de la Verdad.

Elaboración propia con base en información en: Base de datos Infracciones a la Misión Médica. Fecha de consulta 31 de marzo de 2022.

Nota: El cuadro presenta registros de número de víctimas individuales de IMM periodo 1958-2019.

El periodo de tiempo que más registro víctimas individuales es el periodo que corresponde al año 2002-2010, durante el mandato presidencial del expresidente Álvaro Uribe Vélez, un total de 894 víctimas, seguido del periodo 1998-2002, momento presidencial del expresidente Andrés Pastrana, con 871 víctimas.

En el periodo 1998-2002, momento presidencial del expresidente Andrés Pastrana; se establece el Plan Colombia, tras el asesinato de tres indigenistas estadounidenses por parte de las FARC-EP que realizaban labores humanitarias con los indios U'wa en Arauca en febrero de 1999, Estados Unidos concentró sus esfuerzos en la aprobación del Plan Colombia un acuerdo bilateral constituido entre los gobiernos de Colombia y Estados Unidos (EE.UU) (41) (42). Se concibió en 1999 con los objetivos específicos de generar una revitalización social y económica, terminar el conflicto armado interno en Colombia y crear una estrategia antinarcótica (43). En lo que parece una perfecta contradicción con los objetivos del

Plan Colombia, durante los primeros ocho años hubo un marcado incremento en el número de víctimas del conflicto interno colombiano y violaciones de los DD. HH y DIH (44). En junio del año 2000 Amnistía Internacional (45) emitió un comunicado realizando críticas a la implementación del Plan Colombia por el incremento de las víctimas del Conflicto armado, aumento de violaciones a los DD.HH, incremento de la minería ilegal y cultivos de coca, resaltando el impacto negativo que el Plan Colombia dejaría en la población civil en todos sus contextos.

Al llegar a la presidencia en 2002 el expresidente Álvaro Uribe Vélez implemento la política de Seguridad Democrática, según el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 (46), es el ejercicio de una autoridad efectiva, que sigue las reglas, contiene y disuade a los violentos y está comprometida con el respeto a los DD. HH y la protección y promoción de los valores, la pluralidad y las instituciones democráticas. Trazó con claridad tres líneas de acción: continuación de la ofensiva contra las FARC reforzada con la cooperación internacional de EE. UU con el Plan Patriota, una política de paz con los grupos paramilitares consolidadas en las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), una serie de políticas específicas, que son apéndices de las dos anteriores, es decir las complementan: los soldados campesinos, los estímulos a la desertión y las redes ciudadanas de informantes. Según el sistema de información de la Fundación Paz y Reconciliación (SIPARES), se registraron alrededor de 50 mil desapariciones forzadas, 117 mil homicidios, 967 masacres, 56 mil amenazas, 3520 torturas en el periodo de 2002 y 2010, lo cual denota que los componentes de la seguridad democrática, de protección de los derechos DDHH y DIH, no se cumplieron, dejando un saldo en rojo desde la perspectiva de derechos y gasto militar, inclinó su gobierno a la seguridad democrática por medio de la intervención militar, sin tener en cuenta el grave impacto en materia de DD.HH y DIH en la sociedad (46).

Los periodos mencionados registraron más del 50% de las víctimas, en ambas épocas ocurrieron acontecimientos importantes como luchas en el sector salud e incumplimiento de derechos de los trabajadores del sector salud. Según la Comisión de la Verdad (47) 50 de cada 100 casos ocurrieron en los departamentos de Nariño, Antioquia, Caquetá, Arauca, Norte de Santander y Cauca, representados en el cuadro 3-6.

Cuadro 3-6: Víctimas individuales por departamentos más afectados.

92-281 víctimas	59-92 víctimas	30-59 víctimas
Nariño	Meta	Putumayo
Antioquia	Valle del Cauca	Choco
Caquetá	Cesar	Santander
Arauca	Bolívar	Córdoba
Norte de Santander	Cundinamarca	Sucre
Cauca	Guaviare	Atlántico

Fuente: Universidad de Antioquia. Comisión de la Verdad.

Elaboración propia con base en información en: Base de datos Infracciones a la Misión Médica. Fecha de consulta 31 de marzo de 2022.

Nota: El cuadro presenta registros de número de víctimas individuales de IMM por departamentos periodo 1958-2018.

En las ciudades, el mayor número de casos ocurrieron en Bogotá, Medellín y Cali. En lo que concierne a municipios, los más afectados fueron Saravena, Tame, San Andrés de Tumaco, Tibú, Florencia y San José de Guaviare todos pertenecen a la jurisdicción de los Departamentos más afectados (cuadro 3-6).

Victimarios

Según la información de investigaciones realizadas por la Universidad de Antioquia y Comisión de la Verdad (32), presenta un análisis de responsabilidades colectivas donde se reveló que el actor no identificado ha sido el principal responsable con 44 de cada 100 hechos de violencia contra trabajadores sanitarios, los paramilitares

con 42 de cada 100, las guerrillas 20 de cada 100, la fuerza pública con 4 de cada 100, terceros responsables también con 2 de cada 100.

Cuadro 3-7: victimarios de casos de infracciones al DIH departamento de Nariño 1958-2022.

Momento	Periodo	Guerrilla	Grupo Paramilitar	Otros grupos delincuenciales	Fuerza pública del estado	No identificado	Total
Antes de la constitución del 91	1958-1990	119	22	31	13	27	212
Gobiernos Gaviria/Samper	1991-1998	542	91	104	98	198	1.033
Gobierno Pastrana	1998-2002	1.639	487	94	214	303	2.737
Gobierno Uribe	2002-2010	3.454	1.527	223	759	580	6.543
Gobierno Santos	2010-2018	1.341	149	322	383	518	2.713
Gobierno duque	2018-2022	139	5	27	100	38	309
Total							11.693

Fuente: Centro de Memoria Histórica. Sistema de Información de Eventos de Violencia del Conflicto Armado Colombiano del Observatorio de Memoria y Conflicto.

Nota: El cuadro presenta registro de victimarios y número de infracciones al DIH cometidas en determinado momento y periodo de tiempo en el departamento de Nariño.

Según la fuente mencionada (48) en el periodo 2002-2010 se triplicó la cifra con respecto al otro periodo, las guerrillas y grupos paramilitares siguen siendo los victimarios que mayor número responsabilidad tienen sobre las infracciones al DIH registradas en el departamento de Nariño.

3.3. Casos documentados en las fuentes consultadas

Tipo de infracción, personal de salud y victimarios

Se realizó un análisis de casos encontrados en diferentes fuentes como archivos de prensa, bases de datos, observatorios, noticieros, diarios (Cuadro 3-8), se logró

identificar y analizar un total 171 casos de IMM en el departamento de Nariño, siendo el municipio de San Andrés de Tumaco el municipio con más casos registrados hasta el 2022, la revisión documental realizada revela que más de 50% de estos casos sucedieron en la zona rural de dicho municipio, con esta información es posible visualizar que el personal de salud más afectado por esta problemática corresponden a médicos, enfermeras y auxiliares; estas profesiones están muy relacionadas con servicios de primer nivel de atención básica que se brindan en puestos de salud rural, son los encargados en prestar el servicio a las comunidades más alejadas y rurales donde la violencia y el conflicto es una problemática que dificulta la salud pública en estos territorios.

Personal de salud versus Tipo

El tipo de infracción que más afectó a la Misión Médica, según los casos encontrados, son las infracciones contra las actividades sanitarias, seguido de infracciones contra la vida y la integridad; las amenazas como el tipo de infracción más cometida en esta clasificación, ambas afectaron mayoritariamente a los médicos y enfermeras. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (40) las amenazas es el tipo de IMM que mayor registro presenta a nivel nacional y departamental (3).

Personal de salud versus Victimarios

Al revisar casos de IMM documentados, se reveló que las profesiones de la salud con mayor registro de infracciones son los médicos, enfermeras y auxiliares, más de 50% de estos casos, registran como victimarios a organizaciones armadas, siguiéndole grupos de delincuencia común. Durante la revisión documental también encontramos casos de violaciones de DDHH, donde la fuerza pública excedió sus acciones en contra de la Misión Médica, los casos registrados en la presente revisión documental evidencian que sucedieron durante confrontaciones; donde la

comunidad y la Misión Médica quedaron en medio. Otro ejemplo, un caso registrado durante movilizaciones sociales en el departamento, la fuerza pública hizo uso excesivo de la fuerza contra la Misión Médica que atendía y transportaba heridos. En 4 municipios de la costa pacífica de Nariño se registraron casos de infracciones cometidos por la comunidad durante la pandemia, producto del desconocimiento, desinformación y rumores falsos frente al Covid-19 que pusieron en riesgo la integridad de la Misión Médica, en estos territorios se documentó un caso, donde los actores armados impusieron fuertes medidas de control territorial como prohibir la libre circulación de personal de salud en la zona, por temor al aumento de contagios, dar de baja a pacientes sospechosos o con diagnóstico confirmado de Covid-19, esta situación dificultó las actividades de la misma perjudicando el servicio de salud en estos territorios.

Cuadro 3-8: clasificación de tipo de infracción, personal de salud, victimarios casos documentados en fuentes consultadas.

	Enfermera	Médico	promotor	Odontólogo	Paramédico	Conductor	Gerente	Trabajo social	Psicólogo	Auxiliar	Bacteriólogo	Veterinario	medicina ancestral	no identificado	Total
<i>abf</i> Homicidio	8	6	1	3	5	3	1	0	0	3	0	0	2	9	41
<i>ad</i> Amenazas	6	9	2	3	1	1	3	0	2	2	1	0	3	2	35
<i>abcf</i> Lesiones personales	4	5	2	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	16
<i>abc</i> desaparición forzada	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	5
<i>abc</i> Secuestro y toma de rehenes	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	7
<i>abc</i> Desplazamiento	1	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	8
<i>abcd</i> Violencia sexual	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4
<i>abcef</i> Infracciones contra actividades sanitarias	10	9	2	4	2	2	3	1	1	5	3	1	0	10	53
<i>abcd</i> No identificado	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	33	35	8	12	9	6	7	2	3	15	4	2	5	30	171
<i>abdef</i> Fuerzas del estado	2	5	1	2	1	1	0	0	0	3	0	0	0	9	24
<i>abce</i> Organizaciones armadas	17	19	4	5	6	3	4	2	1	8	4	2	5	11	91
<i>abde</i> Comunidad	4	2	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	2	12
<i>abcd</i> Otros	8	6	2	2	0	0	2	0	1	2	0	0	0	2	25
<i>abde</i> No identificado	2	3	1	3	0	1	1	0	1	1	0	0	0	6	19
Total	33	35	8	12	9	6	7	2	3	15	4	2	5	30	171

- a. Centro de Memoria Histórica. Sistema de Información de Eventos de Violencia del Conflicto Armado Colombiano del Observatorio de Memoria y Conflicto. b. Banco de Datos de Derechos Humanos y Violencia Política del CINEP. SIVEL (Sistema de Información de Violencia en Línea). c. Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP/PPP). Sistema de Información de Violencia en Línea. Archivo digital de prensa del CINEP. d. Base de datos prensa Caracol tv. e. Base de datos prensa RCN. f. Base de datos prensa el tiempo g. base de datos prensa el espectador.
- b. *Nota:* El cuadro presenta la clasificación de tipo de infracción, personal de salud, victimarios de casos documentados en fuentes consultadas. Fuentes:

3.4. Año

El Ministerio de Salud y Protección Social (3) realizó el registro de los incidentes e infracciones contra el personal y bienes sanitarios, que causaron afectaciones en la prestación de servicios de salud en territorios de su jurisdicción reportados por las entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado. El cuadro 3-9 se expone los determinantes sobre el volumen de acciones que se reportaron como infracciones a la Misión Médica en Colombia, desagregada por departamento donde se realizó dicha acción entre los años 2009 a 2019, 2013 es el año con mayor número de reportes con 201 registros, equivale a 20% de las infracciones ocurridas a nivel nacional en el periodo 2009-2019, 24% de estas infracciones ocurrieron en Nariño, siguiéndole el año 2016 con 188 registros, corresponde 18% de las infracciones registradas en este periodo a nivel nacional, 6% sucedieron en Nariño.

Cuadro 3-9: Tendencia temporal número IMM, Colombia 2009-2019

	Periodo de tiempo											Global 2009-2019
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<i>Nariño</i>	19	13	22	5	48	18	39	11	10	8	3	196
<i>Antioquia</i>	3	0	0	2	25	16	20	52	21	12	2	153
<i>Cauca</i>	4	10	17	17	23	17	12	16	2	0	1	119
<i>Norte de Santander</i>	7	3	9	0	17	6	6	15	9	7	3	82
<i>Resto del país</i>	23	19	23	16	88	55	81	94	59	31	6	495
Total	56	45	71	40	201	112	158	188	101	58	15	1.045

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de IMM.

Nota: El cuadro presenta el registro por año de departamentos más afectados y resto del país.

Por otra parte, el número de acciones que se reportaron como IMM en Nariño, desagregada por municipios, para el año 2013 se registró el mayor número con 48 infracciones que representan 25% de las infracciones registradas durante 2009-2019 en Nariño, más del 15% de estas infracciones sucedieron en Tumaco, siguiéndole el año 2015 con 39 registros de infracciones que equivale al 20% del

periodo mencionado; más del 40% de estas infracciones se registraron en Tumaco (3-10).

Cuadro 3-10: Tendencia temporal número IMM, Nariño 2009-2019.

	Periodo de tiempo											<i>Global</i>
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<i>Tumaco</i>	3	1	2	0	10	8	17	5	2	1	0	49
<i>Barbacoas</i>	0	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	8
<i>Policarpa</i>	5	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	8
<i>Magüí</i>	1	0	1	0	3	0	1	0	1	1	0	8
<i>Payán</i>												
<i>Olaya</i>	1	1	1	0	1	0	2	0	1	0	0	7
<i>Herrera</i>												
<i>Tuquerres</i>	0	0	2	0	1	0	2	0	1	0	1	7
<i>El Tablón</i>	0	1	0	2	0	1	0	1	1	0	1	7
<i>Roberto</i>	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	5
<i>Payán</i>												
<i>La Tola</i>	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	5
<i>El Charco</i>	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5
<i>Resto de</i>	6	9	15	1	32	6	9	3	2	4	0	87
<i>Nariño</i>												
<i>Total</i>	19	13	22	5	48	18	39	11	10	8	3	196

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones Incidentes contra la Misión Médica.

Nota: El cuadro presenta el registro por año municipios más afectados y resto del departamento.

3.5. Lugar

En la presente investigación se tuvo en cuenta aspectos contextuales de territorios con mayor número de registro de IMM según el Ministerio de Salud y Protección Social, tomando como soporte la base de registro de Infracciones Incidentes contra la Misión Médica (3) (cuadro 3-11).

Cuadro 3-11: Aspectos contextuales departamentos con mayor número de infracciones

Departamentos			
Nariño	Cauca	Antioquia	Norte de Santander
Ubicación geográfica			
Suroccidente Andina y Pacífica	Suroccidente Andina y Pacífica	Noroccidente Andina y Caribe	Noroeste Región Andina
Número de infracciones 2009-2019^a			
196	119	153	82
Pobreza monetaria^b			
49,9%	55,6%	34,0%	56,6%
Cobertura de servicios públicos^c			
91,1%	91,6%	<i>Energía</i> 98,8%	95,7%
72,4%	65,0%	<i>Acueducto</i> 90,1%	83,2%
7,8%	27,5%	<i>Gas</i> 61,8%	48,7%
48,6%	44,4%	<i>Alcantarillado</i> 82,6%	79,3%
Nivel de corrupción^d			
Alto	Medio	Moderado	Medio
Cobertura de salud^e			
90,54%	87,53%	99,52%	97,7%
Presencia de grupos armados			
Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: a. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones Incidentes contra la Misión Médica.2009-2019.

b. DANE. Comunicado de prensa Pobreza monetaria Año 2021. bogotá-colombia.2020.

c. DANE. Censo nacional de población y vivienda.2018.

d. DANE 2018 -2019. Transparencia por Colombia 2020.

e. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de aseguramiento en salud.

Se identificó que el lugar con mayor registro de IMM en Colombia, es el Departamento de Nariño, se efectuó el ejercicio de ubicar geográficamente las subregiones con mayor reporte y afectaciones por esta problemática, representadas en el cuadro 3-12.

Cuadro 3-12: Registros de IMM por subregiones departamento de Nariño:

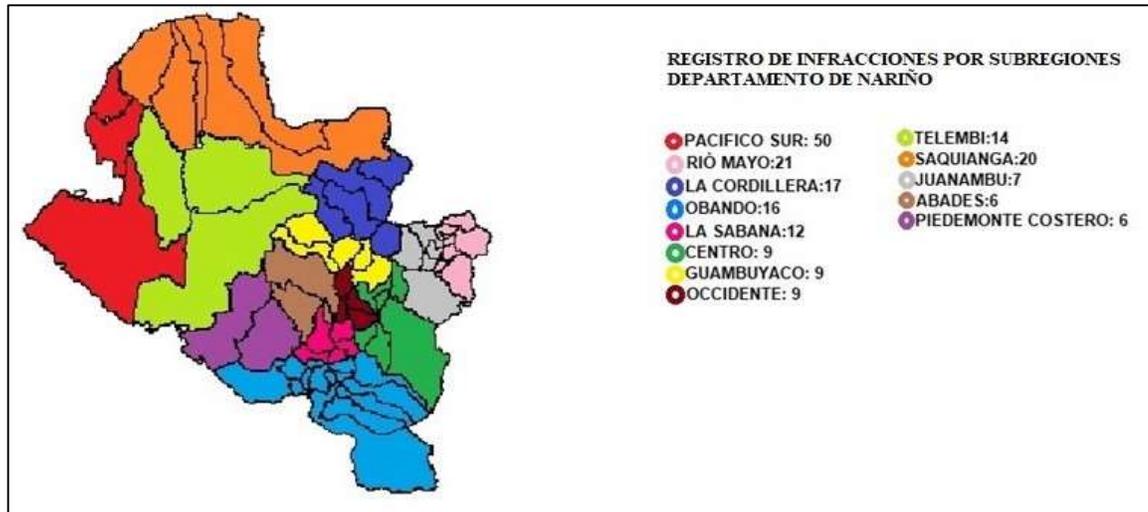
Registro de infracciones por subregiones												
<i>Pacífico sur</i>	<i>Río mayo</i>	<i>Saquianga</i>	<i>La cordillera</i>	<i>Obando</i>	<i>Telembi</i>	<i>La sabana</i>	<i>Centro</i>	<i>Guambuyaco</i>	<i>Occidente</i>	<i>Juanambú</i>	<i>abades</i>	<i>Piedemonte costero</i>
50	21	20	17	16	14	12	9	9	9	7	6	6

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones Incidentes contra la Misión Médica.

Nota: El cuadro presenta el número de infracciones por subregiones en Nariño 2009-2019.

Según el Ministerio de Salud (25) la subregión Pacífico Sur, que está compuesta por los municipios de San Andrés de Tumaco y Francisco Pizarro, presenta el mayor registro con un total de 50 IMM, representa 26% de IMM registradas en Nariño, siguiéndole la subregión Río mayo compuesta por los municipios de Albán, Belén, Colón, El Tablón de Gómez, La Cruz, San Bernardo, San Pablo, con un registro de 21 infracciones, representa 11% de las infracciones, subregiones como Saquianga, la Cordillera y Telembi también hacen parte de las subregiones más afectadas. Saquianga con 10% de registros; compuesta por municipios de El Charco, La Tola, Mosquera, Olaya Herrera y Santa Bárbara. La Cordillera con 9% de registros, compuesta por los municipios de Cumbitara, El Rosario, Leiva, Taminango, Policarpa, y por último la subregión de Telembi con 7% de registros, compuesta por los municipios de Barbacoas, Magüí Payán, y Roberto Payán. Más de 50% de estos municipios son territorios donde la violencia y el conflicto han sido históricamente una gran problemática, que afecta todos los contextos y necesidades básicas de una población, especialmente el acceso a los servicios de salud, municipios que concentran más de 60% del registro total de IMM en el periodo 2009-2019 (figura 3-1).

Figura 3-1: ubicación geográfica de IMM subregiones de Nariño.



Nota: la figura presenta la ubicación geográfica del número de infracciones contra la Misión Médica por subregiones en Nariño 2009-2019.

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones Incidentes contra la Misión Médica.

Analizando el registro de IMM por municipios, diez presentaron el mayor número de registros, los menciono de mayor a menor: San Andrés de Tumaco, Policarpa, Magüí Payán, Barbacoas, Olaya Herrera, Tuquerres, Roberto Payán, La Tola, tablón y El Charco (cuadro 3-13), Tumaco presenta el registro más alto, con 20% de IMM ocurridas en Nariño, seguido de los municipios de Policarpa, Barbacoas y Magüí Payan que registraron 5% de IMM.

Analizando el contexto, el Centro de Memoria Histórica, en sus Bases de datos OMC (Observatorio de Memoria y Conflicto) (48), presenta el registro de 11.693 de infracciones al DIH en Nariño desde 1958 al 2022, con fecha de corte 30 de abril del 2022. Expone que los municipios con mayor registro de infracciones al DIH son: San Andrés de Tumaco, Policarpa, Barbacoas, El Charco, Samaniego, Ricaurte, El Tablón, Olaya Herrera, Roberto Payán (Cuadro 3-14).

Cuadro 3-13: Municipios con mayor registro de IMM.

	Tumaco	Policarpa	Magüí Payán	Barbacoas	Olaya Herrera	Tuquerres	El Tablón	Roberto Payán	La Tola	El Charco	Resto
<i>Número de Infracciones</i>	49	8	8	8	7	7	7	5	5	5	87

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de registro de Infracciones Incidentes contra la Misión Médica.

Nota: El cuadro presenta el número de IMM por municipios en Nariño. Resto: 54 municipios de Nariño restantes.

Cuadro 3-14: Municipios con mayor registro de infracciones al DIH.

	Tumaco	Policarpa	Barbacoas	Samaniego	El Charco	El Tablón	Roberto Payán	Tuquerres	Olaya Herrera	Magüí Payán	Resto
<i>Número de Infracciones</i>	2.790	1.034	942	613	399	310	292	209	173	133	4.798

Fuente: Centro de Memoria Histórica. Sistema de Información de Eventos de Violencia del Conflicto Armado Colombiano del Observatorio de Memoria y Conflicto.

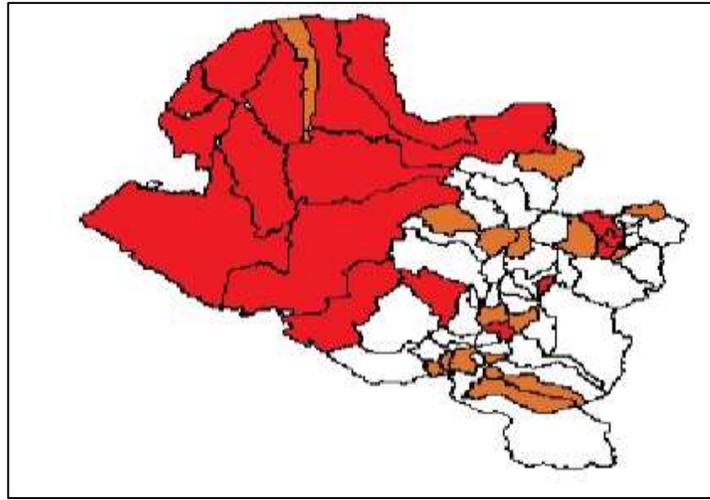
Nota: El cuadro presenta el número de infracciones al Derecho Internacional Humanitario por municipios en Nariño. Resto: 54 municipios de Nariño restantes.

Los municipios que presentan mayores registros de infracciones al DIH, coinciden con los municipios que presentan mayores registros de IMM, como es el caso de Tumaco, Policarpa, Barbacoas, El Charco, El Tablón, Roberto Payán, Magüí Payán, Tuquerres y Olaya Herrera; todos pertenecen a las subregiones de Pacífico Sur, Telembi, Saquianga y la Cordillera, son subregiones que históricamente han sido afectadas por la violencia y el conflicto armado en Nariño, además el abandono estatal es evidente, territorios que geográficamente posee una ubicación estratégica para actividades ilícitas como el narcotráfico, cultivos ilícitos, minería ilegal, delincuencia, etc. Según el Centro de Memoria Histórica en estas subregiones registran el mayor número de víctimas de violaciones a los DDHH y DIH, según el Ministerio de Salud (25) en el periodo 2009-2019 Tumaco presentó la mayor cifra de IMM a nivel Nacional, con un registro de 49 infracciones.

Según el Centro de Memoria Histórica (47) Tumaco registro más de 20% de las infracciones al DIH en Nariño desde 1958, el hasta abril del año 2022. Según el índice de necesidades en salud del departamento de Nariño (49), los municipios que conforman las subregiones Pacífico Sur, Telembi y Piedemonte Costero;

presentan mayores necesidades en materia de salud en la zona rural y urbana, ubicados geográficamente en la figura 3-2.

Figura 3-2: Localización geográfica de zonas con mayores necesidades en salud en Nariño.



Fuente: Instituto Departamental de Salud Nariño. Oficina de epidemiología. Sistemas de información. 2018 – 2019.

Nota: La figura presenta los territorios con mayor índice de necesidades en salud en Nariño.

Según el Departamento Nacional de Planeación, los resultados obtenidos sobre el índice de vulnerabilidad territorial (50), muestran que Nariño es una de las zonas del país que presenta mayor complejidad en los componentes de los presentes aspectos: atención humanitaria, justicia, seguridad, desarrollo social, desarrollo económico, gobernabilidad. Además, el deterioro de las condiciones de seguridad en Nariño, se relaciona con la creciente actividad ilícita propia del negocio del narcotráfico; lo cual ha incidido en los altos índices de violencia, criminalidad y desplazamiento forzado. A lo anterior se suman fenómenos como la minería ilegal, el contrabando, la extorsión y el micrográfico que vulneran la seguridad de la población y la estabilidad socioeconómica del departamento. Los municipios fronterizos nariñenses concentran los niveles más críticos en términos de

vulnerabilidad, municipios como San Andrés de Tumaco, Roberto Payán, Barbacoas, Francisco Pizarro, Olaya Herrera y Mosquera se ubican en los grupos de vulnerabilidad alta y media alta (50). Esto puede atribuirse a la disputa entre los diferentes actores armados ilegales por mantener el control de rutas estratégicas para el tráfico de narcóticos, minerales, contrabando y armas. Estas condiciones que poseen estos territorios, no favorecen el desarrollo en materia de salud pública, donde se ha vuelto complejo que la Misión Médica y humanitaria ingrese a prestar sus servicios, zonas donde es difícil la planeación de brigadas y el ingreso es limitado por el alto nivel de conflictividad del territorio. Existen barreras invisibles territoriales que no permiten el ejercicio efectivo de la Misión Médica, ponen en riesgo la integridad del personal de salud, muchas de estas barreras son derivadas de problemáticas en el contexto social y en temas de seguridad, como es el caso de los territorios mencionados anteriormente.

La unidad para la atención y reparación integral a las víctimas, implemento el Índice de Riesgo de victimización (IRV), para medir la posibilidad de que una amenaza en un lugar y tiempo determinado se convierta en una violación efectiva a un derecho fundamental (51). El departamento de Nariño Para el año 2021 se ubicó en la categoría Medio Alto, una categoría común entre dos departamentos con mayor número de registros de IMM, Nariño y Cauca presentado en el cuadro 3-15.

Cuadro 3-15: Resultados de IRV 2021.

Nariño	Antioquia	Cauca	Norte de Santander
Medio Alto	Medio	Medio Alto	Medio

Fuente: Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Resultados del Índice de Riesgo de Victimización 2021.

Nota: El cuadro presenta resultados de IRV 2021 por departamentos con mayor registro de Infracciones contra la Misión Médica.

Según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (51) el departamento de Nariño presento 8 municipios con IRV alto, representan más de 60% de los municipios con mayor reporte de IMM en Nariño presentados en el cuadro 3-16.

Cuadro 3-16: Resultados de IRV Alto 2021 Nariño.

<i>municipios</i>	Tumaco	El Charco	Policarpa	Magüí Payán	Roberto Payán	Cumbitara	Barbacoas	Ricaurte
<i>IRV</i>	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

Fuente: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Resultados del Índice de Riesgo de Victimización 2021.

Nota: El cuadro presenta resultados de IRV alto 2021 Nariño.

Por otra parte, es importante analizar el nivel de Riesgo de Victimización (RV) que presentan estos territorios, según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en este riesgo se estima la posibilidad de ocurrencia de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de DDHH y de infracciones al DIH con ocasión del conflicto armado; en municipios de Colombia (51), en particular las afectaciones contra la vida, libertad personal, seguridad, integridad personal y libertad de circulación, bajo los parámetros establecidos por la Ley 1448 de 2011 que dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno.

50% de los municipios con mayores registros de IMM en Nariño presentaron un riesgo de victimización Alto y 40% Medio alto (cuadro 3-17), concluye que gran porcentaje de estos territorios se estima, la presencia de un enorme riesgo de violaciones graves de DDHH y DIH, considerando que el derecho a la seguridad social y la atención médica hacen parte de estos derechos, y la IMM es considerada una violación a los derechos mencionados, según el manual de Misión Médica de Colombia (1).

Cuadro 3-17: RV de municipios con mayor número de IMM.

<i>Municipio</i>	Tumaco	Policarpa	Magüí Payán	Barbacoas	Olaya Herrera	Tuquerres	El Tablón	Roberto Payán	La Tola	El Charco
<i>Riesgo de victimización</i>	Alto	Alto	Medio alto	Alto	Medio alto	Medio bajo	Medio alto	Alto	Medio alto	Alto

Nota: El cuadro presenta nivel de riesgo de victimización 2021 de municipios con mayor número de infracciones en Nariño.

Fuente: Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Resultados del Índice de Riesgo de Victimización 2021.

En esta investigación se realizó el ejercicio de inspeccionar casos de infracciones contra la Misión Médica en Nariño, casos presentes en archivos de prensa, periódicos, diarios, bases de datos de instituciones, canales de prensa nacional, departamental y municipal. En total se logró recopilar 164 casos, que se ubicaron geográficamente por subregiones y municipios identificados con un número y color, el color rojo indica las subregiones que mayor número de casos presentan y el color naranja menor número de casos (figura 3-3). Según las fuentes consultadas, Pacífico Sur es la Subregión con más casos documentados, seguido de la Subregión de Telembi y Saquianga (3-18).

Cuadro 3-18: Número de casos IMM encontrados en fuentes consultadas por subregiones.

<i>Casos documentados en las fuentes consultadas</i>											
<i>Subregión</i>	Centro	Juanambú	Cordillera	Sabana	Abades	Obando	Pacifico Sur	Piedemonte Costero	Río Mayo	Saquianga	Telembi
<i>Número de infracciones</i>	10	3	12	1	7	4	52	6	1	29	39

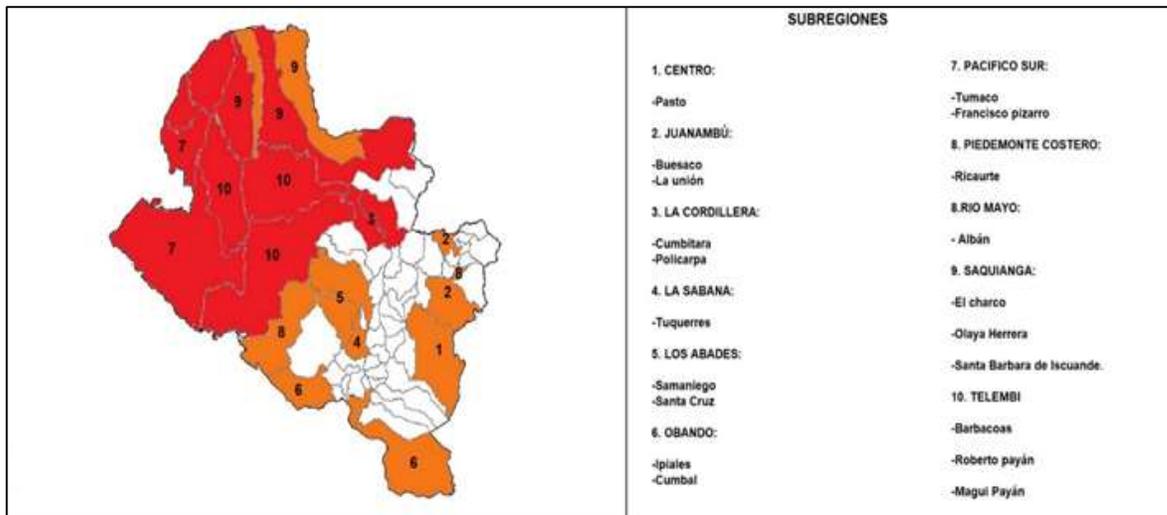
Fuentes:

- Centro de Memoria Histórica. Sistema de Información de Eventos de Violencia del Conflicto Armado Colombiano del Observatorio de Memoria y Conflicto.
- Banco de Datos de Derechos Humanos y Violencia Política del CINEP. SIVEL (Sistema de Información de Violencia en Línea).
- Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP/PPP). Sistema de Información de Violencia en Línea. Archivo digital de prensa del CINEP.
- Base de datos prensa Caracol tv.
- Base de datos prensa RCN.
- Base de datos prensa el tiempo.

g. Base de datos prensa el espectador.

Nota: El cuadro presenta el número de casos documentados en fuentes consultadas por subregiones de Nariño.

Figura 3-3: Subregiones y municipios que presentaron casos de IMM en fuentes consultadas.



Fuentes:

- Centro de Memoria Histórica. Sistema de Información de Eventos de Violencia del Conflicto Armado Colombiano del Observatorio de Memoria y Conflicto.
- Banco de Datos de Derechos Humanos y Violencia Política del CINEP. SIVEL (Sistema de Información de Violencia en Línea).
- Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP/PPP). Sistema de Información de Violencia en Línea. Archivo digital de prensa del CINEP.
- Base de datos prensa Caracol tv.
- Base de datos prensa RCN.
- Base de datos prensa el tiempo.
- Base de datos prensa el espectador.

Nota: La figura presenta la ubicación geográfica de subregiones y municipios que registraron casos de infracciones en las fuentes consultadas

3.6 Inequidades sociales del personal de salud en medio del conflicto

El personal de salud debe ser respetado por toda la sociedad, teniendo las condiciones necesarias para lograr cumplir con su labor, existen elementos que protegen al personal sanitario como el caso del DIH que protege al personal de salud de confrontaciones armadas (52). En Colombia se realizó un reconocimiento

de este derecho convirtiéndose en garante del mismo (52); en el territorio estudiado no se ha realizado un trabajo estratégico que promueva la importancia de la pedagogía y capacitación al personal de salud, la población civil y actores del conflicto sobre el significado del emblema de Misión Médica, que es sinónimo de respeto y neutralidad de no participación en la guerra (52). Además, es importante considerar realizar una cátedra en las instituciones del departamento, donde promocionen programas de salud y sus estudiantes realicen prácticas en zonas de conflicto.

Según el CICR (53) es importante evaluar las esferas sociales en que ocurren las IMM, reconociendo que en departamentos como Nariño ya no ocurren solo en confrontaciones armadas, existen otras situaciones en el territorio que contribuyen a que aparezcan otros problemas más complejos que ponen en riesgo a los trabajadores de la salud. Situación que genera un impacto negativo en los sistemas de reporte, donde existen grandes vacíos en el seguimiento de IMM, es preocupante porque todo se queda en el reporte, no hay solución en casos de IMM, se crean un sinnúmero de estadísticas que son útiles para identificar el problema, no se interviene correctamente a quienes sufren las IMM (53).

El estado y sus diversas secretarías de salud, ofrecen escasa o nula protección al respecto, no han diseñado rutas de cuidados y reubicación laboral, algunos participantes afirmaron, que cuando fueron víctimas de IMM la única medida tomada por la institución fue reportar la infracción llenando un formato, por esta razón tomaron la decisión de desplazarse con su familia a una ciudad capital por seguridad, no recibieron ningún tipo de apoyo por parte de la institución donde laboraba, las respuestas estatales son más revictimizantes que protectoras en la mayoría de los casos (53).

Agregado a lo anterior, las políticas existentes sobre la protección y atención psicosocial del personal sanitario víctimas de IMM son muy débiles, no consideran la situación de ser trabajador de la salud en zonas de conflicto como un problema de salud laboral, las IMM se deberían considerar como un riesgo profesional y ser asumido así por las ARLs.

Las detenciones arbitrarias se han convertido en una problemática en la costa pacífica nariñense, existen casos de trabajadores de salud que han pagado años de cárcel, porque han sido judicializados y acusados por rebelión al atender inconscientemente uno u otro actor armado que ha buscado atención médica. Queda en el olvido que al formarse en salud se realiza un juramento para atender a todas las personas que requieran de los servicios médicos, independientemente de su identidad, política, raza, sexo, religión, ideología, etc. (52). Los heridos están protegidos por el DIH, ya que estos son considerados en condición de vulnerabilidad, y tienen derechos como cualquier ser humano a ser atendido, esta situación es muy grave, pone en riesgo la integridad de los derechos de la Misión Médica, favoreciendo a que se cometan injusticias con el personal de salud, además aumenta el riesgo de cometer errores de ética profesional (53).

CAPÍTULO 4. IMPACTOS DIFERENCIADOS DE LAS IMM EN LA COSTA PACÍFICA DE NARIÑO

El conflicto armado en el marco de una IMM, genera impactos en los componentes de la misma, en la presente investigación se examinan, teniendo en cuenta, los componentes: Servicio Humanitario, Personal de Salud, Unidades Sanitarias, Heridos y Enfermos. El análisis de esta problemática se enfoca en el presente territorio por registrar mayores cifras de IMM a nivel departamental, caracterizado por necesidades en salud evidentes, el conflicto armado y violencia se convierte en un fenómeno que afecta el ejercicio de los trabajadores de la salud, siendo unas de las causas de la escasa garantía al derecho a la salud en dichas comunidades.

4.1 Impactos de las IMM en el componente servicio humanitario

Las IMM, ha dejado impactos negativos en el componente humanitario, los constantes hechos de violencia hacia el personal de salud, no permite la correcta ejecución de programas y acceso a servicios humanitarios, necesarios para el bienestar y salud de la comunidad (54), según el CICR, Nariño es el tercer departamento con las cifras más altas en confinamiento, fenómeno que no permite el correcto ejercicio del trabajo humanitario, unas de las consecuencias es tener a una comunidad indispuesta, aunque la citada fuente resalta que las comunidades han mejorado su capacidad de autoprotección y organización para la defensa de sus derechos; sin embargo, este potencial se pone en riesgo cada vez que se ataca algo tan esencial como el servicio que prestan las Misiones Médicas; el servicio humanitario los últimos cinco años se encuentra en riesgo por el aumento progresivo del registro de IMM (54).

Por ejemplo, Martín Luther King un Médico de 35 años de edad que ejerció su profesión en el territorio fue víctima de IMM cuando se encontraba realizando sus labores en el centro de salud de una comunidad en la zona rural, fue víctima de

lesiones personales y amenazas por negar a desplazarse atender a un miembro de una organización armada que estaba herido en el monte, el médico confiesa que estuvieron a punto de secuestrarlo, en el lugar que sucedieron los hechos estaban en jornada de vacunación había niños y padres de familia, todos presenciaron los hechos, esta situación afectó la continuidad de labores humanitarias del personal de una ONG que opera en el municipio, se suspendieron labores por temor a las acciones de represalias que el grupo armado podría haber ejercido sobre el personal de salud, causó confinamiento en la comunidad que vive en los alrededores donde ocurrieron los hechos.

Según el CICR (54) en algunos lugares donde se realiza el trabajo humanitario, no hay presencia o acompañamiento de la fuerza pública, lo que promueve la inseguridad durante las labores humanitarias, generando presión e incertidumbre durante sus labores.

La IMM causa impactos negativos en el contexto sociocultural, político e infraestructura vial, en particular en los servicios de salud (ver Cuadro 4-1), el CICR (54), confirma que la inseguridad es la causa principal de los últimos casos de IMM registrados en el territorio, el impacto que más afecta al servicio humanitario es la dificultad para realizar una correcta planificación de programas y objetivos que se deben lograr para brindar servicios de salud y bienestar a la comunidad, esto no permite garantizarle a la comunidad el cumplimiento de su derechos a la salud, agregando a lo anterior, las barreras de acceso geográfico derivadas de la inseguridad y el estado de las vías que dificulta el ingreso al territorio (16). Los impactos negativos de la IMM tienen consecuencias negativas en términos de salud pública en el territorio de estudio, afectando el servicio humanitario como componente de la Misión Médica.

Cuadro 4-1: Impactos diferenciados de IMM en el servicio humanitario.

<i>Impactos de las IMM en el servicio humanitario</i>	
<i>Económico</i>	<i>Político</i>
Desempleo	Disminución de gestiones en gobiernos locales
Retraso en el financiamiento de programas	
<i>Infraestructura vial</i>	<i>Servicios de salud</i>
Barreras de acceso por destrucción de vehículos.	Desplazamiento de trabajadores humanitarios
Alto riesgo durante el transporte de misiones humanitarias.	Incapacidad para coordinar actividades en salud.
Dificultad en materia de seguridad para ingresar al territorio.	Disminución de acceso a servicios de salud humanitarios.
	Disminución de usuarios beneficiarios.
	Presión en actividades laborales
<i>Sociocultural</i>	<i>Transversales o comunitarios que dejan las IMM</i>
Estigmatización	Modificación de las relaciones con la comunidad.
Privación de relaciones sociales	
Ruptura del tejido social	

Fuente: Esta investigación

4.2 Impactos de IMM en el componente personal de salud

Las IMM, han dejado impactos negativos que han afectado física y psicológicamente al personal de salud, las amenazas, hostigamientos, lesiones personales, agresiones psicológicas, homicidios siguen siendo las IMM que más afectan a los trabajadores de la salud en Nariño, según CICR infracciones como la violación de la confidencialidad de los pacientes, las privaciones arbitrarias de la libertad y violaciones del secreto profesional han aumentado drásticamente los últimos años (54). El personal de salud ha sido atacado por civiles y portadores de armas, la acumulación del miedo y la fatiga empieza a tener impacto en su salud mental lo que hace más difícil el acceso a la salud de las comunidades (55), por otro lado, Michelle Obama de 38 años de edad odontóloga de profesión gerente de la única E.S.E. de un municipio de la costa pacífica nariñense fue víctima de amenazas en contra de su vida e integridad, por parte de una organización armada que opera en el territorio, por motivo de hacer caso omiso a solicitudes de medicamentos e

insumos necesarios para la atención de heridos impuestas por los mismos, esta situación afectó notablemente su salud física y mental, fue desplazada con su familia, en otras palabras, la infracción no solo afectó su entorno laboral, afectó su esfera familiar y plan de vida. Hay problemas que enfrenta el personal de salud que pasan desapercibidos, como desempeñar funciones en medio del silencio y miedo, no sólo para preservar su vida y la de los suyos sino también para ayudar a los que más lo necesitan (53). Según el CICR (54), los últimos años el aumento de casos de IMM en municipios más afectados, ha causado la renuncia masiva de personal de salud asistencial, Se ha vuelto difícil contratar trabajadores de la salud por miedo a quedar atrapados en medio de enfrentamientos o ser víctimas de IMM.

A pesar de la implementación de estrategias, como aumentos salariales, beneficios laborales, auxilios de transportes y dotaciones, etc. Esta situación no ha sido aliviada y la falta de personal de salud en estos territorios; particularmente en las zonas rurales sigue siendo muy alta. Además, han ocurrido situaciones delicadas como la corrupción, con respecto a la asistencia y facilitación de insumos como medicamentos y equipos a organizaciones, estos hechos afectaron la reputación del personal de salud en el territorio, poniendo en riesgo la seguridad, incluso, causaron celos entre las organizaciones convirtiendo a la Misión Médica en objetivo militar. En datos provenientes de archivos de prensa documentados en la investigación, se encuentra un caso de una enfermera que termina siendo parte de una organización.

Francia Márquez de 58 años de edad es una persona muy importante para la salud de la comunidad trabajo por mucho tiempo como auxiliar de enfermería en los programas de vacunación y madre fami con conocimientos en medicina ancestral, fue víctima de amenazas y agresiones verbales por llevar a cabo su labor con los niños de la comunidad; en una época donde las organizaciones prohibían salir del territorio, había confinamiento, un día decidió salir atender un niño que estaba enfermo, la organización armada de la zona la tildó de informante, Francia no pudo

salir de su domicilio a ejercer su labor, el niño que atendía sufrió serias consecuencias en su salud por la falta de atención médica oportuna.

Al respecto, la Comisión de la Verdad (32), afirma que en uno de los municipios más afectados, la salud tradicional, como parteras, curanderos, remediaros, sobanderos, sabías, sabios y médicos tradicionales, han sufrido infracciones contra la vida y la integridad, acciones contra los recursos útiles para ejercer sus prácticas de cuidado, problemática que tiene impactos negativos en la medicina ancestral del territorio (56), según Comisión de la Verdad (32); estos hechos pone en riesgo culturas, cosmovisiones y cosmogonías de los pueblos étnicos. Entre 1986 y 2020 a nivel nacional se han identificado 92 casos de violencia contra sabedores ancestrales y tradicionales, entre 2000 y 2020 se incrementaron las violaciones de DDHH contra los sabedores, parteras, curanderos y remediaros, afecto y desarmonizo a la comunidad en medio de confrontaciones de la fuerza pública con grupos armados (45).

Es importante resaltar la afectación del conflicto armado en los agentes de salud de la comunidad, la violación del DIH hacia líderes sociales y comunitarios que realizan acciones en salud en zonas rurales más alejadas, donde acceder a un servicio de salud es difícil, no son catalogados como personal de salud, pero son considerados un canal que facilita la prestación de servicios de salud y realizan acciones que benefician la salud de la comunidad, no entran en la clasificación dada como IMM desde el DIH y desde el Ministerio de Salud y Protección Social, que termina siendo una limitación de la legislación actual sobre el tema.

Cuadro 4-2: Impactos de IMM en el personal de salud.

Impactos de las IMM en el personal de salud	
Económico	Político
Desempleo Retraso en el pago de salarios	Corrupción Afectación en la implementación y formulación de políticas públicas.
Sociocultural	Servicios de salud
Aculturación Pérdida de saberes ancestrales Estigmatización Ruptura del tejido social Generación de traumas Apatía general Vulnerabilidad social Afectación de la salud social	Desmotivación laboral Desplazamiento de trabajadores sanitarios Incapacidad para coordinar actividades en salud. Afectación del acceso a servicios de salud Presión en actividades laborales Necesidades de salud insatisfechas Falta de garantías en seguridad durante sus labores. Afectación de la integridad del talento humano en salud.
Transversales o comunitarios que dejan las IMM	Infraestructura vial
Dificultades para atender pacientes por la afectación del ambiente laboral. Suspensión de atención por falta de garantías en la seguridad. Temor a ser asociados con algún actor del conflicto.	Barreras de acceso geográfico por destrucción de vías y vehículos. Alto riesgo durante el transporte de misiones humanitarias. Dificultad en materia de seguridad para ingresar al territorio.

Fuente: Esta investigación

4.3 Impactos IMM en el componente unidades sanitarias

Las unidades sanitarias ha sido unos de los componentes de la Misión Médica más afectados cuando se presentan casos de IMM, dichos elementos como las ambulancias son útiles, especialmente en pacientes que deben ser trasladados hacia instituciones de un nivel de atención y complejidad superior, sin embargo, es uno de los más agredidos en Nariño, problemática que ha causado víctimas mortales entre pacientes y trabajadores de la salud, en vista de ello, las unidades sanitarias han sido blancos de ataques causando grave afectación al presupuesto

de las instituciones y gastos al sistema de salud. Esta problemática afecta la posibilidad de que la comunidad se beneficie de un buen servicio de salud, con instalaciones e insumos dignos que aporten al bienestar. La destrucción de centros de salud y las dificultades para prestar el servicio de salud relacionadas con la violencia y el conflicto, son razones por las cuales la Misión Médica ve frustrado su trabajo por culpa de la guerra, según la información documentada de prensa, existen casos que confirman el mal uso del emblema por parte de las organizaciones para llevar a cabo actos de perfidia, vehículos terrestres y fluvial son hurtados para cometer delitos relacionados con el narcotráfico, secuestros etc.

Archivos de prensa registrados en la presente investigación (57) (58), confirman la preocupación que existe en el sector salud del territorio por las unidades sanitarias, se han convertido en campo de batalla donde asesinan a los pacientes, Se han registrado casos en las áreas rurales y urbanas de algunos municipios de enfrentamientos dentro de las mismas, ocasionando daños a la infraestructura y afectando la posibilidad de acceso a un servicio de salud que atienda sus necesidades, los ataques a infraestructuras eléctricas y contaminación ambiental por parte de las organizaciones afectan negativamente el funcionamiento de las unidades sanitarias, no permite el acceso a servicios públicos indispensables en unidades como puestos de salud y hospitales, el agua y el servicio de energía son trascendentales, esta situación es tan común que representa el 80% de los municipios que conforman las subregiones más afectadas de Nariño, estas situaciones llegaron a presentarse continuamente que se ha declarado alerta amarilla hospitalaria en las unidades sanitarias del municipio más afectado. En la presente investigación se registraron casos, de IMM que han causado cierre de centros de salud y unidades de UCI en el territorio investigado, en muchos de los casos era el único que atendía las necesidades en salud de estas comunidades (57)

La corrupción de los gobiernos locales y la desviación de recursos de la salud, no promueven el buen estado y funcionamiento adecuado de las unidades sanitarias,

los Insumos y equipamiento en salud de algunos municipios son deficientes. La corrupción en la administración de los recursos de salud es un problema que tiene efectos negativos en el territorio de la salud, tiene consecuencias fatales en materia de salud los más afectados son los grupos de población vulnerables: niños, mujeres embarazadas, adultos mayores.

Las inequidades en salud en estos territorios son evidentes, el abandono estatal se refleja en el estado de las unidades sanitarias. Barack Obama un líder social de 26 años de edad muy querido en la comunidad afirma que hace unos años tiraron una granada cerca de la galería donde trabajaba su hermana la llevo de urgencias al centro de salud porque tenía una herida y no contaban con agua ni solución salina para limpiar las heridas, se vio obligado a comprar estos insumos por su cuenta porque era la única manera que atendieran a su hermana, es uno de miles de casos de centros de salud en la costa pacífica de Nariño, donde algunas unidades sanitarias carecen de insumos, equipos y medicamentos por diversas razones la más común es la corrupción en la administración de los recursos de salud, deficiencias en las vías y problemas de seguridad ocurridos en el marco del conflicto armado.

Cuadro 4-3: Impactos de IMM en unidades sanitarias

<i>Impactos de las IMM en unidades sanitarias</i>	
<i>Económico</i>	<i>Político</i>
Aumento de costos en el sector salud.	Corrupción
Corrupción en la administración de recursos de la salud.	Disminución de gestiones en gobiernos locales.
Retraso en el pago de salarios.	Afectación en la implementación y formulación de políticas públicas.
Ausencia de financiación para los insumos, equipos y medicamentos.	Abandono estatal
<i>Sociocultural</i>	<i>Servicios de salud</i>

Irrespeto institucional Vulnerabilidad social Estigmatización Escenario de hechos victimizantes.	Necesidades de salud insatisfechas. Falta de garantías en seguridad. Aumento de demanda atención por afectados. Limitación al acceso de servicios de salud. Mayor urbanización de la prestación de atención de salud. Incapacidad para mantener insumos, equipos y medicamentos.
<i>Transversales o comunitarios que dejan las IMM</i> <i>dejan las IMM</i>	<i>Infraestructura vial</i>
Insatisfacción y desconfianza de la comunidad. Temor a ser asociados con algún actor del conflicto. Apatía general Dificultades para el abastecimiento de agua potable. Cierres temporales de servicios por falta del servicio de energía.	Barreras de acceso geográfico por destrucción de vías y vehículos. Alto riesgo durante el transporte de misiones humanitarias. Dificultad en materia de seguridad para ingresar al territorio.

Fuente: Esta investigación

4.4 Impactos de IMM en el componente heridos y enfermos

La magnitud de esta problemática no solo afecta a trabajadores de la salud, frustra la oportunidad de que un paciente acceda a un servicio de salud. Cuando el personal de salud es amenazado y obligado a salir del municipio para proteger su integridad, la comunidad beneficiada con su servicio también se convierte en víctima se convierte en víctima por sufrir las consecuencias de esta problemática, que poco a poco se irá reflejando en su estado de salud, muchas personas se quedan sin la oportunidad de acceder a un servicio de salud digno, este tipo de situaciones causa mucha incertidumbre en los pacientes con respecto a la atención de su salud, afectando la condición de la misma, esta problemática no permite el adecuado desarrollo actividades de promoción y prevención por ejemplo, en las jornadas de

vacunación se debilita la erradicación de enfermedades, favoreciendo su aparición en las poblaciones más vulnerables.

Las estrategias de control territorial ejercidas por las organizaciones no permiten que la Misión Médica ingrese al territorio a brindar la atención en salud a la comunidad. Hay casos documentados en esta investigación, de confinamientos en territorios donde son continuos los enfrentamientos, la mayoría de las zonas son rurales, considero que es una de las principales barreras para los pacientes no asistan a una cita médica, por temor de quedar en medio de enfrentamientos o por la dificultad para salir del territorio. Cuando se presentan enfrentamientos las medidas de seguridad y control territorial que imponen las organizaciones no permiten la libre movilidad de la comunidad y la Misión Médica, causando violación de derechos.

Un tipo de infracción que afecta al componente heridos y enfermos, es la violación del secreto profesional que las organizaciones someten al personal de salud, los casos más comunes son diagnósticos de personas con enfermedades contagiosas mortales, transmisión sexual como el VIH, SIDA. La violación del secreto profesional es una realidad que afecta la integridad del paciente, ha sido causante de muchos hechos victimizantes como amenazas, asesinatos, desplazamientos y hostigamientos.

Por otra parte, María Urrutia de 69 años fue una de las pocas promotoras de salud entrenadas por el doctor Héctor Abad en aquella época, María laboró en el territorio por más de 20 años, fue víctima de amenazas y desplazamiento por parte de grupos armados que forzaron el cierre del único puesto de salud en la zona, amenazaron a todos los trabajadores sanitarios y pacientes con detonar explosivos en el puesto de salud, sin importar quién estuviera dentro, hecho que causó el desplazamiento de muchas familias que vivían alrededor del puesto de salud, datos documentados en esta investigación, evidencian casos de hospitales que se han convertido en

campo de batalla reportando asesinatos de pacientes con armas de fuego dentro de las instalaciones, amordazan al personal médico irrespetando las labores de Misión Médica, estos hechos cada día van en aumento convirtiéndose en una preocupación para la salud pública en zonas donde la violencia y el conflicto afectan la atención de los pacientes, como en la Costa Pacífica de Nariño, en el municipio más afectado por esta problemática se han presentado 3 casos de asesinatos de pacientes dentro de las unidades sanitarias en menos de 6 meses los entes gubernamentales estudiaron la situación y afirmaron que esta problemática afecta la garantía de derechos de los pacientes cuando reciben un servicio de salud.

Cuadro 4-4. Impactos de IMM en el componente heridos y enfermos.

Impactos de las IMM heridos y enfermos	
Económico	Político
aumento de costos para acceder a servicios de salud.	Falta de garantías en el sector salud. Incumplimiento del derecho a la salud.
Sociocultural	Servicios de salud
Perdida de saberes ancestrales. Perdida de comportamientos y costumbres. Privación de participar en actividades recreativas culturales. Ruptura del tejido social.	Recuperación insatisfactoria Deterioro de la salud Necesidades insatisfechas en materia de salud. Aumento de morbilidad en población vulnerable. Muertes por causas prevenibles Barreras para acceder al servicio de salud Desconfianza hacia los trabajadores de salud.
Transversales o comunitarios que dejan las IMM	Infraestructura vial
Normalización de la violencia Afectación de valores Apatía general Confinamiento	Barreras de acceso geográfico Dificultad para el transporte sanitario Dificultades por inseguridad territorial

Fuente: Esta investigación

4.5 Efectos del conflicto armado en diferentes dimensiones de la vida de las personas

4.5.1 Etnia y Misión Médica

La etnia se define como un grupo humano que comparte una cultura, una historia y costumbres cuyos miembros están unidos por una conciencia de identidad (59). En la Costa Pacífica de Nariño, la etnia predominante es la afrodescendiente, seguido de la indígena y otros grupos étnicos que son producto de la constante migración territorial.

El territorio estudiado dentro de su morbilidad, presenta enfermedades propias de la etnia, como drepanocitosis y albinismo, los últimos años se ha presentado un aumento de casos de enfermedades de transmisión sexual como el VIH (60), las infracciones contra la vida y la integridad y violaciones al secreto profesional, han afectado el acceso al tratamiento adecuado de estos pacientes; son enfermedades difíciles de tratar en estos territorios especialmente en las zonas rurales, debido a las creencias culturales y supersticiones que existen referente a estas patologías, los actores armados terminan tomando medidas muy fuertes contra estos pacientes. Por ejemplo María Urrutia afirma que durante su labor como promotora hace unos años había un caso de un paciente joven con diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual, había iniciado tratamiento y fue amenazado de muerte, esta situación fue consecuencia de una violación del secreto profesional por parte de una organización que operaba en el territorio, en el resguardo donde vivía el paciente al enterarse de la gravedad de la patología lo consideraron impuro, siendo otro motivo del desplazamiento de este paciente. Los pueblos Indígenas en medio del conflicto han tenido que afrontar la pobreza, el atraso, la inseguridad alimentaria, el marginamiento y el riesgo de la extinción de gran parte de sus comunidades. Para las comunidades afrocolombianas, el conflicto armado ha intensificado la pérdida de sus territorios colectivos, agudizando su situación de pobreza, promoviendo el

atraso, desplazamiento, confinamiento, vulnerabilidad extrema, promoviendo el debilitamiento de sus organizaciones y estructuras comunitarias (61).

Condiciones de desprotección social afecta gran parte de la comunidad, el aumento de la vulnerabilidad económica, especialmente en las áreas rurales, ha incrementado desproporcionadamente de los índices de pobreza e insalubridad, escasas oportunidades en la educación, precariedad en la prestación de los servicios de salud y su baja cobertura (62). El fenómeno de la violencia, supone para las comunidades étnicas el agotamiento de herramientas de supervivencia cultural y la desintegración de sus estructuras organizativas, lo que terminan agudizando las condiciones de vulnerabilidad y riesgo estructural, por efecto las prácticas y cosmovisiones en salud resultan afectadas (62). Estas situaciones ponen en grave riesgo la seguridad alimentaria, la autonomía de los territorios, sus costumbres, tradiciones, creencias, la conservación y supervivencia como grupos étnicos, afecta la salud pública de la comunidad.

Cuadro 4-5: Etnia y Misión Médica.

<i>Etnia y Misión Médica</i>	
<i>Etnia</i>	<i>Expresiones directas de IMM</i>
Indígena	Infracciones contra la vida y la integridad.
Afrodescendiente	Violaciones al secreto profesional.
Otros grupos étnicos	Infracciones contra las actividades sanitarias.
<i>Expresiones intermedias</i>	<i>Modalidades de violencia</i>
Condiciones de desprotección social	Confinamiento
Incremento desproporcionado de los índices de pobreza e insalubridad	Control territorial
Deficiente calidad de la educación	Desplazamiento
Inseguridad alimentaria	
<i>Efectos sobre la salud</i>	<i>Brechas sociales</i>
Incremento de enfermedades huérfanas Propia de las etnias.	Bajos niveles de ingreso
Baja cobertura en salud rural	Analfabetismo
Aumento de la mortalidad por causas Prevenibles.	Inseguridad en el sector salud
Aumento de morbilidad en edades Vulnerables.	

Aumento del registro de personas con discapacidad.

Fuente: Esta investigación

4.5.2 Género y Misión Médica

Según Comisión de la Verdad (32) las infracciones contra la Misión Médica han sido constantes desde 1958, sus consecuencias se relacionan con profundización de las inequidades en salud, claras desventajas para las poblaciones en condiciones vulnerables y con las afectaciones al personal de salud especialmente las mujeres que constituyen las dos terceras partes de la fuerza laboral (40) han sido expuestas a tipos de violencias directas y simbólicas en su condición de mujeres. En el conflicto armado colombiano las mujeres han sido víctimas de violencia sexual, que es una forma de violencia practicada por muchos perpetradores para expresar el control sobre lo que toman, como si las mujeres fuéramos anexos de los territorios (63). Según la encuesta de prevalencia de violencia sexual de las mujeres en el conflicto armado, entre el 2010-2015 (64), en promedio 400 mujeres al día han sido víctimas de este tipo de violencia, las mujeres negras y menores de 24 años tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.

Analizando el territorio de Nariño, en el sector salud predomina el sexo femenino, unas de las razones fundamentales, es que históricamente las mujeres se han ocupado de la salud de la comunidad, son las que cuidan de los niños y los ancianos o de cualquier miembro de la familia que se enferme, los primeros promotores de la región fueron mujeres, las medicinas tradicionales como las parteras, curanderas mayor porcentaje son mujeres, la mujer representa la base estructural de presentación de servicios de salud. Afirma el Ministerio de Salud y Protección Social (36), que el personal de salud de la zona rural predomina el sexo femenino, y unas de las razones que plantea es que durante el marco del conflicto armado la salud rural se feminizó, porque los hombres jóvenes rechazaban las ofertas laborales por

miedo a ser reclutados por un grupo armado o por evitar ser tildado como informante, ya que los adversarios tienen como predominante el sexo masculino en sus filas, entonces era muy difícil para los hombres jóvenes laborar en zonas rurales. Por ejemplo, Michelle Obama afirma que durante su experiencia como gerente de la única E.S.E. del territorio donde laboraba se reportaron 12 infracciones contra el personal sanitario masculino; especialmente los vacunadores que trabajan en las unidades móviles, las organizaciones los consideraban informantes, esto dificultó la contratación de personal masculino en el territorio.

La población LGTBI tiene graves afectaciones por la violación del secreto profesional, los actores armados los hostigan y ejercen presión responsabilizándolos de transmitir enfermedades de transmisión sexual en la población, los amenazan con panfletos comunicando que van a realizar “limpieza social”. El conflicto armado también responde a una modalidad de castigo de manera directa en el caso de las agresiones a población LGTBI, responde a la necesidad de legitimar formas particulares de ejercer la sexualidad y sancionar aquellas identidades y prácticas que trasgreden el orden establecido por los miembros de los grupos armados (65).

Cuadro 4-6: Género y Misión Médica.

<i>Género y Misión Médica</i>	
<i>Expresiones directas de IMM</i>	<i>Modalidades de violencia</i>
Infracciones contra la vida y la integridad	Machismo
Violaciones al secreto profesional	Abuso sexual
Infracciones contra las actividades sanitarias	Acoso sexual
	Discriminación
	Violencia física y psicológica
<i>Expresiones intermedias</i>	<i>Brechas sociales</i>
Mujer como Botín de guerra	Pobreza extrema
Afectación de la salud mental	Falta de programas de salud mental y educación sexual
	Educación de baja calidad
	Estigmatización social
<i>Efectos sobre la salud</i>	

Afectación de la salud mental
Aumentos de casos suicidios
Aumento de consumo de alcohol
Aumento en el consumo de drogas
Embarazos no deseados
Aumento de enfermedades de transmisión sexual.

Fuente: Esta investigación

4.5.3 Condiciones de trabajo

Según la resolución 4481 del 2012 (36) que reglamenta el manual de Misión Médica, las normas que garantizan la protección para el ejercicio de estos, se encuentran comprendidas en el DIH, el cual tiene por finalidad limitar los métodos y medios empleados en las hostilidades y proteger a las personas que no participan en la guerra como es el caso de los trabajadores de la salud, como se establece en las normas previstas en los Convenios I, II, III y IV de Ginebra de 1949, los Protocolos Adicionales I y II de 1977. A sí, el DIH, se compone de normas internacionales de origen convencional y consuetudinario; inspiradas por el sentimiento de humanidad y el ánimo de proteger a la Misión Médica en situaciones de conflicto armado. El mismo no se basa en abstracciones jurídicas sobre la subjetividad internacional de los estados o en la reciprocidad de su aplicación por las partes en conflicto, buscando, que aun en tiempos de conflicto armado se respete a la Misión Médica, su vida y su integridad personal (1). El personal de Misión Médica tiene los siguientes derechos que deben ser garantizados durante sus labores:

- a) A ser respetado y protegido.
- b) A no ser atacado.
- c) A acceder y prestar la atención sanitaria.
- d) A tener los medios necesarios para la atención del paciente.
- e) A no ser sancionado o castigado por ejercer una actividad médica.
- f) A no ser obligado a actuar contrariamente a los principios de la ética médica.
- g) A que se respete la reserva del secreto profesional.

h) A identificarse.

El tema de la seguridad para el personal sanitario no solo se traduce en responsabilidades personales sino también en obligaciones de índole institucional. Situaciones como la corrupción y el desvío de recursos del sector salud a para la guerra afecta las condiciones de trabajo de la Misión Médica, en el territorio nos encontramos con realidades donde al personal no ha sido posible el pago de honorarios por más de 5 meses, no hay garantías de estabilidad laboral. Cuando suceden casos de infracciones, las instituciones son revictimizantes y no logran ser completamente asertivas para acompañar al personal de salud, víctimas de IMM, hay escasa protección, no se han diseñado rutas de cuidado y reubicación laboral como sucede en el sector educativo con los docentes, es necesario dignificar las condiciones de trabajo en el sector salud poniendo en el centro el cuidado de sus vidas y las de su familia

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

En la presente investigación se pudo corroborar que la costa pacífica de Nariño es el territorio más afectado a nivel departamental por las IMM, los hallazgos demuestran que la violencia y el conflicto armado es en parte producto de la explotación de condiciones geográficas y demográficas previamente dadas, las dinámicas se relacionan con la expansión y el control ilegal de recursos naturales del territorio relacionados con el narcotráfico por ejemplo, tierras fértiles para cultivos de coca, tráfico de metales preciosos como el oro, plata, platino, otros elementos naturales como baritina, zinc, cobre, plomo, caolines, arcillas, petróleo y azufre. La ubicación geográfica del territorio favorece el acceso del comercio ilegal de armas, es corredor internacional de productos ilícitos como las drogas.

El abandono estatal, la pobreza y vulneración de los DD. HH y DIH, en todos sus niveles y expresiones; han sido una constante que ha causado graves afectaciones a la salud pública del territorio impactan negativamente en los componentes de la Misión Médica desde los contextos económico, político, servicios de salud, sociocultural, transversal y comunitario, infraestructura vial. Hallazgos en el componente servicio humanitario mostraron que las IMM han causado graves impactos en el contexto económico como retrasos en financiamientos de programas, afectaciones en el contexto político como la disminución de gestiones en el sector salud de gobiernos locales. Los hallazgos demuestran que las IMM causan presión en actividades laborales debilitando la capacidad de coordinar actividades; promoviendo el fracaso de programas y servicios de salud humanitarios. En el componente personal de salud las IMM causaron impactos negativos que afectaron física y psicológicamente al personal de salud las amenazas, secuestros, lesiones personales y homicidios siguen siendo las IMM que más afecta la integridad, la esfera familiar, personal, social del talento humano en salud.

En el contexto económico ha causado desempleo, retraso en el pago de salarios, impactos negativos en el contexto político y procesos de implementación y formulación de políticas públicas en salud debido a la disminución de gestiones en el sector salud afectado por hechos de corrupción relacionados con la violencia y el conflicto armado como el desvío de recursos para la guerra. Las IMM causaron graves impactos en el contexto de servicios de salud como la desmotivación laboral del personal y la urbanización del servicio de salud por motivos de renuncias y solicitud de traslados para trabajar en zonas urbanas por aumento de hechos de violencia contra el personal de salud y evitar ser víctimas de una IMM. Las IMM han causado en la comunidad necesidades de salud insatisfechas como la falta de personal de salud para la atención y medicamentos, insumos, equipos; contribuyeron al aumento de las enfermedades transmisibles relacionadas con el agua, enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, infecciones respiratorias agudas, enfermedades de transmisión sexual, aumento de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial u otras enfermedades cardiovasculares. Los hallazgos demostraron que los impactos negativos en el contexto sociocultural contribuyeron a la ruptura del tejido social, existen problemas que afronta el personal de salud como llevar a cabo sus funciones en medio del silencio y el miedo, no solo para preservar su vida y las de su familia, sino para ayudar a quienes más lo necesitan; el personal de salud ha sido estigmatizado y vulnerado socialmente por prestar sus servicios a las partes del conflicto (heridos); los hallazgos evidencian la existencia de casos de personal de salud convertidos en objetivo militar por la prestación de sus servicios a heridos de organizaciones que buscaron atención médica. La pérdida de saberes ancestrales impactó negativamente la salud tradicional y ancestral; la violencia y el conflicto degradaron los recursos naturales útiles en sus prácticas espirituales y curaciones. Los hechos victimizantes como el desplazamiento y confinamiento impactaron negativamente las labores de parteras, curanderos, remedieros,

sobanderos y sabios que contribuyen al mejoramiento de estados de salud en la comunidad medio de situaciones de violencia y el conflicto armado.

Las unidades sanitarias, es uno de los componentes más afectados por las IMM, hallazgos encontrados demuestran graves afectaciones en infraestructuras físicas como el deterioro en los centros de salud, daños, pérdidas de ambulancias y unidades fluviales por causas relacionadas con actos de violencia y conflicto armado, situación que causo cierres de servicios y unidades de salud, situación que no favoreció al contexto económico por la afectación del presupuesto de las instituciones y gastos al sistema de salud. La mala administración de los recursos de salud y el abandono del estado causo desenlaces fatales en términos de salud pública en unidades sanitarias, como el aumento de enfermedades y muertes prevenibles, falta de equipos y medicamentos e insumos básicos que garanticen una buena atención en los puestos de salud, las condiciones mencionadas promovieron la mala calidad de los servicios de salud impactando negativamente en la salud de la comunidad. La Comisión de la Verdad (32) revela hallazgos interesantes donde confirma que en el país existen casos de desvíos de los recursos de salud para otros fines, como la guerra, situaciones que han afectado profundamente el funcionamiento de las unidades sanitarias. Hallazgos en el contexto sociocultural demostraron que el mal funcionamiento de las unidades sanitarias favoreció al incremento de la desconfianza e irrespeto institucional aumentando la vulnerabilidad del personal de salud que labora en las unidades. Las IMM impactaron negativamente los servicios de las unidades aumentando las necesidades de salud no resueltas en la salud de la comunidad mencionadas anteriormente, los hallazgos resaltaron la falta de garantías de seguridad dentro de las unidades sanitarias; se han convertido en campo de batalla donde asesinan a los pacientes y amordazan al personal de salud, los datos demuestran registros de casos de unidades sanitarias convertidas en el objetivo militar de las organizaciones causando limitaciones en el acceso a servicios de salud, esta situación afecto la

capacidad de mantener las condiciones adecuadas para ofrecer un servicio de salud con infraestructura, insumos y equipos dignos y de calidad. Los impactos transversales y comunitarios confirman que los ataques a infraestructuras eléctricas y contaminación ambiental afectaron negativamente el funcionamiento de las unidades sanitarias, no permitieron acceder a servicios públicos indispensables en la salud como el agua, servicio de energía, alcantarillado esta situación se presentó en el 80% de municipios del territorio estudiado.

Los hallazgos en el contexto de la infraestructura vial evidencian que es un factor que afecta el funcionamiento de los componentes de la Misión Médica, se comporta como una barrera que afecta al usuario al acceder a servicios de salud aumentando costos para llegar a una cita médica, a veces imposibilita acceder al servicio. El personal de salud y las unidades sanitarias también sufren las consecuencias de la presente problemática en términos de costos como dificultades para el transporte de insumos, equipos, existen casos donde es imposible remitir oportunamente pacientes a una institución de mayor nivel de complejidad por motivos de inseguridad como las fronteras invisibles, enfrentamientos en el trayecto que exponen a las unidades como las ambulancias a situaciones de peligro como robos, asesinatos, secuestros, toma de rehenes, perfidia etc. El mal estado de las vías, la falta de inversión vial en territorios donde se deben cruzar ríos y no existen puentes de conectividad y las inclemencias del clima dificultan el ingreso de la Misión Médica a estos territorios por que se generan inundaciones y crecientes afectando el traslado de pacientes en unidades como las ambulancias y unidades fluviales, es evidente como el abandono del estado en zonas afectadas por la violencia y el conflicto armado genera impactos negativos en la salud pública de estos territorios.

Hallazgos en los del componente heridos y enfermos se pudo evidenciar que las IMM no solo afecto a los trabajadores de la salud, también afecto a pacientes, cuando el personal de salud es amenazado y obligado a irse del municipio para

proteger su vida e integridad, el paciente que se beneficia de su servicio también se convierte en víctima por sufrir las consecuencias, poco a poco se irá reflejando en su estado de salud. Al respecto, estudios demuestran (67) que la protección de la Misión Médica se ha convertido desafortunadamente en uno de los mayores problemas humanitarios de hoy en términos de número de personas afectadas directa o indirectamente, en efecto un solo incidente violento dirigido contra el personal médico o instalaciones es sentido por cientos o incluso millones de personas, en hallazgos encontrados las IMM afecto el contexto económico de los pacientes aumentando los costos para acceder a un servicio de salud, en el contexto político se hallaron faltas de garantías en el sector salud e incumplimiento de derechos de los usuarios. En los servicios de salud las IMM no favorecieron la correcta recuperación de los pacientes promoviendo deterioros en la salud, las necesidades en salud de los territorios impactaron en el aumento de morbilidades en poblaciones vulnerables de los lugares más apartados, favoreció al aumento de enfermedades y muertes por causas prevenibles. Se hallaron situaciones relacionadas con la violencia que se comportan como una barrera para el paciente al acceder a tratamientos médicos por ejemplo, los problemas de orden público, control territorial de las organizaciones, desplazamiento de personal de salud, cierre de servicios y unidades de salud, robos de medicamentos e insumos, estigmatización y señalamientos que proceden a fuertes medidas por parte de las organizaciones a consecuencia de la violación del secreto profesional especialmente en pacientes con enfermedades infectocontagiosas como el VIH/SIDA impactaron gravemente su estado de salud y el acceso al tratamiento. Las IMM causaron impactos negativos en los contextos transversales y comunitarios como la normalización de la violencia en el sector salud, se afectaron los valores causando apatía en la comunidad y confinamiento después de haber sucedido hechos de violencia contra las unidades de salud de la comunidad, por el temor que causa estas situaciones en el entorno. En el contexto sociocultural se encontraron hallazgos que demuestran que las situaciones de violencia contra la salud

tradicional contribuyen a la pérdida de costumbres y saberes ancestrales que favorece la salud de los pacientes cuando no hay posibilidad de acceder a la medicina occidental, la perspectiva cultural que las personas tienen de su salud es un rol muy importante en el autocuidado y las decisiones frente a su estados de salud y tratamientos, existen creencias culturales y supersticiones frente a distintos tipos de patologías que influyen en la iniciativa del paciente al acceder al tratamiento al tratamiento adecuado.

La subregión de Nariño pacífico sur presenta el mayor registro de IMM, infracciones contra la vida y la integridad las amenazas como el tipo más reportado representan 27% de las IMM en ocurridas en Nariño (3). El colectivo instruccional, médicos y auxiliares de enfermería registran ser el mayor número de víctimas, más del 50% de los casos fueron atribuidos a las organizaciones, las guerrillas fueron señaladas como responsables en más del 55 % de los casos de IMM en Nariño.

Es importante el aporte de los hallazgos encontrados en los efectos del conflicto armado en diferentes dimensiones de la vida de las personas, se evidencio efectos sobre la etnia, la costa pacífica de Nariño presenta en su morbilidad enfermedades que hacen parte de un grupo poblacional que ha sido víctima de infracciones contra la vida y la integridad y violaciones al secreto profesional por parte de las organizaciones han afectado el acceso a sus servicios de salud, algunas creencias culturales y las medidas drásticas de los grupos armados no permiten que estos pacientes realicen un tratamiento adecuado en el territorio, existen casos donde la Misión Médica y la comunidad han enfrentado casos de violencia donde predomina el racismo los afrodescendientes e indígenas del territorio reportan el mayor número de casos.

En el análisis de género los hallazgos mostraron que las mujeres han sido expuestas a tipos de violencias directas y simbólicas en su condición de mujeres.

En el marco del conflicto armado, las mujeres han sido víctimas de violencia sexual como estrategia de control territorial. “Según la encuesta de prevalencia de violencia sexual de las mujeres en el conflicto armado 2010-2015” (64) en sus resultados describe que las mujeres afrodescendientes tienen mayor riesgo de sufrir violencia sexual. En el territorio estudiado predomina la etnia afrodescendiente, los hallazgos revelan que existen muchos casos, pero no son reportados por temor a ser violentadas, según la Comisión de la Verdad en el informe “*la salud entre fuegos*” (32), se realizó una ampliación a partir de sus hallazgos de tipologías generales de infracción en los que considera la violencia sexual como un tipo de infracción, en este estudio también se considera una infracción al analizar el determinante género. En el sector salud del territorio estudiado, predomina el sexo femenino, unas de las razones son culturales, las mujeres siempre se han ocupado de la salud de la comunidad, otro hallazgo importante es la feminización de la salud rural; por motivo de que los hombres jóvenes no laboran en estas zonas por miedo a ser reclutados por un grupo armado o por evitar ser tildado como informante, el sexo masculino predomina en sus adversarios. La población LGTBI se enfrenta a una situación de rechazo y estigmatización muy grave que pone en riesgo su vida e integridad al ser blanco de críticas y desacuerdos a causa de comportamientos en actividades personales y formas particulares de ejercer la sexualidad que influyen en la salud, las organizaciones sancionan identidades y prácticas que trasgreden el orden establecido por los miembros de los grupos armados.

Y finalmente un aporte que considero importante es la realidad sobre las condiciones de trabajo del personal de salud, se evidencia que las garantías de seguridad son obligaciones de índole institucional, situaciones como la corrupción y él desvió de recursos del sector salud a otros fines como la guerra, elecciones, fiestas patronales etc. Si afectan las condiciones de trabajo de la Misión Médica, nos encontramos con realidades donde al personal de salud no se les ha cancelado honorarios por más de 5 meses, las instituciones son revictimizantes, no solucionan

nada, no existe un programa de acompañamiento para las víctimas, hay escasa protección no se han diseñado rutas de cuidado y reubicación laboral como sucede en el sector educativo con los docentes, el personal sanitario no recibe capacitaciones sobre derechos que protegen a la Misión Médica, es una similitud con los resultados de un estudio realizado en Nariño y Boyacá (24) evidencia que la falta de apoyo laboral y el poco conocimiento del DIH es una realidad que vive el trabajador de salud en zonas de conflicto, en el territorio estudiado es necesario dignificar las condiciones de trabajo en el sector salud poniendo en el centro el cuidado de sus vidas y las de su familia.

En relación con otros estudios sobre la presente problemática, existen convergencias con un estudio de IMM que también se realizó en Colombia (18) en el comportamiento de tipología de IMM, las infracciones contra la vida y la integridad presento mayor registro, sus hallazgos en términos de impactos en la medicina ancestral son similares, afirma que la medicina ancestral tradicional es unas de las estrategias que tienen las comunidades para suplir la falta de atención en salud, las medidas de control territorial de las organizaciones si afectan el ejercicio de la Misión Médica y el acceso a los servicios de salud en comunidades de municipios de alta conflictividad, el miedo generalizado causa renuncias y alta rotación del personal, muchos niegan prestar sus servicios en estas zonas, otro hallazgo muy importante y cercano a esta investigación, es la existencia de problemáticas estructurales que hacen parte del contexto nacional, que afectan las labores del personal de salud como la contratación ilegal y el no pago de salarios por la iliquidez de las instituciones y la corrupción.

La presente indagación en comparación con otros estudios es de gran valor para la Misión Médica en Colombia porque aporta evidencia sobre las afectaciones de la violencia y el conflicto en el sector salud a través de los impactos negativos de las IMM en cada uno de sus componentes desde diferentes contextos y dimensiones

de la vida de los afectados, un aporte valioso para la construcción de paz desde la salud pública en territorios afectados por esta problemática. Existen limitaciones relacionadas con la definición de Misión Médica e infracciones a la Misión Médica vista solamente desde el DIH y sus protocolos y aun desde el Ministerio de Salud y Protección Social, son parecidas, pero no iguales y eso tiene unas implicaciones no solo para catalogar algunos hechos como infracción sino en la toma de decisiones frente a las condiciones laborales y la invisibilización de la medicina tradicional ancestral. La segunda limitación es la obtención de información, reconociendo la problemática de seguridad por la que atraviesa el territorio, no fue posible entrevistar más personas por la gravedad de las declaraciones que exige el tema y por conservar la vida y la integridad de la investigadora. La tercera limitación se relaciona con las entrevistas, ya que algunas no se pudieron realizar de manera personal, se realizaron por medios virtuales, por motivos de que algunas de las víctimas fueron desplazadas y ya no residen en el municipio. La cuarta limitación, son las respuestas a las solicitudes de información, espere tiempo considerable para que algunas entidades respondieran, se insistió mucho para obtener información.

Se sugiere invitar a la formulación de una política pública en Nariño que proteja al personal de salud que labora en zonas donde los impactos del conflicto son recurrentes, la atención psicosocial y la reparación del trabajador sanitario sea efectiva reconociendo esta problemática como un problema de salud laboral dentro de los términos que labora Misión Médica.

La Misión Médica necesita cumplimiento de garantías laborales como honorarios dignos, protección para el trabajador y su familia cuando ocurren casos de infracciones, rutas de reubicación laboral. Es importante reconocer la importancia de la pedagogía para capacitar al personal de salud, población civil y actores del conflicto sobre el significado del emblema de Misión Médica como sinónimo de respeto y neutralidad de no participación en la guerra.

Recomiendo realizar estudios basados en los resultados de la presente indagación, en el análisis de impactos de las IMM en los componentes de la misma enfatizando los componentes unidades sanitarias y trabajadores sanitarios considerando que los problemas políticos y sociales que afectan la salud pública del territorio cada día van en aumento, los hallazgos revelaron que son los componentes más afectados y prioritarios en la solución de problemas de salud pública.

CONCLUSIONES

Las consecuencias del conflicto en el sector salud siguen forjando deficiencias en los servicios como la falta de talento humano en salud, afectación de la capacidad instalada, mala calidad de servicios, aumento de costos para la prestación y acceso al servicio promoviendo la urbanización de la salud en algunos territorios.

Los impactos de las IMM han causado un gasto presupuestal en el sector salud que es difícil recuperar, la presente problemática cada día se agudiza en el territorio, las afectaciones en los componentes personal de salud y unidades sanitarias mencionadas anteriormente generan un costo considerable que es sentido por el usuario, es preocupante porque en el territorio la pobreza y las faltas de oportunidades son circunstancias que afectan el acceso a un servicio de salud de calidad.

Los hechos de violencia en el marco del conflicto armado afectan la garantía de que los pacientes tengan la oportunidad de gozar de un servicio de salud digno, asistir a un servicio de salud libremente; cuando lo necesite, no cuando un actor armado le conceda el permiso.

Los efectos de las IMM en la salud mental y emocional del trabajador de salud son tan fuertes que afectan otras esferas como la familiar y social, generan problemas de salud, causan cambios en el plan de vida de la persona afectado la perspectiva de la misma influyendo en las decisiones laborales y personales.

Las situaciones de violencia y conflicto en el territorio fortalecen la feminización del sector salud en el territorio, es necesario tomar medidas que ayuden a solucionar esta problemática considerando que la fuerza laboral del personal masculino es necesaria en muchas labores de la atención en salud.

Las IMM y sus necesidades en salud, tienen un comportamiento geográfico en la costa pacífica de Nariño, la problemática es más crítica en la subregión pacífico sur compuesta por el municipio con mayor registro de IMM a nivel nacional.

En algunas zonas del territorio factores como la falta de conectividad, inseguridad vial, abandono del estado aumenta la vulnerabilidad de los componentes de la Misión Médica. Es preocupante que Colombia un país con muchos problemas sociales y de orden público, no conciben una determinación en las medidas pertinentes que ayuden a mitigar los impactos que dejan las IMM en los componentes de la misma, es necesario seguir trabajando en la producción de evidencia que aporte al análisis y solución de la presente problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4481 - Manual de Misión Médica. Bogotá: Minsalud; 2012. pp 3–16.
2. Rodríguez JL, Prietoy V. Principios éticos de la asistencia sanitaria en tiempos de conflicto armado y situaciones de emergencia. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS). 2017; 2(2):79-86. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6331690>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Registros de infracciones contra la Misión Médica periodo 2009-2019. Bogotá Colombia: Minsalud; 2022.
4. Franco S. Violence and health in Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública. 1997; 1(2):93-103. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/1997.v2n3/170-180/en/>
5. Burkle FM, Kushner AL, Giannou C, Paterson M, Wren SM, Burnham G. Health Care Providers in War and Armed Conflict: operational and educational challenges in International Humanitarian law and the geneva conventions, Part II. Educational and training initiatives. Disaster Med Public Health Prep. 2019; 13(3): 383-396.
6. Burkle FM, Kushner AL, Giannou C, Paterson M, Wren SM, Burnham G. Health care providers in war and armed conflict: Operational and educational challenges in International Humanitarian law and the geneva conventions, Part I. Historical perspective. Disaster Med Public Health Prep. 2019; 13(2): 109-115.
7. Karroum R, Breitegger A. Asistencia de salud en peligro: responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias. Ginbra (Suiza): CICR; 2013.
8. Safeguarding health in conflict. Violence on the front line: Attacks on Health Care in 2017. Baltimore: 2018. Disponible en: <https://www.safeguardinghealth.org/resources>
9. El mundo. Hospitales en guerra - informe denuncia más de 700 ataques contra centros de salud en 2017. 2018 Disponible: <https://www.elmundo.es/internacional/2018/05/22/5b03df3d46163ffe2e8b4623.html>

10. Organización Mundial de la Salud. Sistema de Vigilancia de ataques a la Salud. [Base de datos] 2017. Disponible en: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>
11. García V. Evolución del problema de agresiones en el ámbito sanitario. 2019. pp3. Disponible en: <https://www.adrformacion.com/knowledge/sanidad-servicios-sociales-e-igualdad/evolucion-del-problema-de-agresiones-en-el-ambito-sanitario.html>
12. León M, Irurtia MJ, León C, Crespo MT, Queipo D. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. Revista de la Escuela de Medicina Legal. 2011:4-11.
13. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Organización panamericana de la salud. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Revista de salud pública de la Organización Panamericana de Salud. 2015; 38(4): 307-15. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com>.
14. Márquez M. Enseñanza de la historia del conflicto armado en Colombia-fundamentos para la construcción de propuestas para su enseñanza en el ámbito universitario. Sistema de Información Científica. 2009; 5:205–30.diponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18380/v38n4a7p307-315.pdf>
15. Torres B, Castelblanco D, Diaz D, Donoso D, Duran Y, Lozano Y, Salamanca E, Lozano M, Mera E, Guzmán K. Voces rurales y urbanas del conflicto armado, la violencia y paz en Colombia. Informes psicológicos. 2016; 16(1):65-84.
16. Numpaque A, Ordóñez G, Ardila M, Velásquez Y. 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. Bogotá D.C.: Red Salud Paz, Médicos del Mundo, Universidad Nacional; 2021.
17. Urrego DZ, Quintero M. Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia. Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2017; 13(2):837–49.

18. Urrego DZ. Conflicto armado en Colombia y Misión Médica: narrativas de médicos como memorias de supervivencia. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63(3):377-88. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/45209/52360>
19. Garces IC, Jaraba SM, Garcia MA, Quiceno N, Ochoa M, Bedoya E. Experiencias de la Misión Médica en Colombia voces en medio del conflict armado. Rev Gerenc Polit Salud. 2020; 19: 1-21.
20. Franco S. La violencia homicida y su impacto sobre la salud en América latina. En: Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Editorial FIOCRUZ; 2005. ISBN:85-7541-061-X. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/w5p4j>
21. Comité Internacional Cruz Roja. Conflicto armado, violencia y retos humanitarios en Colombia 2016. Comité Internacional de la Cruz Roja. 2016. <https://www.icrc.org/es/colombia-conflicto-armado-y-retos-humanitarios-de-2016>
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Afectaciones a la salud por el conflicto armado en Colombia. Bogotá D.C: Minsalud; 2018. Disponible en: <https://consultorsalud.com/afectaciones-a-la-salud-por-el-conflicto-armado-en-colombia/>
23. Franco S, Suarez CM, Naranjo C, Báez L, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. Revista de Ciencia e Saude Coletiva. 2006; 11(2). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hqcm7wXDMjwPjV8WhbJw3nt/?lang=en>
24. Báez L, Madroñero V, Franco S. El conflicto armado interno y su impacto sobre la Misión Médica en Colombia. El caso de once municipios en Nariño y Boyacá. Revista Odontología. 2002.
25. Franco S. Momento y contexto de la violencia en Colombia. Rev Cub Salud Publica. 2003; 29(1):18-36. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu04103.pdf>
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Afectaciones a la salud por el conflicto armado en Colombia. Bogotá D. C.: Minsalud; 2018. Disponible en: <https://consultorsalud.co/m/afectaciones-a-la-salud-por-el-conflicto-armado-en-Colombia/>

27. Ramos SM, Quiceno N, Ochoa M, Ruiz L, García MA, Salazar MY, Bedoya E, Velez GA, Langer A, Gausman J, Garces I. Health in conflict and post-conflict settings: reproductive, maternal and child health in Colombia. *Conflict and Health*. 2020; 14:33.
28. Laverde LA, López JI, Ochoa AL. Sector salud, conflicto armado colombiano y Derecho Internacional Humanitario. *Invest Educ Enferm* 2004; 22 (2): 62-75.
29. Bou-Karroum L, El-Harakeh A, Kassamany I, Ismail H, Arnaout N, Charide R, et al. Health care workers in conflict and postconflict settings: Systematic mapping of the evidence. *PLoS One*. 2020; 15(5): e0233757
30. Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia Informe técnico 9 / 2017. Bogotá D.C: ONS; 2017.
31. Siamperi RH. Diseños del proceso de investigación cualitativa capítulo 15. 6ta edición. ISBN: 978-1-4562-2396-0. Mexico D.C.: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V. 2014. p.118-123.
32. Comisión la Verdad. Caso La salud entre fuegos-Infracciones contra la misión médica y la medicina tradicional, y violencia contra el sector salud en el conflicto armado colombiano (1958-2019). Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. Colombia; 2022.
33. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. 3ra edición. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
34. Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis*. Madrid-España: Editorial Síntesis S.A.1997.
35. Chong I. *Métodos y técnicas de la investigación documental*. 2007. pp 183-201
36. LeCompte MD. Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas. *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*. *Relieve*. 1995:1(1).
37. Castañeda RJ. La recopilación de los datos de una investigación en ciencias sociales. Instituto de investigaciones y estudios superiores de las ciencias administrativas de la Universidad Veracruzana. 2016. Disponible en: <https://www.uv.mx/iiesca/files/2013/01/recopilacion2003-1.pdf>

38. Atkinson P, Hammersley M. Etnografía métodos de investigación. Barcelona: paidós básica; 1994. Disponible en: https://www.academia.edu/13727477/Etnografia_metodos_de_investigacion
39. Bolívar A. ¿de nobis ipsis silemus? - epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. Revista electrónica de investigación educativa. 2002; 4(1):1-26.
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - RETHUS. Bases de la política de Talento Humano en Salud. Colombia. Bogotá D. C.: Minsalud; 2018.
41. Caracol radio. Abatido alias “El Marrano”, acusado de matar a tres indigenistas estadounidenses. 2008 Disponible en: https://caracol.com.co/radio/2008/05/10/judicial/1210430940_593960.html
42. Comisión de la Verdad. El Plan Colombia - No Matarás. Bogotá D.C.: Comisión de la Verdad. 2017. Disponible en: <https://www.comisiondelaverdad.co/no-mataras>
43. Veillette C. Plan Colombia: un informe de progreso. Asuntos latinoamericanos división de relaciones exteriores, defensa y comercio. Bogotá D. C.: 2005. P. 11-22.
44. Cosoy N. 7 consecuencias negativas del Plan Colombia que quizás no conoces., Bogotá D.C.: BBC Mundo; 2016 Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/02/160201_colombia_plan_colombia_15_aniversario_consecuencias_inesperadas_nc
45. Amnistía Internacional. Colombia: la postura de Amnistía Internacional respecto al Plan Colombia. 2000. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr23/049/2000/es/>
46. Abello D. La Seguridad Democrática de Uribe: un saldo en rojo. Bogotá D.C.: Pares; 2019. Disponible en: <https://www.pares.com.co/post/la-seguridad-democr%C3%A1tica-de-uribe-un-saldo-en-rojo>
47. Comisión de la verdad. Violencia sociopolítica contra líderes de ANTHOC. Bogotá D. C.: Comisión de la verdad. 2020. Disponible en: <https://youtu.be/MjRQukwag-4>
48. Observatorio de Memoria y Conflicto. Infracciones al Derecho Internacional Humanitario departamento de Nariño. Colombia-Nariño. [Bases de datos]. Disponible en:

<https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/portal-de-datos/base-de-datos/>

49. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Análisis de la situación de salud del departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales. Pasto: IDSN; 2021. Disponible en: <http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamental%20Nario%20ASIS%202020.pdf>
50. Departamento Nacional de Planeación. Índice de Vulnerabilidad Territorial: Resultados 2008-2012. Dirección de Justicia Seguridad y Gobierno. Subdirección de Seguridad y Defensa. Bogotá, D. C.: DNP; 2015. P1–32.
51. Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Índice de Riesgo de Victimización 2021. Bogotá D. C: Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas; 2021.
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de Misión Médica. Bogotá D. C: Minsalud; 2013. 12–20 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/RES-4481-12%20Manual%20de%20Mision%20Medica.pdf>
53. Comité Internacional de la Cruz Roja Colombia. Balance anual de Colombia retos humanitarios 2020 proteger la dignidad en medio del conflicto. Bogotá D. C.: CCRC; 2020.
54. Comité Internacional de la Cruz Roja. Retos Humanitarios 2022. Bogotá D. C.: CCRC; Colombia. 2022.
55. Comité Internacional Cruz Roja. Continúan las agresiones contra la Misión Médica en Colombia. Balance humanitario 2020 Bogotá D. C.: CCRC; Disponible en: <https://www.icrc.org/es/document/continuan-las-amenazas-la-salud-en-zonas-de-conflicto-en-colombia>
56. El tiempo. Muere médico indígena Awá en un campo minado en Nariño. Bogotá D. C.; 2022. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/medico-indigena-awa-muere-en-campo-minado-en-narino-709744>
57. El tiempo. Terror en hospital de Tumaco: sicarios remataron a dos hombres en una UCI. Bogotá D. C.; 2022. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/asesinan-a-dos-hombres-en-la-uci-de-hospital-de-tumaco-narino-680277>

58. El país. Dos personas mueren en ataque a una misión médica en Llorente, Nariño. Bogotá D. C.; 2020. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/judicial/dos-personas-mueren-en-ataque-a-una-mision-medica-en-llorente-narino.html>. 2020
59. Popolo F, Marco F, Massé G, Rodríguez C, Gauna S, Schkolnik FS. ¿Quiénes son los pueblos indígenas y afrodescendientes? El difícil arte de contar. Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. P89–99.
60. Alcaldía distrital de Tumaco secretaria de salud. Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales ASIS. Tumaco: Alcaldía distrital tumaco; 2018.
61. Alcaldía distrital de Tumaco, Consejo Municipal. Plan de desarrollo 2020-2023. Tumaco: Alcaldía distrital de Tumaco; 2020.
62. Defensoría del pueblo de Colombia. Problemática humanitaria en la región pacífica colombiana. Bogotá, D.C., 2016. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2017/11053.pdf>
63. Infracciones a la Misión Médica - una mirada desde los territorios con enfoque de género. Medellín: Facultad Salud Pública Universidad de Antioquia; 2022. Disponible en: https://www.youtube.com/channel/UCtC4nePZ_rYxLekd_qH017g/streams
64. Sánchez OA, Carrillo A, Babativa JG, Rengifo MP, Silva Miguez L. Encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015.p 42. Bogotá D.C.: Violaciones y otras violencias: Saquen mi cuerpo de la guerra. 2017. Disponible en: <https://humanidadvigente.net/wp-content/uploads/2017/08/Encuesta-de-prevalencia-de-violencia-sexual-CSCG.pdf>
65. El tiempo. Ávila A. Enfrentamientos de grupos ilegales desangran al pacífico. Bogotá D.C.: 2021. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/conflicto-y-narcotrafico/violencia-en-pacificonar-in-ense-por-enfrentamientos-analisis-ariel-avila-584897>
66. Comisión la Verdad. Encuentro por la Verdad, la Verdad desde la Salud - Especiales La verdad desde la Salud. pp1–24. 2020. Disponible en: <https://especiales.comisiondelaverdad.co/la-verdad-desde-la-salud/>
67. Rodríguez JL, Villasante P. Principios éticos de la asistencia sanitaria en tiempos de conflicto armado y situaciones de emergencia. RIECS. Revista de investigación y educación en ciencias de la salud. 2017; 2(2):79-86.

68. Franco S. El quinto no matar: Contextos explicativos de la violencia en Colombia. Conflicto armado y configuración regional. Bogotá D.C.: Universidad Nacional; 1999. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-235810>