

## Protección del sector salud en Colombia: Un paso para la humanización del conflicto armado

**Resumen:** El conflicto interno ya ha causado en Colombia gran número de víctimas y destruido una parte importante de la infraestructura del país, en particular la sanitaria. La vida del personal médico está directamente amenazada por los actos de violencia y, además, los servicios sanitarios ya no pueden satisfacer todas las necesidades, en particular las de las víctimas de los enfrentamientos. En tales condiciones, la labor de los médicos se encuentra en peligro. Este artículo es el resultado de una investigación sobre las causas y la índole de los actos de violencia contra el personal médico. Se exponen además las medidas que la delegación del CICR ha tomado para reforzar la seguridad de su personal médico sobre el terreno, lo que contribuye a un mayor respeto del derecho internacional humanitario en Colombia.

Colombia sufre las consecuencias del conflicto entre grupos armados de oposición y la fuerza pública desde hace más de cuarenta años. Además de esta forma de violencia, proliferan prácticas preocupantes de limpieza social, impunidad, corrupción, tráfico de narcóticos, violencia doméstica y delincuencia común, que hacen que la oferta de servicios de salud sea insuficiente.

A lo largo de este conflicto, el sector salud ha sido objeto de numerosos ataques por las partes en conflicto, a tal punto que se ha visto seriamente afectada la oferta de servicios y la integridad de la misión médica en diferentes regiones. Este trabajo busca compartir nuestra experiencia en el caso colombiano en relación con la protección de la misión médica, contribuir al desarrollo de programas homólogos en otros contextos donde se requieran y mostrar una de las muchas posibles formas de promover la aplicación del derecho internacional humanitario (DIH).

### Situación de los derechos humanos y del DIH en Colombia

Colombia ha suscrito la mayoría de acuerdos y tratados internacionales relacionados con los derechos humanos y con el DIH. A pesar de ello y de la integración de estos convenios en la Constitución, el país sigue ocupando un importante espacio en los informes de las ONG – como Human Rights Watch y Amnistía Internacional– por violaciones de estas normas internacionales.

Durante 1998 hubo un total de 23.096 homicidios<sup>1</sup> en el país. En 1997 se produjeron 288 matanzas, con un total de 1420 civiles asesinados y, en 1998, 194 con 1231 civiles asesinados<sup>2</sup>. En los últimos cuatro años han sido secuestradas 4.925

---

1 Informe del Centro de Investigaciones Criminológicas de la Dirección de Policía Judicial, citado por: "23.096 homicidios en 1998". El Espectador (Bogotá, abril 24 de 1999), p. 7A.

2 Quinto Informe de la Defensoría del Pueblo al Congreso, citado por: "Una masacre cada 48 horas durante 1998". El Tiempo (Bogotá, febrero 13 de 1999), p. 7A.

personas<sup>3</sup>, y actualmente hay un promedio de seis secuestros por día<sup>4</sup>. Además, cada día se notifica en el país una desaparición forzada<sup>5</sup>.

El país paga un elevado tributo por la guerra, cuyo costo indirecto se sitúa entre el 1 y el 1,5% del producto interior bruto (PIB)<sup>6</sup>. Aunque se dedica el 2,6% del PIB al gasto militar, esto no se refleja en una mayor protección de los ciudadanos por parte de la fuerza pública, pues en 133 de los 1.074 municipios del país no hay presencia de la policía<sup>7</sup>. Además, la inversión extranjera ha disminuido notoriamente en los últimos años, sobre todo por la persistencia de la violencia, que provoca la huida de capitales.

Por lo que atañe a los derechos civiles, económicos y políticos en particular, son frecuentes las ejecuciones extrajudiciales, las detenciones arbitrarias, las torturas y otros tratos crueles y degradantes<sup>8</sup>, así como los desplazamientos forzados<sup>9</sup>.

Con relación al conflicto armado, cabe decir que se libra entre la fuerza pública (con 221.000 combatientes), grupos paramilitares (con 5.000 combatientes) y grupos de guerrillas izquierdistas (con 22.000 combatientes). La mayoría de los grupos paramilitares están integrados en una estructura de coordinación denominada "Autodefensas Unidas de Colombia", mientras que las dos principales organizaciones guerrilleras son las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional, ELN.

Colombia ha suscrito los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y los dos Protocolos adicionales de 1977, cuyas normas están todas vigentes en el país. Además, en la reforma constitucional de 1991 se incluyó la aplicación del DIH en el marco constitucional. Otras posibilidades legales las da el hecho de que varias infracciones contra el DIH aparecen tipificadas como delitos en el Código Penal Militar. Tanto la fuerza pública (por mandato constitucional y por exigencia del Código Penal Militar) como los grupos armados organizados (por voluntad propia, manifestada en numerosos comunicados y declaraciones públicas) se han comprometido a respetar las normas del DIH.

En ese contexto, el Comité Internacional de la Cruz Roja definió los derechos y deberes del sector salud en Colombia. Este marco de interpretación le permite desarrollar estrategias específicas para mejorar la protección de este sector.

Las normas del DIH, vigentes en Colombia, estipulan el respeto de la misión médica. El Protocolo adicional II<sup>10</sup> se ocupa de la misión médica cuando habla de la protección

---

<sup>3</sup> "En cuatro años, 4.925 secuestrados", El Espectador (Bogotá, mayo 5 de 1999), p. 6A

<sup>4</sup> "Cada día secuestran seis personas", El Espectador (Bogotá, abril 27 de 1999), p. 7A

<sup>5</sup> "Una desaparición cada 24 horas", El Espectador (Bogotá, mayo 25 de 1999), p. 8A. En 1996 se registraron 134 desapariciones y en 1997, 356. Defensoría del Pueblo: Derechos Humanos para vivir en paz. Quinto Informe del Defensor del Pueblo al Congreso. Bogotá, 1998, p. 31.

<sup>6</sup> "La guerra desajusta la economía", El Espectador (Bogotá, junio 13 de 1999), p. 3B

<sup>7</sup> "Sin seguridad en 133 municipios", El Espectador (Bogotá, junio 7 de 1999), p. 10A

<sup>8</sup> Amnistía Internacional, Crónicas del Terror y de la Dignidad. Informe 1997, EDAI, Madrid, p. 145.

<sup>9</sup> Informe del Departamento de Estado de los Estados Unidos sobre la situación de derechos humanos en Colombia, 1999.

<sup>10</sup> Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II), 8 de junio de 1977.

del personal sanitario (artículo 9), de las unidades y los medios de transporte (artículo 11), de las actividades médicas (artículo 10) y del secreto profesional (artículo 10).

La misión médica comprende el conjunto de personas, unidades (instalaciones), medios de transporte, equipos, material y actividades – transitorios o permanentes, civiles o militares, fijos o móviles – destinados exclusivamente a una finalidad médica y que son necesarios para la administración, el funcionamiento y la prestación de servicios médico-asistenciales, en los ámbitos de la prevención y la promoción, de la asistencia y de la rehabilitación de las personas afectadas o que puedan resultar afectadas a causa o con ocasión de un conflicto armado. Cubre, pues, a las personas y los elementos necesarios para:

- la asistencia, la búsqueda, la recogida, el transporte, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los heridos, enfermos y náufragos;
- la prevención de enfermedades;
- la administración y el funcionamiento de las unidades y los medios de transporte sanitarios.

La realización de la misión médica implica:

- personal sanitario;
- unidades sanitarias;
- medios de transporte sanitarios;
- equipos y medicamentos;
- actividades médicas.

No toda tarea realizada por el personal sanitario es una actividad médica en sentido estricto, sino solamente los cuidados médicos que exija el estado de los heridos, enfermos y náufragos<sup>11</sup>. El conjunto de actividades de la misión médica incluye asimismo la lucha contra los vectores, los programas de vacunación, el control de los manantiales de agua potable, el programa de zoonosis, la asistencia a domicilio y, en general, todo tipo de servicios humanitarios propios de la asistencia de salud, entendiendo ésta como un proceso integral. De igual manera, el DIH establece unos deberes para el personal sanitario<sup>12</sup>, que debe, entre otras cosas:

- prestar asistencia humanitaria, es decir, recoger, proteger y asistir lo mejor posible a los heridos, enfermos y náufragos;
- ser imparcial, o sea, no hacer entre las víctimas, sobre todo entre los heridos amigos y enemigos, distinción alguna basada en criterios que no sean médicos;
- establecer las prioridades en el tratamiento basándose sólo en razones de urgencia médica<sup>13</sup>;
- dar muestras de solidaridad, es decir, no abandonar a los heridos o enfermos.

---

<sup>11</sup> Art. 7, punto 2, Protocolo adicional II.

<sup>12</sup> Miné, J: “Los Convenios de Ginebra y el servicio de sanidad en campaña” Revista Internacional de la Cruz Roja, (RICR), Ginebra, n° 80, marzo-abril de 1987, p. 191.

<sup>13</sup> De conformidad con el art. 12 del I Convenio de Ginebra de 1949, para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña. V. especialmente el título III, “Heridos, enfermos y náufragos”, arts. 7 a 12, Protocolo adicional II.

El Protocolo II, aplicable al conflicto armado interno que se vive en Colombia, establece que <sup>14</sup>:

- los heridos y los enfermos serán recogidos y protegidos;
- estas personas deberán recibir un trato humano en todas las circunstancias;
- no se hará entre ellos distinción alguna que no esté basada en criterios médicos;
- los heridos deben recibir la asistencia médica necesaria;
- el personal sanitario será respetado y protegido;
- no se obligará al personal sanitario a realizar tareas que no sean compatibles con su misión humanitaria;
- no se castigará al personal sanitario por realizar actividades médicas;
- a reserva de lo dispuesto por la legislación nacional, se respetará el secreto profesional;
- las unidades sanitarias (hospitales y centros de salud) serán respetadas y protegidas;
- los medios de transporte sanitarios (ambulancias) serán respetados y protegidos;
- el signo distintivo de la cruz roja deberá respetarse en toda circunstancia y no deberá utilizarse de manera indebida.

El cumplimiento de estos deberes y derechos del personal sanitario redundará en beneficio de la población civil, pues de esta manera se garantizan los siguientes derechos:

- a recibir asistencia médica (acceso a los servicios de salud);
- a la salud mental;
- a recibir asistencia humanitaria (libre tránsito de alimentos y otros socorros humanitarios);
- a que se respete la confidencialidad de la información que se facilita al personal médico.

#### Ataques contra la misión médica

En el marco del conflicto armado colombiano, el desarrollo de acciones de las partes en conflicto ha afectado a la prestación de servicios de salud y a la integridad del personal médico de múltiples maneras, lo que atenta contra el derecho a la salud que asiste a la población civil. Así pues, de agosto de 1998 a enero de 1999 realizamos una investigación sobre las "Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano (1995-1998)", cuyo marco conceptual fueron las normas sobre la protección de la misión médica contenidas en el DIH. Tomando como referencia estas normas, definimos cinco grupos de infracciones que nos interesaba examinar:

- las infracciones del derecho a la vida y a la libertad personal;
- los ataques a la infraestructura sanitaria (agrupando en este apartado, para efectos de la investigación, las unidades y los medios de transporte sanitarios);
- las infracciones contra las actividades de la misión médica;
- los actos de perfidia;
- las violaciones del secreto profesional.

Enviamos 450 cuestionarios a diferentes instituciones, como hospitales, organizaciones de derechos humanos, autoridades de salud, etc.

---

<sup>14</sup> V. especialmente el título III, "Heridos, enfermos y náufragos", arts. 7 a 12, Protocolo adicional II.

A pesar del evidente problema de la insuficiente notificación (principalmente por miedo), el estudio mostró un promedio de una infracción cada 1,6 días (un total de 220 casos) en 1998, lo que significa que el problema de los ataques a la misión médica es preocupante y sistemático. En los años anteriores, la situación no era necesariamente mejor, pero su percepción resultaba desvirtuada por la falta de sensibilización al respecto y la deficiente notificación de los incidentes.

#### Análisis por tipo de infracción

Para la investigación, se agruparon las infracciones en cinco categorías, lo que permite focalizar tanto su análisis como las potenciales formas de intervención.

Tipo de infracción	Total	Porcentaje
Atentados contra la vida y la integridad personal	341	72,86
Ataques contra la infraestructura sanitaria	61	13,03
Ataques a las actividades médicas	51	10,90
Actos de perfidia	11	2,35
Violaciones del secreto profesional	4	0,86
Total general	468	100

Los principales hallazgos en cada uno de estos cinco ámbitos fueron los siguientes:

- el porcentaje de atentados contra la vida y la integridad del personal sanitario (el 72,86% de todos los casos notificados) es altísimo y muy preocupante; los ataques contra los bienes sanitarios se concentran sobre todo en las ambulancias (el 69%).

#### Atentados contra la vida y la integridad personal

Entre los hechos más frecuentes que ponen en peligro la vida y la integridad del personal sanitario cabe mencionar:

- los homicidios de personal sanitario cometidos por las partes en el conflicto armado;
- las amenazas contra los profesionales de la salud y los desplazamientos forzados de éstos;
- la retención de personal sanitario por las partes en conflicto para obligarlo a asistir a sus miembros;
- el homicidio de enfermos y heridos confiados a la protección del personal sanitario.

Muchos de estos hechos se producen como consecuencia de la ayuda humanitaria prestada por el personal sanitario a una de las partes del conflicto, considerada por la parte contraria como complicidad con el enemigo. Es imprescindible, pues, que todas las partes en conflicto entiendan la imparcialidad del sector de la salud y la negativa incidencia de sus ataques contra este sector, pues disminuyen gravemente la asistencia médica y ponen incluso en peligro la vida de los propios combatientes heridos o enfermos.

Tipo de infracción	Total	Porcentaje
Homicidios de personal sanitario	76	22,29
Desaparición de personal sanitario	4	1,18
Heridas a personal sanitario	9	2,64
Amenazas al personal sanitario	114	33,43
Desplazamientos forzados de personal sanitario	57	16,72

Retención de personal sanitario	59	17,30
Homicidio de heridos protegidos	21	6,17
Detención de personal sanitario	1	0,27
Total general	341	100

Son preocupantes las amenazas contra el personal sanitario (33,43%) y su estrecha relación con los desplazamientos forzados (el 16,72%). En la gran mayoría de los casos, los desplazamientos estuvieron precedidos de una amenaza directa.

El homicidio de profesionales del sector de la salud es también alarmante, por su número absoluto (76 casos) y por su promedio (1 muerto cada 15 días en los dos últimos años), así como por sus repercusiones: el desplazamiento de otros trabajadores de la salud (efecto de onda o propagación), dificultades para cubrir las vacantes, etc.

Las profesiones sanitarias más ligadas a la prestación de servicios externos o a domicilio son precisamente las más atacadas, a saber: los promotores de salud (29% del total de muertes) y los auxiliares de enfermería (25% del total de muertes).

Una de las principales preocupaciones de los profesionales de la salud es la posibilidad de ser retenidos por alguno de los beligerantes, ya que:

- las otras partes en conflicto los acusarán de ser cómplices de los retenedores;
- los retenedores los amenazan de muerte si informan a las autoridades;
- les obligan a realizar tratamientos médicos en condiciones inadecuadas y sin seguimiento médico de sus pacientes;
- tienen que asumir la entera responsabilidad de la recuperación de los pacientes tratados, a pesar de no poder manejar todas las variables (medicación adecuada, ejercicios de fisioterapia, curas, dietas, etc.).

#### Ataques a la infraestructura

Los tratados humanitarios disponen que los bienes sanitarios no pueden ser objeto de ataques, pero tampoco pueden utilizarse en las hostilidades, pues, en tal caso, perderían su condición de bienes protegidos. Una de las infracciones más frecuentes del derecho de protección de los hospitales<sup>15</sup> es la ocupación de unidades sanitarias (hospitales, centros y puestos de salud) por partes en el conflicto. Esta ocupación puede obedecer a dos razones diferentes: la búsqueda de personas que han tomado parte en las hostilidades y el uso de sus instalaciones como trinchera. Esta última es más grave, en la medida en que pone en peligro a todas las personas que se encuentran en las instalaciones (pacientes, familiares, visitantes, personal de salud, etc.).

Los ataques a los vehículos sanitarios (ambulancias) ponen en peligro de manera inmediata a sus ocupantes (conductores, auxiliares, pacientes, pasajeros ocasionales), los bienes como tales (medios de transporte) y, en definitiva, la red del servicio de urgencias de la zona, pues se impide así el transporte oportuno y ágil de los heridos y enfermos, que es su razón de ser. Este perjuicio sufrido por la red no sólo pone en peligro a las víctimas del conflicto armado, sino también a todos los heridos y enfermos que requieran traslado asistido.

<sup>15</sup> "Las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios serán respetados y no serán objeto de ataques", art. 11, Protocolo adicional II.

Tipo de infracción	N° de casos	Porcentajes
Ataque a medios de transporte sanitarios	25	41
Ataque a unidades sanitarias	12	20
Transformación de medios de transporte sanitarios en objetivos militares	17	28
Transformación de unidades sanitarias en objetivos militares	7	11
Total	61	100

#### Ataques contra las actividades de la misión médica

Las partes en conflicto armado no sólo deben dejar trabajar al personal sanitario, sino que, además, deben favorecer toda actividad humanitaria. Este deber no contradice, sino que complementa, el artículo 3 común, en el que se estipula que "cada una de las partes en conflicto tendrá la obligación de aplicar, como mínimo, las siguientes disposiciones: (...) los heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos".

En el Protocolo adicional II se estipula que: "[Al] personal sanitario [...] se le proporcionará toda la ayuda disponible para el desempeño de sus funciones" y que "no se podrá exigir que el personal sanitario, en cumplimiento de su misión, dé prioridad al tratamiento de persona alguna salvo por razones de orden médico"<sup>16</sup>.

La expresión "razones de orden médico" o "criterios médicos"<sup>17</sup> utilizada en el Protocolo adicional II, impone a quienes prestan asistencia médica una imparcialidad absoluta. Por consiguiente:

- la prioridad en la atención a los heridos debe depender de su gravedad; y
- el personal sanitario no debe tomar partido por ninguna de las partes armadas, ni involucrarse en las hostilidades.

Por lo tanto, el personal médico ha de atender a los pacientes basándose en criterios estrictamente técnicos, que también se aplican a los servicios administrativos.

En el caso de la evacuación de heridos es difícil decir, incluso en términos teóricos, qué pacientes tienen prioridad. Esta decisión resulta aún más difícil en la práctica, dado que los pacientes corren en ocasiones otros peligros mayores que los relacionados con sus heridas. En efecto, a veces es necesario evacuar, por ejemplo, a un herido leve para evitar que sea asesinado dentro del centro hospitalario. Así pues, es necesario reemplazar el criterio médico tradicional de que la prioridad en la asistencia a los heridos la determina la gravedad de éstos por este otro: hay que salvaguardar la vida del paciente y no correr riesgos injustificados<sup>18</sup>.

La extrema dificultad de prestar asistencia médica en las zonas de conflicto armado no sólo disminuye la disponibilidad de estos servicios (falta de personal de salud dispuesto a ir a estas zonas), sino que menoscaban, además, el derecho de la población civil a recibir tratamiento directo. Esta situación explica la aparición, en las zonas de conflicto armado, de conductas tales como:

- el robo o la restricción del tránsito de medicamentos, alimentos y equipos médicos;

<sup>16</sup> Art. 9, Protocolo adicional II.

<sup>17</sup> Art. 7, apdo. 2, Protocolo adicional II.

<sup>18</sup> "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados", art. 15, de la Ley de Ética Médica de 1981.

- la obstaculización, directa o indirecta, de la prestación de asistencia por medio de toques de queda, retenes, etc.;
- la presión sobre el personal sanitario para que preste la asistencia médica en condiciones inadecuadas;
- no tener en cuenta las prioridades médicas.

Tipo de infracción	N° de casos	Porcentajes
Restringir el tránsito de medicamentos, equipos y alimentos	13	25,49
Robar medicamentos y equipos	17	33,33
Restringir y/o prohibir la labor de los servicios de salud	12	23,53
Forzar a prestar asistencia en condiciones inadecuadas	7	13,73
No respetar las prioridades médicas	2	3,92
Total	51	100

Respecto de estas conductas cabe señalar lo siguiente:

- la restricción, el control o la prohibición del tránsito de alimentos y medicamentos, así como el robo de éstos, constituyen una violación tanto del derecho a la salud, en particular, como de los derechos de la población civil, en general;
- los retenes armados y demás trabas a la circulación de vehículos obstaculizan el traslado de los heridos y el libre tránsito a que tienen derecho las ambulancias en el cumplimiento de su tarea humanitaria;
- los toques de queda impiden que la población civil se desplace hasta los centros asistenciales, obligándola a optar por soluciones médicas inadecuadas, o a posponer la consulta aun en casos de urgencia que requieren atención inmediata;
- el impedimento del desarrollo de tareas de los grupos que luchan contra vectores transmisores de enfermedades tropicales, como la malaria, acarrea graves consecuencias para la población. Este fenómeno muestra claramente que la relación entre salud y conflicto armado no se limita al cuidado de los pacientes politraumatizados por las hostilidades, sino que comprende todos los aspectos y programas del sector de la salud;
- la guerra puede tener consecuencias para la población que van incluso más allá del tiempo y del espacio en que ocurre una acción bélica. Por ejemplo, cuando hay combates o patrullas cerca de un centro de salud, algunas personas prefieren no acudir a éste – lo cual puede agravar su estado de salud – o postergar la consulta, lo que, si su dolencia requiere un tratamiento inmediato, pone en peligro su vida;
- impedir el desplazamiento del personal sanitario so pretexto de evitar así que sus acciones puedan beneficiar a la parte contraria equivale a denegar la eventual ayuda humanitaria que ese personal pueda prestar a la población civil e, incluso, a los heridos y enfermos de la parte que impone la restricción. Igual sucede cuando se obliga al personal de salud a permanecer dentro de las unidades sanitarias, impidiéndoles prestar cualquier asistencia externa.

## Actos de perfidia

Literalmente perfidia significa "ruptura de fe"<sup>19</sup>. En la época de la caballería, "la perfidia era un deshonor que no podía redimir ninguna hazaña"<sup>20</sup>. Ejemplos de perfidia son: simular una incapacidad por heridas o enfermedad; simular el estatuto de persona civil no combatiente; simular que se posee un estatuto de persona protegida mediante el uso de signos, emblemas o uniformes; o simular la rendición<sup>21</sup>.

Tipo de infracción	N° de casos
Usar medios de transporte para acciones de guerra	9
Usar medios de identificación del personal sanitario para acciones de guerra	2
Total	11

## Violaciones del secreto profesional

El carácter reservado de la información que maneja el personal sanitario está protegido por las normas del Protocolo II de 1977, aunque también las legislaciones nacionales deben regular el secreto profesional. Los resultados de nuestro estudio al respecto están en cierto modo distorsionados por la casi inexistencia de la noción de secreto profesional en Colombia, debido:

- al desconocimiento de las leyes que lo rigen;
- a la falta de claridad o a la interpretación errónea de estas leyes;
- a la aplicación eminentemente pragmática y coyuntural de las leyes;
- a la ausencia del concepto de secreto profesional en la cultura del personal sanitario y de los combatientes colombianos.

Errores tales como registrar en la historia clínica la parte en conflicto a la que pertenece un paciente, o las siglas correspondientes a dicho grupo, provienen de la costumbre de anotar la profesión de los pacientes a efectos de los estudios sobre riesgos ocupacionales, aunque esto ocasione una serie de problemas a los interesados y sea de poca utilidad para la ayuda humanitaria. Tales conductas infringen el derecho a la confidencialidad y al carácter reservado de dichos documentos, violan el secreto profesional y vulneran del derecho a la intimidad de las personas.

Los Estados tienen la obligación de mejorar la protección del secreto profesional, que ya estaba reconocido desde hace mucho tiempo como derecho (desde que se introdujo el juramento hipocrático), y que la Asociación Médica Mundial ha ratificado en nuestros días. Es obvio que los integrantes de la misión médica, en el cumplimiento de su labor humanitaria, recopilan informaciones sobre sus pacientes, pero éstas no deben significar un riesgo para su integridad física ni para su libertad personal.

## Otros hallazgos importantes de la investigación

---

<sup>19</sup> De Preux, Jean, comentario 1483, en: Sandoz, Yves; Swinarsky, Christophe; Zimmermann, Bruno; Comentario del Protocolo adicional I, tomo I. Comité Internacional de la Cruz Roja/Plaza y Janés, Editores Colombia, S.A., 2001, p. 602.

<sup>20</sup> De Preux, Jean, comentario 1498, en: op. cit., p. 608.

<sup>21</sup> Art. 37, Protocolo adicional I.

Los efectos de los conflictos armados sobre la lucha contra la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores: el homicidio de los encargados de los programas de fumigación, de educación comunitaria y de investigaciones entomológicas, o las amenazas contra ellos, ha afectado a estas actividades y ha ocasionado, a su vez, el aumento del número de casos aquejados de esas enfermedades.

Los efectos sobre el Programa Ampliado de Inmunización: hay regiones en las que, a pesar de contar con recursos humanos y biológicos, con medios de transporte y con equipos de transporte refrigerado, es imposible desarrollar este programa porque lo impiden las partes en el conflicto.

Salud mental: el conflicto armado pone seriamente en peligro la salud mental de los colombianos<sup>22</sup>.

### Estrategias del comité internacional de la cruz roja para proteger la misión médica en Colombia.

A raíz de este estudio, el CICR ha desarrollado planes de trabajo para cada uno de sus departamentos tradicionales, a fin de mejorar la protección de la misión médica. En este marco, el Programa de Protección de la Misión Médica realiza una labor clave de coordinación transversal, únicamente por el tiempo necesario hasta que se refuerce la colaboración interdepartamental y se consoliden las diferentes estrategias.

#### Comunicación

Teniendo en cuenta todos los anteriores elementos, el CICR ha preparado diversos materiales para difundir los programas de protección de la misión médica, como folletos sobre el secreto profesional y el uso del emblema, carteles, pegatinas y mensajes radiofónicos y televisivos. Para dar a conocer los resultados del presente estudio, se han publicado un libro y un amplio resumen. El CICR pretende así sensibilizar tanto al público en general como a los combatientes sobre el respeto debido a la misión médica, a su labor, equipos e instalaciones, y recordar al personal sanitario sus derechos y deberes en medio del conflicto armado.

#### Difusión

Gracias a la infraestructura y la experiencia con que cuenta el CICR, se ha desarrollado el tema mediante conferencias, cursos y coloquios con médicos de la fuerza pública, presos de los grupos guerrilleros y de paramilitares, reuniones con comandantes de frentes guerrilleros y de grupos paramilitares en las zonas rurales y, especialmente, con el personal sanitario de los lugares donde el conflicto armado es mucho más acentuado. Los principales temas tratados son el respeto de la misión médica en general y del emblema de la cruz roja y del secreto profesional en particular, así como la obligación de respetar la vida de los heridos asistidos en los centros sanitarios.

#### Protección

Si, por un lado, el estudio se benefició en gran medida de la experiencia del CICR en la labor de protección, el programa prestó a su vez apoyo a la actividad de los delegados sobre el terreno, en las gestiones confidenciales que realizan ante las partes en el conflicto. Se han dado instrucciones para reforzar la seguridad del personal sanitario en las zonas de conflicto y actualmente se trabaja en un manual sobre esta materia.

---

<sup>22</sup> Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas. Bogotá, 1994.

## Asesoramiento jurídico

El CICR contribuyó a la aprobación del decreto 860 de 1998 sobre la protección de la misión médica. Ahora, se busca el desarrollo de varios de esos artículos y la incorporación de nuevas medidas de protección mediante una nueva ley de protección de la misión médica. Los delegados del CICR cuentan para ello con la colaboración de las autoridades de salud de varias regiones del país, especialmente de las más afectadas por el conflicto armado. Finalmente, se ha recomendado a las partes en conflicto incluir el respeto y la protección de la misión médica en los acuerdos especiales sobre la humanización de la guerra que se están preparando.

## Actividades médicas

En el marco del programa, el CICR ha proporcionado asistencia médica tanto a combatientes de las diferentes partes como a civiles heridos. También ha dado cursos de manejo inicial de heridos de guerra a miembros de las partes en conflicto, con el fin de que los heridos puedan ser asistidos con mayor rapidez.

## Conclusión

La delegación del CICR, teniendo en cuenta los resultados de este estudio, ha establecido una estrategia para proteger la misión médica en Colombia y ha publicado unas líneas directrices sobre la labor del personal sanitario. El Programa de Protección de la Misión Médica respalda estos esfuerzos, así como los de las organizaciones que trabajan en este ámbito hasta que éstas hayan adquirido los conocimientos necesarios para desarrollar sus propias estrategias. Esto contribuirá, en definitiva, a un mayor cumplimiento de DIH en el conflicto, al reducir, en especial, el número de ataques al personal sanitario.

Víctor de Currea-Lugo es médico cirujano por la Universidad Nacional de Colombia, especialista en derechos humanos y máster por la Universidad de Salamanca. Ha sido asesor del Ministerio de Salud (1994-95) y del Comité Internacional de la Cruz Roja, donde coordinó el "Programa de Protección de la Misión Médica" (1997-99). Autor del libro Derecho Internacional Humanitario y Sector salud: el caso colombiano (Bogotá, 1999), cursa actualmente estudios de doctorado en la Universidad Complutense de Madrid.

## Notas

1. Informe del Centro de Investigaciones Criminológicas de la Dirección de Policía Judicial, citado por: "23.096 homicidios en 1998". El Espectador (Bogotá, abril 24 de 1999), p. 7A.
2. Quinto Informe de la Defensoría del Pueblo al Congreso, citado por: "Una masacre cada 48 horas durante 1998". El Tiempo (Bogotá, febrero 13 de 1999), p. 7A.
3. "En cuatro años, 4.925 secuestrados", El Espectador (Bogotá, mayo 5 de 1999), p. 6A
4. "Cada día secuestran seis personas", El Espectador (Bogotá, abril 27 de 1999), p. 7A
5. "Una desaparición cada 24 horas", El Espectador (Bogotá, mayo 25 de 1999), p. 8A. En 1996 se registraron 134 desapariciones y en 1997, 356. Defensoría del Pueblo: Derechos Humanos para vivir en paz. Quinto Informe del Defensor del Pueblo al Congreso. Bogotá, 1998, p. 31.
6. "La guerra desajusta la economía", El Espectador (Bogotá, junio 13 de 1999), p. 3B
7. "Sin seguridad en 133 municipios", El Espectador (Bogotá, junio 7 de 1999), p. 10A

8. Amnistía Internacional, Crónicas del Terror y de la Dignidad. Informe 1997, EDAI, Madrid, p. 145.
9. Informe del Departamento de Estado de los Estados Unidos sobre la situación de derechos humanos en Colombia, 1999.
10. Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II), 8 de junio de 1977.
11. Art. 7, punto 2, Protocolo adicional II.
12. Miné, J: "Los Convenios de Ginebra y el servicio de sanidad en campaña" Revista Internacional de la Cruz Roja, (RICR), Ginebra, n° 80, marzo-abril de 1987, p. 191.
13. De conformidad con el art. 12 del I Convenio de Ginebra de 1949, para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña. V. especialmente el título III, "Heridos, enfermos y náufragos", arts. 7 a 12, Protocolo adicional II.
14. V. especialmente el título III, "Heridos, enfermos y náufragos", arts. 7 a 12, Protocolo adicional II.
15. "Las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios serán respetados y no serán objeto de ataques", art. 11, Protocolo adicional II.
16. Art. 9, Protocolo adicional II.
17. Art. 7, apdo. 2, Protocolo adicional II.
18. "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados", art. 15, de la Ley de Ética Médica de 1981.
19. De Preux, Jean, comentario 1483, en: Sandoz, Yves; SwinarskyI, Christophe; Zimmermann, Bruno; Comentario del Protocolo adicional I, tomo I. Comité Internacional de la Cruz Roja/Plaza y Janés, Editores Colombia, S.A., 2001, p. 602.
20. De Preux, Jean, comentario 1498, en: op. cit., p. 608.
21. Art. 37, Protocolo adicional I.
22. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas. Bogotá, 1994.