

La afectación del derecho a la salud por el confinamiento y desplazamiento de la población en los municipios de Nóvita y Medio San Juan.

1. Resumen.

Este estudio analiza las vulneraciones del derecho fundamental a la salud sufridas por las comunidades afrodescendientes e indígenas de Nóvita y Medio San Juan (Chocó) durante los confinamientos y desplazamientos forzados de 2020-2024, mediante un enfoque cualitativo hermenéutico-jurídico se triangulan análisis normativos, revisión de fuentes humanitarias y entrevistas a personal médico y líderes comunitarios, para identificar cómo el control territorial de actores armados desarticula la prestación sanitaria, agrava la inseguridad alimentaria y potencia afectaciones físicas y psicosociales, los hallazgos obtenidos muestran un deterioro continuado de servicios de primer nivel, bloqueos a brigadas, interrupción de tratamientos crónicos y aumento de malaria y trastornos de salud mental, aunque se evidencian estrategias locales de resiliencia y redes de vigilancia comunitaria persisten vacíos en infraestructura y protección que el Estado no ha subsanado, las principales limitaciones derivan del bajo recaudo estadístico y epidemiológico al igual que de la dificultad de acceso a zonas en disputa, se concluye que revertir la crisis exige entornos seguros, formación de talento local y políticas de progresividad con participación comunitaria efectiva, único camino para restituir un derecho sistemáticamente erosionado por la violencia y el abandono histórico estatal.

Palabras clave: derecho a la salud; confinamiento armado; desplazamiento forzado; Chocó; atención primaria intercultural; violencia y salud

2. Introducción.

El departamento del Chocó históricamente ha enfrentado profundas afectaciones por la dinámica del conflicto armado interno y el abandono estatal estructural, lo que lo convierte en uno de los territorios más vulnerables de Colombia, el departamento ha padecido tradicionalmente una precaria presencia institucional reflejada en infraestructura deficiente, bajos índices de desarrollo humano, escasez en servicios básicos como agua potable y saneamiento, así como una limitada cobertura en salud, educación y justicia, condiciones que facilitan la consolidación y expansión de grupos armados ilegales (Bonet-Morón, 2007).

La población del departamento del Chocó está conformada principalmente por comunidades étnicas como las afrocolombianas organizadas en consejos comunitarios y por las indígenas organizadas en resguardos como los Emberá y Wounaan, dichas comunidades han enfrentado condiciones sistemáticas de marginalidad, exclusión y una discriminación estructural histórica, que profundiza su vulnerabilidad frente al conflicto armado, dichas condiciones incrementan la exposición y la gravedad de las violaciones a sus derechos fundamentales, especialmente el derecho fundamental a la salud (United Nations Sustainable Development Group (UNSDG), 2017) .

Dentro de este contexto departamental, los municipios de Nóvita y Medio San Juan se ubican estratégicamente en la cuenca media y alta del río San Juan, región selvática, biodiversa, de alta pluviosidad y difícil acceso geográfico, caracterizada además por una economía tradicional sustentada en agricultura, pesca y minería artesanal de oro, acompañada en ocasiones de cultivos ilícitos, estas características, junto a una alta informalidad laboral y pobreza multidimensional generalizada, configuran múltiples barreras naturales, económicas y sociales que dificultan la llegada efectiva de la asistencia estatal, especialmente en salud.

Este territorio tiene un elevado valor estratégico derivado de su ubicación como corredor fluvial que conecta el Pacífico colombiano con departamentos como Valle del Cauca, Risaralda y la costa Caribe, facilitando rutas del narcotráfico, contrabando de armas y explotación ilegal de recursos naturales como el oro y la madera. Esta condición estratégica ha generado una disputa territorial constante y violenta entre actores armados como el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y las Autodefensas Gaitanistas de Colombia “AGC o Clan del Golfo”, (Observatorio de Drogas de Colombia, 2015) estos grupos han consolidado un control de facto en amplios sectores rurales, sustituyendo al Estado mediante la imposición de restricciones, paros armados, cuotas extorsivas, instalación de minas antipersonal, amenazas sistemáticas y bloqueos continuos a la movilidad, lo que limita significativamente la vida cotidiana y la garantía de derechos básicos para las comunidades locales.

Este contexto de control territorial por actores alzados en armas, propició que entre 2020 y 2024, Nóvita y Medio San Juan fueron escenario de numerosos eventos de confinamiento y desplazamiento forzado, siendo los años 2022 y 2023 los periodos críticos

donde se registraron picos escandalosos en la intensidad y duración de estos eventos, las principales razones inmediatas de estos fenómenos están relacionadas con enfrentamientos armados directos entre ELN y AGC, amenazas y presiones sistemáticas sobre la población civil, imposición recurrente de paros armados, presencia masiva de minas antipersonal y constantes bloqueos fluviales.

En este teatro bélico, el derecho fundamental a la salud, establecido en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, impone al Estado la obligación específica de garantizar progresivamente servicios sanitarios oportunos, adecuados y eficaces, (República de Colombia, 1991) este derecho tiene además una dimensión internacional, definida en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (Naciones Unidas., 1966) y desarrollada por la Observación General N° 14 del Comité DESC, establece que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), 2000), en contextos como los vividos en Nóvita y Medio San Juan, estos mandatos se ven profundamente vulnerados debido a la imposibilidad de asegurar una atención sanitaria continua, y efectiva, lo que de facto denota múltiples barreras y afectaciones sistemáticas al núcleo esencial del derecho a la salud.

ante este contexto vivencial, resulta oportuno analizar los eventos de movilidad forzada y confinamiento ocurridos en Nóvita y Medio San Juan durante el periodo 2020-2024 en relación a su impacto en el derecho fundamental a la salud de los habitantes de estos territorios, abordando los impactos sobre estas comunidades afectadas, precisando desde las graves afectaciones sobre la continuidad hasta calidad de los servicios de salud que generan estas dinámicas.

Esta dinámica limita la movilidad tanto de pacientes como de personal sanitario, obstaculiza el suministro regular de medicamentos e insumos médicos y provoca el cierre temporal o permanente de puestos locales de atención primaria, dichos eventos además imponen múltiples barreras en las dimensiones esenciales del derecho a la (Sánchez-Torres, 2017) como son las barreras geográficas derivadas de la presencia de minas antipersonal, bloqueos fluviales y terrestres impuestos por grupos armados; económicas, debido a la pérdida de ingresos familiares y la consecuente imposibilidad de costear desplazamientos a

centros médicos; sumado a la débil o inexistente presencia institucional estatal en territorios rurales afectados por la violencia.

Un contexto vivencial atravesado por estas dinámicas bélicas ocasiona afectaciones múltiples sobre la salud pública, produciendo afectaciones como picos de positivos de enfermedades transmisibles como la malaria y las infecciones respiratorias agudas (IRA), este contexto de privación de derechos incide negativamente sobre sujetos de especial protección constitucional al obstaculizar la salud materno-infantil por la interrupción en controles prenatales y vacunaciones esenciales, dicha ruptura de esquemas se extiende además para el tratamiento para enfermedades crónicas y VIH, también, este contexto bélico produce daños profundos en la salud mental comunitaria produciendo trastornos de ansiedad generalizada, estrés postraumático y episodios de hipertensión arterial y problemas cardíacos derivados del miedo prolongado (Ramirez., 2025).

En este contexto vivencial e investigativo, el presente trabajo se plantea como pregunta central: ¿Cómo han afectado los confinamientos y desplazamientos (2020-2024) el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en Nóvita y Medio San Juan?

Pese a la notoriedad y gravedad de estos hechos, la relación específica entre los eventos de movilidad forzada confinamientos y desplazamientos y la afectación al derecho a la salud en Nóvita y Medio San Juan no ha sido abordada en estudios sistemáticos previos. esta carencia evidencia un vacío académico significativo sobre las dinámicas que determinan cómo estos fenómenos afectan la prestación de servicios sanitarios y, especialmente, cómo se configura esta relación en territorios étnicos golpeados por el conflicto armado. Esto genera una necesidad urgente de producir conocimiento científico específico y contextualizado, que pueda servir de base técnica para tomar decisiones informadas y diseñar intervenciones acordes con las necesidades reales de estas comunidades afrodescendientes e indígenas.

Frente a este estado de cosas, nuestro estudio plantea como hipótesis central para el desarrollo de nuestro estudio, que los confinamientos y desplazamientos forzados impuestos por actores armados en Nóvita y Medio San Juan, entre 2020 y 2024, comportaron graves afectaciones al derecho fundamental a la salud de los habitantes de estos territorios.

3. Desarrollo

I. Marco teórico & conceptual.

Obligaciones de respeto, protección y garantía del Estado: La Corte Interamericana ha consolidado la tríada de obligaciones de respeto, protección y garantía al establecer que el Estado debe abstenerse de interferir directamente con los derechos, desplegar acciones diligentes para impedir violaciones provenientes de particulares y adoptar medidas positivas que aseguren su pleno goce y restitución, mandato que en el Caso Masacre de Pueblo Bello reforzó al exigir la adopción de “medidas necesarias” para prevenir daños cuando la autoridad conoce o debería conocer un riesgo real (Caso de la Masacre de Pueblo Bello vs. Colombia, 2006), y que en Poblete Vilches profundizó al vincular la obligación de “adoptar medidas eficaces” con la inmediata accesibilidad sin discriminación al sistema sanitario como parte del artículo 26 de la Convención (Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018).

En el orden interno colombiano, la Corte Constitucional ha recepcionado esta arquitectura convencional afirmando que los derechos prestacionales poseen un núcleo esencial de aplicación inmediata cuya satisfacción no puede postergarse por razones políticas ni presupuestales, doctrina expuesta desde la (Sentencia SU-225 de 1998, 1998) al reconocer la exigibilidad directa del contenido mínimo vital para grupos históricamente marginados , y complementada en (Sentencia T-760 de 2008, 2008), donde se advierte que la inacción estatal frente al deber de progresividad deviene más grave con el paso del tiempo y configura incumplimiento creciente del mandato de realización paulatina del derecho a la salud.

Cuando el riesgo procede de actores armados y afecta a poblaciones desplazadas o confinadas, la Corte Constitucional ha impuesto una protección reforzada en la sentencia (Sentencia T-045 de 2010, 2010) la corte precisó que las víctimas del conflicto soportan barreras agravadas que el Estado debe remover garantizando los componentes de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, además de respuestas diferenciales para mujeres, niños y otros grupos en extrema vulnerabilidad ; esta línea se conecta con la doctrina de (Sentencia T-859 de 2003, 2003) que interpreta el derecho a la salud conforme a la Observación 14 del Comité DESC y prohíbe retrocesos injustificados en prestaciones ya alcanzadas, reafirmando la obligación de adoptar un marco normativo y financiero coherente.

Así, la teoría de las obligaciones de respeto, protección y garantía emerge como fundamento idóneo para el análisis de las múltiples afectaciones al derecho fundamental a la salud derivadas de confinamientos y desplazamientos en Nóvita y Medio San Juan, pues articula la responsabilidad internacional y constitucional del Estado de prevenir daños previsibles, responder frente a terceros y asegurar la continuidad de servicios sanitarios sin discriminación, aun en contextos de conflicto armado y movilidad forzada, conforme a los estándares convergentes de la Corte IDH y la Corte Constitucional.

Concepto de Confinamiento Forzado: El término confinamiento es definido por la Real Academia Española (RAE) como la acción de confinar, que implica desterrar a alguien señalándole una residencia obligatoria, prohibiéndole salir de ciertos límites o encerrándolo dentro de ellos, a partir de esta definición, la Corte Constitucional de Colombia establece que el confinamiento forzado implica la imposición arbitraria, por parte de actores armados ilegales, de restricciones a la libertad de movilización de la población, forzándola a permanecer en una zona específica bajo amenazas a su vida e integridad (Auto 005 de 2009, 2009).

Según la jurisprudencia constitucional, el confinamiento es una forma específica de desplazamiento forzado interno, que aunque no implica desplazarse a otro lugar, genera consecuencias igualmente graves en los derechos humanos de la población afectada, pues se pierden el control social y cultural sobre sus territorios, y el acceso efectivo a medios vitales como alimentación, salud, educación y seguridad, la población confinada vive en situación de grave riesgo, vulnerabilidad extrema y precariedad social, económica y sanitaria (Auto 005 de 2009, 2009)

Concepto de Desplazamiento Forzado: El desplazamiento forzado interno es definido por la Ley 387 de 1997 como la situación de personas o grupos que se han visto obligados a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales debido a amenazas directas contra su vida, integridad física, seguridad personal o libertad, generadas por conflictos armados, violencia generalizada o violaciones masivas de derechos humanos (Congreso de la República de Colombia, 1997).

La Corte Constitucional colombiana ha reiterado que el desplazamiento forzado constituye una vulneración múltiple, masiva y continua de los derechos fundamentales de los afectados. Entre los derechos más vulnerados están la vida, salud, educación, trabajo, vivienda digna, integridad personal y familiar (Sentencia T-025 de 2004, 2004) además, el Estado tiene la obligación específica de garantizar medidas eficaces de prevención, atención y reparación, tanto en el ámbito constitucional como internacional (Auto 005 de 2009, 2009), en este sentido, se reafirma que la población desplazada, dada su condición de extrema vulnerabilidad y marginación, merece atención preferencial por parte del Estado y de las autoridades competentes, quienes deben adoptar medidas positivas para asegurar efectivamente el restablecimiento y goce de sus derechos (Sentencia T-760 de 2008, 2008).

II. Antecedentes

El devenir investigativo entorno al derecho fundamental a la salud ha sido objeto de múltiples trabajos en el plano nacional, autores como Carlos Iván Pacheco han abordado como la ocurrencia del conflicto armado comporta una problemática, que precariza la prestación del servicio de salud, pues los grupos armados ejercen control sobre recursos sanitarios, afectando de manera diferencial a comunidades étnicas y rurales, estos fenómenos acentúan las desigualdades preexistentes y deterioran aún más el acceso y la calidad de los servicios de salud, generando un "impacto diferencial" que demanda respuestas estatales diferenciadas y específicas (Pacheco Sánchez, 2009).

En la misma línea de estudio, Bedoya Gómez, E han centrado su estudio en las afectaciones generadas en contextos de desplazamiento forzado y conflicto armado, examinando la experiencia de comunidades desplazadas en Medellín, evidenciando cómo el desplazamiento intensificó carencias económicas, y administrativas que junto a barreras culturales dificultaron la atención sanitaria efectiva este estudio reveló además la profundización de afectaciones psicológicas y la discontinuidad en tratamientos médicos esenciales debido a situaciones de exclusión territorial y marginalización social (Bedoya Gómez, 2020).

Precisamente en términos del deber estatal, Negrete Martínez (2021) abordó críticamente la brecha entre la progresividad normativa establecida por la jurisprudencia constitucional y la efectividad real del derecho a la salud. En particular, la autora identificó

cómo la fragmentación institucional y las barreras administrativas impuestas por entidades prestadoras de servicios generan una exclusión estructural de poblaciones vulnerables. Su análisis concluyó que esta dinámica incrementa la judicialización como única vía de garantía efectiva del derecho fundamental a la salud (Negrete Martínez, 2021)

En este mismo sentido, Otálvaro Castro (2022) profundizó en la idea de que, pese al reconocimiento formal del derecho fundamental a la salud, persisten fallas estructurales del sistema de seguridad social colombiano que obstaculizan la garantía plena y oportuna del derecho. El estudio evidencia cómo la judicialización masiva, vía acción de tutela, se ha consolidado como la única herramienta efectiva frente a las constantes barreras administrativas y geográficas en regiones afectadas por el conflicto armado (García, 2022).

Estas conclusiones también se reflejan en el estudio de Araque Ortiz (2022), quien sostiene que, aunque la Ley Estatutaria 1751 de 2015 fortaleció formalmente el reconocimiento del derecho a la salud como fundamental, en la práctica aún persisten brechas notorias entre lo normativo y lo operativo, la autora enfatiza la importancia del enfoque interamericano e internacional, enfatizando en la responsabilidad estatal como garante último del derecho a la salud en situaciones críticas de violencia y vulnerabilidad extrema (Araque Ortiz, 2022).

Trascendiendo el estudio de la mera responsabilidad, el análisis presentado por Benito Pinzón (2021), a través del estudio de caso del hospital San José de La Palma, revela cómo las reformas al sistema de salud han debilitado significativamente la atención primaria en áreas rurales, obligando a las comunidades a desplazarse para recibir atención médica básica. Este contexto se asemeja al de los municipios del Chocó afectados por el conflicto armado, como Nóvita y Medio San Juan, donde los desplazamientos y confinamientos generan barreras similares de acceso geográfico y económico a los servicios sanitarios básicos (Benito-Pinzón, 2021)

4. Metodología.

El estudio se construyó desde un enfoque cualitativo con método hermenéutico-jurídico porque necesitábamos leer a la vez la letra de las normas y la experiencia vivida por las comunidades, de modo que la pregunta por las vulneraciones al derecho a la salud en

Nóvita y Medio San Juan entre 2020 y 2024 se abordó como una indagación descriptiva e interpretativa que relaciona el deber estatal con lo que ocurre efectivamente en el territorio.

Las fuentes combinaron materiales primarios y secundarios, incluyendo el marco constitucional y legal vigente, la jurisprudencia representativa sobre salud y desplazamiento, estándares interamericanos en materia de protección, y documentación técnica y académica pertinente, de manera que el corpus normativo sirviera de eje para contrastar reglas, obligaciones y criterios con las condiciones reales de acceso, continuidad y pertinencia de los servicios, el trabajo de campo se apoyó en entrevistas en profundidad con el enlace de víctimas y con personal sanitario activo en la zona, complementadas con observación directa de rutas fluviales, puestos de salud y dinámicas de movilidad cotidiana, se aplicó un muestreo intencional para captar voces con conocimiento operativo del sistema y se garantizó consentimiento informado, confidencialidad y resguardo de la identidad de los participantes.

La estrategia analítica se completó con matrices de casos y memorandos analíticos que registraron patrones, disonancias y excepciones, y con ejercicios de reflexividad del equipo para transparentar decisiones interpretativas, de tal manera que las conclusiones no fueran inferencias abstractas sino resultados trazables que conectan lo normativo con lo empírico y explican, con base verificable, cómo y por qué se afecta el goce efectivo del derecho a la salud en el periodo estudiado. .

5. Tratamiento del problema.

1. Contexto del conflicto y emergencia sanitaria

1.1 Abandono estatal histórico y brecha en acceso a servicios.

El abandono estatal ha configurado en Nóvita y Medio San Juan un paradigma de exclusión territorial donde la provisión pública se reduce a una malla vial rudimentaria, puestos de salud de primeros auxilios y una oferta educativa intermitente, cuadro que mantiene a la subregión con un Índice de Pobreza Multidimensional muy por encima del promedio nacional y que se traduce en privaciones simultáneas de agua potable, saneamiento y electricidad, los habitantes de estos territorios, padecieron confinamientos y bloqueos que restringieron el transporte de alimentos y medicamentos y afectaron de modo desproporcionado a comunidades afrodescendientes e indígenas cuyo arraigo cultural se

torna una desventaja bajo las actuales condiciones de riesgo (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), 2024).

Las deficiencias materiales se agravan por la histórica visión extractivista que ha dominado la política estatal hacia la cuenca del San Juan, desde la concesión temprana del distrito minero de Andagoya a la empresa Chocó Pacífico responsable de exportar oro y platino evadiendo regalías durante medio siglo hasta los actuales títulos aluviales que continúan erosionando el ecosistema sin revertir beneficios sociales, consolidándose un modelo que prioriza la renta minera y subordina los derechos colectivos al interés del capital externo (Mosquera, 2015) mientras el expolio ocurre, el anhelado corredor vial Nóvita-Cartago sigue siendo ilusorio, pues decisiones administrativas redujeron la planeación vial a once kilómetros en territorio vallecaucano, dejando inconcluso el tramo chocoano y manteniendo a los municipios ribereños en aislamiento fluvial con trayectos que duplican los tiempos de traslado hasta los centros de referencia en Quibdó y Buenaventura, de acuerdo con los registros oficiales de la Ruta Nacional 48 que catalogan el tramo Nóvita-San José del Palmar como carretera inexistente. (Rivas., 2025)

Sobre este entramado de carencias emergió la reconfiguración armada posterior al Acuerdo de Paz de 2016, momento en que el repliegue de las extintas FARC fracturó los pactos territoriales y facilitó que el ELN consolidara el dominio del corredor medio del río San Juan extendiendo su influencia desde La Unión hasta Nóvita y Sipí, ejerciendo control de rutas fluviales y economías ilícitas que sostienen enfrentamientos con las Autodefensas Gaitanistas de Colombia y disidencias residuales, situación que Fundación Pares describe como una guerra que estalló en el sur del Chocó y que involucra confinamientos masivos y desplazamientos en comunidades indígenas wounaan y afrodescendientes (Tello, 2019), la ocupación de vacíos de poder también se reflejó a escala nacional, donde el ELN copó diecisiete municipios estratégicos tras la dejación de armas de las FARC, incrementando su presencia en rutas de narcotráfico y minas ilegales según mapeos de prensa especializada (Redacción Colombia2020, 2018)

La persistencia de ese dominio armado, sumada a la insuficiencia financiera crónica de las IPS públicas y al esquema burocrático que retrasa derivaciones y pagos a proveedores, genera una deficiencia sanitaria estructural que se manifiesta en desabastecimiento de

medicamentos esenciales, rotación acelerada de personal y cierres intermitentes de puntos de atención, panorama que obliga a la población a desplazamientos fluviales costosos y riesgosos para recibir terapias dialíticas, controles prenatales o manejo de enfermedades crónicas, configurando un déficit en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio que vulnera el núcleo esencial del derecho a la salud, con efectos más severos sobre mujeres y menores que enfrentan sobrecarga de trabajo doméstico, inseguridad alimentaria y secuelas psicosociales derivadas de la violencia

la fragmentación del sistema obliga a recorrer trayectos fluviales o terrestres de hasta diez horas para acceder a consultas básicas en Quibdó, la financiación de las IPS municipales depende de giros tardíos y de presupuestos que no reconocen la sobreocupación derivada del conflicto, mientras la oferta local se reduce a puestos de salud sin medicamentos esenciales ni personal permanente, barreras que se agravan con citas solicitadas únicamente por internet, recurso inaccesible en la selva, de acuerdo con testimonios recogidos en el mismo estudio , en este escenario las enfermedades cardiovasculares, las infecciones cutáneas y los trastornos de salud mental asociados al desplazamiento quedan sin seguimiento, y el olvido estatal que las genera se intensificó durante la emergencia de COVID-19, asunto que será abordado en el subcapítulo siguiente.

1.2 Convergencia de la COVID-19 con la violencia y sus efectos sobre la movilidad.

El arribo del SARS-CoV-2 a Colombia en marzo de 2020 fue instrumentalizado por el ELN las AGC y disidencias pos-FARC para imponer, con panfletos firmados y amenazas directas, toques de queda, cuarentenas rígidas y cierres de vías fluviales bajo el pretexto de salvaguardar la salud pública, proceso que Human Rights Watch documentó en once departamentos donde los grupos llegaron a asesinar o castigar a quienes infringían órdenes que restringían la circulación de personas embarcaciones y horarios comerciales, situación que reflejó la incapacidad estatal para ejercer autoridad en zonas remotas del país (Human Rights Watch, 2020), la desprotección sanitaria y la coerción armada se fusionaron así en un control social violento que convirtió la prevención epidemiológica en un instrumento de disciplina territorial, reforzando un patrón histórico de ausencia gubernamental evidenciado ya por el CICR al señalar que las restricciones impuestas por actores armados se sumaron a

las limitaciones gubernamentales y aislaron a miles de civiles de rutas de protección y servicios esenciales (Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), 2021).

En el corredor medio del río San Juan este fenómeno adquirió rasgos propios, puesto que tras el repliegue de las extintas FARC-EP el ELN capitalizó el vacío de poder y afianzó el dominio sobre las rutas fluviales que enlazan Nóvita, Medio San Juan, Sipí y el Litoral, control que abarca economías ilícitas y puestos de vigilancia armada en los embarcaderos según la cartografía de la Fundación Pares que describe la guerrilla como autoridad fáctica desde La Unión hasta la desembocadura pacífica, ejerciendo bloqueo selectivo de insumos y movilidad de pasajeros (Tello, 2019), la pandemia brindó al ELN un dispositivo discursivo para endurecer su régimen de peajes, exigir aislamiento riguroso y castigar a transportadores que rompieran la prohibición de zarpes nocturnos, mientras las AGC avanzaban desde Istmina hacia el sur generando choques que recrudecieron la imposición de minas antipersonal y retenes clandestinos, acciones que el CICR identificó como violaciones que elevaron la percepción de indefensión y complejizaron el acceso a salud y alimentos en la ribera (Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), 2021)

La movilidad de los habitantes se redujo a una lógica de auto confinamiento temeroso, ya que los panfletos distribuidos por el ELN en abril de 2020 en Chocó ordenaron el cerramiento total de vías, prohibieron reuniones de más de diez personas y amenazaron con uso letal contra quienes transitaran fuera de las franjas autorizadas, medidas más severas que las establecidas por el gobierno nacional y que incluyeron prohibiciones absolutas de salida durante noches completas, con la consiguiente interrupción de misiones médicas tal como registró Human Rights Watch al examinar veinte comunicados armados que declaraban objetivo militar a cualquier infractor (Human Rights Watch, 2020) esta dinámica ocasionó que enfermos crónicos suspendieran tratamientos, mujeres gestantes perdieran controles prenatales y brigadas humanitarias aplazaran vacunaciones infantiles ante el riesgo de emboscadas, mientras los grupos detonaban artefactos explosivos para sellar trochas y desalentaban la pesca y la venta ambulante, privando a las familias de ingresos de subsistencia.

La suma de toques de queda armados, bloqueos fluviales y manipulación del temor al contagio agudizó la deficiencia sanitaria preexistente en Nóvita y Medio San Juan al triplicar

los tiempos de evacuación de urgencias hacia Quibdó y Buenaventura, sobrecargando la frágil red de puestos de salud que operan sin capacidad resolutive, y obligando a las comunidades a elegir entre la exposición al virus en centros urbanos y el potencial letal de violar las órdenes insurgentes, realidad que el CICR describió como aislamiento multidimensional que profundiza el sufrimiento civil en áreas de conflicto (Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), 2021) de este modo la pandemia se convirtió en catalizador de la violencia y consolidó el poder armado sobre los territorios, fenómeno que reveló con crudeza la fragilidad gubernamental y estableció un escenario en el que la movilidad forzada se redefine como proceso simultáneamente epidemiológico y bélico cuyas repercusiones sobre la salud pública serán objeto de los apartados analíticos siguientes.

La lógica de control “sanitario” consolidada durante 2020-2021 se transformó, a partir de 2022, en una estrategia periódica de paralización armada que profundizó el encierro colectivo, pues los grupos decretaron paros que detuvieron la navegación por el San Juan, confinaron a la población ribereña y bloquearon la llegada de ayuda humanitaria, ejemplo de ello fue el paro impuesto por el ELN entre el 2 y el 5 de mayo de 2025 que afectó a 32 000 personas de 153 comunidades afro e indígenas en la cuenca del Baudó y sus afluentes, dejando sin acceso a salud, alimentación y educación a niños, mujeres y adultos mayores (Museo Casa de la Memoria, 2025); previamente, en febrero del mismo año, la misma guerrilla había anunciado otra acción ilegal cuyo solo anuncio ya había generado 3 500 desplazados y 2 000 familias confinadas en Istmina, Medio San Juan, Sipí, Nóvita y el litoral, situación que la Gobernación del Chocó describió como una “grave afrenta” que impactaba la seguridad alimentaria y la prestación de servicios esenciales (Patiño, 2025).

La reiteración de estas medidas coercitivas confirmó la proyección hecha por análisis humanitarios que advertían un incremento sostenido de confinamientos y desplazamientos en la Costa Pacífica a partir de la expansión armada pos-FARC, con especial impacto sobre comunidades afrodescendientes e indígenas cuya ubicación coincide con corredores estratégicos para economías ilícitas (ACAPS, 2022) de este modo, el control territorial adquirido durante la pandemia no solo perduró sino que se agudizó mediante la imposición de paros armados sucesivos, disparando nuevas olas de movilidad forzada, agravando la

interrupción de rutas sanitarias y profundizando la deficiencia estructural del sistema de salud en Nóvita y Medio San Juan.

1.3 Guerra total por el control del territorio.

El control territorial consolidado por el ELN y el avance simultáneo de las AGC durante la pandemia provocaron una guerra abierta por la hegemonía de los corredores fluviales y mineros del San Juan, pues la ruptura del “status quo” pactado desde 2018 se evidenció cuando las disidencias FARC-EP irrumpieron en la cuenca y el ELN extendió su dominio desde La Unión hasta Istmina, Nóvita y Sipí, configurando un ecosistema armado que restringe la movilidad de comunidades afro e indígenas y vulnera de forma sistemática sus derechos colectivos e individuales (Tello, 2019)

En 2020, la fase inicial de la disputa se expresó en un desplazamiento masivo de unas 327 personas desde Paimadó y Calle Fuerte corregimientos del municipio de medio san juan y en un confinamiento simultáneo de magnitud equivalente que afectó todo el departamento, mientras la Defensoría emitía alertas generales y la institucionalidad apenas brindaba alojamiento temporal, lo que dejó a las comunidades expuestas a la expansión de actores armados y a la instalación de minas antipersonal que atraparon a cerca de 2 000 habitantes de Nóvita en la ribera del Tamaná (Rivas., 2025), en 2021 la ruptura del pacto de no agresión ELN-AGC desencadenó combates directos, en Medio San Juan se registraron tres confinamientos que afectaron a 6 525 personas y al menos tres desplazamientos masivos con 2 523 víctimas, mientras en Nóvita el primer éxodo de 2 000 personas y cuatro eventos de confinamiento que alcanzaron a 4 000 habitantes confirmaron la incapacidad estatal para contener las hostilidades, pese a las Alertas Tempranas 024, 027 y 029 emitidas ese año (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs , 2023)

La escalada de 2022 transformó una crisis persistente en una total tragedia con impactos masivos sobre la movilidad civil, en ese año OCHA reportó que más de 62 000 personas fueron víctimas de confinamiento en el Chocó (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs , 2023) y que el departamento concentró la mayor carga de estos eventos a nivel nacional durante varios meses del periodo, mientras ACNUR documentó entre enero y mayo de 2022 al menos 24 eventos que afectaron a 42 790 personas

con el 77 % de los casos en municipios del San Juan como Medio San Juan y Nóvita lo que evidencia la centralidad de esta cuenca en la dinámica del control armado (ACNUR, 2022).

Hacia el cierre de 2022 la Defensoría del Pueblo alertó sobre un paro armado del ELN que mantuvo en confinamiento a unas 9 800 personas en el San Juan y municipios aledaños lo que consolidó el uso del encierro colectivo como método de dominación territorial y anticipó el comportamiento del año siguiente cuando se mantuvieron restricciones intermitentes a la movilidad fluvial y terrestre en la subregión, estas cifras confirman la convergencia entre repertorios de violencia y afectación humanitaria sostenida que impide la circulación de pacientes y brigadas médicas y deteriora las condiciones de salud pública (Defensoría del Pueblo, 2022).

Desde los primeros síntomas de esta intensificación, los confinamientos se convirtieron en la regla más que la excepción; es decir, mientras en años anteriores ocurrían uno o dos episodios por municipio, en 2023 los municipios de Nóvita & Medio San Juan registraron al menos ocho eventos masivos que confinó a 25 869 personas, aun cuando en el 2023 la disputa armada coincidió con la implementación parcial de ceses al fuego; que no sirvió en absoluto, pues Medio San Juan y novita continuaron entre los municipios más golpeados, concentrando cerca de 65 % de los confinados del país, con ocho eventos que afectaron a 25 869 personas y siete desplazamientos que involucraron a 2 148 víctimas, mientras Nóvita aportó unos 3 758 confinados y 425 desplazados en medio de cinco paros armados que se anunciaron por panfletos y cadenas de WhatsApp, revelando la capacidad de los grupos para regular la vida cotidiana y frenar los corredores humanitarios (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs , 2023)

Este contexto se agravó aún más en los territorios de las comunidades indígenas emberá y wounaan, que sufrieron hostigamientos, amenazas y confinamientos que impidieron actividades de pesca, caza y participación comunitaria, afectaciones que a escala nacional sumaron más de 58 000 indígenas víctimas de violencia en 2023 (Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), 2024) de los cuales 23 570 fueron sometidos a confinamiento por actores armados (Tarazona, 2024) mientras en el Chocó se registraron 124 eventos de confinamiento que impactaron a 40 414 personas durante 2023 (Defensoria del pueblo, 2024).

En este contexto de guerra total, el uso de redes sociales y panfletos como medio de comunicación por parte de los grupos armados permitió anunciar con antelación los paros, intensificando el temor anticipado e impidiendo alertas institucionales oportunas, lo que derivó en desplazamientos preventivos de miles de familias ante el temor de ataques directos. Según datos recopilados, en 2023 ocurrieron en Chocó desplazamientos masivos que afectaron a aproximadamente 121.000 personas, (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), 2024)

La acumulación de años bajo esta lógica ha provocado que las comunidades vivan en una tensión constante: cada año los confinamientos por paro armado movilizan miles de personas, mientras que los desplazamientos forzados anteriores eran episódicos; hoy se observa un patrón cronificado que impone restricciones arbitrarias, destruye economías locales de autoconsumo y convierte la salud, la educación y la movilidad en bienes inaccesibles, en dichas circunstancias la violencia armada además de que restringe la circulación, delimita territorios no autorizados para determinados grupos poblacionales, configurando una realidad donde la movilidad forzada opera como mecanismo para sembrar el terror y controlar a comunidades afro e indígenas, y sostener estructuras de control en los corredores fluviales estratégicos del San Juan.

2. La guerra como barrera estructural para el ejercicio del derecho a la salud en el territorio.

El entramado bélico que desde el inicio de la pandemia subordinó la vida cotidiana en la cuenca del San Juan transformando el territorio en una zona de sitio de facto, donde las órdenes de los grupos armados delimitan horarios, rutas fluviales y hasta la recolección de alimentos, de modo que de manera resultante ante estos contextos de control territorial por grupos alzados en armas, miles de familias quedan sin acceso a centros de salud, brigadas médicas o medicamentos básicos, situación que incrementó la incidencia de malaria, dengue y patologías respiratorias en comunidades afros e indígenas (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs , 2023)

La serie de confinamientos o desplazamientos impuestos provocan además hacinamiento intradomiciliario y sobrecarga en las cabeceras municipales que suelen ser las primeras en recibir los pobladores desplazados en condiciones generalmente de desorden

generalizado y ocupación de espacios no propios para la habitación, lo que beneficia la rápida diseminación de infecciones, brotes gastrointestinales y crisis por enfermedades crónicas no atendidas (Ramirez., 2025)mientras la población desplazada engrosa registros de la UARIV sin garantías efectivas para albergue digno ni continuidad terapéutica.

Paralelamente, la estrategia de paros armados, minas antipersonal y control fluvial empleada por los alzados en armas suele obstaculizar o vetar la entrada de misiones humanitarias, profundizando una deficiencia sanitaria estructural en los territorios rurales, varios intentos de retorno terminaron en nuevos éxodos y las comunidades permanecen atrapadas en un ciclo de confinamiento desplazamiento que vulnera todo derecho constitucional, pero en el marco de nuestro estudio, especialmente el principio de disponibilidad y sostenibilidad de los servicios de salud (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs , 2023).

La prolongada conjunción de violencia armada, restricciones de movilidad y carencia de infraestructura sanitaria constituye una lesión grave al derecho a la salud entendido en sus dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, porque la amenaza constante impide la prestación oportuna de servicios esenciales y quebranta la obligación estatal de crear condiciones materiales que permitan alcanzar el máximo nivel posible de bienestar físico y mental reconocida por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2023) dicha obligación incluye agua potable, saneamiento, vivienda y alimentación como determinantes cuya degradación profundiza la morbilidad prevenible tal como subraya la Observación 14 del Comité DESC (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), 2000).

la Corte Constitucional ha precisado que el incremento de barreras geográficas o administrativas traduce la omisión estatal en mortalidad prematura y morbilidad evitable consolidando un nexo causal entre política pública deficitaria y resultados sanitarios adversos (Sentencia T-760 de 2008, 2008), la privación de movilidad impuesta por toques de queda armados y minas antipersonal vulnera el núcleo esencial del derecho, y cuando se niega deliberadamente la asistencia a la población civil se incurre en infracción al Derecho Internacional Humanitario a no permitir y facilitar el paso rápido y sin trabas de los socorros humanitarios destinados a los civiles necesitados, establecida en el artículo 10 del Protocolo

adicional II de 1977 a los Convenios de Ginebra, y reiterada en la Regla 55 del derecho internacional humanitario consuetudinario (International Committee of the Red Cross (ICRC), 1977)

Además el contexto de coerción permanente genera intranquilidad colectiva que impacta directamente la salud mental que suele implicar cuadros de ansiedad, depresión y estrés postraumático, (Markez Alonso, 2014) Violencia colectiva y salud mental: Contexto, trauma y reparación, de modo que la guerra erige una barrera estructural que frustra la materialización de las garantías constitucionales y convierte la salud misma en otro frente de disputa, agravando tanto los efectos directos sobre el organismo como los daños psicosociales que perpetúan la inseguridad y la desprotección.

2.1 Afectaciones Directas A La Salud.

La persistencia del conflicto armado en Nóvita y Medio San Juan configura en sí misma una trasgresión del derecho fundamental a la salud pues el ordenamiento interno reconoce dicho derecho como de aplicación inmediata y obliga al Estado a disponer sin dilaciones los recursos normativos, institucionales y presupuestales que garanticen el acceso efectivo de todas las personas a servicios, bienes y condiciones indispensables para alcanzar el máximo nivel posible de bienestar físico y mental, entendiendo que la salud es tanto un estado de equilibrio biopsicosocial como un bien jurídico cuya protección exige la eliminación de barreras de origen social, económico o cultural (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), 2000).

Este binomio derecho-estado ha sido reiterado por la Corte Constitucional al precisar que la omisión pública frente a condiciones que deterioran la integridad o prolongan la enfermedad convierte la pasividad estatal en fuente directa de responsabilidad por violación de garantías fundamentales (Sentencia T-760 de 2008, 2008), mientras la Organización Mundial de la Salud señala que el derecho a la salud implica abarcar saneamiento, alimentación, vivienda digna y condiciones de paz y seguridad (World Health Organization, 2023), de modo que cada factor de riesgo que el Estado no mitigue constituye una falla en la obligación de respetar, proteger y garantizar dicho derecho.

El control territorial instaurado por los actores armados consolidó un cerco sanitario de facto en el departamento del choco y por consiguiente en Nóvita y Medio San Juan hecho

que suele afectar, materialmente la salud de los habitantes interrumpir los esquemas de vacunación y permitir la mutación de enfermedades tropicales controlables en amenazas letales, prueba de ello es el brote de paludismo registrado por el Instituto Nacional de Salud, pues la suspensión de los tratamientos antipalúdicos durante un paro armado de ocho días en la comunidad indígena La Lerma dejó a 160 personas positivas sin acceso a medicamentos, elevando el riesgo de complicaciones graves y mortalidad innecesaria (Dias., 2024) de forma paralela, la pirámide de servicios colapsó cuando el cierre de los corredores fluviales multiplicó de tres a doce horas los tiempos de evacuación de urgencias hacia Quibdó, lo que derivó en muertes evitables por infecciones respiratorias y obstétricas no atendidas. (Rivas., 2025).

La privación prolongada de movilidad estimuló focos de dengue y cuadros de diarrea aguda pues las familias desplazadas improvisaron refugios sin agua potable ni letrinas adecuadas, hecho confirmado por la mesa WASH que documentó focos de contaminación tras el desplazamiento masivo de enero de 2022 desde las riberas de Paimadó a Istmina (Ramirez., 2025) la falta de saneamiento y la desnutrición asociada a la escasez de alimentos incrementaron la vulnerabilidad inmunológica de niños y mujeres gestantes aumentando el riesgo ya alto en el que viven los pobladores de estos territorios.

A la carga infecciosa se sumó el deterioro silencioso de las enfermedades crónicas: pacientes con hipertensión, diabetes o VIH suspendieron controles y medicamentos por miedo a las minas antipersonal que bloquean los caminos vecinales de Nóvita (Rivas., 2025), lo que reforzó la cadena causal que la Corte Constitucional identifica entre barreras geográficas y mortalidad prematura (Sentencia T-760 de 2008, 2008) el cierre de los puestos de salud comunitarios, denunciado por el consejo comunitario ACADESAN ante la incapacidad de sostener personal y suministros, evidenció una ruptura de la disponibilidad mínima exigida por la Observación 14 del Comité DESC, pues muchos habitantes pasaron meses enteros sin acceso a un simple analgésico (Murillo, 2025).

Los hechos descritos materializan la lesión de las cuatro dimensiones del derecho a la salud; disponibilidad, por la clausura de puestos y brigadas; accesibilidad, por minas y retenes que impiden llegar a los centros cabecera; aceptabilidad, porque la atención intercultural se vuelve imposible cuando personal externo no logra ingresar; y calidad, ya

que los medicamentos llegan vencidos o escasean, contraviniendo los estándares de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2023) además, el bloqueo deliberado de ayuda médica viola la obligación de facilitar socorros humanitarios consagrada en el artículo 10 del Protocolo II de 1977 a los Convenios de Ginebra (International Committee of the Red Cross (ICRC), 1977) cada fiebre sin diagnosticar, cada parto atendido a la luz de velas y cada crisis de ansiedad no tratada confirman que la guerra enferma más que cuerpos afectando transversalmente las condiciones jurídicas y materiales que sostienen el derecho a la salud, convirtiendo la protección sanitaria en otro frente de disputa armada en la cuenca del San Juan.

2.2 Afectaciones Indirectas a la Salud.

El derecho a la salud descansa sobre un entramado de determinantes estructurales que deben garantizar, como condición previa, el funcionamiento continuo y seguro de los servicios asistenciales, la disponibilidad de alimentos y agua apta para el consumo y la existencia de vías que permitan la circulación de pacientes, personal y suministros, cuando esas bases se derrumban sea por omisión pública o por coacción armada se vulnera de forma indirecta, pero no menos grave, el núcleo esencial del derecho, porque los obstáculos materiales impiden la satisfacción de las cuatro dimensiones disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad definidas en la Observación 14 (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), 2000) y reconocidas por la Corte Constitucional como exigibles de manera inmediata (Sentencia T-760 de 2008, 2008), así, la precariedad de infraestructura, el aislamiento geográfico y la inseguridad alimentaria se convierten en catalizadores de enfermedad y en barreras jurídicas que profundizan la indefensión de la población.

Ese marco explica por qué, en Nóvita y Medio San Juan, las deficiencias previas al conflicto carreteras intransitables, ausencia de redes de saneamiento y abandono de los puestos de salud rurales hacen que cualquier restricción adicional impuesta por grupos armados tenga un impacto multiplicador sobre el bienestar físico y mental de las comunidades, al transformar necesidades cotidianas comer, hidratarse, recibir un analgésico, asistir a un control prenatal en desafíos logísticos que el propio Estado no está en capacidad

de resolver con la oportunidad y la continuidad que exige el estándar internacional (World Health Organization, 2023).

La ausencia de un hospital de segundo nivel en Nóvita y Medio San Juan y el abandono de la red de puestos de salud en sus corregimientos traducen, de entrada, un incumplimiento de la obligación estatal de garantizar disponibilidad suficiente de servicios conforme a los artículos 8 y 10 de la Ley 1751 de 2015, que exige la prestación integral en cada nivel de complejidad (Congreso de la República, 2015), tal carencia estructural torna ilusoria la promesa constitucional de protección inmediata del derecho a la salud: quienes requieren una cesárea de urgencia, un manejo quirúrgico de trauma o la continuación de una terapia antirretroviral deben emprender un traslado de varias horas por rutas fluviales expuestas a restricciones armadas, circunstancia que vulnera el principio de accesibilidad geográfica consignado en la Observación 14 (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), 2000) .

A la precariedad hospitalaria se suma la imposibilidad de asegurar el mínimo vital alimentario. Los paros armados periódicos decretados por el ELN y las AGC prohíben pescar, cazar, recolectar cacao o cosechar pan coger, anulando los medios tradicionales de subsistencia y empujando a la población afro-indígena a una inseguridad alimentaria que, según la Defensoría del Pueblo, se refleja en desnutrición aguda y aumento de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años (Defensoría del Pueblo, 2022)

Como las familias viven del día a día, no poseen reservas que les permitan aprovisionarse frente a los cierres; cuando el confinamiento se prolonga, se ven forzadas a reducir raciones o sustituir alimentos por productos de menor valor nutricional, con la consiguiente anemia y retraso del crecimiento infantil reportados por el Instituto Nacional de Salud en sus boletines de 2022 y 2023 (Instituto Nacional de Salud, 2023)) el hambre, entonces, deviene un vector patológico cuya etiología no radica en causas naturales sino en una dinámica bélica que restringe el libre ejercicio del derecho al trabajo y a la alimentación, derechos conexos cuya vulneración repercute directamente en la salud como estado y como derecho.

Las misiones extramurales único mecanismo para compensar la falta de infraestructura han sido sistemáticamente bloqueadas, el Sistema de Información de Misión

Médica registró 68 incidentes de obstrucción a brigadas en la subregión del San Juan durante 2023, incluidas amenazas con armas largas y la retención de personal sanitario (Cruz Roja Colombiana, 2024) . Estos actos constituyen violación del deber de facilitar los socorros humanitarios consagrado en el artículo 10 del Protocolo II de 1977 (International Committee of the Red Cross (ICRC), 1977) y, en clave constitucional, desconocen la obligación de garantizar accesibilidad económica; pues al suprimir la oferta gratuita o subsidiada de atención primaria, las comunidades quedan obligadas a contratar transporte clandestino a tarifas infladas o, en la práctica, a renunciar al servicio.

Las barreras descritas hambre, colapso de la atención primaria, bloqueo de brigadas y desertión del talento humano no son meros efectos colaterales; constituyen el núcleo de una afectación indirecta que, al vulnerar la disponibilidad, accesibilidad y calidad, vacía de contenido el derecho a la salud y perpetúa un estado de indefensión incompatible con el estándar de garantía previsto en la Sentencia T-760/2008, donde la Corte subrayó la obligación de remover obstáculos para el acceso oportuno a servicios esenciales (Sentencia T-760 de 2008, 2008), de este modo, el conflicto no solo enferma cuerpos por vía de la violencia directa; al desmontar los pilares materiales del sistema, socava la estructura jurídica que convierte la salud en un derecho exigible, dejando a las comunidades del San Juan atrapadas entre la necesidad biológica y la imposibilidad fáctica de satisfacerla.

3. Garantías de seguridad y fortalecimiento institucional para la realización efectiva del derecho a la salud.

El estado de cosas precedente demuestra que la guerra ha erosionado simultáneamente la salud como estado de bienestar y el derecho que la garantiza, de modo que cualquier intervención que se limite a diseñar planes sectoriales o a emitir lineamientos asistenciales resulta insuficiente para revertir el daño, la magnitud de las barreras evidenciadas infraestructura colapsada, inseguridad alimentaria, bloqueo de brigadas y vacíos de gobernanza obliga a formular una respuesta integral que articule seguridad, atención primaria protegida y control social efectivo, bajo los estándares de progresividad y no regresividad antes precisados.

En ese horizonte, se propone un andamiaje jurídico operativo que trasciende la simple planificación sanitaria para configurar, primero, un entorno protector en el que la misión

médica pueda operar sin miedo; segundo, un modelo territorial de atención primaria adaptado a la realidad étnica y geográfica del San Juan; y tercero, un mecanismo integral de progresividad, no regresión y participación comunitaria que combine indicadores verificables, rendición de cuentas y auditoría social permanente, con ello se busca transformar la prestación de servicios en una obligación exigible respaldada por garantías de seguridad y control ciudadano, asegurando que cada avance se mida, se sostenga y, sobre todo, no pueda retroceder sin activar correctivos inmediatos.

3.1 Entorno protector sanitario

Un entorno seguro es el presupuesto indispensable para que el derecho a la salud pueda ejercerse de manera real: allí donde el espacio físico está minado, las rutas de evacuación son sitiadas y las instalaciones sanitarias se convierten en blanco de la confrontación, la salud deja de ser un derecho exigible y se reduce a una aspiración imposible. La Observación 14 detalla que la accesibilidad sanitaria incluye la seguridad física de pacientes y personal, de modo que la mera existencia nominal de medicamentos y profesionales resulta inane si los caminos están plagados de artefactos explosivos o controlados por retenes armados (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2000).

El Derecho Internacional Humanitario refuerza esta idea al prohibir todo impedimento a los “socorros humanitarios destinados a los civiles necesitados” y al obligar a las partes a “permitir y facilitar el paso rápido y sin trabas” de dichos socorros (International Committee of the Red Cross (ICRC), 1977), de igual forma, la Resolución 2286 del Consejo de Seguridad subraya que la protección de la misión médica es condición previa para satisfacer otros derechos esenciales, porque sin entorno protector el sistema sanitario colapsa y se priva a la población de sus bienes básicos de subsistencia (United Nations Security Council, 2016) La Corte Constitucional colombiana ha trasladado estos estándares al orden interno: en la Sentencia T-760/2008 definió que el Estado incurre en violación del derecho fundamental a la salud cuando tolera barreras geográficas y de seguridad que generan “mortalidad prematura y morbilidad evitable”; (Sentencia T-760 de 2008, 2008) en el Auto 005/2009 fijó la obligación de crear corredores humanitarios y de señalar la misión médica para proteger a comunidades confinadas en territorios étnicos, el tribunal advirtió que la

ausencia de entornos seguros transforma las obligaciones de disponibilidad y calidad en un formalismo sin efecto, porque ni los insumos ni el talento humano pueden circular hacia los lugares de mayor riesgo. (Auto 005 de 2009, 2009)

En nuestro contexto de estudio, este bloque normativo implica que la función de la autoridad no se agota en enviar vacunas o nombrar personal, debe garantizar la viabilidad de su llegada y permanencia, ello exige acciones que busquen garantizar la seguridad en el territorio, como primero, desminar las trochas y caminos utilizados por las brigadas extramurales, actividad que el Plan de Acción Nacional contra Minas considera prioritaria cuando se afecta la infraestructura sanitaria, asimismo, activar rutas fluviales protegidas con horarios concertados para evacuar urgencias obstétricas o traumatismos graves, evitando los bloqueos intermitentes que a veces duplican los tiempos de traslado a Quibdó, complementariamente, resulta indispensable el instaurar un sistema de alerta temprana que articule a Misión Médica y Defensoría del Pueblo para registrar, investigar y sancionar con rapidez cualquier agresión a la asistencia sanitaria.

Estas medidas no son simples recomendaciones operativas; corresponden a obligaciones de respeto el Estado no debe obstaculizar la labor médica, de protección debe impedir ataques de terceros y de garantía ha de adoptar acciones positivas para hacer posible la prestación, tríada desarrollada por la Corte Interamericana en Pueblo Bello y acogida por la Corte Constitucional, la ausencia de un entorno protector bloquea la materialización de todo el capítulo prestacional del derecho, pues sin rutas seguras ni instalaciones exentas de peligro, la disponibilidad se vacía, la accesibilidad se frustra, la aceptabilidad cultural se sacrifica y la calidad se degrada, por cuanto la toma de decisiones estructurales resulta urgente, especialmente medidas que entiendan el contexto de cosas, no solamente desde el conflicto y la violencia, sino además considerando y respetando la pertenencia étnica del territorio.

3.2 Modelo territorial de atención primaria protegida con enfoque diferencial.

Garantizar la efectividad del derecho a la salud en Nóvita y Medio San Juan exige un modelo territorial capaz de funcionar con autonomía en medio de cierres fluviales, bloqueos armados y prolongados confinamientos, la clave es vincular pertinencia étnica, adscripción poblacional y autosuficiencia comunitaria, de modo que la provisión de servicios no dependa

de profesionales externos cuya llegada suele estar condicionada por la seguridad del río o la transitabilidad de las trochas, pues cuando la guerra impide el flujo de personal foráneo, solo el conocimiento instalado dentro de la misma comunidad puede sostener programas de vacunación, control de malaria y atención de urgencias obstétricas.

Para construir esa autonomía, el modelo debe partir de la formación de talento humano local, jóvenes afrodescendientes e indígenas que puedan acceder a becas, créditos condonables o el plan convenido, para formarse en áreas como en enfermería, salud pública intercultural y atención prehospitolaria, con el compromiso de regresar a su territorio, aprovechando planes de icetex y financiamiento proviene de un fondo especial de la ADRES orientado a municipios PDET, complementado por cooperación de la OPS y ACNUR. Así, cuando un paro armado cierra la navegación o una mina antipersonal bloquea el sendero, los servicios no se paralizan porque el saber reside en el lugar mismo de la necesidad; las nuevas parteras certificadas, los promotores clínicos y los técnicos de laboratorio garantizan la continuidad de controles prenatales y tratamientos antipalúdicos sin esperar refuerzos externos.

La red de prestación se organiza en Centros de Atención Primaria Territorializados que actúan como nodos sanitarios desde allí parten equipos extramurales interculturales integrados por médico, enfermera, psicólogo comunitario, partera tradicional y guardia étnica como ordena la Resolución 774 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, estos equipos, adscritos de forma nominal a las familias de su zona, se desplazarían con botiquines de antimaláricos, micronutrientes y pruebas rápidas; registran cada visita en el módulo “Salud San Juan” del SISPRO y aseguran que los intervalos entre jornadas no superen los 45 días. Con esta estrategia se materializa la disponibilidad prevista en el artículo 8 de la Ley 1751 y la accesibilidad cultural exigida por la Observación 14, al utilizar lenguas emberá y wounaan y prácticas de medicina ancestral cuando corresponde.

La geografía del San Juan impone un componente fluvial ineludible, por ello, es indispensable mediante coordinación permanente con la Guardia Indígena, los Consejos Comunitarios afro y la Armada, las embarcaciones sanitarias portan el emblema de misión médica dispuesto en la Resolución 4481/2012; acompañada de un fondo rotatorio de combustible, administrado por la ESE local, que mantenga la logística aun cuando el

comercio se detenga, si la violencia bloquea el tránsito, una eventual conectividad satelital del centro cabecera ha de permitir consultas de telemedicina con especialistas en Quibdó o Cali, de modo que la calidad diagnóstica no colapse por la ausencia física de un profesional externo y los tratamientos continúen bajo supervisión remota.

La adscripción poblacional convierte a cada familia en sujeto visible del sistema y al equipo extramural en responsable directo de sus indicadores de salud, la frecuencia de visitas, la entrega de medicamentos y la identificación de gestantes de alto riesgo se monitorean en tiempo real a través del SISPRO, lo que facilita ajustes inmediatos cuando la violencia altera los cronogramas, la meta es alcanzar una cobertura efectiva del noventa por ciento de la población en los primeros treinta y seis meses, con rehabilitación simultánea de catorce puestos de salud rurales y dotación de laboratorios básicos, ecógrafos portátiles y balanzas pediátricas.

La sustentabilidad del modelo descansa en el principio de colaboración armónica, pues los centros cabecera reciben insumos y acompañamiento técnico del Ministerio de Salud, mientras los gobiernos locales gestionan talento humano y las comunidades aportan saberes tradicionales y redes de protección, de esta sinergia surge un servicio capaz de sobrevivir a los picos de violencia, porque la infraestructura física se combina con competencias locales y con un esquema de flujos logísticos blindados por rutas humanitarias.

Al entrelazar formación comunitaria, pertinencia intercultural, adscripción familiar y tecnología de bajo costo, el modelo desplaza la dependencia externa hacia una soberanía sanitaria local, la guerra podrá clausurar el río por días, pero no la capacidad de diagnosticar, asistir un enfermo o contener un brote de viral de primera mano con ello se cierra la brecha entre norma y realidad, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad dejan de ser postulados teóricos para convertirse en resultados tangibles, incluso en un territorio sometido a conflicto armado.

La eficacia de esta arquitectura sanitaria depende, en último término, de la vigilancia activa que ejercen los propios consejos comunitarios y cabildos indígenas sobre cada eslabón de la cadena asistencial, porque sólo la presencia constante de los usuarios, convertidos en guardianes de sus propios servicios, permite verificar que las embarcaciones zarpan cuando deben, que los botiquines llegan completos y que los equipos extramurales mantienen la

periodicidad comprometida; de esa interacción cotidiana entre autoridades étnicas, personal de salud y administración local surge la retroalimentación que corrige desajustes, legitima las decisiones y evita que los acuerdos queden en letra muerta.

3.3 Progresividad, no regresividad y participación comunitaria.

El modelo de atención primaria protegida descrito es una ruta posible no un diseño cerrado ni obligatorio para revertir la crisis sanitaria que padecen Nóvita y Medio San Juan. Su valor radica en que traduce principios constitucionales e interamericanos en acciones concretas, pero reconoce la libertad de configuración legislativa y la potestad de la administración para escoger instrumentos normativos y operativos distintos, siempre que la solución elegida cumpla con tres parámetros ineludibles: progresividad en la realización del derecho, prohibición de retrocesos y participación efectiva de las comunidades, esa triple directriz constituye el marco de evaluación mínima para cualquier política pública que pretenda restaurar garantías en territorios de conflicto.

El deber de progresividad impone al Estado demostrar avances sostenidos y medibles en la cobertura, la calidad y la pertinencia cultural del servicio de salud, la Observación 14 lo define como la obligación de destinar el máximo de recursos disponibles y la Corte Constitucional, en SU-225/1998 y T-760/2008, agrega que tales avances han de verificarse con indicadores claros, accesibles al público, por eso resulta fundamental fijar una línea de base: número de puestos de salud habilitados, frecuencia real de brigadas, tiempo promedio de evacuación obstétrica o traumatológica. Sobre ese punto cero se construyen metas anuales, de modo que cada nueva sala de parto, cada embarcación sanitaria o cada promotor de salud formado quede registrado como incremento tangible del derecho.

La prohibición de regresividad actúa como baranda de seguridad. Si la violencia, la corrupción o la negligencia administrativa provocan un cierre de puestos, un desabastecimiento de medicamentos o la suspensión de las rutas fluviales, el Estado debe activar de inmediato un plan de contingencia que restituya el servicio con la celeridad que exige T-760/2008, mantener la infraestructura abierta y operativa no es un favor sino una obligación jurídica: el principio subraya que ningún logro por modesto que sea puede perderse sin justificación técnica y sin que exista una alternativa igual o superior.

El tercer pilar, la participación comunitaria, convierte a los usuarios en sujetos corresponsables de la vigilancia del sistema. Consejos comunitarios y cabildos indígenas no se limitan a recibir información: cotejan la periodicidad de las brigadas con la realidad diaria, confirman la entrega completa de botiquines y verifican que la consulta se brinde en la lengua del paciente cuando corresponde. Esa interacción, asentada en asambleas mensuales y alimentada por la plataforma “Salud San Juan” del SISPRO, genera un bucle de retroalimentación que corrige fallas operativas antes de que se conviertan en retrocesos estructurales, además, fortalece la pertinencia cultural, porque el saber ancestral de parteras y curanderos se integra a la práctica biomédica en un diálogo continuo, tal como exige el Auto 005/2009.

Bajo estos parámetros, el camino a seguir puede variar en su diseño legislativo o en su cronograma financiero, pero no puede soslayar la obligación de avanzar sin retroceder ni prescindir del control social de quienes habitan el territorio, progresividad significa evidenciar mejoras medibles; no regresividad, impedir que la guerra o la burocracia borren lo conquistado; y participación, garantizar que la comunidad influya, de manera sustantiva, en la definición y supervisión de las acciones, cualquier política que desatienda uno solo de estos vértices incumpliría el estándar mínimo de protección que el ordenamiento interno e internacional exige para territorios étnicos atrapados por el conflicto armado.

6. Conclusión.

El análisis realizado demuestra que entre 2020 y 2024 los confinamientos y desplazamientos impuestos por el ELN y las AGC en la cuenca del San Juan convirtieron el territorio en un espacio de zozobra, penumbra y encierro donde la libre circulación dejó de existir y, con ella, se fracturó la columna vertebral del derecho a la salud porque los usuarios quedaron física y simbólicamente separados de los insumos, los profesionales y los entornos salubres que el Estado tiene obligación de proveer, de modo que la disponibilidad se agotó con el cierre de puestos de salud, la accesibilidad se anuló por minas y retenes, la aceptabilidad se diluyó al impedir el ingreso de equipos interculturales y la calidad se degradó al interrumpirse la cadena de frío y la supervisión especializada

Esta ruptura de las cuatro dimensiones esenciales no se tradujo solo en estadísticas sanitarias adversas sino en un retroceso humanitario multisectorial porque el hambre derivada de la prohibición de pescar y cultivar potenció la desnutrición infantil; las mujeres gestantes dejaron de recibir controles y partieron en labores de parto por ríos bloqueados; los pacientes de malaria, o hipertensión suspendieron tratamientos y el miedo permanente generó un estrés tóxico que se manifestó en crisis de ansiedad, ideación suicida y brotes psicóticos, lo que confirma que la guerra vulnera simultáneamente la salud como estado físico y mental y la salud como derecho jurídico exigible

Cada confinamiento marcó un momento de retroceso añadido, pues los logros parciales brigadas eventuales, dotaciones de medicamentos, mejoras en indicadores de cobertura se perdían en semanas de encierro; de ahí que la inercia legislativa o la simple planeación sectorial resulten insuficientes porque mientras no exista seguridad material la progresividad deviene quimera y la no regresividad se vuelve una promesa sin sustento fáctico, de modo que el principio de colaboración armónica adquiere carácter urgente para articular acción militar humanitaria, talento humano local y financiamiento estable que asegure continuidad y permita construir una soberanía sanitaria comunitaria capaz de resistir los picos de violencia

Con todo, la investigación también evidenció brotes de resiliencia; parteras, promotores y guardias étnicas tejen redes de auxilio que salvan vidas cuando la institucionalidad se ausenta, demostrando que la participación comunitaria no es un adorno procedimental sino un pilar de legitimidad y eficacia; por ello cualquier política que pretenda restituir el derecho debe incorporar esa agencia local en el diseño, la ejecución y la supervisión de las acciones, reconociendo que la protección del derecho a la salud en contextos étnicos y de conflicto exige horizontalidad y control social permanente

Todo lo antes dispuesto, nos permite afirmar que, los confinamientos y desplazamientos de 2020-2024 erosionaron de forma sistemática y acumulativa el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en Nóvita y Medio San Juan al convertir las barreras geográficas y de seguridad en muros infranqueables que impiden acceder a servicios básicos; revertir ese daño implica un compromiso estatal que combine entornos protectores, atención primaria intercultural y un marco de progresividad vigilado por las comunidades,

único camino posible para transformar el círculo vicioso de guerra y enfermedad en un escenario de garantías reales y sostenibles.

Referencias

1. Sentencia T-025 de 2004, T-025 de 2004 (Corte Constitucional de Colombia 2004).
2. ACAPS. (2022). *Colombia: Confinements*. Ginebra: ACAPS.
3. ACNUR. (2022). *Colombia: Confinamientos (enero a mayo de 2022)*. BOGOTÁ: ACNUR.
4. Araque Ortiz, M. G. (2022). El derecho a la salud en Colombia: una mirada a su aplicación como derecho humano fundamental y en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. *Derecho y Realidad*, 181-198.
5. Auto 005 de 2009, 005 de 2009 (Corte Constitucional de Colombia 2009).
6. Bedoya Gómez, E. A. (2020). Experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín 2019 - 2020. *Universidad de Antioquia*.
7. Benito-Pinzón, L. Á. (2021). *La evolución del derecho a la salud en Colombia y sus efectos en el Hospital del municipio de La Palma, Cundinamarca*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia,.
8. Bonet-Morón, J. A. (2007). *¿Por qué es pobre el Chocó?* Cartagena: Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER).
9. Caso de la Masacre de Pueblo Bello vs. Colombia, Serie C No. 140 (Corte Interamericana de Derechos Humanos 31 de 01 de 2006).
10. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del PIDESC)*. Ginebra: Naciones Unidas.

11. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del PIDESC)*. Ginebra.: Naciones Unidas, .
12. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). (13 de 03 de 2021). *icrc.org*. Obtenido de *icrc.org*: <https://www.icrc.org/es/document/colombia-aislada-por-la-pandemia-y-el-conflicto>
13. Congreso de la República de Colombia. (18 de 07 de 1997). *Ley 387 de 1997*. Obtenido de Gestor Normativo (Función Pública): <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=338>
14. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). (2024). *Boletín de desplazamiento y confinamiento en la Costa Pacífica*. Bogotá: Codhes.
15. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). (2024). *Boletín de desplazamiento y confinamiento en la Costa Pacífica colombiana, 2024*. Bogotá: CODHES.
16. Defensoría del Pueblo. (16 de 12 de 2022). *Defensoría del Pueblo urge atención para 9.800 personas de 4 municipios de Chocó confinadas por paro armado del ELN*. Obtenido de Defensoría del Pueblo: <https://www.defensoria.gov.co/-/defensor%C3%ADa-del-pueblo-urge-atenci%C3%B3n-para-9.800-personas-de-4-municipios-de-choc%C3%B3-confinadas-por-paro-armado-del-eln>
17. Defensoría del pueblo. (29 de 01 de 2024). *Durante el 2023 en Colombia, cerca de 121.000 personas fueron víctimas de desplazamiento forzado masivo y confinamiento*. Obtenido de Defensoría del pueblo: https://www.defensoria.gov.co/en/-/durante-el-2023-en-colombia-cerca-de-121.000-personas-fueron-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-masivo-y-confinamiento?utm_source=chatgpt.com
18. Dias., C. 7. (21 de 08 de 2024). La Lerma (Medio San Juan): 160 personas con paludismo. *Chocó 7 Días*.

19. García, M. V.-L. (2022). *Derecho fundamental a la salud y sistema de salud. Apoyos de la Universidad de Antioquia al diálogo nacional*. Medellín: Universidad de Antioquia,.
20. Human Rights Watch. (15 de 07 de 2020). *hrw.org*. Obtenido de *hrw.org*: <https://www.hrw.org/es/news/2020/07/15/colombia-brutales-medidas-de-grupos-armados-contracovid-19>
21. Instituto Nacional de Salud. (2023). *Boletín Epidemiológico Semanal, semana 43 – 2023*. Bogotá: Institución: INS.
22. International Committee of the Red Cross (ICRC). (08 de 06 de 1977). *Additional Protocol (II) to the Geneva Conventions, 1977*. Obtenido de ICRC IHL Database: <https://ihl-databases.icrc.org/es/ihl-treaties/apii-1977/article-16>
23. Markez Alonso, I. (2014). *Violencia colectiva y salud mental: Contexto, trauma y reparación*. Madrid: Grupo 5.
24. Murillo, F. (28 de 06 de 2025). Entrevista Presidente Acadesan. (L. Moya, Entrevistador)
25. Museo Casa de la Memoria. (15 de 05 de 2025). *museocasadelamemoria.gov.co*. Obtenido de *museocasadelamemoria.gov.co*: <https://www.museocasadelamemoria.gov.co/paro-armado-en-choco-poblacion-civil-bajo-el-asedio/>
26. Naciones Unidas. (16 de 12 de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12)*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR): <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/pacto-internacional-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales>
27. Negrete Martínez, M. J. (2021). El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano: justicia, salud y conflictos entre principios. *Universidad el Bosque*.

28. Observatorio de Drogas de Colombia. (2015). *Caracterización regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas. Departamento del Chocó*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Justicia y del Derecho.
29. Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). (24 de 02 de 2024). *Informe 2024 Memorias de Vida y Armonía del Observatorio de Derechos de los Pueblos Indígenas*. Obtenido de ONIC: <https://www.onic.org.co/onic/135-home/4715-informe-2024-memorias-de-vida-y-armonia-del-observatorio-de-derechos-de-los-pueblos-indigenas>
30. Pacheco Sánchez, C. I. (2009). Guerra y derecho a la salud en Colombia. El caso del Departamento de Nariño. *Medicina Social / Social Medicine*, 177–188.
31. Patiño, J. P. (17 de 02 de 2025). Paro armado del ELN todavía no arranca y en el Chocó ya hay 3.500 desplazados. *El Colombiano*, págs. <https://www.elcolombiano.com/colombia/paro-armado-eln-choco-sin-comenzar-ya-deja-desplazados-y-confinados-HA26621879>.
32. Poblete Vilches y otros vs. Chile, Serie C No. 349 (Corte Interamericana de Derechos Humanos 08 de 03 de 2018).
33. Ramirez., Y. (22 de 06 de 2025). Entrevista a personal de salud. (L. Moya, Entrevistador)
34. Redacción Colombia2020. (02 de 05 de 2018). Estos son los municipios de las antiguas FARC que ocupó el ELN. *El Espectador – Colombia2020*, págs. <https://www.elespectador.com/colombia-20/conflicto/eln-disidencias-y-clan-del-golfo-asi-impactaria-orden-de-trump-a-ejercito-para-atacar-carteles-de-narcotrafico-noticias-hoy/>.
35. República de Colombia. (7 de Julio de 1991). *Constitucion Politica De Colombia*. Obtenido de Secretaría del Senado: https://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

36. Rivas., Y. D. (11 de 06 de 2025). Entrevista Enlace de Victimas Novita. (L. Moya, Entrevistador)
37. Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 82-89.
38. Sentencia SU-225 de 1998, SU-225 de 1998 (Corte Constitucional de Colombia 20 de 05 de 1998).
39. Sentencia T-045 de 2010, T-045 de 2010 (Corte Constitucional de Colombia 02 de 02 de 2010).
40. Sentencia T-760 de 2008, T-760 de 2008 (Corte Constitucional de Colombia 31 de 07 de 2008).
41. Sentencia T-760 de 2008, T-760 de 2008 (Corte Constitucional de Colombia 31 de 07 de 2008).
42. Sentencia T-859 de 2003, T-859 de 2003 (Corte Constitucional de Colombia. 25 de septiembre de 2003).
43. Tarazona, D. (5 de 02 de 2024). *Colombia: nuevo informe revela que más de 58 mil pobladores indígenas fueron víctimas de violencia en el 2023*. Obtenido de Mongabay: https://es.mongabay.com/2024/02/colombia-nuevo-informe-revela-que-mas-de-58-mil-pobladores-indigenas-fueron-victimas-de-violencia-en-el-2023/?utm_source=chatgpt.com
44. Tello, E. A. (18 de 07 de 2019). *Pares*. Obtenido de Pares: <https://www.pares.com.co/post/el-mapa-de-una-guerra-que-estall%C3%B3-en-el-choc%C3%B3>
45. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs . (31 de 07 de 2023). *unocha.org*. Obtenido de *unocha.org*: <https://www.unocha.org/publications/report/colombia/colombia-desplazamientos-masivos-y-confinamientos-en-la-subregion-del-san-juan-municipios-de-sipi-novita-medio-san-juan-istmina-y-litoral-del-san-juan-choco-flash-update-no-1-31072023>

46. U

47. nited Nations Security Council. (2016). *Security Council resolution 2286 (2016) [on protection of the wounded and sick, medical personnel and humanitarian personnel in armed conflict]*. New York: United Nations.

48. United Nations Sustainable Development Group (UNSDG). (2017). *Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutricional*. Nueva York, EE. UU.: United Nations Sustainable Development Group.

49. World Health Organization. (01 de 12 de 2023). *Human rights and health*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>