

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES  
SEDE ECUADOR  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ESTUDIOS DE GÉNERO  
CONVOCATORIA 2012-2013**

**TESINA PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MIGRACIÓN DESARROLLO Y DERECHOS HUMANOS**

**DEL DESPLAZAMIENTO AL REFUGIO: ANÁLISIS COMPARATIVO DEL  
DERECHO A LA SALUD DE MUJERES COLOMBIANAS DESPLAZADAS EN  
PATIO BONITO Y REFUGIADAS EN EL COMITÉ DEL PUEBLO**

**YULI MARCELA SERRADOR OSORIO**

**JUNIO 2014**

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES  
SEDE ECUADOR  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ESTUDIOS DE GÉNERO  
CONVOCATORIA 2012-2013**

**TESINA PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MIGRACIÓN DESARROLLO Y DERECHOS HUMANOS**

**DEL DESPLAZAMIENTO AL REFUGIO: ANÁLISIS COMPARATIVO DEL  
DERECHO A LA SALUD DE MUJERES COLOMBIANAS DESPLAZADAS EN  
PATIO BONITO Y REFUGIADAS EN EL COMITÉ DEL PUEBLO**

**YULI MARCELA SERRADOR OSORIO**

**JUNIO 2014**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, a mis hermanos por su compañía, por su amor, y a la persona más importante en mi vida, quien me acompaño siempre, me apoyo en todo mi proceso de formación y siempre me dio ánimo para seguir adelante.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todas las mujeres colombianas que compartieron conmigo sus experiencias y vivencias.

A las instituciones por su apertura, por la disposición e información dada para la elaboración del presente trabajo.

A la FLACSO, por darme herramientas y conocimientos, que me permiten ser una mejor profesional y una mejor persona.

A mis amigos, compañeros y profesores, por todo su apoyo, por cada momento compartido, además de todo el conocimiento que me aportaron dentro de mi formación académica.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>GLOSARIO DE SIGLAS</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>14</b>
<b>DEL DESPLAZAMIENTO AL REFUGIO</b> .....	<b>14</b>
<i>Definición teórico conceptual</i> .....	<i>14</i>
<i>El caso Colombiano: la migración forzada</i> .....	<i>15</i>
<i>Las mujeres desplazadas y refugiadas en el marco de la migración forzada</i> .....	<i>21</i>
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>24</b>
<b>DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES DESPLAZADAS Y REFUGIADAS EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA</b> .....	<b>24</b>
<i>Una mirada a la salud desde la política de desplazamiento forzado en Colombia</i> ...	<i>25</i>
Acceso a la salud de las mujeres desplazadas .....	<i>27</i>
<i>Una mirada al refugio desde la política pública en el caso ecuatoriano</i> .....	<i>33</i>
La salud de las mujeres más allá de las fronteras .....	<i>35</i>
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>41</b>
<b>LA SALUD ENTRE LA POLÍTICA DE DESPLAZAMIENTO Y LA POLÍTICA DE REFUGIO</b> .....	<b>41</b>
<i>Protección internacional desde la institución para mujeres desplazadas y refugiadas     en materia de salud</i> .....	<i>44</i>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>49</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>51</b>

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Solicitantes registrados por nacionalidad. ....	19
Tabla 2. Refugiados reconocidos por nacionalidad.....	20
Gráfico 1. Porcentaje de aceptación de status de refugiados colombianos .....	20

## RESUMEN

La migración forzada, reflejada a través del desplazamiento forzado y el refugio, son una clara muestra del encrudecimiento del conflicto armado colombiano, que ha cobrado múltiples víctimas. Si bien es cierto que dicho conflicto afecta de manera negativa a hombres y mujeres, son ellas quienes en mayor medida deben desplazarse hacia otros territorios para salvaguardar a sus familias, mientras los hombres en un gran número de ocasiones deciden quedarse para cuidar y proteger sus bienes, por lo que pueden ser asesinados, desaparecidos o reclutados. Es importante mencionar que en Colombia la población desplazada está “conformada por un 56% de mujeres y el porcentaje aumenta a más del 70% si incluimos a sus hijos e hijas” (Boix, 2007), lo que refleja la feminización del desplazamiento en Colombia.

En este tránsito que viven las mujeres deben enfrentarse a nuevas experiencias que desestabilizan su cotidianidad, llevándolas a asumir nuevos roles, como la jefatura de hogar -que puede implicar una mayor autonomía-, aumento de responsabilidades económicas, la vulnerabilidad a la explotación sexual y la violencia doméstica, que a su vez inciden en el deterioro de su salud.

Por lo tanto la salud es un derecho que se encuentra gravemente vulnerado dentro de las mujeres, principalmente en quienes han sido desplazadas internamente, ya que además de que no es una prioridad para ellas, el acceso al mismo se encuentra atravesado por múltiples dificultades, principalmente por los escasos recursos económicos con los que cuentan, la no afiliación al Sistema Único de registro de Población desplazada, la naturaleza del modelo de competencia gestionada que rige al sistema de salud en Colombia, los fallos en el sistema que tiene que ver con la cobertura, la doble afiliación, entre otros que impiden su garantía.

Si bien es cierto que este derecho se encuentra consagrado en diferentes instrumentos de protección, y es aterrizado a través de la política pública tanto de desplazamiento forzado como de refugio, lo que se evidencia en el trabajo realizado con las mujeres, es

que no se están desarrollando acciones que tiendan a garantizar el acceso a los servicios de salud que requieran.

Aunque cabe decir que la voluntad política que ha tenido el Ecuador, además del trabajo que hace conjuntamente con la comunidad internacional, evidencia que la situación de salud de las mujeres que se encuentran en situación de refugio es mejor con relación a quienes se encuentran en situación de desplazamiento.



## **GLOSARIO DE SIGLAS**

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

CAMI: Centro de Atención Médica Inmediata

CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja

CODHES: Consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento

HIAS: Sociedad Hebrea de Ayuda al Inmigrante

ONU: Organización de las Naciones Unidas

RUPD: Registro Único de Población Desplazada

SIPOD: Sistema de Atención Integral a la Población Desplazada

SGSSS: Sistema de Seguridad Social en Salud

UBA: Unidad Básica de Atención en salud

UPA: Unidad Primaria de Atención en salud

## INTRODUCCIÓN

El conflicto armado colombiano ha estado presente en la vida de un gran número de personas que se han visto obligadas a salir de sus tierras dejando atrás todo lo que era importante para ellas y hacía parte de su cotidianidad. Las diversas situaciones que traen consigo el desplazamiento forzado y el refugio, colocan a las víctimas, de manera especial a las mujeres, en situaciones de riesgo y vulneración constante que de manera directa están afectando la garantía de sus derechos, entre ellos la salud.

Aunque el conflicto armado colombiano, está afectando a toda la población, es importante señalar que las mujeres son más afectadas en su salud tanto física como mental, en la medida en que sus vidas cambian radicalmente, llevándolas a asumir nuevos roles como la jefatura de hogar, aumento de responsabilidades económicas, inserción en el espacio de lo público; en los que deben velar por la protección de sus familias, lo que incide directamente en sus condiciones de salud, bien sea por la afectación que los nuevos roles causan sobre ellas, la constante vulneración de derechos o por la no priorización de su salud. Sin embargo es importante señalar que este cambio de roles permiten a las mujeres convertirse en actoras sociales, que deciden asumir nuevos retos, además de hacer frente a las múltiples situaciones adversas que se les presenta.

Es así como la salud se convierte en un factor fundamental en los procesos de reconstrucción de la vida de las mujeres que han sido obligadas a desplazarse de manera forzada, ya que la garantía de este derecho les permite tener unas condiciones físicas y mentales adecuadas, que a su vez inciden de manera directa en la forma en que se asumen los nuevos retos, la disminución de los impactos que la migración forzada puedan generar, la garantía de niveles de vida adecuados que les permiten insertarse en nuevas sociedades.

Además garantizar el derecho a la salud de las mujeres, significa hacer frente a las múltiples vulneraciones de derechos que sufren a causa del conflicto armado

colombiano, reflejado en la migración forzada. Es así como el derecho a la salud de las mujeres se convierte en un derecho fundamental, que va a incidir de manera directa en sus condiciones de vida, y que les va a permitir integrarse en una sociedad llena de retos y dificultades.

Dentro de la presente investigación, se realizó un trabajo de campo previo a través de entrevistas, con el apoyo del Hospital del Sur, en Patio Bonito (Bogotá) en el que se recolectó la información primaria con un grupo de 10 mujeres que se encontraban en situación de desplazamiento en octubre de 2011. Para la recolección de información sobre refugio se utilizó la misma herramienta metodológica y se trabajó con un grupo de 10 mujeres residentes en el Comité del Pueblo (Quito) en marzo de 2013.

Patio Bonito barrio hace parte de la cuarta localidad receptora de población desplazada en Bogotá, es uno de los barrios más extensos de la capital y actualmente cuenta con distintas problemáticas sociales que afectan las condiciones de vida y por ende la salud de las mujeres desplazadas, entre ellas se encuentran, altos índices de pobreza, inadecuadas vías de acceso, inseguridad, poca inclusión social de los sectores sociales más vulnerados, hacinamiento, pocas posibilidades de empleo, conformación de pandillas, ambientes de extrema pobreza, y el alto número de personas desplazadas que arriban a esta zona de la ciudad, en condiciones precarias (Secretaría Distrital de Planeación, 2006:15).

A su vez, el Comité del Pueblo nació de una acción popular de una invasión de tierras y de un plan de ocupación de arquitectos que buscaban construir viviendas para las personas en situación de pobreza (De maximy y Peyronnie, 2000:163). Este barrio se ubica al norte de Quito, y durante los primeros quince años fue marginado debido a la falta de rutas de acceso al mismo. La composición del barrio estuvo atravesada por las condiciones de pobreza en las que se instalaron los primeros habitantes.

Con relación a la Observación 14 de 2000<sup>1</sup>, se reconoce el derecho a la salud desde la interdependencia -para su realización- de otros derechos, en esta observación se establecen cuatro criterios que permiten evidenciar la garantía del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Con relación a esto para la presente investigación se trabajará específicamente en torno a la accesibilidad, desde los problemas referidos por las mujeres, este criterio a su vez permitirá evidenciar cómo se encuentra la salud de estos grupos poblacionales y cómo es el acceso a los servicios de salud, por parte de los mismos.

De acuerdo con lo anterior, se pretende evidenciar las problemáticas referidas por las mujeres con relación al acceso a la salud, además de referenciar las políticas en materia de migración forzada específicamente el desplazamiento y refugio y su relación con el derecho a la salud.

La presente investigación se centrará en el derecho a la salud de las mujeres colombianas que se han visto obligadas a migrar de manera forzada dentro del país y más allá de las fronteras. Dentro del primer capítulo se abordarán los conceptos de desplazamiento forzado y refugio desde la migración forzada, permitiendo reconocer a través de estos conceptos, las diferencias que existen en el marco de protección de esta población.

Dentro del segundo capítulo se trabaja en torno a las políticas en materia de desplazamiento forzado en Colombia y refugio en el Ecuador, vinculado al acceso a la salud de las mujeres que se han visto afectadas por estos fenómenos. En este capítulo se retoman las voces de las mujeres quienes presentan las principales dificultades que han tenido con relación al acceso a la salud, así como las facilidades que pueden tener.

---

<sup>1</sup>El derecho a la salud se encuentra consignado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales (PIDESC), específicamente en la Observación General 14. Por la importancia que tiene esta observación en la garantía del derecho, se decide retomarla como punto de partida para el presente capítulo.

Finalmente, dentro del tercer capítulo busca reflexionar sobre el derecho a la salud de las mujeres en el marco de las políticas de desplazamiento y refugio, desde la información recolectada en el sector de Patio Bonito en Bogotá y en el Comité del Pueblo en Ecuador.

## **CAPÍTULO I DEL DESPLAZAMIENTO AL REFUGIO**

En el presente capítulo se pretende abordar el tema del conflicto armado colombiano desde la migración forzada, representada por el desplazamiento forzado y el refugio. En el mismo, se mencionan los conceptos que han sido elaborados para la comprensión de estos fenómenos desde los instrumentos internacionales y la normativa nacional, relacionándolos directamente con los impactos generados de manera diferencial en las mujeres que han sido víctimas.

### **Definición teórico conceptual**

Es importante entender que la migración forzada desde la definición propuesta por Castles involucra a “todas las personas que han sido forzadas a escapar de sus hogares y buscar refugio en otra parte” (Castles, 2000:3), definición que permite incluir a quienes se han visto obligados a migrar por causa del conflicto colombiano. Esta definición se vincula principalmente con las personas refugiadas, solicitantes de asilo, desplazados forzados internamente, desplazados por el desarrollo, desplazados ambientales o por desastres, y quienes han sido víctimas del tráfico y trata de personas.

Ahora bien, uno de los efectos más crueles del conflicto armado es el desplazamiento forzado que de acuerdo con los Principios Rectores de los desplazamientos internos es

Una práctica que constituye el fenómeno más trágico consecuencia de conflictos violentos que genera condiciones de sufrimiento y vulneración de derechos para las víctimas, provocando la ruptura familiar, social y cultural; negando el acceso de las poblaciones afectadas, a necesidades vitales como la alimentación, la vivienda y la medicina (ONU, 1997).

A su vez el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), refiere que “en los conflictos armados, los desplazamientos suelen ser consecuencia de violaciones del Derecho Internacional Humanitario (DIH) o de los derechos humanos fundamentales”. Por ende, tal como menciona el comité, si los derechos humanos de la población fueran respetados, las personas no tendrían la necesidad de salir de manera forzada de sus

hogares. Además es importante resaltar que “si bien es cierto que las necesidades de las personas desplazadas durante un largo período, no se consideran urgentes si se vuelven agudas” (CICR, 2009), lo que genera nuevos retos que deben apuntar a garantizar sus derechos.

La población desplazada se define entonces, como aquellas “personas que, como resultado de persecución, conflicto armado o violencia, han sido forzadas a abandonar sus hogares y dejar su lugar habitual de residencia, y que permanecen dentro de las fronteras de su propio país” (ACNUR, 1997), siendo esta la principal diferencia con el refugio como se verá más adelante.

A su vez, la práctica del desplazamiento forzado está prohibida por el art. 17 del protocolo adicional II a los convenios de Ginebra en cuyo texto se puede apreciar que:

No se podrá ordenar el desplazamiento de la población civil por razones relacionadas con el conflicto, a no ser que así lo exijan la seguridad de las personas civiles o razones militares imperiosas. Si tal desplazamiento tuviera que efectuarse, se tomarán todas las medidas posibles para que la población civil sea acogida en condiciones satisfactorias de alojamiento, salubridad, higiene, seguridad y alimentación (Protocolo adicional II, 1949).

De manera similar, en el estatuto de Roma, instrumento que da origen a la Corte Penal Internacional, se califica al desplazamiento como un crimen de guerra y de lesa humanidad. Por ende, esta doble condición muestra que dicha práctica constituye una de las peores violaciones a los derechos humanos, dejando a sus víctimas aún más vulnerables y en un mayor riesgo.

### **El caso Colombiano: la migración forzada**

En Colombia el desplazamiento forzado ha surgido como uno de los efectos más crueles del conflicto. Se comienza a hablar de este fenómeno en 1985 con la “tierra arrasada” denominación que se dio al desplazamiento generado por los paramilitares quienes tenían por objetivo apropiarse de las tierras de la población campesina, en 1995 se habla del desplazamiento forzado como masivo y generalizado dentro del contexto colombiano, y es solo en el año de 1997 con la expedición de la ley 387, cuando se

reconoce como un “problema público que requiere la atención de todo el aparato institucional, dado el ensañamiento de las acciones y hostilidades contra la población civil, especialmente contra mujeres, niños, niñas y adolescentes” (Arango, 2008:135), y se agudiza con la puesta en marcha del Plan Colombia en 1999<sup>2</sup>, ya que “desde que se inició la ejecución del Plan Colombia (2000) y según cifras gubernamentales, por lo menos 1.665.061 fueron desplazadas, es decir, el 88.6% del total de la población registrada oficialmente” (CODHES, 2006:3), principalmente por las fumigaciones en los cultivos y el encrudecimiento de los ataques por parte de los grupos armados contra la población civil.

En Colombia el desplazamiento forzado empieza a ser reconocido por las autoridades, a través de factores que tienen que ver principalmente con

Las dinámicas de desplazamiento masivo que evidencian la precaria capacidad del Estado para actuar sobre las causas que las originan; en segundo lugar, la creciente reivindicación de sus derechos por las poblaciones desplazadas y la denuncia permanente de las organizaciones e instituciones de derechos humanos y, en tercer lugar, la fuerte observación internacional sobre la violación de los derechos humanos en Colombia y la presencia institucional internacional (CODHES y UNICEF, 1999: 159).

Por tanto se establece en la ley 387 del 1997 dentro de su artículo primero, la siguiente definición de desplazado:

Toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro de su territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violencias masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario (Ley 387, 1997).

---

<sup>2</sup> El Plan Colombia es un acuerdo binacional generado por los gobiernos de Estados Unidos y Colombia que se concibe en el año 1999 y tiene por objetivos terminar con el conflicto armado colombiano y crear una estrategia antinarcoóticos.



Esta definición es esencialmente formal y no da cuenta de los impactos diferenciales, que los hechos violentos, entre ellos el desplazamiento forzado, generan en la población desplazada, principalmente en mujeres. Por lo que se hace necesario incluir en la definición propuesta en la ley 387/ 97, el enfoque de género para comprender el impacto que tiene el desplazamiento sobre los derechos de las mujeres que han sido desplazadas.

Si bien el desplazamiento forzado no se encuentra regulado por la legislación internacional, de acuerdo a lo analizado por autores como Franco (1998), la legislación vigente en Colombia retoma principios fundamentales de las políticas de protección internacional para refugiados tales como: los principios rectores de los desplazamientos internos y la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, entre otros. Esto a su vez implica un tipo de injerencia de la normatividad internacional en el ámbito nacional. Siendo dos niveles distintos en los que juegan roles particulares los Estados y los organismos internacionales en materia de desplazamiento y de refugio.

Para comprender la magnitud del desplazamiento forzado, la Consejería para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), informa que en el país dentro del periodo de 1985-2010, 5.195.620 personas se han visto obligadas a huir ante la agresión constante de grupos armados al margen de la ley y de agentes del Estado que por acción u omisión no garantizan el derecho fundamental a la vida digna de todos los ciudadanos tal y como establece la Constitución Nacional y los ordenamientos jurídicos internacionales, de esa cifra el 68% es decir 3.573.132 personas fueron expulsadas durante el periodo 1997- 2010 (CODHES informa, 2010:9).

Mientras que en las cifras oficiales, dentro de la información contenida en el Registro Único de Población Desplazada –RUPD- del Sistema de Atención Integral a la Población Desplazada -SIPOD- con corte a Septiembre 30 de 2011, el número de personas que se encuentran en esta situación en Colombia es de 3.775.416. Lo que permite evidenciar que un gran número de población se encuentra por fuera de los registros oficiales y por lo tanto no cuenta con protección estatal que permita un nivel de vida y acceso a la salud adecuados.

A pesar de la dificultad con las cifras, es posible afirmar que aproximadamente la mitad de la población desplazada son mujeres, y que cuatro de cada diez familias desplazadas tienen jefatura femenina (CIDH, 2006) lo que evidencia la dimensión de este fenómeno en las mujeres.

Ahora bien, cuando la población desplazada no encuentra protección dentro de su propio país, nuevamente se ve obligada a desplazarse, pero ahora deben hacerlo fuera de las fronteras<sup>3</sup>, siendo Ecuador el principal país receptor en Latinoamérica con un total de 55.327<sup>4</sup> personas en situación de refugio, de los cuales el 98% son colombianos. Ahora la historia de las mujeres continúa más allá de las fronteras, aunque siguen viviendo los mismos problemas (desempleo, discriminación, viviendas inadecuadas, problemas de salud, entre otros), se suman nuevas situaciones (falta de documentación, pocas redes de apoyo, desconocimiento del territorio, entre otros) que pueden afectar las condiciones de salud de las mujeres que dejan de ser desplazadas para convertirse en refugiadas.

Las personas consideradas refugiadas, comienzan a ser reconocidas como tal en el año 1951, a través de la Convención promulgada por las Naciones Unidas, en esta Convención se define al refugiado como “una persona que reside fuera de su país de nacionalidad, que no puede o no desea regresar debido a un temor bien fundamentado de persecución por razones de raza, religión, nacionalidad, membresía en un grupo social particular u opinión política” (Convención sobre el estatuto de los refugiados, 1951). Como se evidencia, los tipos de persecución que se proponen dentro de la definición, dejan de lado a quienes han sido víctimas de conflictos armados, por lo que se hace necesario ampliar la definición inicial.

---

<sup>3</sup> Para finales de 2011, 35.440.128 personas a nivel mundial fueron refugiadas, solicitantes de asilo, desplazados internos y apátridas, de los cuales 4.315.819 pertenecen a América Latina y el Caribe. El total de refugiados para este mismo periodo fue 10.404.806 (ACNUR, 2011), y de este total aproximadamente 60% de la población fueron mujeres niños y niñas (ACNUR, 2012).

<sup>4</sup><http://www.mmrree.gob.ec/refugiados/estadisticas/Refugiados/PDFs%20Refugiados/TOTAL%20REFUGIADOS.pdf>

Para esto los países de América Latina y el Caribe, promueven la Declaración de Cartagena en 1984, en la que se propone incluir dentro de la denominación de refugiados a quienes han sido obligados a salir de su país por motivos de “violencia generalizada, agresión extranjera, conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público” (Declaración de Cartagena, 1984).

A pesar de esto, en el 2012 se crea en Ecuador el Decreto 1182, en el que limita la definición de refugiado reconociendo como tal, solamente a aquellas personas “que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera de su país de nacionalidad y no quieran regresar a él” (Decreto 1182, 2012). Esto puede generar un impacto negativo, principalmente en la población colombiana, al dejar de ser reconocidos con el estatus de refugiado por ser víctimas directas del conflicto vivido.

Lo que se relaciona directamente con la concesión del estatus de refugiado la cual es mínima con relación a la población que la solicita. Según cifras obtenidas en el Ministerio de relaciones exteriores de Ecuador, hasta mayo de 2013 se registra un total de 149.681 colombianos solicitantes de refugio y 54.333 colombianos que han obtenido el status de refugiado, siendo Colombia el país con mayor número de solicitantes y de refugiados, con una participación del 89.28% y 98.45% respectivamente, según lo muestran las siguientes tablas:

**Tabla 1. Solicitantes registrados por nacionalidad**

<b>SOLICITANTES REGISTRADOS POR NACIONALIDAD</b>							
<b>TOTAL HASTA MAYO 2013</b>							
Nacionalidad	Personas	Hombres	Mujeres	18 – 59	18 – 59 M	18 - 59F	%
Colombia	149681	80162	69518	112737	60131	52005	89.28%
Perú	7894	5947	1947	7372	5635	1737	4.71%
Cuba	5863	4087	1776	5721	3995	1726	3.50%
Haití	1032	739	293	996	721	275	0.62%

**Fuente:** Ministerio de relaciones exteriores de Ecuador

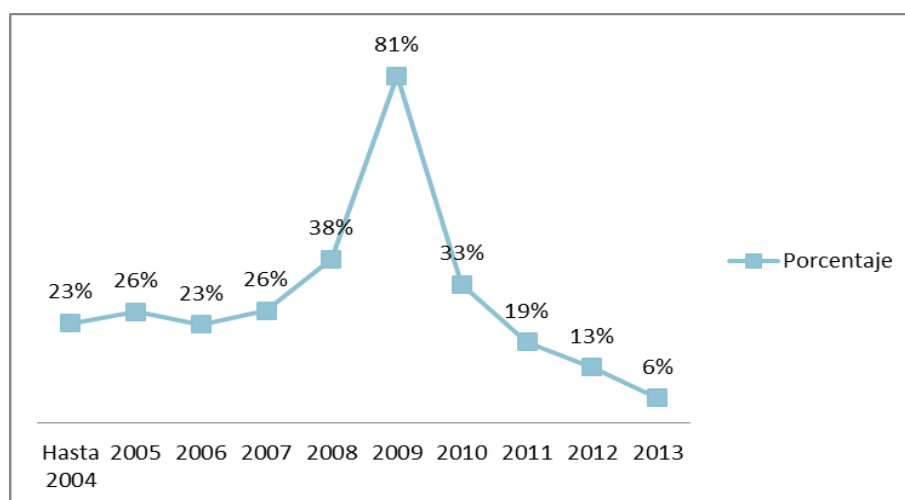
**Tabla 2. Refugiados reconocidos por nacionalidad**

REFUGIADOS RECONOCIDOS POR NACIONALIDAD							
TOTAL HASTA MAYO 2013							
Nacionalidad	Personas	Hombres	Mujeres	18 – 59	18 – 59 M	18 - 59F	%
Colombia	54333	28323	26010	39438	20600	18838	98.45%
Cuba	231	149	82	199	130	69	0.42%
Perú	93	42	51	77	32	45	0.17%
Haití	26	16	10	24	15	9	0.05%

**Fuente:** Ministerio de relaciones exteriores de Ecuador

Se puede interpretar de las anteriores cifras que del total de los solicitantes de refugio de nacionalidad colombiana el 36% ha conseguido el status de refugiado. Más detalladamente la siguiente gráfica muestra el porcentaje de aceptación de refugiados año tras año y como dicha aceptación ha venido en detrimento a partir del 2011, alcanzando apenas un 6% de personas aceptadas en lo que va del presente año, ya que de acuerdo a cifras obtenidas en el Ministerio de Relaciones Exteriores, se registra que de enero a mayo del presente año fueron reconocidos como refugiados 282 colombianos, de un total 4874 solicitantes, proporción demasiado baja según la información histórica.

**Gráfica 1. Porcentaje de aceptación de status de refugiados colombianos por año.**



**Fuente:** Esta investigación

De acuerdo con lo presentado anteriormente, es importante resaltar que la única diferencia específica entre la población refugiada y la población desplazada es “la ubicación geográfica del individuo: si cruza una frontera internacional es refugiado y goza de protección internacional; si no lo hace, es desplazado y carece de protección internacional. En Colombia, como en muchos otros lugares del mundo, no hay distinciones causales entre ambos fenómenos por lo que la diferencia es puramente formal” (Franco, 1998: 16).

Asimismo, Barutcsiski responde a planteamientos de la acción humanitaria que proponen que el ámbito internacional de protección humanitaria debe extenderse a la población desplazada. El argumenta que “la opción es en realidad restrictiva de la opción tradicional del asilo que es esencial a la condición de refugiado” (Barutcsiski, 1998:11) y que lo que “justifica la existencia del sistema de refugio es estar por fuera de las fronteras nacionales, sin la protección del Estado, es decir, su extranjería, y no la vulneración de sus derechos” (Ibid, 1998:12).

Si bien es cierto, que las mujeres que han sido obligadas a migrar dentro y fuera del territorio nacional vivencian problemáticas similares, como se evidencia, la protección es diferente de acuerdo con el territorio en el que se encuentre, lo que incide de manera directa en la garantía de sus derechos -para este caso el derecho a la salud-, y por ende en sus condiciones de vida.

### **Las mujeres desplazadas y refugiadas en el marco de la migración forzada**

El conflicto colombiano ha cobrado múltiples víctimas, que han debido enfrentar constantes situaciones de vulneración y violencia, obligándolas en muchas ocasiones a abandonar sus tierras, sus pertenencias y todo lo importante que formaba parte de ellas, en este contexto de guerra quienes se han visto más afectadas por los diferentes ataques, son las mujeres que diariamente deben luchar para sobrevivir, ya que las mujeres son “las primeras que buscan salir de sus lugares de origen para salvaguardar a sus familias mientras que los hombres en algunos casos deciden quedarse para cuidar y proteger sus bienes, o abandonan a la mujer con la familia para seguir ellos su vida por otro lado, o son asesinados, desaparecidos o reclutados por los actores armados” (Pedraza, 2005:29).

Es importante decir que dicho conflicto ha generado consecuencias negativas en toda la población, y que si bien, no ha afectado únicamente a las mujeres, se debe mencionar que “las condiciones históricas de discriminación y las circunstancias en las que las mujeres deben afrontar los abusos propios de la guerra tienen un impacto desproporcionado sobre ellas” (Mejía, 2004:5), lo que se encuentra relacionado con las circunstancias específicas de vulnerabilidad de las mujeres, propias de los conflictos armados.

Además, la violencia que viven las mujeres dentro de su cotidianidad, sumada al conflicto armado, en muchas ocasiones deja de ser una violación de derechos humanos, ya que se normaliza estos hechos de violencia y vulneración, lo que a su vez se convierte en

Uno de los obstáculos más fuertes para prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género y para permitir el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, no sólo porque relativiza la gravedad de las violaciones a sus derechos sino porque tiene efectos desproporcionados sobre ellas como víctimas específicas (Ibid, 2004:7).

Esta normalización de violencia y violación de los derechos de las mujeres dentro de los contextos de guerra, evidencia que los impactos generados por el conflicto reflejados en la migración forzada, tienen una implicación diferente para mujeres y para hombres; ya que si bien es cierto que toda la población víctima debe afrontar múltiples situaciones adversas, las mujeres además de enfrentar estas situaciones, se encuentra con unos roles establecidos históricamente que la colocan en una situación de alta vulnerabilidad, agravándose en el contexto de conflicto, además de nuevas situaciones que constantemente vulneran sus derechos y afectan sus condiciones de vida.

Asimismo, la mujer se convierte en un instrumento para la guerra, ya que son ellas quienes deben asumir a través de sus cuerpos los efectos que trae consigo el conflicto, sufriendo múltiples alteraciones en su salud física, pero también en su salud mental reflejadas principalmente, en el miedo, la angustia, entre otros:

En tiempos de conflictos armados se reproduce y profundiza la discriminación que existe contra las mujeres en tiempos de paz. La violencia contra las mujeres que alimenta y reproduce la discriminación, se constituye en un arma de guerra dirigida a debilitar al enemigo, porque el cuerpo de las mujeres les pertenece de tal manera que el control sobre su afecto, sexualidad y maternidad, les asegura un aumento del control o del castigo sobre el enemigo (Garzón, 2005:20).

Es así como las mujeres se ven enfrentadas a actos que desencadenan en violencia sexual, física y psicológica, ellas “han padecido secuelas físicas y psicológicas ocasionadas por las agresiones sexuales, como torturas, amenazas, vivencias traumáticas (haber presenciado asesinatos, otras violaciones y agresiones sexuales) así como embarazos no deseados” (CIDH, 2009).

De acuerdo con lo planteado con Britto (2010), por lo general el primer impacto de la violencia derivada del conflicto armado es sobre la vida de los hombres, pues son ellos quienes en su mayoría empuñan las armas y hacen crecer la cifra de víctimas por asesinatos y muertes en combates, el desplazamiento interno forzado es una problemática que afecta de manera más drástica a las mujeres al asumir la jefatura del hogar y verse obligada a salir de sus lugares de origen.

Al llegar a las ciudades se encuentran con nuevos desafíos, que se relacionan de manera directa con empleos en condiciones precarias y mal remunerados, “además de que continúan teniendo la carga de las labores de cuidado de la familia. Además, sufren el estigma del desplazamiento en el ámbito social, pues suelen ser rechazadas por razones étnicas y sexuales” (Britto, 2010).

En el presente capítulo se han podido evidenciar las dimensiones del conflicto armado, a través del desplazamiento forzado y el refugio. De igual manera se puede evidenciar que dentro de las definiciones abordadas, la principal diferencia entre el desplazamiento y el refugio, es la frontera. Esto es fundamental dentro de la protección de las mujeres, ya que a pesar de que sus experiencias son similares, los mecanismos para la protección de derechos están atravesados por diferentes normativas y responsables.

## **CAPÍTULO II**

### **DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES DESPLAZADAS Y REFUGIADAS EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

En el presente capítulo se trabaja desde un análisis comparativo, en torno al derecho a la salud de aquellas mujeres que han sido víctimas del conflicto colombiano y que tuvieron que desplazarse de manera forzada en el interior del país, pero también fuera de las fronteras colombianas, de manera especial hacia Ecuador. Por ende es importante tener claro que el derecho a la salud no debe entenderse solamente como el derecho a estar sano, sino que busca garantizar tener unas condiciones de vida dignas que permitan a las mujeres desarrollarse adecuadamente.

Las mujeres que han sido víctimas del conflicto, a través de la migración forzada, en muchas ocasiones deben asumir la responsabilidad de sus hogares, y por ende garantizar el sostenimiento de sus familias, lo que conlleva a que la asignación de sus recursos económicos se encuentren destinados a cubrir las necesidades de los miembros de su familia, dejando de lado la atención que requiere su salud, “más aún cuando ellas deben asumir la jefatura del hogar y garantizar el sostenimiento de la familia” (Mogollón y Vásquez, 2006:100).

Es necesario tener en cuenta que las mujeres que han sido víctimas del conflicto llegan a las ciudades provenientes de otras regiones del país y son en su mayoría de origen campesino, con costumbres y dinámicas propias. Estas condiciones sumadas al hecho de que estas mujeres han tenido que enfrentarse a múltiples situaciones de vulneración de derechos y graves infracciones al Derecho Internacional Humanitario, entre ellas asesinatos y desapariciones de sus parejas, hacen que las mujeres deban buscar recursos para permitir la subsistencia de sus familias, dejando de lado sus propias condiciones de vida.

Estos roles han sido tradicionalmente asignados a los hombres, tales como la jefatura del hogar y labores físicas relacionadas con el trabajo al que pueden acceder, con la migración forzada, las mujeres además de asumir estos nuevos roles (asignados tradicionalmente a hombres) continúan asumiendo roles como la reproducción y la



protección de su núcleo familiar. Esta nueva dinámica tiende a afectar directamente las condiciones de salud física y mental de las mujeres, en la medida en que su cotidianidad cambia.

Asimismo, es importante reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que deben estar orientados a garantizarles condiciones adecuadas para que puedan ejercer su sexualidad, incluyendo el acceso a métodos de planificación familiar y la capacidad de tomar decisiones frente a su cuerpo, más aún si se tiene en cuenta que son las mujeres desplazadas y refugiadas, quienes tienen un mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual, prostitución forzada y trata de personas.

### **Una mirada a la salud desde la política de desplazamiento forzado en Colombia.**

Dentro de la política sobre desplazamiento forzado, se ven reflejadas diferentes normas jurídicas, que vinculan de igual manera diversos instrumentos internacionales que conforman el bloque constitucional. Estos instrumentos que son el Derecho Internacional de los Derechos Humanos: Declaración Universal de los Derechos Humanos, refiere el derecho “a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (menciona el derecho a un nivel de vida adecuado y a los niveles más altos posibles de bienestar físico y mental, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y sus dos Protocolos facultativos, permiten dar una perspectiva más amplia en cuanto al derecho a la salud se refiere. Además se encuentra el Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas que fue aprobado por el Estado colombiano mediante Ley 171 de 1994, entrando en vigencia el 14 de agosto de 1995.

A su vez, la ley 387/97 determina la creación, objetivos y el funcionamiento del Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la violencia, cuyo fin es el de “establecer la política general del Gobierno y las líneas de acción para la prevención y la atención al desplazamiento forzado interno en Colombia (Ley 387/97, Capítulo II). Asimismo, en esta ley se establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud implementará mecanismos expeditos para que la población afectada por

el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación.

Dentro del Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, se señala las obligaciones de proveer atención integral en salud, como componente de la estrategia de atención humanitaria, en servicios de atención médico-quirúrgica, atención de urgencias, hospitalización, tratamiento, servicios de ayuda diagnóstica, transporte de pacientes, provisión de medicamentos, acciones de promoción y prevención de la enfermedad, tales como vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental, educación en salud, participación comunitaria, atención psico-social y rehabilitación.

Una vez se aprueba el Plan en el 2005, se menciona que dentro de la atención humanitaria se proporcionará a las personas desplazadas, incluyendo a las mujeres, servicios de salud en apoyo psicosocial (atención inicial de urgencia), atención en salud a la población en condición de desplazamiento incluida en el Registro Único de Población Desplazada según su situación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud subsidiado, contributivo o regímenes de excepción, conforme a las reglas, coberturas y procedimientos establecidos para cada régimen. De igual manera se refiere que para los desplazados que no se encuentren asegurados, los servicios se brindan a través de las instituciones prestadoras de salud pública que define la entidad territorial receptora, por nivel de atención. Dentro del Plan se incluyen acciones de salud pública, saneamiento básico y vigilancia en salud pública, en lugares de asentamiento masivo de la población desplazada, para prevenir enfermedades que puedan afectar la salud colectiva.

En el restablecimiento de la salud de las mujeres desplazadas se dispone que ellas deban ser afiliadas al sistema de salud independiente de su capacidad de pago dentro del régimen subsidiado, deben ser reconocidas como grupo de protección especial, por ende su atención debe ser prioritaria. A pesar de esto, se evidencia que las mujeres han tenido múltiples dificultades en el acceso, debido a los pocos recursos económicos con los que cuentan y a las múltiples barreras de salud que deben enfrentar, de acuerdo con lo referido por las mujeres.

Ahora por regla general, para acceder a los servicios de salud, las personas deben estar incluidas en el Sistema Único de Registro de Población Desplazada, además de establecerse si existía algún tipo de vinculación al Sistema de Salud pues de esto depende el tipo de atención que se ofrezca. Esto como se observó anteriormente ha sido una de las principales dificultades que han enfrentado las mujeres para acceder al sistema de salud en su situación de desplazamiento forzado, en primer lugar si se tiene en cuenta que un gran número de personas no se encuentran dentro del sistema (debido principalmente a que no hacen la declaración por motivos de seguridad o temor), además de evidenciarse los problemas que la doble afiliación ha generado en la atención de las mujeres.

Si bien es cierto que diferentes actores -dentro del ámbito nacional- intervienen en la política pública, la principal responsabilidad por la magnitud y continuidad del desplazamiento forzado interno recae en el Estado colombiano, “ante su incapacidad y su precariedad para actuar como Estado social de derecho y por consiguiente de garantizar la vigencia y el acceso a los derechos civiles, políticos y sociales de sus ciudadanos, tal como son consagrados por la Carta Política” (CODHES y UNICEF, 1999: 160), representado principalmente por las instituciones destinadas a atender los efectos generados por el desplazamiento forzado, tales como congreso de la república, gobierno nacional, instituciones gobierno territorial, organismos de control.

Este punto es esencial en la comprensión de la transformación de los derechos de las mujeres, ya que dentro de la política pública, el Estado colombiano es el único responsable de garantizar los derechos de la población desplazada, evidenciando que la soberanía juega un rol fundamental, lo que a su vez da cuenta de la no intervención de la comunidad internacional.

#### *Acceso a la salud de las mujeres desplazadas*

El desplazamiento forzado es un fenómeno que ha sido generado por el conflicto armado que se vive en Colombia y que obliga a un gran número de mujeres a “huir luego de haber experimentado una situación límite que destruye los referentes que antes proporcionaban un marco de normalidad a la vida diaria” (Riaño, 2008:396). Es

entonces cuando las mujeres se desplazan hacia las principales ciudades de Colombia, siendo Bogotá uno de los primeros lugares de recepción de este grupo poblacional.

Es importante señalar que las mujeres desplazadas deben afrontar múltiples eventos negativos, que sin duda inciden directamente en su salud y que se relacionan principalmente con “las largas jornadas de marcha, la pérdida de seres queridos durante el conflicto o como consecuencia de enfermedades no tratadas a tiempo, los cambios climáticos y de alimentación, entre otros aspectos” (Mogollón, 2005: 31). Lo que evidencia la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres luego de haber tenido que abandonar sus tierras.

Al momento de desplazarse y llegar a las ciudades, las mujeres cuentan con escasos recursos económicos, debido en gran medida a la pérdida de sus bienes de subsistencia y a los problemas para la generación de nuevos ingresos (Mogollón y Vásquez, 2006:100). Esta difícil situación económica que el desplazamiento forzado trae consigo, es la principal limitante para el acceso a la salud.

La pobreza unida a los problemas de saneamiento básico convierte a la población desplazada “susceptible de adquirir enfermedades infecciosas que afectan a todas las personas, problemas de desnutrición que se derivan de los alimentos que pueden consumir las mujeres, lo que a su vez favorece el desarrollo de patologías de diversa índole, como el parto prematuro” (Ibid, 2006:101).

Además dentro de este territorio se pueden identificar problemáticas ambientales que afectan de manera directa las condiciones de salud de las mujeres desplazadas, entre ellos se pueden nombrar: el manejo inadecuado de residuos sólidos, contaminación hídrica debido a la ocupación ilegal de la ronda del río, contaminación atmosférica por emisiones de gases originada por el alto tráfico vehicular y una alta contaminación auditiva debido al incremento de sectores comerciales, así como zonas de amenaza por inundación de las riveras del río Tunjuelito, que no se encuentra canalizado.

En cuanto a salud, Patio Bonito cuenta con un nivel 1 de atención reflejado en: Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI), Unidad Básica de Atención en salud

(UBA), Unidad Primaria de Atención en salud (UPA), centro de atención ambulatoria, empresas sociales de salud del estado e instituciones privadas de salud equivalentes al nivel 1 de atención, lo que permite evidenciar que no se cuenta con personal e instrumentos adecuados para casos que requieran una atención especializada.

Es importante mencionar que Colombia reformo el sistema de salud adoptando el modelo de competencia gestionada<sup>5</sup>, que ha generado múltiples barreras en el acceso a la salud de los grupos más vulnerables, en especial de las mujeres que han sido víctimas del desplazamiento forzado. A partir de la ley 100 del 93, se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que a su vez se encuentra reflejado en dos esquemas: el régimen contributivo para la población asalariada y el subsidiado para la población con menor capacidad económica. La población que no logra ser afiliada en ninguno de los dos regímenes se denomina “vinculada”, y su atención es provista por instituciones contratadas por el Estado con este fin, a pesar de esto, de acuerdo con lo referido por las mujeres desplazadas, muchas personas que no se encuentran registradas en el sistema de salud, no son atendidas dentro del mismo, por lo que deben acudir a instituciones privadas, o por el contrario dejar de acudir a instituciones que brindan atención en salud.

Asimismo, de acuerdo con la información recolectada con las mujeres desplazadas, se presentan problemas para acceder al sistema de salud que las colocan en un mayor nivel de vulnerabilidad afectando directamente la garantía de este derecho. Una de las principales barreras de acceso es la doble afiliación, ya que las mujeres desplazadas refieren que por las condiciones mismas del desplazamiento no pudieron cancelar la afiliación en donde residían, y una vez que llegan a Bogotá, específicamente a Patio Bonito han tenido inconvenientes en la atención, tal como lo muestra la siguiente afirmación “cuando fui a la UPA a que me atendieran, me dijeron que no me podían atender porque yo aparecía afiliada en salud condor, y que no podía estar afiliada dos veces” (Adelaida, 29 años, octubre de 2011).

---

<sup>5</sup> Este modelo se caracteriza “por la introducción de un mercado regulado en el que numerosas aseguradoras compiten por la afiliación de la población. Colombia es uno de los primeros países de la región en adoptar este tipo de modelo con la reforma introducida por la ley 100 de 1993” (Vargas, 2009:11).

Además de esto, tal como lo menciona González (2002), las mujeres desplazadas deben acreditar su condición, lo que implica contar con un documento que los identifique, lo que en la mayoría de los casos implica que ellas deban contar una y otra vez su historia para hacer la denuncia de los hechos, lo que según el autor es otra barrera de acceso a los servicios de salud “Con frecuencia los miembros de la población desplazada no cuentan con documentos de identificación porque huyeron de sus hogares, pero también pudiera ser que nunca lo gestionaron o los destruyeron para evitar ser identificados” (González, 2002:106). Esto fue manifestado por las mujeres “cuando me vine para Bogotá, tuve que salir rápido solo tenía veinte mil pesos, con eso me vine para acá, yo no alcance a coger nada, mis papeles se quedaron allá y aquí no me han querido atender porque no tengo ningún documento” (Judith, 45 años, octubre de 2011). En el momento de inscribirse dentro del sistema de salud, se debe en primer lugar revisar del acceso al Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales SISBEN (CICR- PMI, 2007). Esto se convierte en un problema en la accesibilidad a la salud, ya que no solamente se encuentra dificultad en la atención en los centros de salud, sino también se evidencia dificultad para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) en la ciudad, “hacen referencia a la falta de visitas domiciliarias para ser “sisbenizados”, a poseer un carnet de otra cabecera municipal, a la falta de información sobre los procedimientos a seguir, a las dificultades para el reconocimiento de sus derechos por el traslado de la documentación y en otros casos por tener que afiliarse nuevamente” (González, 2001: 108).

Asimismo, dentro del régimen subsidiado en la red urbana emergen barreras relacionadas con el funcionamiento de un mercado con múltiples aseguradoras y proveedores (Vargas, 2009:187), lo que puede llevar al rechazo de la población que no se encuentra asegurada o tiene pocos ingresos, por lo tanto el hecho de encontrarse dentro de este régimen de salud, no significa que la población desplazada tenga un acceso adecuado a los servicios de salud, que a su vez se traducen en la no garantía del derecho a la salud.

De igual manera las mujeres mencionaban que muchas personas no son atendidas con la carta de desplazamiento, esto evidencia el desconocimiento que tienen los funcionarios pertenecientes al sector salud, de los derechos de este grupo poblacional y los diferentes instrumentos de protección que se han generado a nivel nacional y distrital, lo que a su vez genera problemas en el acceso y consecuencias en la salud de las mujeres “a mí me dijeron que con la carta me atendían, pero cuando fui a la UPA, me dijeron que solo me atendían con el carné del seguro y no me quisieron atender” (Narliz, 31 años, octubre de 2011).

Otra de las dificultades señalada, se encuentra relacionada con la solicitud de citas, ya que según lo mencionan, las fichas son muy pocas con relación al número de personas que solicitan el servicio, o no se pueden comunicar a través de la línea para solicitar las mismas. Aunque cabe decir que si se logra acceder a las citas médicas, el nivel de satisfacción de las mujeres desplazadas no es muy bueno, ya que ellas manifiestan que los funcionarios no están capacitados para trabajar y atender a la población desde un enfoque diferencial “Los médicos no nos dan un trato adecuado, yo me siento atropellada y maltratada, además la mayoría de medicamentos no los cubren las EPS por lo toca debe buscar recursos para poder comprarlos” (Claudia, 24 años, octubre de 2011).

Además de esto, el bajo nivel de información sobre sus derechos y deberes en salud, y el desconocimiento que tienen las mujeres con relación a las políticas diseñadas para su atención, constituyen otras de las barreras para la población desplazada en cuanto al acceso a los servicios de salud.

Es importante mencionar que aunque la Ley 100 de 1993<sup>6</sup>, buscó mejorar la prestación de servicios de salud, los resultados no han sido del todo satisfactorios. “Por una parte, la cobertura de atención en la parte curativa continúa siendo muy reducida, a pesar de que se han implementado estrategias de aseguramiento de la calidad en la

---

<sup>6</sup> Esta ley reforma el Sistema de salud en Colombia, los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. La población desplazada no se reconoce explícitamente dentro de la ley, ya que es hasta 1997 que se reconoce al desplazado en Colombia.

prestación de los servicios, existen deficiencias que se visualizan en la infraestructura, en los tiempos de espera, en la baja cobertura de los programas existentes, etc.” (González, 2002: 38) lo que incide directamente en la garantía del derecho a la salud de las mujeres desplazadas, ya que se evidencian fallos en el sistema que perjudican a la población al momento de acceder al mismo.

De igual manera, como consecuencia de las circunstancias vividas durante el desplazamiento y su posterior asentamiento en la ciudad, “profesionales de la salud y usuarios consideran que la población en condición de desplazamiento sufre un alto compromiso de su salud mental” (Mogollón y Vásquez, 2005:103), manifestados en miedo, depresión, angustia y cambios en el comportamiento. A pesar de esto se evidencia que la población desplazada no tiene la atención que requiere para mitigar los impactos emocionales, derivados del conflicto, desconociendo muchas veces la importancia que tiene el trabajo psicosocial en su estabilidad emocional.

Es importante señalar que otro problema presente en la garantía del derecho a la salud de las mujeres, tienen que ver con el alto impacto sobre su estabilidad psicosocial y que

Son los derivados de la violencia sexual, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, la maternidad temprana (los embarazos también podrían convertirse en un problema complejo por la asistencia tardía, en estadios avanzados de gestación, a los controles prenatales y su mayor frecuencia en adolescentes desplazadas), el compromiso de la salud mental, los trastornos relacionados con la alimentación (Ibid, 2005: 33).

Lo que incide directamente sobre la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, que constantemente son vulnerados a las mujeres no solo en las zonas de origen y tránsito, sino también en las ciudades receptoras por parte de las instituciones de salud, según lo mencionado “se demoran para dar a las mujeres los métodos para planificar, por lo que muchas de las señoras han quedado embarazadas en el proceso de espera de métodos de planificación” (Nancy, 34 años, octubre de 2011).



Como se evidenció, las mujeres que se encuentran en situación de desplazamiento sufren múltiples problemáticas para acceder a los servicios de salud, y a pesar de que se encuentran dentro de un grupo vulnerable y de protección especial, las barreras de acceso tanto económicas como institucionales, promueven la vulneración del derecho a la salud de este grupo poblacional.

### **Una mirada al refugio desde la política pública en el caso ecuatoriano**

Si bien es cierto que la soberanía juega un papel importante dentro de las migraciones forzadas al ser vistas tradicionalmente “como un asunto reservado para los Estados, quienes ejercen su derecho soberano a regular el ingreso de no nacionales a su territorio” (Balda, 2008:34), esta puede verse restringida por la normativa internacional en materia de refugio, lo que a su vez implica una mayor protección para aquellas mujeres que han sido víctimas del conflicto y han tenido que desplazarse de manera forzada hacia el Ecuador.

Sin embargo, es importante mencionar que “si bien se ha desarrollado un régimen internacional de protección a refugiados, su aplicación depende de la voluntad política de los Estados (Ibid, 2008:41). Lo que a su vez implica que la posibilidad de incluir y aplicar dicha normativa internacional, dentro del marco de la normativa ecuatoriana, más que una obligación legal es una obligación moral.

Para el caso ecuatoriano, se puede decir que el gobierno ha tenido esa voluntad política, que apunta a garantizar los derechos de las mujeres. Por ende Ecuador como el principal país receptor de población refugiada colombiana ha suscrito y ratificado diferentes instrumentos internacionales en materia de refugio, así como de derechos humanos, lo que implica la adopción de compromisos para garantizar los derechos de las víctimas, además de “la obligación de implementar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y políticas que garanticen el pleno ejercicio de los derechos y responsabilidades de esta población” (Benalcázar, 2004:122).

En cuanto a la respuesta actual del gobierno ecuatoriano en materia de refugio, se puede decir que se encuentra relacionada con una tradición de acogida y protección humanitaria. Este gobierno ha creado un marco jurídico que,

Si bien acoge la normativa internacional y los principales referentes de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario, es hoy valorado como insuficiente e, incluso, algunas veces contrario a la normativa internacional, lo que a su vez desencadena en una inestabilidad institucional y descoordinación en la aplicación de las políticas (Riaño y Villa, 2008:89).

Dicho marco jurídico se encuentra dividido en leyes, Decretos Ejecutivos y Acuerdos Ministeriales, además de una serie de Planes y Programas que inciden en el tratamiento del refugio, como el Plan Nacional de Derechos Humanos, el Plan Operativo de Migrantes, Extranjeros, Refugiados y Apátridas, así como por Acuerdos Ministeriales sobre acceso a servicios de salud, educación y acceso al trabajo. Que presenta múltiples debilidades, relacionadas principalmente con la fragmentación, la normativa aislada y una amplia definición de refugio que no recoge las especificidades propias del fenómeno que se vive en la región a causa del conflicto colombiano.

Dentro de la protección de derechos de la población refugiada, el gobierno ecuatoriano dentro de su política, protege de igual manera a quienes desconocen sus derechos, como a quienes necesitan apoyo en la legalización de su estatus migratorio, por ende

Se implementará un “modelo mixto” en la protección de las personas que la necesiten. Este modelo da respuesta a posibles flujos masivos de refugiados y a las solicitudes individuales, y legaliza a las miles de personas que se llaman “invisibles” porque no se han atrevido a acercarse a nuestras instituciones públicas o porque desconocen que tienen derechos en el Ecuador (Política del Ecuador en materia de refugio, 2008:15).

Si bien es cierto que el gobierno del Ecuador da el mandato al grupo de trabajo interministerial, además de la Secretaría Nacional del Migrante (SENAMI), el ACNUR y la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), para ser los responsables de la implementación de la política y de informar de manera pública sobre

los avances, debe existir una “corresponsabilidad y cooperación recíproca en la búsqueda de soluciones concretas, duraderas, dignas y sustentables para todos los ciudadanos colombianos solicitantes de refugio que se encuentran en el Ecuador, garantizando la protección y el respeto de los derechos humanos de todos los ciudadanos que necesitan protección internacional” (Ibid, 2008:16). En esta medida el gobierno apunta hacia una “sociedad que garantice el acceso de todos sus miembros, sin excepción, a un nivel de vida digno, a un nivel de bienestar que responda a la satisfacción de sus necesidades básicas, así como la garantía, por parte del Estado, al ejercicio efectivo de sus derechos ciudadanos” (Ibid, 2008:19).

Es importante decir que el gobierno ecuatoriano reconoce a la población refugiada como una de las más vulnerables, por el ambiente de violencia del que provienen, la desprotección del Estado colombiano, además de llegar a un país que es extraño, que muchas veces discrimina y que genera impactos negativos en su bienestar, reflejados en su salud mental y física. Sin embargo, aún no se puede hablar de una garantía total de los derechos de esta población dentro del territorio ecuatoriano.

En este sentido el gobierno ecuatoriano asume una responsabilidad de proteger a las mujeres refugiadas, desde un trabajo conjunto con diferentes actores que a su vez apoyan en la garantía de sus derechos, promoviendo condiciones de vida adecuadas (esto no quiere decir que todas las mujeres refugiadas cuentan con un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias), y tal como mencionaron las mujeres, el derecho a la salud de ellas en el Ecuador, es uno de los derechos con mayor protección, ya que a pesar de las dificultades que pudieran referir, ellas reconocen que si cuentan con el acceso adecuado, a pesar de esto se evidencia que dentro de la normativa ecuatoriana no existe lineamientos específicos que apunten a garantizar el derecho a la salud de mujeres refugiadas, teniendo en cuenta su condición de vulnerabilidad y los instrumentos internacionales que las protegen.

#### *La salud de las mujeres más allá de las fronteras*

Cómo se observó anteriormente, las mujeres desplazadas deben enfrentarse a múltiples problemáticas relacionadas con la garantía del derecho a la salud, evidenciado en el

acceso al mismo. Esta situación, unida a la constante vulneración de derechos lleva a las mujeres a desplazarse fuera del país en busca de mejores condiciones de vida. Por tal motivo es importante mencionar que dentro de la Constitución de la República del Ecuador, se reconoce en su art. 32 a la salud como un derecho garantizado por el Estado y en el art. 362 dice: “Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación”. Asimismo, en su art. 41 se menciona que “las personas que se encuentren en condición de asilo o refugio gozarán de protección especial que garantice el pleno ejercicio de sus derechos”, lo que crea un marco normativo de garantía del derecho a la salud de las mujeres refugiadas.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el gobierno a través del Ministerio de Salud Pública ha trabajado en la universalidad y la gratuidad. Pero “aún existen algunas limitaciones en el proceso, que afecta a la población que vive en el país y probablemente pudiera tener un impacto mayor sobre la población refugiada” (Herreros, 2009:400). Es importante mencionar que aún existen algunos servicios que no son gratuitos, como es el caso de algunos tipos de medicinas, exámenes complementarios de diagnóstico.

Ahora cuando las mujeres llegan a Ecuador, al igual que en el desplazamiento un gran número de ellas se insertan en las principales ciudades, específicamente en los sectores más pobres, como es el caso del Comité del Pueblo en Quito, donde se encuentra un gran número de mujeres en situación de refugio, que se ven enfrentadas a múltiples obstáculos para su reinserción en el nuevo territorio.

En Ecuador los servicios públicos de salud está dividido en Hospitales, jefaturas de salud, centros, sub centros y puestos de salud del Ministerio de salud pública, las unidades de salud municipales, los servicios del consejo provincial de Pichincha y los dispensarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. En el comité del pueblo se encuentran: el Centro salud N°9 con servicios de odontología, laboratorio, rayos x, terapia familiar, ecografías, maternidad; sub centro 6 de Julio, sub centro Comité del Pueblo 1-e, medicina general y sub centro la Bota.

En relación a lo referido por las mujeres, uno de los problemas que tienen con el acceso a la salud son los estereotipos negativos de la población colombiana y más aún de la población refugiada que hacen que ciertos prestadores de servicios de salud tengan conductas y acciones discriminatorias, como lo refiere una de las mujeres entrevistada “el personal es grosero, no me quisieron atender y me cerraron la puerta en la cara” (Margarita, 36 años, marzo de 2013).

En el caso de la mujer, como cabeza de hogar, la decisión de asistir a los servicios de salud se torna particularmente difícil. Con frecuencia carece de medios para dejar a los menores a su cargo o debe escoger entre la realización de actividades que suponen un ingreso económico y la solución de sus propios problemas de salud, que muchas veces las llevan a recurrir a sus propios remedios caseros, de acuerdo con el siguiente testimonio “cuando uno se enferma no va al médico, yo no he ido al médico aquí, uno se toma cualquier cosita y ya” (Elizabeth, 43 años, marzo de 2013).

El pago de medicamentos para enfermedades crónicas o algunos exámenes puede constituirse como un obstáculo en el acceso a la salud para muchas mujeres refugiadas, ya que como se mencionó anteriormente, no cuentan con los recursos económicos suficientes para pagar medicamentos de alto costo, según lo refiere la siguiente cita “a veces toca comprar las medicinas, porque no nos dan las más caras” (Blanca, 32 años, marzo 2013.)

Sin embargo según lo mencionado por algunas de las mujeres, la organización Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS) les brinda ayuda para adquirir los medicamentos que no cubre el seguro “yo fui a HIAS y me pidieron una cotización de los medicamentos y me dieron los más costosos” (Laura, 36 años, marzo de 2013), lo que a su vez evidencia la importancia de la comunidad internacional en la protección de esta población.

También se refiere que en algunas ocasiones existen problemas de acceso a la salud debido al número de personas que requieren atención, por lo que deben buscar

ayuda en otras instancias que promuevan la garantía del derecho a la salud. Esto permite evidenciar la existencia de diferentes actores que aportan en la garantía de los derechos de las mujeres refugiadas y que a su vez promueven unas condiciones de vida digna para ellas y para sus familias, tal como se menciona a continuación:

No hemos podido ser atendidos en el centro de salud del Comité, hay demasiada fila y uno por no ser de acá no lo atendían, una vez mi hija tenía hepatitis y no nos dieron atención oportuna entonces fuimos al hospital Vozandes ya que estamos inscritos, gracias a la iglesia menonita allá nos dijeron que necesitábamos si comida, educación y yo dije que salud entonces que fuéramos a Vozandes y que íbamos de parte de Manos Globales, le hacen a uno la visita en la casa los trabajadores sociales y nos inscribieron a todos. En Vozandes uno paga pero son precios mínimos, por ejemplo una cita cuesta 13 dólares pero nosotros pagamos 2,90 así también es con las medicinas lo tratan a uno muy bien (Evangelidad, 47 años, marzo de 2013).

Por otro lado, se evidencia que “ciertos trámites y procesos administrativos son demasiado largos y complejos, y al no considerar ciertas particularidades de la población refugiada hace que el acceso al servicio no sea viable” (Ortega, Ospina, 2012:148), esto a su vez dificulta el acceso a la salud de las mujeres de acuerdo a lo referido por ellas “Yo llamo por teléfono para pedir la cita y me la dan después de un mes” (Alicia, 25 años, marzo de 2013).

Asimismo, un aspecto que las mujeres reconocen como una falencia es la precaria atención para especialidades, ya sea por la inexistencia del servicio solicitado o la escasez de profesionales e instrumentos, lo que dificulta una atención oportuna y eficaz. “fui a pedir una cita en el centro de salud con el especialista, ya que tenía un problema de riñón, pero se me demoraba dos meses” (Rosalba, 56 años, marzo de 2013).

Aunque algunos de los impactos generados por el desplazamiento persisten en el refugio, es importante señalar que parte de las mujeres refugiadas tienen la posibilidad de acceder a atención psicológica, lo que permite disminuir el riesgo emocional derivado del conflicto armado. Si bien es cierto que en las mujeres aún persiste el miedo, muchas de ellas refirieron que en Ecuador se sienten seguras y están más tranquilas “mis hijos y

yo hemos tenido asistencia psicológica aquí en el HIAS, nos han atendido bien” (Yolanda, 43 años, marzo de 2013).

Aunque existen múltiples obstáculos en el acceso a la salud de las mujeres refugiadas, según lo mencionado por ellas mismas, el servicio de salud es mejor en Ecuador que en Colombia, rescatándose los siguientes aspectos: las mujeres son atendidas solamente con la visa de refugio o la cédula colombiana, ninguna manifestó haber tenido dificultad para acceder al servicio con este tipo de documentación. A pesar de que algunos medicamentos tienen costo ellas reconocen la gratuidad en el servicio o su bajo costo. “Hemos sido atendidos en el centro de salud o en el hospital, es sencillo, ni piden papeles, es gratis, aunque hay medicamentos que no tienen y toca comprarlos” (Elizabeth, 43 años, marzo de 2013).

La salud, es entonces reconocida como uno de los derechos que son garantizados a las mujeres que se encuentran en situación de refugio:

Este es el aspecto mejor valorado por la población refugiada colombiana, a pesar de que aún se siguen presentando casos puntuales de discriminación por nacionalidad en algunas instituciones públicas. Las posibilidades en el acceso corresponden con las políticas de gratuidad y universalidad adelantadas por el actual Gobierno ecuatoriano (Ortega y Ospina, 2012:157).

De igual manera las mujeres manifestaron que el acceso a la salud en Ecuador es posible, y si bien existen falencias, todas ellas han tenido la oportunidad de ser atendidas, independientemente de la documentación que tengan. Además, las mujeres cuentan con otras alternativas para el acceso a la salud, derivadas del trabajo mancomunado entre diferentes organismos de la comunidad internacional e instituciones ecuatorianas que trabajan en el sector salud, lo que resulta de los compromisos internacionales que se han adquirido en materia de refugio.

Como se pudo observar en el capítulo, las condiciones de salud de las mujeres que han sido obligadas a desplazarse dentro y fuera del territorio colombiano, presenta problemáticas similares que afectan de manera directa su acceso a la salud. Asimismo, se evidencia que el trabajo que han venido desarrollando los Estados para garantizar la

protección de los derechos de este grupo poblacional, se encuentra enmarcado por la construcción de políticas que hacen la diferencia en la intervención. Esto a su vez permite evidenciar que a pesar de vivenciar experiencias similares, el acceso a la salud se puede ver restringido para las mujeres que han sido desplazadas, por considerarse este, como un problema nacional en el que solo puede incidir el gobierno colombiano, mientras que para las mujeres refugiadas a pesar de los problemas que puedan presentarse, se observa que tienen menos barreras en el acceso a la salud y una mayor protección por parte de la comunidad internacional lo que incide de manera directa en sus condiciones de vida y en la posibilidad de integrarse dentro de las comunidades a las que arriban.



### **CAPÍTULO III**

## **LA SALUD ENTRE LA POLÍTICA DE DESPLAZAMIENTO Y LA POLÍTICA DE REFUGIO**

Es importante hacer visible que la experiencia de las mujeres que han sido víctimas del conflicto armado es una constante más allá de las fronteras, sin embargo el ejercicio de sus derechos se transforma a la vez que la política de atención se transforma dentro y fuera de las fronteras nacionales, lo que evidencia el nivel de garantía del derecho a la salud que pueden tener, a pesar de que las vivencias tanto en el desplazamiento como en el refugio sean relativamente similares.

Como se observó anteriormente las políticas en materia de refugio como de desplazamiento, son construidas a partir de la visibilización de las problemáticas, debido a su magnitud y al impacto que están generando a nivel tanto nacional como internacional. Sin embargo, a pesar de que con estos fenómenos se está hablando de migración forzada y que las vivencias de las personas que son obligadas a desplazarse dentro o fuera de la frontera son similares, el desplazamiento y el refugio han sido abordados de manera independiente.

Ahora bien, una de las principales diferencias que se observó, con relación al acceso a la salud de las mujeres desde el marco de la política pública, se relaciona con el reconocimiento de las personas que se encuentra en situación de desplazamiento o en situación de refugio. Si bien es cierto que la política recoge distintos instrumentos de protección para estos grupos poblacionales, se evidencia que en el caso de la población desplazada para que sus derechos sean reconocidos, deben estar registrados dentro del Sistema Único de Registro de Población Desplazada, este es un problema para la garantía de derechos de esta población, en la medida en que un gran número de personas, no se registran en este sistema por miedo o desconocimiento, lo que evidencia que parte de quienes han sido desplazados se encuentran desprotegidos por el Estado, a pesar de que dentro de la política son reconocidos como un grupo de atención prioritaria, además de evidenciarse que los derechos, entre ellos la salud, se encuentran restringidos, lo que quiere decir que no toda la población tiene acceso a ellos. Asimismo, se presenta que las personas que no cuentan con documento, o tienen una

doble afiliación en el sistema de salud, no tienen la posibilidad de acceder a los servicios que le garanticen su derecho.

En el caso de la población refugiada, se puede decir que el gobierno actual del Ecuador, ha mostrado gran preocupación por quienes arriban a su país por motivos del conflicto armado colombiano, esto se evidencia en la Constitución Política del 2008 y en la política en materia de refugio, que en sus diferentes apartados reconocen a las personas extranjeras los mismos derechos de los nacionales, de esta manera la población refugiada cuenta con todos los derechos en el territorio ecuatoriano, a excepción de los derechos políticos. Por ende el derecho de la salud de las mujeres y en general, de la población refugiada se encuentra garantizado, independiente de la nacionalidad y la documentación con la que se cuente. Sin embargo es importante tener en cuenta la nueva normativa que se está generando en el Ecuador con relación al refugio, por ejemplo el decreto 1182, y los impactos que pueden tener en el reconocimiento del estatus de refugiado y por ende los derechos que deben ser garantizados a este grupo poblacional.

Por otro lado se evidencia que el factor económico se ha convertido en un elemento fundamental en la garantía del derecho a la salud de las mujeres desplazadas, a pesar de que el Estado tiene un compromiso en la protección de esta población. El sistema de salud con el que cuenta Colombia ha generado que la salud no sea considerado un derecho, sino más bien sea visto como un servicio por el que se debe pagar para poder acceder, es entonces cuando las mujeres se ven enfrentadas a diferentes problemáticas relacionadas con el acceso, ya que no cuentan con recursos suficientes ya sea para movilizarse, o para comprar los medicamentos.

Esto por su parte, no se convierte en barrera para las mujeres refugiadas en la medida en que Ecuador reconoce servicios de salud universales y gratuitos, es decir, todas las personas independiente de su nacionalidad y estatus, tienen la posibilidad de acceder a los servicios de salud, y aunque a la fecha no todos los medicamentos son gratuitos y existan falencias en atención en especialidades, el trabajo conjunto por parte de los actores internacionales, permiten a las mujeres refugiadas obtener medicamentos

y servicios de salud, que no se encuentran cubiertos dentro del sistema, esto apunta a su vez, a visibilizar la importancia de la protección internacional en la garantía de los derechos de la población que se encuentra en situación de riesgo y vulnerabilidad.

De acuerdo con esto la soberanía juega un rol fundamental en la construcción de políticas en materia de migración forzada, y por ende en la garantía de los derechos y protección de las víctimas, ya que a pesar de que mujeres desplazadas y refugiadas vivencian experiencias similares, como se ha evidenciado no cuentan con la misma protección, ni con la misma atención y servicios en materia de salud, lo que conlleva a una mayor riesgo, además de unas condiciones de vida precarias para ellas y para sus familias.

En este sentido es importante reconocer que las mujeres desplazadas y refugiadas arriban a barrios que presentan múltiples problemáticas sociales y ambientales. En ambas situaciones las mujeres cuentan con escasos recursos económicos, por lo que las lleva a insertarse en los barrios más pobres de las principales ciudades, que aumentan sus condiciones de vulnerabilidad y las colocan en un mayor riesgo. Si bien es cierto que las mujeres refugiadas deben llegar a un nuevo país, es necesario reconocer que las mujeres desplazadas, a pesar de que se encuentran dentro de su país, llegan a un territorio totalmente nuevo, por lo que se pueden presentar similitudes en las problemáticas que deben enfrentar. Esto por su parte, no ha sido tenido en cuenta en la política, ni en materia de salud, ya que al ubicarse en estos sectores no se cuenta -en su entorno cercano- con una red de salud que pudiera atender problemáticas que requieran de un nivel de especialización.

Lo que permite evidenciar que las mujeres desplazadas y refugiadas tienen poco acceso a servicios especializados, ya que como se mencionó anteriormente, en su entorno cercano los servicios de salud tienen un servicio limitado. Esto por su parte, se convierte en una barrera de acceso para las mujeres ya que según lo refirieron, el tiempo de asignación de citas con especialistas puede sobrepasar los dos meses, lo que puede agravar sus condiciones de salud, o llevar a las mujeres a dejar su salud en un segundo plano.

Si bien es cierto que la salud cobra gran importancia en la garantía de un nivel de vida adecuado, las mujeres migrantes forzadas en su calidad de desplazadas o refugiadas, por los roles que han debido asumir, relacionados principalmente con el trabajo productivo, sumado a sus precarias condiciones económicas, no han tenido como prioridad su salud. Situación que se agrava por la presencia de las múltiples barreras de acceso a las que se deben enfrentar y que no han sido consideradas en las políticas públicas, lo que se evidencia en el poco acompañamiento que se hace a las mujeres, además de la poca participación de estos grupos poblacionales en materia de prevención.

### **Protección internacional desde la institución para mujeres desplazadas y refugiadas en materia de salud**

Aunque las mujeres desplazadas, tienen problemáticas similares y las mismas necesidades cuando su estatus cambia al de refugiadas, es importante reconocer que en materia de protección, las mujeres desplazadas no se encuentran cubiertas por la Convención de 1951, ni por el Estatuto del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), al no haber cruzado una frontera internacional.

Se evidencia entonces que a la fecha no existe ningún organismo ni tratado internacional que trabaje específicamente el tema del desplazamiento forzado y tal como se menciona, “la respuesta internacional a los desplazamientos internos ha sido, pues, selectiva, desigual y, en muchos casos, inadecuada. Numerosos desplazados internos no se benefician ni de asistencia, ni de protección internacional” (ACNUR, 2001: 26).

Esta es la principal diferencia que existe entre el desplazamiento forzado y el refugio frente a la generación de política pública y a las instituciones que compromete, ya que a pesar de que existe una normativa que protege a la población desplazada en Colombia, aún no se hace evidente que la comunidad internacional tenga una preocupación sobre la situación de las mujeres desplazadas, basándose principalmente en el tema de la soberanía nacional que restringe su intervención.

Si bien es cierto que la mayor atención se encuentra en el refugio, al ser este un problema que atraviesa fronteras y por consiguiente que está afectando a una comunidad internacional, se deja de lado la raíz de dicha problemática que continua aumentando. Ahora, si la problemática del desplazamiento forzado continúa en crecimiento, es innegable que la dimensión del refugio también lo será.

Además de evidenciarse que a pesar de que las experiencias de las mujeres son similares dentro de los contextos de desplazamiento y refugio, la garantía de sus derechos es diferente, al ser restringidos para las mujeres desplazadas por encontrarse dentro de un territorio que se encuentra delimitado, y que tiene la potestad de decidir la manera y el nivel de garantía de unas condiciones de vida digna para quienes han sido víctimas de un conflicto; y más amplios fuera del territorio, al considerarse una problemática que afecta a toda una comunidad internacional, que requiere disminuir los impactos que se puedan generar, a través del cumplimiento de compromisos adoptados en los diferentes instrumentos internacionales, y por ende a través de la garantía de los derechos de la población refugiada.

Aun así, es importante reconocer que las instituciones internacionales han jugado un rol fundamental en la garantía del derecho a la salud de las mujeres tanto desplazadas como refugiadas. Sin embargo, este rol no tiene la misma injerencia en el ámbito internacional y nacional, si se tiene en cuenta que en el ámbito internacional se habla de un carácter de obligatoriedad, mientras que las instituciones en el plano nacional, solo podrían intervenir si fuera requerido por el gobierno.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario mencionar que la principal institución en materia de protección de los derechos de la población víctima del conflicto armado, a través de la migración forzada, es el ACNUR que se crea con la función de supervisar y coordinar la acción internacional en favor de la protección de los refugiados en el mundo. Si bien es cierto que el ACNUR, se encarga principalmente de la protección de la población refugiada, en el caso de Colombia, también ha trabajado por los derechos de la población desplazada, por pedido del gobierno nacional. El ACNUR se interesa por los desplazados internos porque las causas y

consecuencias de su huida forzada están con frecuencia estrechamente relacionadas con las de los movimientos de refugiados.

Ahora, cuando se está hablando de refugio, el ACNUR actúa en el terreno y coordina la labor de todas las instituciones internacionales que se encuentren en el mismo, teniendo en cuenta que dentro de la política, este organismo tiene responsabilidad en la protección de los derechos de las víctimas. La apertura de sus oficinas en Ecuador, a partir del 2000, responde al incremento de la búsqueda de refugio de colombianos en los países de frontera –especialmente en Ecuador- y a la necesidad de contribuir a fortalecer la respuesta del Estado ecuatoriano en este campo.

El objetivo del ACNUR en las zonas urbanas con relación a la salud, es que los refugiados accedan a servicios de salud de calidad a un nivel similar al de los nacionales. Por ende, el papel principal del ACNUR es promover y facilitar que los servicios de salud de calidad estén disponibles para los refugiados y que puedan acceder a ellos. Esto a su vez, se relaciona directamente con la situación de salud de las mujeres refugiadas que como se evidenció, en este grupo poblacional se presenta una mayor accesibilidad a los servicios de salud que en las mujeres desplazadas.

Es importante señalar que a nivel de protección internacional el ACNUR, tiene la responsabilidad de recordar a los gobiernos las obligaciones que han adquirido con relación a la protección de la población refugiada, para que puedan alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental. Este acompañamiento y trabajo en red, promueve el cumplimiento de derechos de la población refugiada en el Ecuador, evidenciando las problemáticas que sufren, pero además aportando en soluciones que apuntan a mejorar sus condiciones de vida.

Con el ánimo de mejorar las condiciones de vida de esta población, el ACNUR tiene como objetivo apoyar las actividades de prevención y los servicios de salud para los refugiados que sean de fácil acceso, en particular a través del sector público. Aboga para que los servicios prioritarios de salud primaria y de emergencia estén a disposición de los refugiados a un costo similar, menor o sin costo cuando los servicios de salud

son gratuitos que los nacionales en el sector público, especialmente para mujeres que buscan servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

Asimismo, el trabajo que realiza el ACNUR vincula a diferentes organizaciones, que de igual manera están encargadas de la protección de los derechos de la población refugiada específicamente. Cabe decir que si bien existen varias organizaciones que velan por la garantía del derecho a la salud, en el presente trabajo solo se mencionará el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y HIAS<sup>7</sup>, ya que el CICR, ha trabajado con ambos tipo de migrantes forzados, y el HIAS a su vez, ha tenido un rol importante en la garantía del derecho a la salud de las mujeres refugiadas.

Frente al CICR se puede decir que aunque no tienen el mandato general de brindar ayuda y protección a los desplazados internos; a través de los años, este organismo ha ofrecido ayuda limitada a determinados grupos de desplazados internos, dada su experiencia en situaciones humanitarias y de crisis. De acuerdo con su injerencia se puede decir que aunque tiene un trabajo directo con población desplazada, su intervención dista mucho, de ser la misma intervención con población refugiada, ya que el hecho de encontrarse dentro de un territorio que es regido por un mandato que se fundamenta en la soberanía, limita su intervención.

Esta intervención, se podría decir que no apunta a mejorar las condiciones de vida de las personas que se encuentran en situación de desplazamiento, sino que pretende aportar en la atención humanitaria de emergencia, lo que indica que la mayor intervención se encuentra en el momento en el que llega la población a las ciudades receptoras. Es importante señalar que el CICR, no tiene como objetivo principal la protección o atención de la población refugiada, por lo que su responsabilidad frente a los migrantes forzados, no presenta el mismo nivel de obligatoriedad que tiene el ACNUR por ser un ente que se encarga específicamente de este grupo poblacional.

---

<sup>7</sup> *Hebrew Immigrant Aid Society por sus siglas en ingles*

Asimismo, uno de los nuevos socios del ACNUR es HIAS, que se encarga de la asistencia psicosocial (desde la separación de ACNUR con la Iglesia) mediante el Método para el Cambio (MPC). HIAS apoya la asistencia humanitaria y en un comité de soluciones duraderas analiza la mejor forma de apoyar cada uno de los casos de las personas en situación de refugio. Además de brindar a la población refugiada los medicamentos que no cubre el sistema de salud, de acuerdo con lo mencionado por las mujeres refugiadas.

Además el HIAS en el Ecuador, ha jugado un papel importante en la garantía del derecho a la salud de las mujeres refugiadas, ya que de acuerdo con la información obtenida por ellas, esta –después del ACNUR- es la organización que más reconocen las entrevistadas, en la medida en que sus intervenciones, permiten a las mujeres acceder a medicamentos y servicios de salud, y por ende contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Ahora bien, la protección internacional cobra importancia en la garantía del derecho a la salud de las mujeres que son refugiadas, pero la incidencia que tienen en la protección de quienes son desplazadas es mínima, y se encuentra directamente relacionada con la solicitud que hagan los Estados para que dichas instituciones entren a intervenir, además de los compromisos internacionales que se tengan, y la participación activa dentro de la política pública. A pesar de que estas problemáticas tienen los mismos impactos, no se da la mismas garantías a quienes han sido víctimas del desplazamiento forzado. Por lo que se hace necesario redimensionar la política y no verla desde dos problemáticas distintas, sino desde una misma problemática que se encuentra en diferentes territorios divididos por fronteras, que inciden de manera en la forma de garantizar el derecho a la salud de las víctimas de la migración forzada.



## CONCLUSIONES

El conflicto colombiano que ha estado presente por más de cuarenta años, ha generado diferentes efectos que colocan a la población civil en situación de constante riesgo. Es así como el desplazamiento forzado y el refugio, se convierten en los efectos más crueles, dejando a millones de personas vulnerables ante los contextos adversos que deben enfrentar, uno de los grupos más afectados es el de las mujeres que son obligadas a movilizarse, por actores que han destruido sus cotidianidades, asesinado o desaparecido a sus parejas, afectando su salud mental.

A pesar de que el desplazamiento forzado y el refugio son considerados como migración forzada, aún no se evidencia la construcción de una política pública en esta materia. Si bien es cierto que desde el gobierno colombiano y el ecuatoriano se han generado iniciativas independientes para la atención a las víctimas, no se ha tenido en cuenta que los impactos que genera la migración forzada son los mismos dentro de las fronteras nacionales o fuera de ellas, y por ende los mecanismos de protección de derechos y las acciones tendientes a mejorar las condiciones de las víctimas, entre ellas las mujeres, deben ser también las mismas.

En este sentido es necesario apuntar a la construcción de una política en materia de migración forzada como un todo, ya que esto permitiría recoger dentro de su intervención a quienes han sido víctimas del conflicto armado colombiano a través- del desplazamiento forzado y del refugio. Esto a su vez propendería a realizar un trabajo conjunto en materia de prevención del desplazamiento forzado, lo que a su vez impactaría de manera positiva en la disminución de las personas en calidad de refugiadas, principalmente en el Ecuador.

Además, la participación de la comunidad internacional no se encontraría limitada a la aceptación de los Estados, sino por el contrario, tendría la obligación de contribuir en la garantía de la población que ha sido víctima. En esta medida tanto las mujeres refugiadas, como las desplazadas contarían con un mismo marco de protección, que no estaría restringido por los presupuestos nacionales, o la voluntariedad de los Estados.

Esto a su vez, se refleja de manera directa en el derecho a la salud de las mujeres víctimas de la migración forzada, que si bien enfrentan las mismas problemáticas dentro, y más allá de las fronteras nacionales, se encuentran con diferentes formas de atención y garantías de su derecho a la salud, lo que se evidencia en los tiempos de atención, medicamentos, calidad y acceso a la atención.

Por ende la atención de la población y de manera especial las mujeres que se han visto afectadas por el conflicto armado colombiano, no debe ser limitada por cuestiones de soberanía, territorio o frontera; por el contrario deben considerarse como un grupo de protección especial que debe ser atendido en igualdad de condiciones independientemente de donde pueda encontrarse, de esta manera se reconocerían los diferentes tratados y pactos que pretenden garantizar a esta población un nivel de vida adecuado desde la garantía de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, Víctor y Christian Courtis (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Editorial Trotta.
- ACNUR (2011). *Garantizar el acceso a los servicios de salud. Guía operativa para la protección de refugiados y las soluciones en áreas urbanas*.
- Alcaldía mayor de Bogotá (2005). *UPZ 82 PATIO BONITO para construir ciudad*.
- Amnistía Internacional (2008). *Déjennos en paz. La población civil víctima del conflicto armado interno colombiano*. Madrid.
- Arango, Yolanda (2011). “La salud como derecho humano y la salud integral de las mujeres”. En *Edmundo Granda Ugalde. La Salud y la vida. Varios Autores*. Quito.
- Benalcazar, Patricio ed. (2004). *El refugio en el Ecuador. Serie investigación N° 10*. Quito: INREDH.
- Camacho, Gloria (2005). *Mujeres al borde, refugiadas colombianas en Ecuador*. Quito: UNIFEM
- Carbonell, Miguel (2009) “El derecho fundamental a la salud y el sistema de salud: los dilemas entre la jurisprudencia, la economía y la medicina”. En *La protección judicial de los derechos sociales*, ed. Christian Courtis y Ramito Ávila Santamaría. Quito.
- Castles, Stephen (2003). “La política Internacional de la Migración Forzada”. En *Revista Migración y Desarrollo* No 1. Octubre. <http://rimd.reduaz.mx/revista/rev1/StephenCastles.pdf>. (Visitado el 2 de febrero de 2013)
- Ceballos, Marcela (2010). *Impacto de las migraciones forzadas de colombianos a Ecuador en las relaciones interestatales, 1996-2006*. Madrid: La carreta editores.
- CICR (2009). *Desplazamientos internos en conflictos armados: responder a los desafíos*. Ginebra, Suiza
- CODHES informa (2006). *Boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, No. 69, Más o menos desplazados*. Bogotá: CODHES.
- CODHES y UNICEF (1999). *Un país que huye desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*
- Constitución Política del Ecuador (2008).
- Convención Sobre el Estatuto de los Refugiados, 28 de julio de 1951.

De maximy, Rene y Karine Peyronnie (2000). *Gente de Quito*. Quito: Abya-Yala.

Declaración de Cartagena sobre Refugiados 19-22 de noviembre de 1984

Decreto 1182 de 2012

El Bushra, Jud y Kelly Fish (2004). “Protecting Vulnerable Groups: Refugees and Internally Displaced Persons”. En *Inclusive security Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and action*. Cambridge.

Escobar, Arturo (2004). “Desplazamientos, Desarrollo y Modernidad en el pacífico colombiano”. En *Conflicto e (in)visibilidad. Retos en los estudios de la gente negra en Colombia*. Popayán: Universidad del Cauca.

Espinar, Eva (2010). “Migrantes y refugiados: reflexiones conceptuales”. *Revista de Ciencias Sociales*. Vol. 5, N. 1 (2010). Páginas 35-47

Franco, Andrés (1998). “Los desplazamientos internos en Colombia: una conceptualización política para el logro de soluciones de largo plazo”. *Revista N° 42*. Páginas 5 -26

Franco, Leonardo y Jorge Santistevan (2011). “La Contribución del proceso de Cartagena en el desarrollo del Derecho Internacional de Refugiados en América Latina”. En *La protección internacional de refugiados en las Américas*. Ecuador: ACNUR.

Garzón, Clara (2005). *Diagnóstico de género en la población de Soacha con énfasis en las mujeres desplazadas*. Bogotá: UNIFEM.

Gómez, Felipe (2008). *Colombia en su laberinto: una mirada al conflicto*. Madrid: Los libros de la catarata.

González, Enrique (2003). “El derecho a la salud”. En *Los derechos sociales instrucciones de uso*. México: Fontamara.

Herreros, Josep y Luis Varese (2009). “Avances y retos en los derechos de las personas con necesidad de protección internacional en el Ecuador”. En *¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos Ecuador*. Quito: Abya-Yala.

Hondagneu-Sotelo, Pierret (2007). “La incorporación del género a la migración: no solo para feministas y no solo para la familia”. En *El país transnacional: migración mexicana y cambios a través de la frontera*. México: Universidad Autónoma de México.

Ibañez Ana y Moya Andrés (2007). *La población desplazada en Colombia: examen de sus condiciones socio económicas y análisis de las políticas actuales*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación

Jolly, Susie (2005). *Género y Migración. Colección de Recursos de Apoyo*. Reino Unido.

Loianno, Adelina y Osvaldo Gozaini (2012). “Los alcances del derecho a la salud ante el deber de realizar ‘el control de convencionalidad’ Aspectos constitucionales y procesales”. En *El control difuso de convencionalidad dialogo de la corte interamericana de derechos humanos y los jueces nacionales*. Coord. Eduardo Mac Gregor. México.

López, Diego (2009). “El derecho fundamental a la salud y el sistema de salud: los dilemas entre la jurisprudencia, la economía y la medicina”. En *La protección judicial de los derechos sociales*, ed. Christian Curtis y Ramito Ávila Santamaría. Quito.

Martínez, Esperanza (2005). “Reflexiones sobre salud, derechos humanos y discriminación”. En *Discriminaciones y Medidas Antidiscriminatorias*. Asunción, Paraguay: UNFPA.

*Mesa de trabajo de Bogotá sobre desplazamiento forzado: la salud derecho fundamental*. Bogotá (2005).

Ministerio de Relaciones Exteriores (2008), Comercio e Integración, Dirección Nacional de Refugiados. Política del Ecuador en materia de refugio. Quito.

Mogollón, Amparo (2004). *Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

Mogollón, Amparo y Luisa Vásquez (2006). “Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado”. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 20, Sisee 4, pp 264.

Mogollón, Amparo y Luisa Vásquez (2008). *Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud*. Cad Saude Pública. Páginas 745-54.

OMS (2009). Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza.

Ortega, Carlos y Oscar Ospina (2012). “Condiciones y estrategias de vida”. En *No se puede ser refugiado toda la vida. Refugiados Urbanos: el caso de la población colombiana en Quito y Guayaquil*. Quito: FLACSO Ecuador.

Ortega, Hernando (2007). “El Refugio desde la Experiencia de la Población”. En *Migración Forzada de Colombianos. Colombia, Ecuador, Canadá*. Ecuador. Medellín, Colombia: Corporación Región.

Oslender, Ulrich (2004). “Geografías del terror y desplazamiento forzado en el Pacífico colombiano: conceptualizado el problema y buscando respuestas”. En *Conflicto e (in)visibilidad. Retos en los estudios de la gente negra en Colombia*. Popayán: Universidad del Cauca.

Pautassi, Laura (2005). “El derecho de las mujeres a la salud”. En *Informe sobre Género y Derechos humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina*. Buenos Aires: ELA y Editorial Biblos.

Paz y Miño, Breilh y Jaime Tillería (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar y Abya-Yala.

Pedraza, Nubia (2005). *Género y desplazamiento y refugio. Frontera Colombia y Venezuela*. Bogotá: UNIFEM.

Principios rectores de los desplazamientos internos.

Riaño, Gina y Oscar Ruiz (2011). “El derecho a la salud en Colombia”. En *Derechos humanos y políticas públicas para el adulto mayor: situación en Colombia y referencias iberoamericanas*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Riaño, Pilar y Martha Villa, ed.(2008). *Poniendo tierra de por medio: Migración forzada de colombianos en Colombia, Ecuador y Canadá*. Medellín: Corporación Región.

Rothe, María. “El derecho humano a la salud de los inmigrantes”. En *Miradas sobre la migración Boliviana. Aportes para el informe sobre migraciones*. La Paz: CBDHDD.

Scott, Joan (1996) “El género: una categoría útil para el análisis histórico”; en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.

Serrano, Juana María (2008). “El derecho a la salud y a la seguridad social de los inmigrantes”. En *la diversidad frente al espejo, salud interculturalidad y contexto migratorio*. España: Abya-Yala.

Sierra, Jimena (2011). “Marco conceptual del derecho a la salud”. En *Derechos Humanos Y Políticas Públicas Para El Adulto Mayor: Situación En Colombia Y Referencias Iberoamericanas*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Taylor, S. J. y R. Bogdan (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Turk, Volker y Frances Nicholson (2010). “Protección de los refugiados en el derecho internacional, una perspectiva general”. En *Protección de los refugiados en el derecho internacional. Consultas Globales de ACNUR sobre Protección Internacional*. Barcelona, España.

Urriola, Rafael (2010). “Veinte años incrementando el derecho a la protección social de la salud”. En *Chile en la concertación (1990-2010)*. Una mirada crítica, balance y perspectivas. Santiago de Chile.

Vargas, Ingrid (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. Tesis de doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.