

Incidencia en los proyectos de reforma al sistema general de salud, de reparación a las víctimas del conflicto y restitución de tierras y de sostenibilidad fiscal

Optimizando las condiciones de atención a las víctimas y sobrevivientes de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI) en Colombia

Documento elaborado por el grupo de acción legislativa de la Campaña Colombiana contra Minas con apoyo del Grupo de Trabajo de Ottawa – GTO-14¹

Mayo de 2011

¹ Las organizaciones que hacen parte del GTO-14 son: Alianza Humanitaria de Acción contra Minas, Asamblea Permanente por la Paz, Campaña Colombiana Contra Minas, Caritas Alemania, Centro Integral de Rehabilitación - CIREC, Corporación Retorno y Vida, Fundación Mi Sangre, Fundación REI, Fundación Restrepo Barco, Mercy Corps, Pastoral Social y United for Colombia. Observador: Handicap International

INDICE

Panorama de la acción contra minas y los artefactos explosivos en Colombia. Mirada desde la Campaña Colombiana Contra Minas

- 1. La salud como derecho fundamental**
 - 1.2. En la Constitución Política
 - 1.3. En la jurisprudencia de la Corte Constitucional
 - 1.4. En el derecho internacional
- 2. La salud en el nuevo sistema**
 - 2.1. La Ley 1438 de 2011
 - Aspectos por destacar
 - Aspectos por revisar
 - 2.2. Decreto 971 de 2011
 - 2.3. El proyecto de Ley Estatutaria
 - Aspectos por destacar
 - Aspectos a evaluar
- 3. El proyecto de Acto Legislativo sobre sostenibilidad fiscal**
- 4. El proyecto de ley de reparación a las víctimas del conflicto armado y de restitución de tierras**
 - Aspectos positivos
 - Aspectos problemáticos
- 5. El derecho a la salud de las víctimas de MAP, MUSE y AEI**
 - Avances a destacar
- 6. Compromisos del Estado en el Plan de Acción de Cartagena**
- 7. El impacto de la nueva legislación en la ruta de atención a las víctimas de MAP y MUSE**
- 8. Conclusiones**
- 9. Recomendaciones**

***Las opiniones aquí expresadas son responsabilidad de la Campaña Colombiana
Contra Minas y en ningún momento compromete aquellas de sus donantes, socios o
aliados en el desarrollo de sus acciones en el país.***

Panorama de la acción contra minas y los artefactos explosivos en Colombia. Mirada desde la Campaña Colombiana Contra Minas

Resumen ejecutivo

Este documento está dirigido a los integrantes de la Comisión Intersectorial Nacional para la Acción Integral contra las Minas Antipersonal CINAMAP y pretende expresar al nuevo gobierno la visión de la Campaña Colombiana Contra Minas CCCM de manera que puedan enriquecer la construcción de un punto de vista para la toma de decisiones en el rol articulador que les corresponde desde las áreas de su competencia acorde con la ley. El texto, hace referencia a los distintos pilares de la Acción Integral Contra Minas Antipersonal –AICMA– en Colombia, sus avances y desafíos de manera muy apretada que puede ser ampliada en conversaciones bilaterales con el equipo nacional o en los 22 departamentos en que hace presencia la CCCM.

Dado que el tema de las minas y los explosivos remanentes de guerra está íntimamente ligado al conflicto armado que sufre el país se presenta un breve panorama histórico y su expresión en la actualidad.

A continuación se detallan las convicciones de la CCCM sobre la acción contra minas en Colombia, destacando los avances logrados a partir de la unión de esfuerzos entre las entidades públicas y la sociedad civil a lo largo de los últimos diez años, así como los principales retos y amenazas que se ciernen sobre la efectividad de los planes y programas acordados. En un tercer momento se aborda el pilar esencial de la atención integral a las víctimas de minas, y se argumenta que a partir del trabajo conjunto entre el Gobierno y las organizaciones sociales, como lo ha demostrado la experiencia, puede garantizarse la atención integral en un mediano plazo.

A renglón seguido se resaltan los logros en materia de Educación en el Riesgo de Minas –ERM– y se anota la necesidad de observar comportamientos seguros para las comunidades. Seguidamente se analiza el complejo tema del desminado humanitario, se insiste en la necesidad de no sujetar la destrucción de las minas a la obtención de ventajas militares preservando el espíritu humanitario de la acción contra minas y se insta a que el desminado esté acompañado de políticas más amplias de desarrollo. Luego se expone la situación de los erradicadores manuales de cultivos ilícitos, amén del riesgo que asumen, de su precaria situación laboral, y lo imperativo de una acción contra minas con enfoque diferencial, que atienda a las necesidades de la población indígena y afrodescendiente, al igual que las particularidades que requiere la atención para las mujeres y los niños, niñas y jóvenes. Para finalizar, se recomienda un trabajo continuado de abogacía e incidencia, que influya en la reglamentación y elaboración de leyes y políticas que afectan los compromisos asumidos por el Estado con la incorporación de la Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonales y sobre su destrucción.

Contexto

La República de Colombia es un Estado, de tradición jurídica civilista y organización política democrática. El Estado colombiano es parte de la Organización de Estados Americanos y de la Organización de Naciones Unidas, habiendo firmado y ratificado todos los tratados de derechos humanos del sistema interamericano y la casi totalidad de los tratados de derechos humanos universales. Su Constitución Política consagra una amplísima carta de derechos fundamentales, que han sido desarrollados por una larga y consolidada jurisprudencia de su Corte Constitucional.

A pesar de lo anterior, Colombia padece uno los conflictos armados más duraderos del mundo. Aunque políticos y académicos han acordado que el conflicto colombiano se inicia en 1964, año de fundación de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), sus orígenes pueden rastrearse en las luchas campesinas por la tierra de principios de siglo, y en la época de “La Violencia”, guerra partidista entre liberales y conservadores en la década de 1950.

A comienzos de los años ochenta, el conflicto armado se había ya convertido en una guerra multipolar entre las guerrillas, las fuerzas del Estado y los nacientes grupos paramilitares. Los dividendos del narcotráfico, la descomunal expansión de los grupos de justicia privada, la guerra sucia contra la oposición política y la marcha atrás de políticas modernizadoras que buscaban la reforma agraria, fueron detonantes que llevaron el conflicto a este punto crítico.

En las décadas de 1980 y 1990, los distintos gobiernos intentaron adelantar procesos de paz, en particular con las guerrillas. Se lograron acuerdos exitosos con algunos grupos armados, pero el núcleo del conflicto, la profunda inequidad en la tenencia de la tierra y la distribución del ingreso, permaneció intacto. Las acciones criminales de las guerrillas, en particular el uso del secuestro extorsivo, las fueron despojando de gran parte del apoyo popular, y los paramilitares, por su parte, capturaron gran parte del poder político y económico local adelantando una contrarreforma agraria que hoy permanece vigente. En 2005 se impulsó un proceso de desmovilización de los grupos paramilitares, que ha sido cuestionado por cuanto no desmanteló las estructuras criminales y la base política y económica que les dio origen, por lo que han reaparecido como bandas criminales emergentes, llamadas “Bacrim”.

Hoy, a pesar de la evidente necesidad de lograr una solución al conflicto y dadas las negativas experiencias al final del siglo pasado, es casi unánime la desconfianza social en una paz negociada, por ello se ha terminado por avalar la vía de las armas. Sin embargo, de la “lucha contra el terror” del gobierno de Álvaro Uribe se ha pasado al reconocimiento de un conflicto armado por parte de la administración de Santos, lo que ya supone un avance. Sin duda finalizar el conflicto armado en Colombia es la mayor garantía para poner fin al cotidiano uso y fabricación de minas al igual que a la amenaza que ellas significan junto con la extendida presencia de remanentes explosivos de guerra en buena parte de la zona rural colombiana.

Convicciones sobre la acción contra minas en Colombia

Desde la década de 1970, las agencias gubernamentales y las organizaciones civiles tienen registros de accidentes causados por Minas Antipersonal –MAP– y Remanentes Explosivos de Guerra –REG–, y de contaminación por armas.

El Estado colombiano, en cumplimiento a la Convención de Ottawa–, ha logrado avances significativos en la Acción Integral Contra Minas Antipersonal –AICMA– desde 2001 hasta la fecha, alcanzados en medio de un conflicto armado.

Avances a destacar

- 1.** La destrucción de las minas existentes en depósitos de la Fuerza Pública.
- 2.** La limpieza de las zonas y bases militares en las que la Fuerza Pública sembró minas antipersonal hasta el 2001.
- 3.** La formulación de una doctrina que prohíbe el uso de minas antipersonal al interior de los cuerpos armados del Estado.
- 4.** La incorporación en la legislación nacional de la Convención de Ottawa, aprobada mediante la Ley 554 de 2000 y su aplicación reglada en la Ley 759 de 2002.
- 5.** La incorporación de la problemática de las MAP y REG en las leyes sobre atención y asistencia a las víctimas de la violencia.
- 6.** La adopción por parte del Consejo Nacional de Política Económica y Social de una Política Nacional de Acción Integral contra MAP y REG –Documento CONPES 3567–.
- 7.** La definición y puesta en marcha del Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal –PAICMA–.
- 8.** El impulso de una infraestructura institucional en el nivel departamental (Comités Departamentales de AICMA).
- 9.** La promoción pública de una conducta institucional contra las minas antipersonal y a favor de las víctimas de estos artefactos.
- 10.** La inversión de recursos propios del nivel nacional en la AICMA.
- 11.** La incorporación del tema de MAP y REG en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes departamentales.
- 12.** El establecimiento de mesas de interlocución con las ONG involucradas en los pilares de la AICMA (destrucción de arsenales, Educación en el Riesgo de Minas –ERM–, Atención Integral a las Víctimas –AV–, Desminado Humanitario –DH– y Abogacía .
- 13.** La construcción consensuada con actores no gubernamentales de una estrategia nacional de ERM.

14. El desarrollo de una instancia autónoma de coordinación entre distintos actores no gubernamentales de acción contra minas –GTO-14–.
15. La asesoría técnica internacional, prestada por el Sistema de Naciones Unidas –SINU–, la Organización de Estados Americanos –OEA– y la Junta Interamericana de Defensa –JID–, organismos que apoyan al Gobierno en la acción contra minas.
16. La autorización legal para que las ONG nacionales e internacionales se incorporen a las tareas de DH en el país.
17. El reconocimiento internacional tanto al Gobierno como a las ONG colombianas por su capacidad y compromiso en la AICMA.

Para tener en cuenta

1. Los desarrollos anotados se deben comprender como un proceso en curso, pues aún persisten dificultades que impiden su consolidación. Son, entonces, logros inconclusos, cuya realización plena requiere de un trabajo largo y articulado.
2. El reconocimiento del conflicto por parte del actual Gobierno es una oportunidad para que la AICMA sea más realista y pertinente (territorios post-conflicto, DH con modelos empresariales, reconocimiento de la prevalencia de los REG y los Artefactos Explosivos Improvisados –AEI–).

Retos y amenazas

Una problemática institucional en Colombia la constituye el hecho de que extensos territorios y un número significativo de pobladores tienen muy precario acceso a sus derechos. A ello se debe sumar el rasgo profundamente individualista que en las dos últimas décadas se ha consolidado en la sociedad colombiana y la persistencia del conflicto armado interno.

Estos fenómenos dificultan los planes y programas que se plantean desde el Gobierno y las ONG. Se exige entonces que cada plan de acción los aborde desde la perspectiva humanitaria, garantizando que prevalezcan los intereses de las comunidades en las localidades contaminadas.

Atención integral a las víctimas

Según nuestra comprensión, los distintos niveles de gobierno (nacional, departamental y municipal), las ONG y la sociedad civil, debemos y podemos hacer de este pilar una prioridad. Voluntad política, planes claros y recursos se hacen necesarios si se quiere garantizar la **acción integral**, que puede lograrse en un mediano plazo (5 a 7 años).

Los registros oficiales de los 10 últimos años indican un total de 9.430 víctimas, entre las cuales el 60% son militares. Se estima en 2.450 el número de sobrevivientes.

El programa **integral** de atención a víctimas adelantado por Mercy Corps y la CCCM con recursos del Fondo Leahy de Estados Unidos, el programa igualmente adelantado por el Comité Internacional de la Cruz Roja –CICR–, Pastoral Social de la Iglesia

Católica, la Iglesia Evangélica Luterana, la Cruz Roja Colombiana, el Centro Integral de Rehabilitación en Colombia –CIREC– y Handicap International, entre otros, permite concluir que, con un esfuerzo articulado, la definición de una política pública para el cumplimiento de este propósito puede cumplirse en poco tiempo.

Un esfuerzo requerido de manera urgente es el de lograr que el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica –SIVIGILA– incorpore (como lo ha hecho el departamento de Antioquia, producto del trabajo aunado con las ONG y los alcaldes de los municipios afectados por REG y MAP) el tema de minas. Igualmente ha de actuarse frente al sub-registro indeterminado de víctimas en las zonas rurales.

Educación en el Riesgo de Minas –ERM–

Se estima en 623 el número de municipios en Colombia con riesgos de contaminación por armas. Aún no existe un criterio técnicamente preciso para definir en cuáles de estos municipios pueden adelantarse acciones de desminado humanitario sujetos a los **estándares internacionales**. Las autoridades municipales y las comunidades en riesgo reclaman, además del desminado humanitario de sus campos, la promoción de comportamientos seguros, que les permitan permanecer y residir en aquellas zonas donde tiene expresión el conflicto.

En el país, luego de 18 meses de discusión y revisión de las experiencias en que hemos participado el PAICMA, los gobiernos de 56 municipios y 9 departamentos, 10 ONG y un número significativo de entidades del sector educativo, se ha estructurado una estrategia nacional de ERM validada por estos mismos actores y, entre otros, por los organismos del SINU. Esta estrategia de acción permitiría intervenir para reducir los riesgos mientras existen las condiciones de seguridad y sostenibilidad que garanticen el desminado humanitario extendido e intensivo en el país.

Las acciones de ERM adelantadas hasta la fecha permiten conductas seguras y la permanencia de las comunidades en lugares donde el conflicto persiste y se expresa de manera intermitente.

Desminado humanitario

La reglamentación de la normatividad que autoriza a las ONG para adelantar acciones de desminado humanitario en Colombia y su implementación, es tal vez el mayor reto que tenemos en la AICMA en Colombia.

Ciertamente, el reconocimiento del conflicto armado por parte del Estado colombiano debe modificar la articulación existente hasta hoy entre las acciones de desminado y el éxito militar (casos de San Francisco, Bajo Grande) o la implementación de planes político-militares (caso Chaparral, entre otros).

La contaminación por armas en Colombia, según nuestras observaciones, tiene su mayor expresión en los REG atribuibles a quienes participan en las confrontaciones armadas. Este hecho, si no es controvertido, por el Gobierno debe entonces ser la guía del trabajo estatal.

Las organizaciones civiles en el desminado deben tener como función principal la atención de situaciones humanitarias determinadas de acuerdo con la Ley 759 de 2002 en su Título V.

V. Misiones Humanitarias

Artículo 10. Misiones Humanitarias Nacionales. Para la protección de los derechos fundamentales a la vida y la integridad personal de la población civil en el territorio colombiano, sobre acciones con minas antipersonal el Gobierno Nacional integrará Ley 759 de 2002 10/15.

“Misiones Humanitarias Nacionales para verificación de hechos y formulación de recomendaciones”.

Las Misiones Humanitarias Nacionales serán coordinadas por la Defensoría del Pueblo que podrá invitar para su conformación a Instituciones del Estado, organizaciones de derechos humanos y derecho internacional humanitario nacionales e internacionales, misiones diplomáticas, miembros de la Iglesia y expertos, cuya participación se considere necesaria o conveniente. El Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente.

Las entidades que integren las misiones humanitarias garantizarán los costos que genere el desarrollo de éstas.

Para el desarrollo de las facultades de inspección y visita en todo el territorio nacional, las autoridades locales prestarán su colaboración para que los integrantes de la Misión tengan acceso a lugares, información y personas que tengan conocimiento de aspectos relacionados con la Misión Humanitaria respectiva.

Artículo 11. Funciones de las Misiones Humanitarias Nacionales. Las “Misiones Humanitarias Nacionales para verificación de hechos y formulación de recomendaciones” tienen las siguientes funciones:

- 1. Efectuar visitas a los lugares en los que haya presencia de minas antipersonal o se sospeche su presencia.*
- 2. Verificar la existencia de minas antipersonal en el lugar visitado, a través de inspecciones y entrevistas.*
- 3. Solicitar informes a las autoridades civiles, militares y de policía sobre los hechos que motivan la Misión.*
- 4. Evaluar el riesgo al cual está sometida la población civil que habita el lugar visitado.*
- 5. Solicitar la asesoría técnica requerida para el cumplimiento de sus funciones.*
- 6. Formular recomendaciones y observaciones para que el Estado adopte todas las medidas necesarias, tan pronto como sea posible, a fin de que las minas antipersonal detectadas o cuya existencia se sospeche, tengan el perímetro marcado y estén aisladas por cercas u otros medios, hasta que se lleve a cabo su destrucción, así como para que se lleve a cabo la efectiva difusión de la información que permita prevenir la ocurrencia de accidentes e incidentes con minas antipersonal en la región de que se trate.*
- 7. Como medida de prevención suministrar información seria y precisa sobre la situación en el lugar de la verificación y alertar a la población que pueda estar en riesgo.*

8. *Promover de manera coordinada otras acciones humanitarias que sean necesarias.*
9. *Hacer seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Misión.*
10. *Rendir informes a la Comisión Intersectorial Nacional para la Acción contra las Minas Antipersonal, al Defensor del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, al finalizar la Misión y al momento de verificar el cumplimiento de las recomendaciones.*
11. *Todas las demás que sean propias de la naturaleza de su actividad. Hasta aquí la ley.*

Este proceso debe estar acompañado de atención de emergencias, confinamientos, retornos, restitución de tierras, acceso a bienes comunitarios como zonas de juego, de recreación, educativas, fuentes de agua potable y todos aquellos espacios que brinden bienestar a las comunidades. En nuestro concepto, los grupos de desminadores deberían ser grupos pequeños, ágiles, con asiento en las comunidades y su acceso ha de estar determinado por la autoridad local (la alcaldía, tanto como el liderazgo social comunitario), con acciones concertadas mediante documento público con el PAICMA. Las medidas de protección a estos grupos han de estar dadas por el carácter de su acción (estrictamente humanitaria) y la relación con la comunidad, más que por la presencia de unidades de fuerzas armadas. Casos como el de Samaniego en Nariño demuestran que la seguridad basada exclusivamente en las armas genera riesgos para las comunidades.

Todo proceso que se planea desarrollar en el pilar del desminado humanitario requiere en la etapa de planeación incluir una política de desarrollo con financiación definida, que comprometa a los actores institucionales. No debe ignorarse que el desminado implica debates y propuestas en temas como el de la propiedad de la tierra, su despojo y producción, y el de la sostenibilidad del propio desminado. Véanse las experiencias en la región de Montes de María, (departamentos de Bolívar y Sucre), y en La Macarena (departamento del Meta)

En un contexto como el descrito para el pilar del desminado humanitario, la asignación de zonas no queda circunscrita solamente al ámbito de las armas y a la dinámica de la guerra. Con ello, el Estado se aproxima mejor al cumplimiento de los compromisos de la Segunda Conferencia de Examen de los Estados Partes en la Convención de Ottawa (Plan de Acción de Cartagena).

Amenaza

La compleja discusión institucional sobre el conflicto armado causa que las políticas institucionales requeridas para superar un problema, agraven otro. Sucede con un componente de la estrategia nacional de lucha contra las drogas y el cumplimiento de la Convención de Ottawa.

La implementación de los equipos de erradicación manual forzosa de cultivos de uso ilícito, mediante la contratación de campesinos para ingresar en territorios potencialmente minados, arroja en 2010 y 2011 un número dramático de víctimas civiles. En nuestra consideración, el programa gubernamental de erradicación manual de cultivos viola la Convención.

Artículo 5. Destrucción de minas antipersonal colocadas en las zonas minadas

1. Cada Estado Parte se compromete a destruir, o a asegurar la destrucción de todas las minas antipersonal colocadas en las zonas minadas que estén bajo su jurisdicción o control, lo antes posible, y a más tardar en un plazo de 10 años, a partir de la entrada en vigor de esta Convención para ese Estado Parte.

2. Cada Estado Parte se esforzará en identificar todas las zonas bajo su jurisdicción o control donde se sepa o se sospeche que hay minas antipersonal, y adoptará todas las medidas necesarias, tan pronto como sea posible, para que todas las minas antipersonal en zonas minadas bajo su jurisdicción o control tengan el perímetro marcado, estén vigiladas y protegidas por cercas u otros medios para asegurar la eficaz exclusión de civiles, hasta que todas las minas antipersonal contenidas en dichas zonas hayan sido destruidas. La señalización deberá ajustarse, como mínimo, a las normas fijadas en el Protocolo sobre prohibiciones o restricciones del empleo de minas, armas trampa y otros artefactos, enmendado el 3 de mayo de 1996 y anexo a la Convención sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados.

Sumado a ello, las condiciones laborales de los erradicadores manuales contratados por el Gobierno Nacional a través de terceros no garantizan los compromisos de la atención integral a las víctimas y no hacen honor a los compromisos que Colombia ha suscrito en materia laboral y de protección de los derechos de los trabajadores.

Persistencia del conflicto

La dinámica del conflicto armado en los territorios rurales limita la actuación efectiva por parte de los actores gubernamentales y trae consigo que las autoridades militares, en las denominadas zonas de consolidación, asumen el papel de autoridades judiciales y desarrollan acciones de ERM, lo que acarrea riesgos para las comunidades.

El respeto a las comunidades indígenas y afrodescendientes

Los documentos y las acciones institucionales existentes en relación con la AICMA no han surtido la consulta previa contemplada en la Constitución Política, en la ley y en los tratados internacionales. Esta carencia exige una incorporación del tema, partiendo de que éstas son las comunidades más afectadas por la presencia del conflicto en sus territorios. Acciones diferenciales con inclusión presupuestal deben ser contempladas.

Abogacía e incidencia

Para terminar, el inminente cambio de gobiernos locales y departamentales exige un esfuerzo urgente para que los avances en políticas públicas de AICMA permanezcan, pues son débiles los resultados del Gobierno Nacional en esta materia.

La autoridad nacional sobre la acción integral contra minas antipersonal –CINAMAP– debe debatir, hacer seguimiento y expresar sus consideraciones en torno a los debates planteados en el escenario del Congreso de la República en relación con las leyes que

afectan los compromisos adquiridos por el Estado al suscribir la Convención de Ottawa y los compromisos derivados del Plan de Acción de Cartagena.

Resumen ejecutivo

Este documento busca incidir en la discusión pública que actualmente se adelanta en el Congreso de la República, en el Gobierno Nacional y en las demás instituciones involucradas en la toma de decisiones sobre las iniciativas de reforma legislativa en materia de salud, reparación a las víctimas del conflicto armado, restitución de tierras y sostenibilidad fiscal, y específicamente sobre la incidencia o el impacto de esta nueva legislación sobre la efectividad de los derechos de las víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI) en Colombia, discusión que cobra especial relevancia en un momento tan importante como el actual, en el que el Gobierno Nacional ha reconocido expresamente la existencia de un conflicto armado en Colombia².

Para lograr tal propósito, el texto se divide en cinco partes: la primera de ellas expone el derecho a la salud como un derecho humano y fundamental, según se deriva de la Constitución Política, la jurisprudencia constitucional y el derecho internacional; la segunda parte contrasta esta visión de la salud con la nueva regulación normativa en las materia señaladas; la tercera parte determina los derechos de las víctimas de MAP, MUSE y AEI, las obligaciones del Estado frente a las mismas, así como el impacto de la nueva legislación sobre la Ruta de Atención Integral; la cuarta parte plantea las conclusiones del texto; y la última parte formula algunas recomendaciones específicas para la toma de decisiones.

² EL ESPECTADOR. "Santos reconoce conflicto armado y Uribe lo controvierte", 4 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3gwz9a2>].

1. La salud como derecho fundamental

1.1. En la Constitución Política

En la Constitución Política de 1991 se reconoce la atención en salud como un derecho fundamental y, al tiempo, un servicio público a cargo del Estado cuya finalidad es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos.

1.2. En la jurisprudencia de la Corte Constitucional

La jurisprudencia constitucional colombiana con respecto al derecho a la salud puede dividirse en cinco grupos³:

- ✓ Derecho fundamental a la salud por conexidad⁴
- ✓ Derecho a la salud de personas o grupos dignos de protección especial⁵
- ✓ Delimitación del contenido esencial del derecho a la salud⁶
- ✓ Problemas de acceso al servicio⁷
- ✓ Calidad del servicio de salud prestado por entidades públicas y privadas.

A este grupo debe sumarse la consideración por parte de la Corte Constitucional de la salud como un **derecho humano autónomo, independiente y fundamental**, según se estableció en la Sentencia T-760 de 2008⁸, como respuesta a problemas recurrentes de violaciones al derecho a la salud y al reflejo de las dificultades estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.3. En el derecho internacional

En el derecho internacional de los derechos humanos, parte del orden jurídico interno en virtud del bloque de constitucionalidad, es unánime en considerar a **la salud como un derecho humano** del cual depende la vida y la dignidad de las personas.

Dentro del amplio abanico de decisiones internacionales sobre el derecho a la salud, hay que destacar la Observación General No. 14 sobre el **Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud** (2000), promulgada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas⁹. Esta decisión fija importantes parámetros:

³ RODOLFO ARANGO. *El concepto de derechos sociales fundamentales*, prólogo de Robert Alexy, Bogotá, Editorial Legis y Universidad Nacional de Colombia, 2005.

⁴ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-571 de 1992. M. P.: Jaime Sanín Greiffenstein.

⁵ Sobre el derecho a la salud de personas con discapacidades físicas o mentales que requieren de prestaciones especiales como educación o capacitación especial para asegurar su rehabilitación o su integración social, ver, por ejemplo, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias T-478 de 1995. M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-338 de 1999. M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa; T-556 de 1998. M. P.: José Gregorio Hernández Galindo; SU-1167 de 2001. M. P.: Eduardo Montealegre Lynett, entre otras.

⁶ Por ejemplo, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-1279 de 2001. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.

⁷ Por ejemplo, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-889 de 2001. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.

⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.

⁹ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación general No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, Ginebra, 22º período de sesiones, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

- ✓ La salud es un derecho indispensable para el ejercicio de los demás derechos.
- ✓ La efectividad del derecho a la salud depende de cuatro condiciones ineludibles: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
- ✓ Frente al derecho fundamental a la salud el Estado tiene unos deberes de respeto, protección, garantía y desarrollo progresivo.

2. La salud en el nuevo sistema

A pesar del amplio reconocimiento de la salud como un derecho humano cuya garantía constituye uno de los fines esenciales del Estado según lo establece la Constitución, la jurisprudencia y los tratados internacionales, en Colombia se vulnera sistemáticamente el derecho a la salud, debido al diseño institucional, a la permisividad de la ley frente al capital privado, a las prácticas corruptas de varias entidades prestadoras, a la falta de control y vigilancia por parte del Estado de la prestación del servicio y al desvío de los recursos destinados para la garantía del derecho. Hoy se reconoce abiertamente que el sistema de salud colombiano está en una profunda crisis, que el exagerado poder de las EPS ha actuado en contra del derecho y que la salud está controlada por unas “mafias” según las definió el Presidente de la República¹⁰. Este escándalo de la salud tiene en uno de sus focos al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), entidad que reconoce a las EPS el dinero que invierten en medicamentos y servicios que no están en el Plan Obligatorio de Salud (POS), lo que técnicamente se llaman recobros¹¹.

No obstante lo anterior, aún no se adoptan las reformas estructurales que el sistema requiere, limitándose el Gobierno Nacional a expedir unas normas de poco alcance y escasa trascendencia para garantizar el derecho, que se comentarán a continuación.

2.1. La Ley 1438 de 2011

La nueva Ley 1438 de 2011, que reestructura el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), tiene aspectos por destacar y aspectos por revisar:

Aspectos por destacar:

- ✓ Niños y adolescentes con discapacidad o¹² enfermedades catastróficas en el Sisbén 1 y 2, tienen todos los servicios y medicamentos gratis (art. 18).
- ✓ Niños y adolescentes víctimas violencia física o sexual, régimen contributivo o subsidiado, tendrán atención integral de rehabilitación gratis (art. 19).

¹⁰ REVISTA SEMANA. “Una mafia se está robando los recursos de salud de los colombianos”, 2 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/44xf66n>]; EL ESPECTADOR. “Santos denunció "desfalcos monumentales" en 'carrusel' de la salud”, 2 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3tjfwl3>].

¹¹ Ver, por ejemplo, REVISTA SEMANA. “Recobros en salud, un desfalco anunciado”, 3 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3p56vwwk>]; “Los recobros tienen el sistema al borde del precipicio’: Supersalud”, 6 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/453nyk2>]; “Los carteles de la salud”, 7 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3fzfhuo>].

¹² No obstante el avance, con acierto indica la Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas (ICBL, por sus siglas en inglés) que a partir de esta disposición la discapacidad podría ser interpretada erróneamente como una enfermedad, o viceversa, por lo cual recomienda reemplazar la expresión “o” por “y”, que resulta más apropiada e incluyente.

- ✓ Los empleadores tienen 3 años para solicitar a las EPS el reembolso del valor de las prestaciones económicas realizadas (art. 28).
- ✓ Las entidades no pueden incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato enfermedades o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial (art. 41).
- ✓ Desaparecen las multas por inasistencia en las citas médicas (art. 55).
- ✓ Control a evasores de los aportes a Seguridad Social (art. 123).
- ✓ Multas por no pago de las acreencias por parte del FOSYGA o las EPS (art. 133).

Aspectos por revisar (planteados ya por las más importantes organizaciones médicas y sociales en el país¹³):

- ✓ El “fortalecimiento” del SGSSS, no su reforma¹⁴ (art. 1).
- ✓ La salud como un “servicio público” y no como un derecho fundamental (art. 1).
- ✓ La sujeción del derecho a la salud a la “sostenibilidad fiscal” (art. 1), que no está aún reconocida en la Constitución Política.
- ✓ Los ajustes a la financiación, como la expresión “hasta el 1.5%” cuando se refiere a los recursos del régimen contributivo que financian el régimen subsidiado¹⁵ (arts. 44.2.1 y 45). Recordar que el régimen subsidiado cubre al 70% de los colombianos afiliados al SGSSS, esto es, 22.000.000 de personas¹⁶, cuando debería ser éste el porcentaje de afiliados al régimen contributivo para tener un sistema viable¹⁷.
- ✓ Los Comités Técnico-Científicos de las EPS tienen 2 días para resolver peticiones de medicamentos o servicios “por fuera” del POS (art. 26). En caso de negativa, el usuario puede acudir a una Junta Técnico-Científica conformada por la Supersalud, que tiene 7 días para resolver (art. 27). Es una práctica común de las EPS negar sistemáticamente lo que está por fuera del POS, e incluso lo que está incluido¹⁸.

¹³ La Academia Nacional de Medicina, la Secretaría de Salud de Bogotá y la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760. HERNANDO NIETO en “Análisis del proceso sociopolítico e implicaciones de la ley ordinaria de reforma a la salud (Ley 1438 del 9 de enero de 2011)”, Bogotá, 25 de enero de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3plq73t>]. También se han opuesto a esta ley Assosalud, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, el Colegio Médico Colombiano, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Nacional de Internos y Residentes, Asmedas, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y Asudessa. Ver, “Comunicado”, en *Momento Médico*, No. 102, marzo - abril de 2011, pp. 7 y 19.

¹⁴ La literatura con respecto a la urgente necesidad de reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es bastante extensa. Valga recomendar, a modo de síntesis, PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN Y CENTRO DE ESTUDIOS DE DERECHO, JUSTICIA Y SOCIEDAD. *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud*, Bogotá, Procuraduría General de la Nación, mayo de 2008, pp. 189 y ss.

¹⁵ Un análisis juicioso de la financiación de la salud en Colombia y, en particular, de los nuevos ajustes al esquema existente, lo realiza el presidente de Fedesalud, FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ. “Comentarios al Proyecto de ley ordinaria salud. Proyecto 01/2010 y otros acumulados (ponencia para segundo debate)”, en: [<http://tinyurl.com/3ukw7rr>].

¹⁶ HERNANDO NIETO. “Análisis del proceso sociopolítico e implicaciones de la ley ordinaria de reforma a la salud (Ley 1438 del 9 de enero de 2011)”, cit., pp. 13 y 14.

¹⁷ Objeción del Senador Mauricio Ospina Gómez en su ponencia negativa a esta ley, citado por HERMAN REDONDO. “¿Es sostenible el actual Sistema de Aseguramiento en Salud?”, en *Momento Médico*, No. 102, marzo - abril de 2011, p. 8.

¹⁸ Un estudio de la Superintendencia de Industria y Comercio ha revelado un pacto entre la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y 14 de sus EPS asociadas para negar servicios incluidos en el POS de manera concertada. REVISTA SEMANA. “Recobros en salud, un desfalco anunciado”,

- ✓ La ausencia de horizontes de tiempo y de financiación claros para garantizar la unificación de los planes de beneficios (arts. 1, 2, 36 y 44).
- ✓ El problema de la implementación de los “Equipos Básicos de Salud” (art. 15 y ss.).
- ✓ La administración de recursos del régimen subsidiado tiende a la centralización, restándole margen de acción y responsabilidad política a los entes locales (art. 29).
- ✓ La “Atención Primaria en Salud” (art. 12 y ss.) espera ser financiada con los recursos del FOSYGA¹⁹ (art. 42.3).
- ✓ La implementación y el desarrollo de las “Redes Integradas de Servicios de Salud” (art. 63) le corresponde a las EPS, no al Estado²⁰.
- ✓ Definición de una “política farmacéutica nacional” (art. 86). Ya existe, fue dictada en 2003 por el Ministerio de Protección Social, pero no se aplica. Sigue vigente el problema de los costos excesivos y de la sobrefacturación de medicamentos²¹.
- ✓ Se restringe la autonomía médica (art. 26), dado el conflicto de intereses entre el profesional de la salud y la EPS, que es su empleador.
- ✓ El “Plan Voluntario de Salud” está diseñado sólo para aquellos con disponibilidad de recursos²². (art. 37).
- ✓ La tutela²³ solo podrá usarse una vez agotada la solicitud ante los Comités Técnico Científicos de las EPS y la Junta Técnico Científica de la Supersalud.

Esta ley se ha empezado ya a implementar y a reglamentar a través de la expedición de distintas resoluciones por parte del Ministerio de la Protección Social, que han sido cuestionadas, entre otros, por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

2.2. Decreto 971 de 2011

Aunque el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 señaló que para la financiación del régimen subsidiado el Ministerio de la Protección Social debe girar a las entidades territoriales la UPC a las EPS o hacer pagos directos a las IPS, este decreto establece:

- ✓ El Ministerio de la Protección Social debe girar directamente a las “cuentas maestras” (art. 5) de las EPS e IPS (art. 1) los recursos del Sistema General de Participaciones y, a través de un administrador fiduciario, los del FOSYGA (art. 8).

3 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3p56vwk>]; JUANITA LEÓN. “El 'Consenso de Acemi': el acuerdo de las EPS para negar servicios de salud”, 1 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3tnct4m>].

¹⁹ El valor de los recobros al FOSYGA por vía de los Comités Técnico-Científicos de las EPS creció de manera exponencial. De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social, de los 2.060.609 recobros por servicios no POS autorizados, 1.502.019 corresponden a aprobaciones hechas por tales comités y en dos años pasó de 600.000 millones de pesos a 2,5 billones de pesos. Ver, EL TIEMPO. “Menos Tutelas, Más Problemas”, octubre 5 de 2010, en: [<http://tinyurl.com/447vu24>].

²⁰ Este reparo también lo advierte el Dr. Óscar Ospina Quintero, Gerente del Hospital Susana López de Valencia, ESE, en sus observaciones a este documento.

²¹ “Solo para el caso de precios de medicamentos ambulatorios, los expertos del ministerio hallaron entre el 2008 y el 2009 un incremento del 620 por ciento (460.458.334.542 pesos)”. REVISTA SEMANA. “Recobros en salud, un desfaldo anunciado”, 3 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3p56vwk>].

²² HERNANDO NIETO. “Análisis del proceso sociopolítico e implicaciones de la ley ordinaria de reforma a la salud (Ley 1438 del 9 de enero de 2011)”, cit., p. 12.

²³ Sobre la eficacia de la acción de tutela para la protección del derecho fundamental a la salud, ver DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La Tutela y el Derecho a la Salud 2009*, Bogotá, Defensoría del Pueblo, 2010.

- ✓ Las entidades territoriales deben girar los “recursos de esfuerzo propio” a las EPS por el monto definido en la liquidación mensual de afiliados, para que éstas a su vez efectúen el giro a la red pública de prestación de servicios (art. 10).
- ✓ No existen las condiciones políticas y administrativas para que las entidades territoriales ejerzan el control y seguimiento de las obligaciones de las EPS con respecto al manejo de los recursos del régimen subsidiado (art. 14).

2.3. El proyecto de Ley Estatutaria

Actualmente se está discutiendo un Proyecto de Ley Estatutaria en Salud en el Senado de la República. Como sucede con la Ley 1438 de 2011, en esta Ley Estatutaria es posible destacar algunos elementos positivos y evaluar la pertinencia de otros.

Aspectos a destacar:

- ✓ Considera que el derecho a la salud es un derecho fundamental y su realización constituye uno de los fines esenciales del Estado (art. 2).
- ✓ Establece la Atención Primaria en Salud (arts. 8 y 9).
- ✓ Atención prevalente de los niños, niñas y adolescentes (arts. 11, 12 y 13).
- ✓ El compromiso del Gobierno Nacional en la formulación de políticas públicas en materia de salud (medicamentos e insumos, ciencia y tecnología, política laboral, formación en salud, etc.) (art. 28).

Aspectos a evaluar:

- ✓ Refiere que los recursos del SGSSS son “finitos”²⁴ y “provistos por toda la sociedad y los aportantes en particular, de acuerdo con su capacidad económica” (art. 1).
- ✓ La enunciación de los derechos de los usuarios (art. 3) no atiende a los parámetros internacionales (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, etc.)²⁵.
- ✓ Entre los criterios orientadores del SGSSS se hace énfasis en la “disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero” y en la “costo efectividad”²⁶ (art. 6).
- ✓ La prestación de servicios “particulares” y “extraordinarios” debe someterse a la aprobación de un Comité Técnico Científico²⁷ (art. 14).

²⁴ Sí, los recursos son finitos: 35 billones de pesos al año, 13 de los cuales representan las utilidades netas de las EPS. Ver, ASMEDAS ANTIOQUIA. “La nueva Ley de Salud profundiza el negocio”, en *Momento Médico*, No. 102, marzo - abril de 2011, p. 3; RUBÉN DARÍO GÓMEZ. “La Ley 1438 de 2011... ¿Dónde está la clave de su contenido?”, en *Semanario Virtual Caja de Herramientas*, No. 246, 11 - 17 de marzo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/6b5k5vc>], entre otros.

²⁵ Así lo entiende también el profesor ROMÁN VEGA en “Los reiterados intentos de introducir un nuevo impuesto sobre la enfermedad y de profundizar la mercantilización del derecho a la salud”, en *Gerencia y Políticas de Salud*, No. 19, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, julio - diciembre de 2010, pp. 5-9, en: [<http://tinyurl.com/43qhjj>].

²⁶ El Dr. Óscar Ospina, Gerente del Hospital Susana López de Valencia, ESE, añade que esta disposición “abre una grandísima puerta a la privatización de los hospitales públicos”, por cuanto determina unos mecanismos de calificación del desempeño fiscal de los hospitales que, de no ser satisfechos, llevarían a unos “planes de mejora” y, eventualmente, a la intervención de los hospitales. Frente al mismo punto, la Fundación Restrepo Barco recuerda la importancia de establecer dispositivos claros de seguimiento a la operación y funcionamiento de los prestadores del servicio; valga decir, de robustecer las funciones de control y vigilancia en el manejo de los recursos.

- ✓ La negativa en la prestación del servicio será revisada por una Junta Técnico Científica de la Supersalud (art. 16), lo cual prolonga la espera del paciente y desgasta a la entidad contralora.
- ✓ Los conceptos de los Comités Técnico Científicos y de la Junta Técnico Científica “deberán observar el principio de sostenibilidad”²⁸ (art. 16).

3. El proyecto de Acto Legislativo sobre sostenibilidad fiscal

Con el fin de ordenar el gasto fiscal del Estado, el Gobierno presentó el Proyecto de Acto Legislativo N° 016 de 2010 (Cámara). Aunque en su formulación inicial se preveía el sometimiento de los fines esenciales del Estado a un “marco de sostenibilidad fiscal” y la consideración de la “sostenibilidad fiscal” como “un derecho de todos” (art. 1), en el Proyecto aprobado en el sexto debate (restan 2 para su aprobación) se subsanaron estas debilidades, y se redactó un texto más depurado.

Sin embargo, aún se conciben disposiciones que preocupan por su contenido:

- ✓ Se define la sostenibilidad fiscal como un “instrumento para alcanzar de manera progresiva y programática los objetivos del Estado Social de Derecho” (art. 1). Así se condiciona la garantía de los derechos al cumplimiento de una relación gasto-ingreso a fijar por el legislador, sometiendo la Constitución a la ley y alterando la jerarquía de fuentes²⁹.
- ✓ Se mantiene la sujeción del Plan Nacional de Desarrollo (art. 2) y del presupuesto de rentas y la ley de apropiaciones (art. 3) a la regla de la “sostenibilidad fiscal”³⁰, a pesar de que el manejo de los recursos ya tiene un régimen y está sujeto a unos principios rectores, por lo que no se requiere una reforma constitucional.
- ✓ Se ve el Gobierno en la necesidad de aclarar que ninguna autoridad “podrá invocar la aplicación del principio de sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales” (art. 1, pár.), como si fuera posible que algún principio o parte de la Constitución pudiera interpretarse en dicho sentido.

En síntesis, la sostenibilidad fiscal debe integrarse a los demás valores, principios y derechos constitucionales, limitándose a ser un criterio ordenador del gasto público³¹,

²⁷ Esto implica, según el Dr. Óscar Ospina, “mayores trabas para el acceso efectivo a procedimientos, tratamientos, intervenciones que no estén en el POS”.

²⁸ Así queda claro que “sigue predominando la racionalidad financiera por encima de las necesidades políticas y salubristas”. Ver, ÁLVARO FRANCO-GIRALDO. “Ley 1438 de 2011: Entre superflua y disuasiva”, en *Momento Médico*, No. 102, marzo - abril de 2011, p. 7.

²⁹ JUAN CARLOS LANCHEROS GÁMEZ. *Las reformas constitucionales del gobierno Santos. Sostenibilidad fiscal. Análisis constitucional: 7mo debate*, Bogotá, Fundación Derecho Justo, 23 de mayo de 2011, p. 10.

³⁰ Como señala el profesor HERNÁNDEZ, la defensa de la “regla fiscal” a toda costa hace parte de una línea de pensamiento económico que busca casi que exclusivamente “garantizar la estabilidad monetaria de los mercados en un marco de competitividad”, y por supuesto su implementación “le conviene más a los inversionistas o los propietarios de grandes capitales que a la población que sobrevive en un mercado laboral informal y de pequeños negocios”. Ver, MARIO HERNÁNDEZ. “Análisis de los proyectos de reforma constitucional para la sostenibilidad fiscal y del proyecto de ley estatutaria en salud”, Bogotá, p. 2, en: [<http://tinyurl.com/3e5oej3>].

³¹ Recientemente se modificó la expresión “principio de sostenibilidad fiscal” por la de “criterio de sostenibilidad fiscal”, una aclaración conceptual prudente y necesaria. Ver, RICARDO ÁVILA. “¿Un saludo a la bandera?”, en *Portafolio*, 25 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3b4v89k>].

que debe interpretarse siempre en el sentido de resguardar las finanzas públicas sin quebrantar los postulados del Estado social de derecho y la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales.

4. El proyecto de reparación a las víctimas y de restitución de tierras

Recién fue aprobado en el Senado de la República el Proyecto de Ley de víctimas y restitución de tierras, al que sólo le resta su conciliación y sanción presidencial. De este Proyecto se subrayan algunos aspectos positivos así como ciertos vacíos relativos a la atención integral a las víctimas de MAP, MUSE y AEI.

Aspectos positivos

- ✓ El hecho de haber encarado políticamente la situación de las víctimas del conflicto armado en Colombia, tarea pendiente desde hace décadas.
- ✓ La reparación a las víctimas asumida como el conjunto de medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica (art. 25).
- ✓ Dentro de los derechos de los niños, niñas y adolescentes se reconoce el derecho a la protección contra toda forma de violencia, incluida la derivada de las MAP y MUSE (art. 181).
- ✓ Dentro de las garantías de no repetición a favor de las víctimas se establece el “Fortalecimiento técnico de los criterios de asignación de las labores de desminado humanitario, el cual estará en cabeza del Programa para la Atención Integral contra Minas Antipersona” (art. 150.f).
- ✓ La inclusión del PAICMA³² dentro del “Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas” (art. 161).
- ✓ La inversión de la carga de la prueba en lo relacionado con la reparación (art. 5), y con la restitución de tierras, pues implica que es el tenedor el que debe demostrar la propiedad y no la víctima (art. 79).
- ✓ La inclusión en el texto de ley de la garantía de la prestación gratuita y permanente de tratamiento médico, prótesis, órtesis y asistencia psicológica a los niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP y MUSE.
- ✓ En el censo de las víctimas del conflicto armado –incluidas las víctimas de MAP, MUSE y AEI- se reconocerán como autoridades competentes para ello no sólo a la Alcaldía y a la Personería municipales, sino a “la entidad que haga sus veces” (art. 57) esto le permitiría a las autoridades indígenas la validación de la información de las víctimas de sus comunidades.

³² El Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas, dependencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República coordinada por el Vicepresidente, es responsable de la coordinación de la Acción Integral contra Minas Antipersonal (AICMA) en Colombia, y opera como Secretario Técnico de la Autoridad Nacional de Minas antipersonal (CINAMAP), siendo su objetivo fundamental el de reducir el riesgo provocado por MAP, MUSE y AEI, y el de asegurar el goce efectivo de los derechos constitucionales de las víctimas de estos artefactos.

Aspectos problemáticos

- ✓ La definición de “víctimas” (art. 3), aunque amplia, acoge sólo a los familiares cuando se trata de muerte o desaparición forzada, y no incluye a la comunidad del afectado, a pesar de su reconocimiento en los instrumentos internacionales³³.
- ✓ Las medidas de reparación “no implican reconocimiento ni podrán presumirse o interpretarse como reconocimiento de la responsabilidad del Estado”³⁴ (art. 9). Así se asimila la reparación a la asistencia humanitaria y a los servicios sociales, y se insiste en la idea de que el Estado repara porque es *solidario*, más no *responsable*.
- ✓ La constante sujeción de la reparación a la “sostenibilidad fiscal” (art. 19).
- ✓ Dentro de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria (art. 54) no se incluye la atención prehospitalaria, esencial para que las víctimas de MAP, MUSE y AEI reciban primeros auxilios y sean evacuadas del lugar del accidente³⁵.
- ✓ Aunque se establece que los niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP, MUSE y AEI tienen “derecho a la reparación integral” y a “recibir de manera gratuita (...) tratamiento médico, prótesis, órtesis y asistencia psicológica, que garanticen su plena rehabilitación”, esta prestación médica se brindará “por el tiempo definido según criterio técnico-científico” y con cargo a los recursos de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del FOSYGA³⁶ (art. 190).
- ✓ Para efectos del censo de las víctimas (art. 48), no se incluye a las autoridades indígenas, necesarias cuando el sobreviviente es miembro de estas comunidades.
- ✓ Si bien el Proyecto establece que las autoridades deberán brindar las “medidas especiales de protección” que sean necesarias a las personas que intervengan en los procesos de reparación y restitución (art. 31), aún se presentan situaciones de conflicto y violencia generalizada que amenazan los propósitos del Proyecto³⁷.
- ✓ No se incluye a la sociedad civil, en especial a las organizaciones sociales, en el “Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas” (art. 161).

³³ Por ejemplo, en la DECLARACIÓN SOBRE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE JUSTICIA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS Y DEL ABUSO DE PODER, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 40/34, el 29 de noviembre de 1985. Principio 1; y en los PRINCIPIOS Y DIRECTRICES BÁSICOS SOBRE EL DERECHO DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES MANIFIESTAS DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS Y DE VIOLACIONES GRAVES DEL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO A INTERPONER RECURSOS Y OBTENER REPARACIONES, dictados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 2005/35, el 19 de abril de 2005. Principio 8; en el ámbito del derecho internacional humanitario, la CONVENCIÓN SOBRE MUNICIONES EN RACIMO, aprobada el 30 de mayo de 2008 por la Conferencia Diplomática de Dublín. Artículo 2.1.

³⁴ LUDWIG UREEL. “A propósito del proyecto de ley de víctimas. Apuntes elementales para el debate”, Bogotá, Centro Internacional para la Justicia Transicional, 12 de octubre de 2010, pp. 2 y ss., en: [<http://tinyurl.com/3mbxzj9>]. “Cuando el Estado colombiano pone en marcha medidas de atención a las víctimas pero no reconoce su responsabilidad, desconoce la naturaleza de la violación y la esencia del proceso de victimización”.

³⁵ Esta consideración fue expresada por Ana María Díaz Uribe, Coordinadora de Asistencia a Víctimas del Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal, en reunión con la Campaña Colombiana Contra Minas del 28 de abril.

³⁶ Sobre este punto, la Fundación Restrepo Barco hace énfasis en el carácter prevalente, universal e interdependiente de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, principio que cobra una especial relevancia cuando se trata de menores de edad víctimas de MAP, MUSE y AEI.

³⁷ REVISTA SEMANA. “La tierra, a muerte”, 26 de marzo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3n6m2vj>].

5. El derecho a la salud de las víctimas de MAP, MUSE y AEI

Situación de las víctimas

- ✓ En el período comprendido entre 1990 y abril de 2011 el PAICMA había registrado 9.257 víctimas de minas antipersonal³⁸.
- ✓ El 36.8% de las víctimas (3.413) son civiles. Los niños representan el 9.31% (865).
- ✓ Los departamentos que registraron un mayor número de víctimas son Antioquia, Meta, Caquetá, Nariño, Bolívar y Norte de Santander (58% del total de víctimas).
- ✓ En el transcurso del año 2011 se han registrado 166 víctimas de minas, 58 de las cuales son víctimas civiles, 11 son niños y niñas.
- ✓ Los erradicadores manuales de cultivos ilícitos constituyen una de las poblaciones más afectadas. Según el PAICMA, de las 240 víctimas civiles de minas registradas en 2008 y 2009, 123 fueron erradicadores manuales de coca, procedentes de 12 municipios del país³⁹.

Avances a destacar

- ✓ Disminución del 13% de las víctimas minas antipersonal con respecto a 2009.
- ✓ Mejor coordinación entre la sociedad civil en las entidades públicas encargadas de la asistencia y la reparación a víctimas.
- ✓ Capacitación a las autoridades locales y a ONG sobre el marco normativo para la asistencia a las víctimas de MAP, MUSE y AEI.

6. Compromisos del Estado en el Plan de Acción de Cartagena

Colombia firmó la *Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción*⁴⁰ (Convención de Ottawa) el 3 de diciembre de 1997, la ratificó el 6 de septiembre de 2000 y la aprobó mediante la Ley 554 de 2000; su aplicación se regló en la Ley 759 de 2002. En diciembre de 2009 se organizó la *Segunda Conferencia de Examen de los Estados Partes en la Convención* (Plan de Acción de Cartagena)⁴¹. Dentro de la gama de compromisos asumidos cabe resaltar:

- ✓ La atención médica continua y de urgencia, la rehabilitación física, el apoyo psicológico y la reinserción social y económica, de conformidad con la normativa internacional aplicable (párr. 13).
- ✓ La garantía de una asistencia a las víctimas asequible, accesible y sostenible (párr. 16).
- ✓ El aumento de la disponibilidad y la asequibilidad de servicios apropiados, que incluyan servicios de atención médica continua y de urgencia de calidad para las

³⁸ Más información en la página web: [<http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/AICMA.aspx>].

³⁹ CAMPAÑA INTERNACIONAL PARA LA PROHIBICIÓN DE LAS MINAS. *Monitor de minas terrestres. Colombia 2009*, Bogotá, Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas, Campaña Colombiana Contra Minas, 2000, pp. 46 y 47.

⁴⁰ Aprobada por la Conferencia Diplomática sobre la prohibición total internacional de minas terrestres antipersonal, en Oslo, el 18 de septiembre de 1997.

⁴¹ Informe final presentado por el Presidente designado de la Segunda Conferencia de Examen, Cartagena de Indias, APLC/CONF/2009/WP.1/Rev.1, 27 de octubre de 2009.

víctimas de minas, y la eliminación de todo tipo de obstáculo material o de otra índole (párr. 18, m. 29).

- ✓ Disponer de servicios adecuados y accesibles mediante la elaboración, difusión y aplicación de las normas, directrices de accesibilidad y buenas prácticas existentes para intensificar los esfuerzos de asistencia a las víctimas (párr. 18, m. 30).
- ✓ La obligación de velar por que las diferencias de trato se basen exclusivamente en las necesidades médicas, de rehabilitación, psicológicas o socioeconómicas de las víctimas de minas (párr. 15).
- ✓ El deber de elaborar, examinar y, si es necesario, modificar, aplicar, vigilar y evaluar las políticas, planes y marcos jurídicos nacionales para atender a las necesidades y los derechos humanos de las víctimas de las minas (párr. 18, m. 24).
- ✓ La integración de la asistencia a las víctimas en las políticas, los planes y los marcos jurídicos nacionales más amplios relacionados con la discapacidad, la salud, la educación, el empleo, el desarrollo y la reducción de la pobreza (párr. 14).

A estos propósitos deben sumarse los consignados en la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*⁴², la *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*⁴³, la *Convención sobre municiones en racimo*⁴⁴ y el *Plan de Acción de Vientián*⁴⁵, entre otros instrumentos de gran relevancia para la atención de las víctimas de MAP, MUSE y AEI.

7. El impacto de la nueva legislación sobre la ruta de atención integral a las víctimas de MAP y MUSE

Los derechos de las personas víctimas de minas antipersonal se resumen en la Ruta de Atención, que consta de cinco etapas. A continuación se expone cada una de ellas, con énfasis en las principales falencias y los vacíos normativos más evidentes⁴⁶.

Etapa I: Atención prehospitalaria

- ❖ Incapacidad para prestar una asistencia de emergencia y evacuación adecuada en lugares remotos.
- ❖ Soporte limitado para transporte, alojamiento y alimentación del sobreviviente de MAP, MUSE y AEI y de su o sus acompañantes⁴⁷.

⁴² Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 61/106, el 13 de diciembre de 2006.

⁴³ Aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en la primera sesión plenaria, celebrada el 7 de junio de 1999.

⁴⁴ Aprobada por la Conferencia Diplomática de Dublín el 30 de mayo de 2008, y entrada en vigor el 1 de agosto de 2010.

⁴⁵ Adoptado por los Estados parte de la *Convención sobre municiones en racimo* en Vientián, Laos, el 12 de noviembre de 2010, en consulta con la Organización de Naciones Unidas, el Comité Internacional de la Cruz Roja y diversas organizaciones humanitarias.

⁴⁶ La información que aquí se expone fue tomada del GTO-14. "Documento ejecutivo sobre cada uno de los Foros Regionales anteriores a la Segunda Conferencia de Revisión del Tratado de Ottawa", Carmen de Bolívar, 2 de septiembre de 2009, en [<http://tinyurl.com/3cetrfe>]. También se basa en el trabajo de campo de HANDICAP INTERNATIONAL en los departamentos de Bolívar y Sucre. HANDICAP INTERNATIONAL. *Discursos y percepciones: Experiencia vivencial de las víctimas civiles de MAP, AEI y REG e instituciones de la zona Caribe*, Cartagena de Indias, Handicap International, Universidad San Buenaventura, 2010, pp. 202-203.

- ❖ Es preocupante, como lo recuerda el PAICMA, que el Proyecto de ley de víctimas y restitución de tierras no incluya la atención prehospitalaria dentro de los servicios de asistencia médica⁴⁸ (art. 54).
- ❖ Con respecto a la Ley 1438 de 2011, no existen garantías de que el “Sistema de Emergencias Médicas” (art. 67) y las “Redes Integradas de Servicios de Salud” (art. 63) vayan a aliviar esta situación.

Etapa II: Atención de urgencias, atención médica, quirúrgica y hospitalaria

- ❖ Falta de información sobre la ruta de atención en las entidades prestadoras de los servicios de salud; es importante fortalecer los programas de capacitación y el Protocolo de Recolección de Información, con sistemas de garantía de calidad, en alianza con las entidades públicas y privadas y las universidades.
- ❖ Falta de recursos e infraestructura en los hospitales públicos para la atención a las víctimas de MAP, MUSE y AEI; es necesaria la articulación de las redes prestadoras de servicios de salud, y esencial el trabajo coordinado con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE)⁴⁹.
- ❖ En los hospitales locales se brinda atención de primer nivel y no de tercer nivel, siendo este último el apropiado para las víctimas de MAP, MUSE y AEI; sólo se atienden las enfermedades externas y visibles⁵⁰; por ello debe profundizarse en la valoración médica de las discapacidades auditiva, visual, motora y psicosocial.
- ❖ Falta de voluntad y de sensibilización de algunos proveedores de servicios para brindar atención a los sobrevivientes de MAP, MUSE y AEI, debido a los lentos e incompletos reembolsos del FOSYGA.
- ❖ La nueva ley de salud permite que la financiación del FOSYGA sea discrecional del Ministerio de la Protección Social (“hasta el 1.5%”). (art. 45).
- ❖ La centralización de los recursos le resta margen de acción a los entes territoriales (arts. 29 y 31).
- ❖ La intermediación de las EPS en el manejo de los recursos propios de los entes territoriales le resta autonomía a los hospitales públicos⁵¹ (Dto. 971/11, art. 10).
- ❖ Falta de implementación de los “Equipos Básicos de Salud” para las entidades territoriales (art. 15 y ss.).
- ❖ Falta de concreción con respecto al proceso de implementación y seguimiento de la “Atención Primaria en Salud”⁵² (Ley 1438/11, art. 12 y ss.).

⁴⁷ Consideración de Ana María Díaz, Coordinadora de Asistencia a Víctimas del PAICMA, en reunión con la Campaña Colombiana Contra Minas del 28 de abril.

⁴⁸ Preocupación expresada por Ana María Díaz, Coordinadora de Asistencia a Víctimas del PAICMA, en la reunión antes anotada.

⁴⁹ Anotación de Álvaro Cabrera, Coordinador de la CCCM en el departamento de Nariño.

⁵⁰ Preocupación anotada por los coordinadores regionales de Pastoral Social: Rosa Palacios (Nariño), Julián Espinosa (Cauca), Carlos Guarín (Putumayo), David Ardila (Meta) y Edwin Villanueva (Caquetá), en la reunión con la Campaña Colombiana Contra Minas del 27 de abril.

⁵¹ Agrega el Dr. Óscar Ospina Quintero, Gerente del Hospital Susana López de Valencia, ESE, que esta intermediación genera mayor integración vertical y, por lo tanto, mayores trabas al acceso efectivo a los servicios de salud.

⁵² Observación planteada especialmente por la Fundación Restrepo Barco.

Etapa III: Rehabilitación médica, física y psicológica

- ❖ Complicación en los procedimientos para registrarse y obtener los beneficios y las indemnizaciones, un problema presente en todas las etapas de la Ruta⁵³; debe promoverse la notificación obligatoria del accidente y eliminar las trabas de toda índole al acceso al tratamiento médico, los beneficios y las indemnizaciones.
- ❖ Dilaciones injustificadas en el pago de la asistencia humanitaria por incapacidad permanente que debe cubrir Acción Social⁵⁴.
- ❖ Fallas en procesos de rehabilitación psicológica y física, que solo se brindan en las ciudades, exigiendo el desplazamiento de las víctimas; es importante promover los programas de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) que recomienda la ONU⁵⁵.
- ❖ El FOSYGA no está desembolsando para efectos de rehabilitación, teniendo que asumir esta carga el sobreviviente, con la ayuda invaluable de las organizaciones.
- ❖ La nueva ley de salud permite que la financiación del FOSYGA sea discrecional del Ministerio de la Protección Social (“hasta el 1.5%”). (art. 45).
- ❖ El Decreto 971 de 2011 ordena la mediación de las EPS con respecto a los recursos que el Ministerio destina para el FOSYGA⁵⁶ (arts. 1 y 8).

Etapa IV: Atención médica, física y psicológica continuada

- ❖ Ausencia de dispositivos para deficiencias auditivas y visuales, problemas en el reemplazo regular de las unidades de movilidad (prótesis)⁵⁷ y falta de los cuidados necesarios de seguimiento a las distintas discapacidades; con el paso del tiempo los sobrevivientes pierden su derecho a ser atendidos como víctimas⁵⁸; la atención no debe limitarse al suministro de una prótesis, sino valorar integralmente las discapacidades que existan y darle curso a la atención y la rehabilitación⁵⁹.
- ❖ Falta de atención psicológica permanente e integrada a las distintas etapas del tratamiento, anotada por las víctimas de MAP, MUSE y AEI como una de las grandes brechas de la Ruta de Atención⁶⁰.

⁵³ Aunque listada en esta etapa de la Ruta, esta complicación, como bien lo anota la ICBL, sin duda es un problema estructural que afecta de forma transversal todas las fases de la misma. Ana María Díaz, del PAICMA, agrega que es necesario que se reconozca a las autoridades indígenas para efectos del censo sobre la población victimizada.

⁵⁴ Esta es una situación corroborada por los coordinadores regionales de Pastoral Social y de la Campaña Colombiana Contra Minas.

⁵⁵ OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *CBR. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento conjunto de posición*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

⁵⁶ Frente a esta situación es necesaria una mayor vigilancia y control sobre el manejo de los recursos por parte de las EPS y, en especial, sobre las prácticas de hacer recobros indebidos y de invertir los dineros de la salud en otros negocios de carácter privado, facilitando la integración vertical.

⁵⁷ La ICBL identifica las fallas en el reemplazo de las prótesis, tan pronto como sea necesario, como un problema recurrente en la situación colombiana.

⁵⁸ Esta situación fue expuesta por los coordinadores regionales de Pastoral Social, en reunión con la Campaña Colombiana Contra Minas del 27 de abril.

⁵⁹ Reflexión de Álvaro Cabrera, Coordinador de la Campaña Colombiana Contra Minas en Nariño.

⁶⁰ Sugerencia de la ICBL en sus observaciones a este documento.

- ❖ Falta de medicamentos pertinentes para el tratamiento de las diversas secuelas, por considerarse prestaciones “por fuera” del POS, situación que no mejora con la nueva legislación.
- ❖ La ley estatutaria entiende la atención médica especializada como una prestación “extraordinaria” que se otorga de manera excepcional (arts. 14 y 19) y, en todo caso, de acuerdo a criterios de “racionalidad financiera”⁶¹ (arts. 6 y 16).
- ❖ Necesidad de unificar el Plan de Beneficios (arts. 1, 2, 36 y 44) para cumplir con las órdenes de la Corte Constitucional.

Etapa V: Reintegración social y económica

- ❖ Ausencia total de programas de reintegración e inclusión socioeconómica por parte de las instituciones del Estado (identificada por las víctimas como el mayor obstáculo).
- ❖ La nueva legislación guarda completo silencio sobre este aspecto.
- ❖ Es imperativo enlazar la atención a las víctimas de MAP, MUSE y AEI a políticas públicas de salud y a programas más amplios de desarrollo e inclusión social.

Finalmente, este apartado no estaría completo sin resaltar la necesidad sentida por las víctimas de MAP, MUSE y AEI de adecuar la Ruta de Atención Integral, innegablemente nacional, general y abstracta, y lograr la formulación y aplicación de rutas de atención locales y con enfoque diferencial⁶², en una perspectiva que atienda a las necesidades y particularidades de cada región y cada grupo poblacional⁶³.

Para el cumplimiento de este propósito es esencial la descentralización o, al menos, la desconcentración de las respuestas institucionales y del flujo de recursos para la atención a las víctimas de MAP, MUSE y AEIS, especialmente del PAICMA, con el fin de lograr el fortalecimiento del trabajo en el nivel departamental y municipal, a través de, por ejemplo, la creación de comités, mesas de trabajo, observatorios o puntos focales, con el debido soporte legal, para optimizar la eficiencia en la atención a las víctimas de estos artefactos⁶⁴.

⁶¹ Esta situación es abiertamente violatoria de la Constitución. Ver, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa. “Se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando (i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo”.

⁶² La ICBL, por ejemplo, recomienda prestar más atención a la situación particular de las mujeres que son víctimas directas o indirectas de estos artefactos, y en particular al impacto diferenciado que dicho accidente produce en el ejercicio de sus derechos. La Coordinación Regional de la CCCM en Nariño recuerda las diferencias en la atención que se brinda, por ejemplo, en la Costa Caribe y en el sur del país.

⁶³ En este proceso, como bien lo señala la Fundación Restrepo Barco, es importante la articulación de las iniciativas institucionales, particularmente las provenientes del PAICMA, con la experiencia local y sobre el terreno que pueden brindar las organizaciones de la sociedad civil.

⁶⁴ Propuesta discutida en la reunión de la CCCM con Pastoral Social del 27 de abril, y planteada más concretamente por Álvaro Cabrera, Coordinador de la CCCM en el departamento de Nariño.

8. Conclusiones

Analizado el cuerpo normativo que regula el derecho a la salud en Colombia a la luz de las obligaciones y compromisos contraídos por el Estado en la protección y asistencia a las víctimas de minas antipersonal, se concluye:

- ✓ Que la salud debe ser considerada como un derecho fundamental y su protección uno de los fines esenciales del Estado.
- ✓ Que la sujeción del derecho a la salud a la “sostenibilidad fiscal” pone en riesgo su realización y efectividad, pues eleva el argumento de la falta de disponibilidad presupuestal a un rango constitucional, y le resta importancia a la obligación del Estado de invertir la mayor cantidad de recursos disponibles para garantizar la efectividad del derecho a la salud.
- ✓ Que los problemas de calidad de la atención en salud para las víctimas de minas no se solucionan. Estas personas necesitan de una atención especializada que implica procedimientos especiales (valoración de otorrinolaringología, tamizaje de optometría, exámenes oftalmológicos, valoración de fisioterapia, etc.), medicamentos específicos y la facilitación de unidades de movilidad, lo cual puede diluirse en criterios de “costo efectividad”.
- ✓ Que los problemas de accesibilidad a servicios de salud para las víctimas de minas están pendientes de solución. No se alivia la falta de evacuación y la atención de urgencias en lugares remotos, las dificultades de desplazamiento, la ausencia de soporte para transporte y alejamiento del sobreviviente y su acompañante, los problemas de información, recursos e infraestructura, las complicaciones en los registros ni el preocupante asunto de los recobros al FOSYGA⁶⁵.
- ✓ Que la nueva legislación en salud no prevé programas ni mecanismos destinados específicamente a la materialización de los propósitos de rehabilitación física y psicológica de las víctimas de MAP, MUSE y AEI, siendo necesaria una regulación especial sobre la materia y, sobre todo, una implementación efectiva de la misma.
- ✓ Que en el Proyecto de ley de víctimas y restitución de tierras el Estado no asume su responsabilidad en las acciones u omisiones que dieron lugar a la violación de derechos que requiere ser reparada y, por lo tanto, asume dicha reparación como una asistencia humanitaria o un servicio social, lo que impide que se brinde la reparación integral que ordena el derecho internacional. Tampoco se prevé la atención prehospitalaria dentro de los servicios básicos de salud. En el caso de las víctimas de MAP, MUSE y AEI son nulas las disposiciones tendientes a la atención

⁶⁵ El Ministro de la Protección Social, Mauricio Santamaría, en el debate sobre el sistema de salud en Colombia celebrado en el Senado de la República el 3 de mayo de 2011, citado por los Senadores Jorge Enrique Robledo y Alexander López, declaró que los recobros eran una práctica irregular de las EPS, por fuera del sistema de salud. Para el superintendente de Salud, Conrado Gómez, hay un crecimiento “alarmante y desproporcionado de los recobros” que sólo en el año 2010 le costaron 2,4 billones de pesos al FOSYGA. Ver, REVISTA SEMANA. “Recobros en salud, un desfalco anunciado”, 3 de mayo de 2011, en: [<http://tinyurl.com/3p56vwk>].

completa de las mismas; se establece una “plena rehabilitación” de los niños y niñas, pero se sujeta su prestación a “criterios técnico-científicos”, y con cargo al FOSYGA, lo cual reproduce la situación crítica antes expuesta.

- ✓ Que la suma de los factores enunciados impacta negativamente los propósitos de reintegración e inclusión socioeconómica de las víctimas de minas, y con ello su calidad de vida, dado que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de los demás derechos.

9. Recomendaciones

El GTO-14, como grupo de organizaciones de la sociedad civil que trabajan por un país libre de MAP, MUSE y AEI, y en la atención y acompañamiento de las víctimas de estos artefactos, está consciente de que las reformas legales y constitucionales que se están desarrollando en el país son una gran oportunidad para incidir de manera directa en las discusiones públicas con el fin de lograr que las necesidades de las víctimas sean tenidas en cuenta, que las soluciones requeridas sean incorporadas en la ley interna y que lo consignado en el orden jurídico sea efectivamente aplicado.

Con tal propósito, se apela respetuosamente a las entidades públicas encargadas de la toma de decisiones en esta materia, y se formulan las siguientes recomendaciones:

1. Al Gobierno Nacional, que, en atención a las obligaciones de respeto, garantía y desarrollo progresivo de los derechos que le competen al Estado colombiano, en virtud de su papel fundamental de regulador de la actividad económica pública y privada, y sobre todo en vista del preocupante estado de cosas con respecto al “cartel de la salud”, como lo ha llamado el mismo Presidente de la República, tome las medidas que sean necesarias para asegurar que los sobrevivientes de MAP, MUSE y AEI gocen de una atención médica adecuada y permanente, una rehabilitación física y psicológica continuada, y se beneficien de los planes y programas de reinserción socioeconómica; de igual forma, que se abstenga de impulsar o aprobar cualquier iniciativa legislativa o de otra índole que atente contra el ejercicio pleno de los derechos de las víctimas de estos artefactos.
2. Al legislador, que, a la luz del derecho internacional de los derechos humanos y en un ejercicio de responsabilidad ética y política, examine a fondo las disposiciones legales que están en proceso de debate y que inciden directa o indirectamente en la difícil situación de las víctimas de MAP, MUSE y AEI, de manera que, en virtud de su libertad de configuración normativa, adopte decisiones acordes con las necesidades de atención médica continua y de urgencia, rehabilitación física, apoyo psicológico y reinserción social y económica.
3. Al Ministerio de la Protección Social, que, teniendo en cuenta el cronograma fijado para la reglamentación e implementación de la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, autorice la interlocución y participación de la sociedad civil en el proceso de debate de dicho régimen, así como en el proceso de formulación e implementación del Plan Nacional de Atención en Salud, de forma tal que puedan lograrse consensos sobre la mejor forma de asegurar la plena observancia del

derecho a la salud y, en particular, el respeto de los derechos de las víctimas de MAP, MUSE y AEI a recibir una atención médica pertinente y de calidad, un seguimiento constante de su condición física y psicológica, y una verdadera inclusión social y económica.

4. A los organismos de control, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría de la República y sus dependencias regionales y locales, y en especial a la Superintendencia Nacional de Salud y sus Secretarías locales, que, en cumplimiento de sus deberes constitucionales, legales y reglamentarios de control, inspección y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en vista de la seria crisis que atraviesa el sistema de salud colombiano, velen por el libre y pleno ejercicio del derecho de las víctimas de MAP, MUSE y AEI a disfrutar del nivel más alto posible de salud, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio.
5. A la sociedad civil, y en especial a las organizaciones cívicas, sociales, humanitarias y de sobrevivientes de MAP, MUSE y AEI, que, en virtud de lo dispuesto en el Plan de Acción de Cartagena que insta a asegurar la participación de las víctimas de minas en las actividades relacionadas con la asistencia a las víctimas, en particular en lo que respecta al plan de acción nacional, los marcos jurídicos y las políticas, los mecanismos de aplicación, la vigilancia y la evaluación, se incluyan y participen activamente en el proceso de discusión y reglamentación de la normatividad antes listada, para lograr así una mayor incidencia en la toma de decisiones públicas.

Este proceso fue desarrollado gracias al apoyo de



