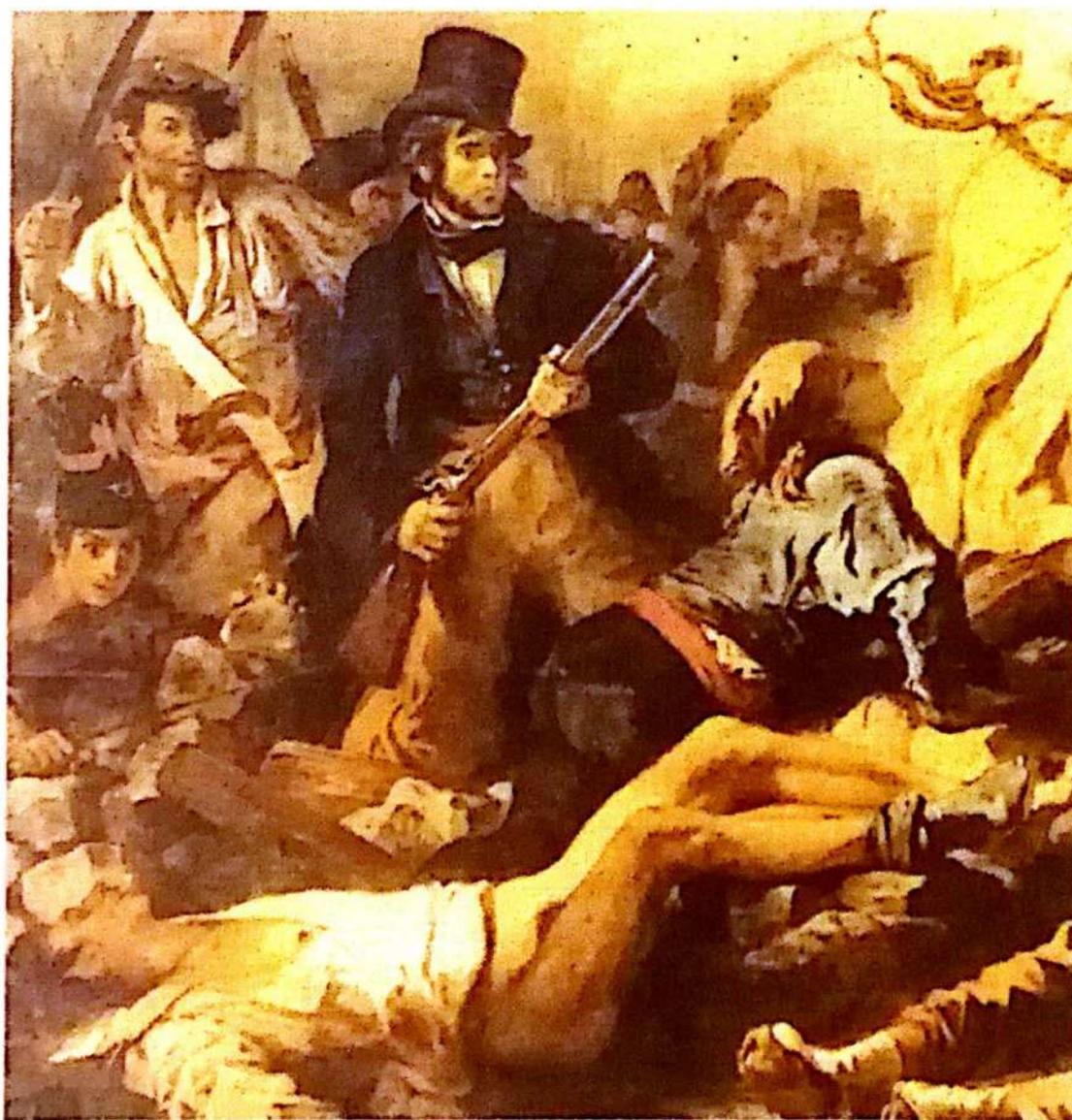


DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO Y SECTOR SALUD: EL CASO COLOMBIANO



VÍCTOR DE CURREA-LUGO



PLAZA & JANES
P & J
EDITORES

***DERECHO INTERNACIONAL
HUMANITARIO Y
SECTOR SALUD:***

EL CASO COLOMBIANO

Por un trabajo digno para el personal
de salud, aun en medio de la guerra

VÍCTOR DE CURREA-LUGO

*Derecho Internacional Humanitario y sector salud:
el caso colombiano.*

Revisión y edición general: Mauricio Duque Ortiz

Primera edición en español: abril de 1999

Edición electrónica: septiembre de 2019

ISBN: 958-14-0312-4

© Comité Internacional de la Cruz Roja, Bogotá 1999

© Víctor de Currea-Lugo

PLAZA Y JANES EDITORES COLOMBIA S.A.

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

*A ellas,
por todo lo que me han enseñado sobre el amor (y no sobre la guerra);
a ellas, que me enseñaron que en la guerra como en el amor
hay que poner el menor número de víctimas posibles...
(porque hasta el amor tiene límites)*

"Si es más probable que alguien vaya a la cárcel por robar una cartera en la calle que por cometer un genocidio o crímenes contra la humanidad, contra miles y miles de seres humanos, algo muy perverso está ocurriendo en el mundo".

*Elizabeth Odio Benito
Magistrada del Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia,
sobre violaciones al derecho internacional humanitario.*

VÍCTOR DE CURREA-LUGO. *Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Derechos Humanos de la Escuela Superior de Administración Pública –ESAP-, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, y Magíster en Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Salamanca, España. Ha sido asesor del Ministerio de Salud, profesor universitario y colaborador de varias revistas. Actualmente coordina el Programa de Protección a la Misión Médica del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, Delegación en Colombia.*

INDICE

A. GENERALIDADES DEL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

1. DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO Y SECTOR SALUD

2. DEFINICIONES SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA MISIÓN MÉDICA

2.1. MISIÓN MÉDICA

2.2. SERVICIOS HUMANITARIOS

2.3. PERSONAL SANITARIO

2.4. UNIDADES SANITARIAS

2.5. MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIO

2.6. HERIDOS Y ENFERMOS

3. APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL DIH AL EJERCICIO DE LA MISIÓN MÉDICA

3.1. LIMITACIÓN DEL USO DE LA FUERZA

3.2. DISTINCIÓN ENTRE COMBATIENTES Y NO COMBATIENTES

3.3. TERCER PRINCIPIO DEL DIH

4. EL EMBLEMA DE LA CRUZ ROJA SOBRE FONDO BLANCO

4.1. USO INDICATIVO Y USO PROTECTOR

4.1.1. Uso indicativo

4.1.2. Uso protector o distintivo

4.2. USO DEL EMBLEMA EN CONFLICTOS ARMADOS NO INTERNACIONALES

4.2.1. Señalización de hospitales y otras unidades sanitarias

4.2.2. Uso del emblema protector por parte del personal sanitario civil

4.2.3. Uso del emblema de la Cruz Roja en Colombia

B. NORMAS DEL DIH APLICABLES EN COLOMBIA

5. DIH APLICABLE EN COLOMBIA

5.1. ARTÍCULO 3 COMUN

5.2. PROTOCOLO II ADICIONAL A LOS CONVENIOS DE GINEBRA

5.3. PROTECCIÓN A LA MISIÓN MÉDICA EN EL PROTOCOLO II ADICIONAL

5.3.1. Garantías fundamentales

5.3.2. Protección a heridos y a enfermos

5.3.3. Protección general de la Misión Médica

5.3.4. Protección de unidades y medios de transporte sanitario

6. PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES Y PERSONAL SANITARIO

6.1. DIH Y CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

6.2. DERECHO AL TRABAJO DIGNO

6.3. DERECHO A LA SALUD

7. SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL

7.1. CONSIDERACIONES GENERALES

7.2. CONCEPTO DE SECRETO PROFESIONAL

7.3. SUJETOS DEL SECRETO PROFESIONAL

7.4. DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

7.5. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

7.6. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

7.7. EXCEPCIONES DE LA LEY SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL

7.8. CÓDIGO PENAL

7.9. CÓDIGO PENAL MILITAR

7.10. RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

- 7.11. ASPECTOS RELEVANTES DE ÉTICA MÉDICA
- 7.12. DECRETO 860 DE 1998
- 7.13. CONSIDERACIONES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA
- 7.14. RECOMENDACIONES SOBRE EL DEBER DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL

C. CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

8. CONFLICTO ARMADO Y SECTOR SALUD EN COLOMBIA

- 8.1. ASPECTOS GENERALES
- 8.2. VIOLENCIA COMÚN EN COLOMBIA Y SECTOR SALUD
- 8.3. CONFLICTO ARMADO Y SECTOR SALUD
 - 8.3.1. Atención de desastres y atención del conflicto armado

9. INFRACCIONES CONTRA LA MISIÓN MÉDICA EN COLOMBIA

- 9.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS
 - 9.1.1. Instrumento de recolección de la información
 - 9.1.2. Fuentes de información
- 9.2. HALLAZGOS
 - 9.2.1. El problema del subregistro de casos
 - 9.2.2. Análisis por regiones y por departamentos
 - 9.2.3. Análisis por tipo de infracción
 - 9.2.3.1. Ataques a la vida y a la integridad personal
 - 9.2.3.2. Ataques a la infraestructura
 - 9.2.3.3. Hostilidades contra las acciones de la Misión Médica
 - 9.2.3.4. Actos de perfidia
 - 9.2.3.5. Violaciones al secreto profesional
 - 9.2.3.6. Otros elementos relevantes observados en la investigación

D. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10. CONCLUSIONES

11. RECOMENDACIONES

11.1. PROYECTO DE LEY SOBRE PROTECCIÓN DE LA MISIÓN MÉDICA

11.1.1. Personal sanitario

11.1.2. Protección a las víctimas del conflicto armado

11.1.3. Servicios de Salud

11.1.4. Señalización

11.2. INCLUSIÓN EN ACUERDOS HUMANITARIOS DE LA PROTECCION DE LA MISIÓN MÉDICA

PRESENTACIÓN

El presente trabajo busca presentar el panorama de derechos y deberes del personal sanitario, y su protección, a la luz del derecho internacional humanitario -DIH- en el marco del conflicto armado interno que afecta a Colombia. El trabajo, en últimas, partió de varias hipótesis que considerábamos erradas, buscando comprobar su invalidez; éstas eran, entre otras:

-la idea de que los médicos y, en general, el personal de salud que presta sus servicios en zonas de conflicto armado son respetados por su condición;

-la idea de que los actores armados del conflicto, como no son autosuficientes en materia de logística en salud, se ven en la necesidad de respetar a la Misión Médica;

-la idea de que los casos referidos de ataques en contra de los derechos del personal sanitario corresponden a hechos aislados o fortuitos;

-la idea de que los problemas presentados obedecen a causas personales no relacionadas con el conflicto armado y por lo tanto su solución no debe darse desde propuestas colectivas, sino desde la solución puntual para cada caso concreto.

Muchos son los casos referidos por diferentes trabajadores del sector salud que prestan servicios en zonas donde se registran actos hostiles entre las diferentes partes del conflicto, sin que hasta el momento este tipo de denuncias hayan tenido una mirada cuidadosa por parte de quienes tienen el deber de tomar decisiones. En este sentido, este trabajo puede brindar elementos para llenar ese vacío, y también ser de utilidad para las organizaciones de

derechos humanos y para aquellos que trabajan en temas propios del derecho internacional humanitario.

El problema de la protección a la Misión Médica está planteado en tres preguntas, cuyas respuestas han sido desarrolladas en capítulos independientes.

Primero, ¿cuáles son las normas de protección que brinda el derecho internacional humanitario al personal de salud que trabaja en zonas de conflicto armado? ¿Cuáles son las normas de la legislación nacional que pueden servir para este propósito? ¿Cuál es el alcance de las múltiples normas existentes sobre secreto profesional?

Segundo, ¿cuál es el impacto generado por la violencia del conflicto en la prestación de servicios de salud? ¿Cuál es el panorama de infracciones a las normas de protección del personal de salud por las partes armadas del conflicto?

Tercero, con base en lo anterior, ¿cuáles serían las alternativas más urgentes y posibles frente a, por lo menos, los problemas más álgidos que colocan al personal de salud en mayor desprotección?

El estudio no busca agotar el tema, sino abrir la discusión. En ese sentido, se parte de conceptos básicos y de análisis legales que, en cada posible alternativa, dan tema para trabajos más extensos y puntuales. De conformidad con los tres problemas planteados, se presentan los siguientes bloques temáticos.

A. GENERALIDADES DEL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

En un primer bloque de capítulos se esbozan la historia y los conceptos básicos del derecho internacional humanitario, haciendo énfasis en el papel que jugaron los servicios sanitarios en su desarrollo (capítulo uno: DIH y sector salud); se precisan los conceptos relacionados con el tema (capítulo dos: definiciones sobre la protección de la Misión Médica); se examinan dos principios básicos del DIH: a) la limitación del uso de la fuerza y b) la distinción entre combatientes y no combatientes, y se formula un tercer principio: el de la asistencia humanitaria (capítulo tres: aplicación de los principios del DIH al ejercicio de la Misión Médica).

Uno de los temas que amerita una revisión en profundidad es el relacionado con la identificación del personal sanitario y la señalización de bienes, unidades y medios de transporte sanitarios en los conflictos armados internos (capítulo cuatro: el emblema de la cruz roja sobre fondo blanco).

B. NORMAS DEL DIH APLICABLES EN COLOMBIA

En los siguientes capítulos, se describen las normas aplicables a los conflictos armados no internacionales: el artículo 3 común a los Convenio de Ginebra y el Protocolo II adicional a los 4 Convenios (capítulo cinco: DIH aplicable en Colombia). Dentro de este conjunto de normas de derecho internacional, se precisan de manera particular las que señalan la protección al personal de salud y a sus elementos de prestación de servicios (unidades y transporte sanitario).

En cuanto a la legislación interna, se consignan las normas de la Constitución Política de Colombia que incorporan el derecho

internacional humanitario, así como las sentencias de la Corte Constitucional que facilitan la interpretación de dichas sentencias ajustada a la realidad del país. (Capítulo seis: Principios constitucionales y personal sanitario). Se considera que hay, principalmente, dos derechos constitucionales en juego: el derecho al trabajo digno, y el derecho a la salud. El primero se presenta a partir del concepto mismo de trabajo digno y se analiza su aplicación en el caso del personal de salud.

El derecho fundamental a la salud, que implica una relación entre derechos y deberes del personal sanitario, se aborda brevemente, pero no se examina en profundidad porque, si bien es importante el derecho a la salud que asiste a las víctimas del conflicto armado, el objeto de la presente revisión es, ante todo, la protección al personal de salud como tal, preocupación no desligada del derecho a la salud pero, en todo caso, diferente y precisa. Es decir, la correlación de derechos y deberes se materializa en la relación salud / trabajo digno.

Un punto que mereció un desarrollo puntual es el relacionado con el secreto profesional. Éste es, sin duda, uno de los aspectos más protectores para la Misión Médica pero, a la vez, el que más discusiones ha generado entre público sanitario militar y civil asistente a eventos sobre derecho internacional humanitario. Se muestran aquí las normas concernientes al secreto profesional y se realizan algunos comentarios que tratan de hacer reflexionar sobre la mayoría de casos planteados en diferentes escenarios (capítulo siete: sobre el secreto profesional).

C. CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En un tercer bloque, se presentan elementos de diagnóstico de la situación colombiana (capítulo ocho: conflicto armado y sector

salud en Colombia). Figuran en ella, de lo macro a lo micro: a) la violencia política en Colombia, b) la relación profundamente preocupante entre salud y violencia común, y c) el impacto que tiene el conflicto armado sobre la prestación de servicios de salud y sobre los derechos del personal sanitario. De este último aspecto, que es además el de mayor relevancia para el trabajo, es del que, precisamente, se tenían menos fuentes secundarias de información hasta la realización de una investigación (aquí incluida) realizada por el Comité Internacional de la Cruz Roja (capítulo nueve: infracciones contra la Misión Médica en Colombia).

El sector salud no aparece como tal en los estudios sobre el conflicto, en buena parte por falta de investigaciones que precisen el impacto de la guerra en la oferta de servicios. Esta exclusión, obedece a muchas causas: la ausencia de registros o bancos de datos que muestren al país el impacto de las acciones de los actores armados en los servicios de salud, la débil y precaria organización gremial de los médicos, el desconocimiento del derecho internacional humanitario entre trabajadores y funcionarios del sector salud, etc.

D. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Sobre la base de las posibilidades existentes y desde el diagnóstico presentado de vulnerabilidad del sector salud, se trata de formular un marco de conclusiones (capítulo nueve) y recomendaciones (capítulo diez) tendiente a aumentar la protección del personal de salud; esto equivale, en últimas y entre otras cosas, a garantizar el ejercicio del derecho a la salud de miles de colombianos y colombianas. Y, por supuesto, tal ejercicio debe estar acorde con las garantías para el ejercicio del derecho al trabajo y con la dignidad humana (capítulo diez: recomendaciones).

Espero que esta reflexión sirva de abre bocas y sea un aporte a lo que el Ministerio de Salud viene diseñando como una política nacional del sector frente a la violencia y que sus recomendaciones contribuyan a lograr acciones reales para la humanización del conflicto. La divulgación de estas normas debe reflejarse en el establecimiento de prácticas protectoras del personal de salud; la ilustración de ejemplos de respeto a la Misión Médica por parte de los actores armados debe contribuir a demostrar que es posible que éstos crean en el derecho internacional humanitario; y la discusión colectiva debe permitir entender el problema de la vulnerabilidad como un problema colectivo y que, por lo tanto, requiere salidas colectivas antes que individuales.

A. GENERALIDADES DEL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

1. DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO Y SECTOR SALUD

El derecho internacional humanitario es un conjunto de normas internacionales, de origen convencional y consuetudinario, específicamente destinado a ser aplicado en los conflictos armados, internacionales o no internacionales, y que limita el derecho de las partes en conflicto a elegir libremente los métodos y medios utilizados en la guerra (Derecho de la Haya), y protege a las personas y a los bienes afectados (Derecho de Ginebra)¹.

El derecho internacional humanitario es un "derecho de excepción, de emergencia"², que interviene cuando se produce una ruptura en la dinámica social, ruptura que se conoce con el nombre de "conflicto armado". Más allá de un complejo conjunto de normas de derecho internacional positivadas en los Cuatro Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 y en sus dos Protocolos adicionales de 1977³, el derecho internacional humanitario es también un pacto de personas y de voluntades. Son "normas de derecho inspiradas por el sentimiento de humanidad y centradas, no

1. SWINARSKI, Christophe: *Introducción al Derecho Internacional Humanitario*. Ed. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 1984, p. 15.

2. SWINARSKI, Christophe: *Principales Nociones e Institutos del Derecho Internacional Humanitario*. Ed. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 1990, p. 87

3. Para efectos del presente ensayo los Protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra se denominarán Protocolo I adicional y Protocolo II adicional, para diferenciarlos de otros Protocolos I y II, como por ejemplo el "Protocolo sobre fragmentos no localizables" (Protocolo I), Ginebra, 10 de octubre de 1980, y el "Protocolo sobre prohibiciones o restricciones del empleo de minas, armas trampa y otros artefactos" (Protocolo II), Ginebra, 10 de octubre de 1980. Ver: *Derecho internacional relativo a la conducción de las hostilidades. Compilación de Convenios de La Haya y de algunos otros instrumentos jurídicos*. Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra, 1996, p. 202 y ss.

en abstracciones jurídicas sobre la subjetividad internacional o la igualdad de las partes en el conflicto, sino en la protección de la persona humana, en la protección de la vida y la libertad de miles de seres humanos"⁴.

Su mismo origen guarda relación directa con el personal médico que acompañaba a los ejércitos en campaña. Ellos fueron quienes más se esforzaron por hacer que los combatientes entendieran "¿a qué enemigo puede causar daños un combatiente sangrante y agotado?"⁵. Ya en 1108, se encuentra un texto que se refiere al comportamiento de algunos caballeros medievales durante las cruzadas: "[...] acogieron con bondad a varios musulmanes que les pidieron refugio; hicieron que les vendaran las heridas, dieron ropa a los hombres que carecían de ella y, después, enviaron a todos a su país"⁶.

Más tarde, en 1581, se planteaba que "[...] en cuanto a los heridos y a los enfermos, su intención es que se beneficien, cuando estén mejor, de las mismas ventajas que sus compañeros, y que se dé a unos y a otros pasaporte y escolta para conducirlos hasta que estén fuera de peligro". Otro texto, de 1677, reza así: "[...] os pedimos y os ordenamos muy expresamente, en nombre de Su Majestad, no hacer ni permitir que se haga ningún impuesto de víveres, ninguna exacción, ni violencia de índole alguna contra dicho hospital, el director, los controladores, los médicos, los cirujanos, los otros oficiales, los soldados enfermos, hasta el día en que estén curados y salgan del hospital"⁷.

4. MANGAS MARTIN, Araceli: *Conflictos Armados Internos y Derecho Internacional Humanitario*. Ed. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1992, p. 15.

5. GUILLERMAND, Jean: "Contribución de los Médicos de los Ejércitos a la Génesis del Derecho Humanitario". *Revista Internacional de la Cruz Roja*, núm. 94 (Ginebra, 1989), p. 343

6. *Op. cit.*, p. 326

7. *Op. cit.*, p. 330

En 1743, John Pringle recomendaba que los hospitales de ambos bandos fuesen considerados como santuarios para los enfermos y que fuesen recíprocamente protegidos⁸. En ese mismo año se redactó el primer "Tratado y Convenio para los Enfermos, Heridos y Prisioneros de Guerra" del que se tenga noticia. En 1800, el Barón Percy intentó la aprobación de un proyecto en virtud del cual se declaraban inviolables los hospitales de campaña⁹. En 1820, se hizo un llamado a que "todas las naciones firmen un convenio para reconocer como no enemigos a los combatientes prisioneros, enfermos y heridos" y, respecto de los hospitales, "a prestarles el apoyo necesario"¹⁰. En 1863, el código de oficiales sanitarios del ejército en tierra prohíbe en la retirada abandonar heridos sin prestarles asistencia médica"¹¹.

He aquí ya el punto central que luego desarrolla el DIH, en su versión actual, relacionado con la protección de los servicios de salud mediante aspectos tales como:

- El cuidado de heridas
- La colocación de los heridos en lugares fuera de peligro
- La prohibición de atacar al personal de salud
- La prohibición de atacar a los soldados enfermos
- La consideración del hospital como santuario
- La consideración del hospital militar tan sagrado como el hospital civil.

En todo lo anterior, más que una norma jurídica, se invoca una intención ética. La intención de Henry Dunant, fundador del

8. *Op. cit.*, p. 333

9. MINE, J: "Los Convenios de Ginebra y el Servicio de Sanidad en Campaña" *Revista Internacional de la Cruz Roja*, núm. 80 (Ginebra, 1987), p. 187

10. GUILLERMAND, *op. cit.*, p. 343

11 MINE, *op. cit.*, p. 188

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) e impulsor del Primer Convenio de Ginebra de 1864, no era, sin duda, dar cumplimiento a unas normas que para antes de 1864 no existían como tales, sino fortalecer una postura ética en la acción. Lo planteado por Henry Dunant, como queda demostrado con los textos de la antigüedad citados arriba, ya había sido expresado antes por muchos médicos militares; el aporte de Dunant es trascender:

- de propuestas de ejércitos a propuestas de Estados
- de propuestas bilaterales a propuestas multilaterales. (El Primer Convenio de Ginebra de 1864 fue firmado por 12 Estados).
- de propuestas para conflictos en curso, temporales (como lo fue el Convenio de 1743¹²), a propuestas que cubrieran eventuales o potenciales conflictos.

Sin desconocer la historia previa, el DIH se materializa como propuesta viable dentro del derecho internacional en 1864, con la firma del primer Convenio de Ginebra¹³. Esta rama del derecho internacional se fue consolidando a través de versiones que se enriquecieron paulatinamente hasta llegar a la definitiva, la del 12 de agosto de 1949, que se hace realidad con la publicación de los Cuatro Convenios de Ginebra¹⁴ y con su complemento de 1977, los dos Protocolos adicionales a dichos Convenios¹⁵.

12 *Tratado y Convenio en favor de los Enfermos, Heridos y Prisioneros de Guerra*, firmado en Francfort, el 18 de julio de 1743, después de la batalla de Dittingen. Ver: GUILLERMAND, *op. cit.*, p. 335

13 SWINARSKI, *op. cit.*, Principales Nociones ..., p. 16

14 *I Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña. II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar. III Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo al trato debido a los prisioneros de guerra. IV Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra.*

15 *Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I).*

El derecho internacional humanitario fue definido arriba como un conjunto de normas internacionales. Eso nos ubica en una realidad enmarcada en el nivel internacional, en los pactos entre Estados, en la posibilidad de comprobación jurídica, y en las responsabilidades internacionales. Una vez que los Estados se convierten en Altas Partes contratantes, es decir que se adhieren a los tratados internacionales de derecho internacional humanitario o los ratifican, se están comprometiendo ante la comunidad internacional a "respetar y hacer respetar" las normas de los Convenios "en todas las circunstancias"¹⁶.

Las normas del DIH tienen fuerza moral y política que genera responsabilidad internacional. En palabras de la Corte Constitucional: "[...] es necesario desvirtuar la idea según la cual los compromisos constitucionales con los valores y los principios son declaraciones programáticas que sólo poseen obligatoriedad jurídica en la medida en que tenga lugar su desarrollo en reglas de aplicación directa e inmediata.

De acuerdo con esto, la referencia constitucional a los principios del derecho internacional humanitario tendría este carácter de obligatoriedad en sentido débil. Se trataría de una tímida recomendación, no de una norma jurídica"¹⁷. Es decir, su incorporación constitucional es un hecho con responsabilidades jurídicas; no se trata, pues, de simples principios nominales; pero, en todo caso, es conveniente contar con una tipificación penal más

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).

16 Art. 1, I Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949

17 CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia C-574, 22 de octubre de 1992*. Magistrado Ponente: *Ciro Angarita Barón*.

expedita que castigue las infracciones que se cometan contra las normas del DIH incluidas en la Constitución¹⁸.

Al derecho internacional humanitario se le reconocen tres funciones principales¹⁹:

- Una función organizadora: organiza las relaciones entre los Estados (o, al interior de un Estado, entre las partes en conflicto) en una situación de conflicto armado.
- Una función preventiva, en cuanto impone límites a la actuación de los órganos del Estado.
- Una función protectora, al brindar amparo a las víctimas de los conflictos armados.

De igual manera, el derecho internacional humanitario crea unos deberes para el personal de salud²⁰:

- Un deber de asistencia humanitaria (recoger y asistir a heridos y a enfermos):

Este deber concierne principalmente a las profesiones propias del personal sanitario que, de conformidad con principios éticos y humanitarios debe brindar tratamiento a heridos y a enfermos, prevenir las enfermedades y desarrollar programas de rehabilitación.

- Un deber de no discriminación (prohibir distinciones no médicas):

Tal como aparece en el texto del Protocolo II adicional, este deber se debe prestar: “sin ninguna distinción de carácter desfavorable

18 En el art. 169 del *Código Penal Militar* aparece como tal una tipificación de algunas infracciones al DIH, pero estas normas son insuficientes, sobre todo por lo que respecta a la protección de la Misión Médica.

19 SWINARSKI, *op. cit.*, Principales Nociones..., pp. 21 y 22

20 MINE, *op. cit.*, p. 191

por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión o creencia, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento u otra condición o cualquier otro criterio análogo”²¹.

-Un deber de prioridad en la asistencia (la urgencia médica como criterio de distinción favorable es explicada en los Convenios²²):

No se debe, pues, discriminar en la atención de los pacientes en función de la parte del conflicto a la que pertenecen o de la graduación militar que detenten.

-Un deber de solidaridad (no abandonar a los heridos o enfermos):

La salud, la vida y la integridad física y mental de los heridos y los enfermos bajo el amparo del personal sanitario es también responsabilidad de éstos.

Es decir, el DIH es también una propuesta ética. Es la ética la que le da origen como afirma J.-J. Rousseau:

"Incluso en plena guerra un príncipe justo se apodera en un país enemigo de todo lo que pertenece al Estado, pero respeta la persona y los bienes de los particulares; respeta los derechos sobre los cuales se fundamentan los suyos. Siendo el fin de la guerra la destrucción del Estado enemigo, es legítimo matar a los defensores, en cuanto tienen las armas en la mano; pero en cuanto se entregan y se rinden, cesan de ser enemigos o instrumentos del enemigo, vuelven a ser simplemente

21 Art. 2, *Ámbito de aplicación personal. Protocolo II adicional.*

22 En concordancia 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.*

hombres, y a partir de ese momento todo derecho sobre sus vidas desaparece”²³.

Allí -en la ética- se resuelve el DIH, porque su textura abierta le permite ser flexible y, a la vez, le impide una concreción mayor de respuesta en casos detallados, siendo posible entonces aportar, desde la ética, las respuestas a los problemas humanitarios no contemplados en la norma. El DIH busca, en concordancia con el principio de la filosofía presentada por John Stuart Mill: “la mayor felicidad para el mayor número de personas posibles”, máxima que se debe aplicar sin menoscabo del núcleo de los derechos fundamentales inderogables, ni de poblaciones y bienes especialmente protegidos.

El DIH en todas sus normas tiene un trasfondo ético; sin embargo en aquellas situaciones no cobijadas en las normas se recurre, como marco interpretativo, a la denominada cláusula de Martens. En dicha cláusula, consignada en el Preámbulo del Protocolo II adicional, se dice que: “recordando que en los casos no previstos en el derecho vigente, la persona humana queda bajo la salvaguardia de los **principios de humanidad** y las exigencias de la conciencia pública”²⁴.

23 ROUSSEAU, Jean-Jacques: *El Contrato Social*. Ed. Altaya, Barcelona, 1988, p. 11

24 Preámbulo, *Protocolo II Adicional*

2. DEFINICIONES SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA MISIÓN MÉDICA

Es válido recurrir a las definiciones planteadas en el Protocolo I adicional, no presentes en el Protocolo II ni en los Convenios, mientras su uso no genere categorías contrarias a la intención del Protocolo II de erigirse como una normativa exclusiva de conflictos armados internos y mientras no altere el estatuto jurídico de las partes, como lo exige el artículo 3 común a los Convenios de Ginebra; tal sería el caso si se adoptaran otras categorías del Protocolo I exclusivas de los conflictos armados no internacionales, como es el caso de los "prisioneros de guerra".

En este sentido, las definiciones propias de este instrumento, como el concepto de unidad sanitaria, personal sanitario, etc., se toman de manera interpretativa del Protocolo I, pero se deja claro que ello no implica la aplicación del Protocolo I en el caso colombiano, pues el conflicto armado que se vive en este país no es de orden internacional.

2.1. MISIÓN MÉDICA

La palabra “misión” proviene del latín “missio, -onis”, derivación de “missum” que significa encomendar, encargar, llevar. También significa “función trascendental que una persona o una colectividad se siente obligada a realizar en bien de alguien”²⁵.

No existe una definición exacta del concepto “Misión Médica” en las normas del DIH (como tampoco la hay de “población civil”), pero sí de sus componentes. El Protocolo II adicional utiliza la expresión “Misión Médica” con relación al personal sanitario (artículo 9), las unidades y los medios de transporte (artículo 11), las

25 MOLINER, María: *Diccionario de uso del español*. Editorial Gredos, Madrid, 1990, tomo 2, p. 426

actividades médicas (artículo 10) y el secreto profesional (artículo 10). A su vez, en los comentarios del Protocolo II adicional se afirma que las actividades médicas, y por tanto la Misión, trascienden una visión reduccionista e incorporan, indiscutiblemente, todas las personas, actividades y recursos necesarios para la atención en salud.

La noción “Misión Sanitaria”, que busca ampliar el concepto de “Misión Médica”, (que es ya, por definición suficientemente amplio), presenta algunos problemas para el caso colombiano:

-La noción de “Misión Sanitaria” se asocia frecuentemente sólo con las acciones de salud pública (problemas epidemiológicos, programas en áreas rurales, manejo de excretas, etc). Por ejemplo: la idea de “emergencia sanitaria” es contraria a la que se deriva de “emergencia médica”; en efecto, cuando se atiende una “emergencia médica” intervienen otros profesionales de la salud no médicos, mientras que para atender una “emergencia sanitaria” sólo participan profesionales de la salud pública. Algo similar ocurre con la noción de “centro médico” y de “centro sanitario”.

-Ninguna norma del DIH contiene la expresión “Misión Sanitaria”; con relación a la expresión “Misión Médica”, en el DIH se fijan normas absolutas de respeto y de protección. Los textos oficiales de las normas del DIH hablan de “Misión Médica”, concepto que debe preservarse para evitar confusión jurídica al crear nuevas categorías. Además, en los diferentes programas de difusión se usan textos del Protocolo II adicional que contienen dicha categoría.

Así las cosas, si bien el término “sanitario” se asocia en el DIH con todo tipo de servicios de salud y por lo tanto aporta una visión extensiva del término “personal sanitario” (sin reducirlo a personal médico), su uso en la expresión “Misión Sanitaria” desdibuja y

limita el ámbito de sus acciones por las apreciaciones culturales que, en Colombia, genera esta expresión.

Sobre esta base, presentamos la siguiente definición de Misión Médica, construida a partir de las características de sus componentes, su naturaleza, sus derechos y deberes, y las circunstancias que rodean la prestación de sus servicios:

La Misión Médica comprende el conjunto de personas, unidades (instalaciones), medios de transporte, equipos y materiales, y actividades, transitorios o permanentes, civiles o militares, fijos o móviles, de destinación exclusiva y necesarios para la administración, el funcionamiento y la prestación de servicios médico-asistenciales, en las áreas de prevención y promoción, atención, y rehabilitación, a las personas afectadas o que puedan resultar afectadas, a causa o con ocasión de un conflicto armado.

Cubre, pues, las personas y los elementos necesarios para cumplir las funciones de:

- atención, búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los heridos, enfermos y naufragos;
- prevención de enfermedades;
- administración y funcionamiento de unidades y medios de transporte sanitario.

Los elementos contenidos en la Misión Médica son:

- el personal sanitario
- las unidades sanitarias
- los medios de transporte sanitarios
- los equipos y los medicamentos
- las actividades

Las actividades médicas no son cualquier actividad realizada por el personal sanitario, sino solamente los cuidados médicos que exija el estado de los heridos, enfermos y náufragos²⁶. El conjunto de actividades de la Misión Médica incluye, además de las ya mencionadas, el control de vectores, el programa de vacunación, el control de fuentes de agua potable, el programa de zoonosis, la atención extramural y, en general, todo tipo de servicios humanitarios propios de la asistencia en salud, entendiendo así la salud como un proceso integral.

2.2. SERVICIOS HUMANITARIOS

Se entiende por “servicios humanitarios” el conjunto de actividades de 1) protección y 2) asistencia, en favor de las víctimas civiles y militares de los conflictos armados y de sus consecuencias directas. Los servicios humanitarios están caracterizados por:

- la diversidad de acciones y
- la unidad en la intención que persiguen tales acciones.

En ellos se incluye la asistencia moral y espiritual (sacerdotes, psiquiatras) y la asistencia material: en salud (asistencia médico-quirúrgica) y en aspectos de otra índole -alimentaria y no alimentaria (cobijas, colchonetas, útiles de aseo, etc.)-.

2.3. PERSONAL SANITARIO

La definición de personal sanitario es altamente protectora, por cuanto incluye todas las personas que requiere el ejercicio de las actividades asistenciales²⁷. Para efectos de los conflictos armados no

26 Art. 7, numeral 2, *Protocolo II adicional*

27 JUNOD, Sylvie-Stoyanka *et al*: *Comentario del Protocolo II del 8 de junio de 1977 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) y del*

internacionales, se entiende por personal sanitario las mismas personas que reconoce como tal el Protocolo I adicional²⁸.

"Se entiende por «personal sanitario» las personas destinadas por una Parte en conflicto exclusivamente a los fines sanitarios, o a la administración de las unidades sanitarias²⁹ o al funcionamiento o administración de los medios de transporte sanitarios. El destino a tales servicios podrá tener carácter permanente o temporal. La expresión comprende:

- el personal sanitario, sea militar o civil, de una Parte en conflicto, así como el de los organismos de protección civil;
- el personal sanitario de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (Media Luna Roja, León y Sol Rojos) y otras sociedades nacionales voluntarias de socorro debidamente reconocidas y autorizadas por una Parte en conflicto;
- el personal sanitario de las unidades o los medios de transporte sanitarios"³⁰.

Se considera protegido, en general, al personal que trabaje en:

- labores asistenciales (médico, enfermero),
- labores de prevención y promoción (promotoras de salud, educadoras en salud)
- labores de rehabilitación (terapeutas)
- labores administrativas (dirección del hospital)

artículo 3 de estos Convenios. Comité Internacional de la Cruz Roja y Plaza y Janés, Ed., Bogotá, 1998, comentario 4712, pp. 214

28 *Op. cit.* Comentario 4661, p. 191

29 Se incluyen tanto las unidades fijas como las unidades móviles. *Op. cit.*, comentario 4711, pp. 213-214.

30 "Por "medio de transporte sanitario", se entiende todo vehículo terrestre destinado al transporte de heridos, enfermos y náufragos, siempre y cuando su destinación sea exclusiva". *Op. cit.*, comentario 4712, p. 214.

- funciones relacionadas con el transporte (conductores y mecánicos de ambulancias)
- funciones de apoyo al diagnóstico (técnicos de rayos X, laboratoristas, bacteriólogos)
- labores docente-asistenciales, (profesores y estudiantes del área de la salud) de capacitación y de investigación³¹
- actividades de apoyo extramural (equipos de control de malaria, entomólogos, veterinarios, profesionales y técnicos de saneamiento, etc).

La calificación de “sanitario”, para el personal, se basa en el desarrollo de unas funciones y no en los diplomas o acreditaciones académicas. El término abarca, entonces, tanto al personal que no haya terminado sus estudios en el área de la salud, como al personal no calificado o que trabaja como auxiliar o como asistente³². El personal que cumple funciones de salud y hace parte de las organizaciones de protección civil, también se considera personal sanitario³³. En el caso colombiano, se usa la expresión “personal de salud” para designar a las personas que en el DIH están cubiertas por la expresión “personal sanitario”; ambas expresiones son amplias y cubren tanto al personal estrictamente médico como a personal de salud no médico.

Entonces, tras haber dejado claro quienes son las personas que entran en la denominación de “personal sanitario”, tanto para conflicto armado internacional como para conflicto armado interno, mal podríamos crear subcategorías que aumenten su

31 “Estas categorías abarcan todo el personal de apoyo, tanto el personal sanitario que no haya terminado sus estudios, como el personal no calificado o que trabaja como auxiliar o asistente. Esta categoría puede tener creciente importancia en los conflictos de carácter interno”. *Op. cit.*, comentario 4669, p. 194.

32 *Op. cit.*, comentario 4686, p. 204.

33 *Op. cit.*, comentario 4665, p. 193.

vulnerabilidad o que generen graduaciones en cuanto a derechos y deberes.

Pero, debido a razones culturales, existe todavía en nuestro medio cierta sobrevaloración del médico y una definitiva infravaloración del personal paramédico; esto redundaría en cierta desprotección (por subvaloración) de las actividades de los promotores de salud y de los vacunadores, que, además, son los más expuestos, pues sus labores se desarrollan, sobre todo en el área extra hospitalaria; en cambio, hay mayor protección (por sobrevaloración) del médico; es más, hay pueblos donde todavía los promotores de salud no cuentan ni siquiera con un carnet de identificación.

En el mismo sentido, la protección debida debe brindarse a veterinarios, promotores, trabajadores de saneamiento ambiental, equipos de control de vectores, expertos en estudio y purificación de fuentes de agua, proveedores de equipos y material médico-quirúrgico, médicos en las áreas de prevención y promoción, salud mental, rehabilitación, etc. Por tanto, cada vez que se use la expresión Misión Médica, ésta debe entenderse de la manera extensiva como lo contempla el DIH.

2.4. UNIDADES SANITARIAS

La denominación técnica de "unidades sanitarias", guarda estrecha relación con el concepto que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), contempla como IPS -Institución Prestadora de Servicios de Salud-³⁴ :

"Se entiende por «unidades sanitarias» los establecimientos y otras formaciones, militares o civiles, organizados con fines sanitarios, a saber: la búsqueda, recogida, transporte,

34 Art. 185 y ss., *Ley 100 de 1993*

diagnóstico o tratamiento (incluidos los primeros auxilios) de los heridos, enfermos y náufragos, así como la prevención de las enfermedades. La expresión comprende, entre otros, los hospitales y otras unidades similares, los centros de transfusión de sangre, los centros e institutos de medicina preventiva y los depósitos de material sanitario, así como los almacenes de material sanitario y de productos farmacéuticos de esas unidades. Las unidades sanitarias pueden ser fijas o móviles, permanentes o temporales".

La definición recoge instalaciones, tanto temporales como permanentes, de carácter:

- de diagnóstico (laboratorios, servicios de rayos X),
- terapéutico (consultorios, servicios de cirugía, rehabilitación)
- de apoyo (bancos de sangre),
- de almacenamiento y bodegaje (depósitos de materiales médicos).

2.5. MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIO

Las ambulancias tienen una función esencial en la garantía de la vida de los heridos y de los enfermos, en la medida en que gracias a ellas pueden realizarse traslados a unidades sanitarias para brindar mejores servicios. "Se entiende por «medio de transporte sanitario» todo medio de transporte, militar o civil, permanente o temporal³⁵ destinado exclusivamente al transporte sanitario, bajo la dirección de una autoridad competente de una Parte en conflicto"³⁶.

35 Mientras no se especifique otra cosa, las expresiones «personal sanitario», «unidad sanitaria» y «medio de transporte sanitario» abarcan el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios, tanto permanentes como temporales. Art. 8, k, *Protocolo I adicional*

36 Art. 8, g, *Protocolo I adicional*

La definición protege los vehículos destinados a los múltiples fines sanitarios:

- transporte de personas (personal de salud, heridos, enfermos, madres gestantes, neonatos, discapacitados)
- transporte de equipo para la Misión Médica (reactivos para equipos de rayos X y equipos de laboratorio) y
- transporte de materiales (de curación, para procedimientos quirúrgicos, medicamentos)

Por “fines sanitarios” debe entenderse no sólo la asistencia prestada a los heridos, sino también toda actividad de prevención de enfermedades, de tratamiento médico y de tratamiento dental³⁷, lo que incluye actividades afines como el saneamiento ambiental, la prevención de zoonosis, el control de vectores, etc.

2.6. HERIDOS Y ENFERMOS

La definición técnica de heridos y enfermos, está incluida en el Protocolo I adicional:

"Se entiende por «heridos» y «enfermos» las personas, sean militares o civiles, que debido a un traumatismo, una enfermedad u otros trastornos o incapacidades de orden físico o mental, tengan necesidad de asistencia o cuidados médicos y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Esos términos son también aplicables a las parturientas, a los recién nacidos y a otras personas que puedan estar necesitadas de asistencia o cuidados médicos inmediatos, como los inválidos y las mujeres encintas, y que se abstengan de todo acto de hostilidad"³⁸.

37 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4712, p. 214.

38 Art. 8, *Protocolo I Adicional*.

Esta definición exige simultáneamente:

-que sean individuos, a secas, independientemente de su condición de militar o civil; no es válido, pues, establecer a su respecto ningún tipo de discriminación negativa;

-que tengan necesidad de asistencia; es válido, pues, incluir a las mujeres gestantes, a los neonatos, a los ancianos, a los discapacitados; y

-que se abstengan de todo acto de hostilidad; así pues, un combatiente herido que, a pesar de su condición, continúe participando de las hostilidades no podría invocar el estatuto de protección que otorga el DIH.

3. APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL DIH AL EJERCICIO DE LA MISIÓN MÉDICA

A fin de conseguir mayor claridad con fines pedagógicos, en la mayoría de las normas humanitarias contenidas en el DIH se contemplan dos principios. Estos dos históricos principios permiten, además, la formulación de un tercero, concerniente específicamente a las labores humanitarias que deben garantizar las partes del conflicto y que, por acuerdo mutuo de dichas partes, pueden desarrollar organizaciones como el Comité Internacional de la Cruz Roja. Los principios del derecho internacional humanitario son:

- a) la limitación del uso de la fuerza,
- b) la distinción entre combatientes y no combatientes, y
- c) el principio de asistencia humanitaria

3.1. LIMITACIÓN DEL USO DE LA FUERZA

El principio de la limitación del uso de la fuerza, a su vez, se expresa en dos terrenos:

- 1.a) la limitación en el uso de ciertas armas³⁹ y
- 1.b) la prohibición de la perfidia⁴⁰.

39 Por ejemplo, al adoptar, entre otras, las siguientes normas: *Declaración prohibiendo el empleo de las balas que se hinchan o aplastan fácilmente en el cuerpo humano (La Haya, 29 de julio de 1899)*; *Protocolo sobre la prohibición del uso, en la guerra, de gases asfixiantes, tóxicos o similares y de medios bacteriológicos (Ginebra, 17 de junio de 1925)*; *Convención sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados (Ginebra, octubre de 1980)*; *"Protocolo sobre prohibiciones o restricciones del empleo de armas incendiarias. (Protocolo III) (Ginebra, 10 de octubre de 1980)*

40 Art. 37, *Protocolo I adicional*

El principio de la limitación del uso de la fuerza se refiere a la conducción de las hostilidades, y está desarrollado fundamentalmente en los instrumentos reguladores de los conflictos armados internacionales. Sin embargo, se incluye aquí por varias razones, a saber ⁴¹ :

- 1) La interpretación presentada por la Corte Constitucional en la sentencia de constitucionalidad del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 ⁴², entiende el derecho internacional humanitario como un conjunto de normas complementarias entre ellas y, por lo tanto, su interpretación se hace de manera integral; sin desconocer que hay documentos específicos para conflictos armados internos y para conflictos armados internacionales, ambos tipos de conflictos comparten unas definiciones esenciales "[...] producto del desarrollo y práctica del desarrollo humanitario, [y que] son universales sin importar la calidad del conflicto en el cual se busca su aplicación ⁴³".
- 2) Dicho principio aparece en los instrumentos jurídicos sobre la restricción del uso de ciertas armas prohibidas por la costumbre, en el ejercicio de la guerra (costumbre que si bien es cierto se basa en la práctica en los conflictos internacionales, no puede excluir a los conflictos internos por el sólo hecho de ser internos); tal es el caso de las armas químicas, las armas

41 En la presentación que realizan el CINEP y Justa Paz sobre las infracciones al DIH, aparecen estas categorías con fines pedagógicos, de denuncia y de sistematización de la información. Véase: *Noche y Niebla* (varios números) 1997 y 1998.

42 CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia C-225 de mayo 18 de 1995*. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.

43 CARRILLO, Arturo: "Apuntes sobre el secuestro y el Derecho Internacional Humanitario en el conflicto armado colombiano". *Su Defensor*, núm. 43 (Bogotá, 1997), p. 17.

bacteriológicas, y las armas trampa -animales vivos o muertos, juguetes, cartas-bomba⁴⁴.

- 3) Es posible invocar dicho principio en la medida en que ha sido desarrollado en el Código Penal Militar⁴⁵, en el que no se establece ninguna diferencia en cuanto a si el delito tipificado corresponde a conflictos armados internos o a conflictos armados internacionales y, por lo tanto, sin excluir su aplicación a nuestra actual realidad.
- 4) El principio ha quedado consignado en la prohibición de la perfidia como un comportamiento indebido en la conducción de las hostilidades.

La limitación del uso de algunas armas⁴⁶ y municiones, tanto de manera absoluta (balas explosivas, minas antipersonal⁴⁷), como de manera circunstancial (principio de proporcionalidad), afecta positivamente al sector salud, pues el respeto de esta norma redundaría en que los requerimientos de atención médica que lleguen a los servicios de salud no serían ni tantos ni tan graves. Las consecuencias de la no observancia de dicho principio, pueden verse, por ejemplo, en:

44 Art. 6, *Protocolo sobre prohibiciones o restricciones del empleo de minas, armas trampa y otros artefactos. (Protocolo II) 1980.*

45 "Incurrirá en prisión de uno (1) a cinco (5) años, quien: empleare armas prohibidas por el derecho internacional para hacer la guerra o llevarla (*sic*) adelante en contra del derecho de gentes". Art. 169, numeral 4, *Código Penal Militar*

46 Las normas del DIH hablan de armas prohibidas, armas restringidas y, por exclusión, armas permitidas, sin que haya una lista expresa de las últimas.

47 Véase: Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción (Tratado de Ottawa), en vigor desde el 1 de marzo de 1999

- a) el uso de armas de fragmentación que utilizan material plástico, en lugar de metálico, lo cual dificulta el hallazgo radiológico de cuerpos extraños en el paciente;
- b) el vasto daño de tejidos blandos por la acción de balas explosivas (balas “dum-dum”);
- c) el marcado aumento de mortalidad entre las personas víctimas de balas con cianuro.

La perfidia, por su parte, a la que aludimos arriba, se define como "los actos que, apelando a la buena fe de un adversario con intención de traicionarla, den a entender a éste que tiene derecho a protección, o que está obligado a concederla"⁴⁸. En la norma del Protocolo I sobre la perfidia se mencionan una serie de ejemplos⁴⁹, pero no se excluyen otros posibles, que tienen en común usar símbolos (cruz roja, símbolos organismos neutrales), declarar limitaciones (heridos, enfermos) o asumir comportamientos (rendición, deseo de parlamentar) para beneficiarse en el desarrollo de acciones de guerra.

Si bien es cierto que el Protocolo II no prohíbe explícitamente la perfidia sino sólo en cuanto al uso indebido del emblema de la cruz roja⁵⁰, ello no significa que dentro de un conflicto armado interno puedan admitirse como lícitas, por falta de explicitud jurídica, otras formas indebidas de agredir la buena fe del enemigo, como matar a aquellos que se rinden.

48 Art. 37, *Protocolo I adicional*

49 Simular la intención de negociar bajo bandera de parlamento (bandera blanca), simular un estatuto de persona civil, simular una incapacidad, etc.

50 "El signo distintivo de la cruz roja (...) deberá respetarse en toda circunstancia. No deberá ser utilizado indebidamente". Art. 12, *Protocolo II adicional*.

3.2. DISTINCIÓN ENTRE COMBATIENTES Y NO COMBATIENTES

El principio de la distinción entre combatientes y no combatientes tiene su origen en las guerras internacionales. Se entiende como combatientes los miembros de las fuerzas armadas⁵¹. El concepto de “fuerzas armadas” incluye también a aquellas fuerzas no comprometidas en la noción de ejército, como son la Guardia Nacional, los carabineros, las fuerzas de policía, etc.⁵².

En el caso de los conflictos armados internos, donde sólo podrían ser combatientes como tales los miembros de las fuerzas armadas, la distinción exegética entre combatientes y no combatientes no contribuiría a la invocación de la protección para quienes no lo son; la distinción se debe efectuar entre quienes participan directamente en las hostilidades y quienes no lo hacen⁵³. De manera pedagógica, por extensión, se reconoce la calidad de combatiente a miembros de los grupos armados organizados sin que, de ninguna manera, esta clasificación altere su condición jurídica.

El Protocolo II adicional plantea su aplicación "a todas las personas afectadas"⁵⁴, las cuales tienen derechos y deberes; esta aplicación amplia protege también a los combatientes, pues éstos pueden resultar aun más afectados en la medida que se usen armas no permitidas o se cometan actos de perfidia. Además las “disposiciones relativas al comportamiento en el combate y a la conducción de las hostilidades”⁵⁵ contenidas en el Protocolo II adicional generan protección para los mismos combatientes al prohibir o restringir ciertas acciones de la guerra misma. Allí

51 Arts. 43 y 44, *Protocolo I adicional*.

52 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4462, pp. 92-93.

53 Art. 4, *Protocolo II adicional*

54 Art. 2, *Protocolo II adicional*

55 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4487, p. 104

también se otorgan las garantías fundamentales para "las personas que no participen directamente en las hostilidades, o que hayan dejado de participar en ellas"⁵⁶.

El personal de salud está considerado como no combatiente o no participante directo en las hostilidades y, además, tiene un estatuto especial, con un rango de protección mayor; en efecto, a pesar de la cercanía de los médicos -y demás personas que presten atención médica- con las hostilidades, y en razón de la atención directa que dan éstos a los heridos, no pueden considerarse sujetos de ataque sino que, por su misma labor, deben ser respetados por los combatientes.

3.3. TERCER PRINCIPIO DEL DIH

Hablar de un tercer principio del DIH, para fines pedagógicos, es reconocer un espacio particular a la ayuda humanitaria y a la necesidad de profundizar en su materialización. En este sentido, el principio de asistencia humanitaria complementa los dos anteriores (el de distinción y el de limitación), es un principio propositivo (obligación de hacer) más que prohibitivo, como lo son los otros dos principios (obligación de no hacer).

Los principios que rigen la asistencia humanitaria recogen, entre otras, las siguientes consideraciones⁵⁷:

- a) Cada ser humano tiene derecho a la asistencia humanitaria.
- b) Esa asistencia debe buscar garantizar los derechos a la vida y la salud, y la protección frente a tratos crueles o inhumanos.
- c) El derecho a la asistencia implica el derecho a solicitar y a recibir tal ayuda, y el de participar en su aplicación concreta.

⁵⁶ Art. 4, numeral 1. *Protocolo II adicional*

⁵⁷ "Principios por los que se rige el derecho a la asistencia humanitaria". *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*, (Ginebra, 1993), pp. 548 y ss.

- d) La responsabilidad primera de proteger a las víctimas incumbe a las autoridades del territorio en el que tiene lugar la situación.

El origen de estas disposiciones está presente en el apartado dos del artículo tres común a los Cuatro Convenios de Ginebra: “los heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos”, que obliga a las partes a materializar tal mandato. Ese cumplimiento requiere que las partes del conflicto armado tengan un desarrollo logístico y de servicios humanitarios propios (en los que se incluyen los servicios de salud) que les permita atender a las víctimas.

Del artículo 3 común y, especialmente, de su núcleo fundamental en lo relativo a la protección de las víctimas de la guerra (“los heridos y enfermos serán recogidos y asistidos”), se derivan tres consecuencias:

- a) El principal y primer responsable de tal actividad es cada una de las partes combatientes y, por lo tanto, ésta debe procurar la organización, dentro de su estructura, de servicios médico-asistenciales. En otras palabras, tener Misión Médica es un deber de las partes que se desprende del cumplimiento al artículo 3 común.
- b) Las partes están obligadas a cumplir con el mandato en cuestión: proteger a las víctimas de la guerra.
- c) Las personas de las partes del conflicto destinadas a la labor humanitaria, así como los grupos de protección civil o cualquier otra persona que desarrolle estas tareas, deben ser respetadas, recibir la colaboración necesaria para la realización de sus labores⁵⁸ y no deben ser objeto de castigo.

58 Véase, además: arts. 9 y 10, *Protocolo II adicional*.

Es decir, el desarrollo de misiones médicas al interior de las Fuerzas Armadas de una Alta Parte contratante, al igual que su desarrollo al interior de los grupos armados organizados, más que un derecho, es un deber, un “deber-medio” que permite cumplir con el “deber-fin” de ofrecer y garantizar la ayuda humanitaria.

Ese “deber-medio” incluye elementos tales como:

- a) Logística humanitaria: p. ej., el diseño adecuado de botiquines que porte el personal sanitario que acompañe a las partes del conflicto.
- b) Capacitación técnica: p. ej., en aspectos como el “*triage*” (clasificación de los heridos en masa), los primeros auxilios, los principios de atención del paciente politraumatizado, etc.

Más aún, el DIH reconoce que personas particulares pueden prestar labores humanitarias por iniciativa propia. “La población civil puede, incluso por propia iniciativa, ofrecerse para recoger y cuidar los heridos, enfermos y náufragos”⁵⁹. Esta posibilidad humanitaria se ajusta al deber de solidaridad social contemplado en la Constitución Política de Colombia: “[...] son deberes de la persona y del ciudadano: obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”⁶⁰.

El cumplimiento del principio de la asistencia humanitaria implica la no criminalización de las labores propias de la asistencia humanitaria, tales como la atención médica a personas colocadas fuera de combate. La conversión de una acción humanitaria en delito, no contemplado como tal en la legislación penal vigente, no

59 Art. 18, 1, *Protocolo II adicional*.

60 Art. 95, numeral 2. *Constitución Política de Colombia*.

sólo vulnera los principios humanitarios y el debido proceso sino que, además, al convertir una obligación legal (asistir a heridos y a enfermos) en motivo de sanción penal, se está desconociendo el orden jurídico más elemental y se trastoca “la esencia del acto médico en particular y de la profesión médica en general”⁶¹.

⁶¹ FEDERACIÓN MÉDICA PERUANA: *El ejercicio de la profesión médica en un contexto de conflicto armado interno. Informe preliminar*. Lima, julio de 1993, p. 15

4. EL EMBLEMA DE LA CRUZ ROJA SOBRE FONDO BLANCO

Las normas humanitarias en los conflictos armados contemplan la necesidad de contar con un signo para a) identificar y proteger a las personas que desarrollan acciones humanitarias en beneficio de la población civil y de las personas colocadas fuera de combate, y b) identificar y proteger los bienes utilizados con fines humanitarios. Cabe, pues, afirmar que “la existencia misma de un derecho de los conflictos armados implica el reconocimiento de signos de protección”⁶².

Uno de los principios del DIH es la necesaria distinción entre quienes participan directamente en las hostilidades y quienes no lo hacen, comprendiendo dentro de estos últimos a la población civil y a los servicios sanitarios. Por lo tanto, el uso de medios de identificación que permita distinguir entre quienes son combatientes y quienes no lo son, y favorece y aumenta la protección de éstos últimos. Así pues, si se quiere obtener una protección más efectiva para el personal sanitario que desarrolla acciones en el área de las hostilidades, es urgente dotarlo de medios de identificación⁶³.

El uso de signos distintivos cumple una función de fortalecimiento de la protección del personal sanitario y de sus unidades (en el caso particular que nos ocupa), al facilitar su identificación como tales y al posibilitar su distinción de las personas que participan directamente en las hostilidades. Este concepto de distinción

62 SANDOZ Yves, commentaire 1526. En: SANDOZ, Yves; SWINARSKI, Christophe; ZIMMERMANN, Bruno (Edición y coordinación): *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*. Comité International de la Croix-Rouge, Genève, 1986. (Traducción no oficial: Mauricio Duque O., traductor e intérprete del CICR, Delegación en Colombia), p. 452.

63 SANDOZ, Yves, comentario 732, en: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *op. cit.*, p. 222.

mediante símbolos se contempló desde el primer Convenio de Ginebra en 1949 en el que se reconoce un carácter de inalienabilidad de los derechos de los heridos, los enfermos y el personal de la Misión Médica⁶⁴. Sin embargo, la no utilización del emblema no significa, de modo alguno, la pérdida de la protección debida al personal sanitario y a las actividades humanitarias que realiza.

El uso de signos distintivos implica un acto de confianza mutua entre las partes de un conflicto, sobre:

- 1) el uso correcto,
- 2) el control del uso y
- 3) la represión de los abusos⁶⁵.

En este sentido, urgen dos cosas:

- 1) definir las formas de autorización del uso del signo y
- 2) adoptar las técnicas adecuadas que permitan una correcta señalización.

El símbolo de la cruz roja es un homenaje a la bandera de Suiza, país impulsor del derecho internacional humanitario, y es, además, el recuerdo convertido en símbolo de las bandas blancas con pintas de sangre usadas a manera de brazalete por Henry Dunant y por otros trabajadores humanitarios durante la atención de los heridos de la batalla de Solferino en 1859.

Si a esa cruz roja se le adiciona un fondo blanco, el color de la bandera de parlamento, se aumenta el mensaje de suspender el fuego contra los heridos y enfermos bajo protección sanitaria⁶⁶. Hay

64 Art. 7, I *Convenio de Ginebra de 1977*.

65 SANDOZ, Yves, comentario 736, en: *op. cit.*, p. 223.

66 BUGNION, *op. cit.*, p. 7.

pues, en el signo protector, una idea indisociable: la unidad del signo distintivo y la implantación de un sistema internacional de protección de los heridos⁶⁷.

El Convenio de Ginebra de 1864 estableció el signo de la cruz roja sobre fondo blanco como el “signo distintivo de la protección concedida a los servicios de salud de los ejércitos”⁶⁸. Este signo, hoy por hoy, refrendado en la ley, tiene como principal guardián a los mismos pueblos, en la medida en que culturalmente se entiende que tras ese signo hay una misión humanitaria.

Así pues, por lo se refiere a la Misión Médica en general, “el derecho al respeto y a la protección del personal y de los bienes sanitarios sería ilusorio si no se pudiera distinguir claramente”⁶⁹. Lo anterior no significa, de ninguna manera, que una señalización deficiente sea una justificación para no brindar el respeto debido.

Es obvio que el uso indiscriminado de cualquier signo generaría un efecto contrario al buscado y facilitaría la práctica tanto de abusos del signo como de actos perversos y el consecuente debilitamiento de la confianza depositada en el signo por las partes del conflicto; ”para que el signo sea efectivamente respetado, es indispensable que se controle su uso”⁷⁰.

Incluso, para el uso del emblema por parte de una Sociedad Nacional, ésta “debe obtener el asenso de la autoridad y determinar con ella las modalidades de su utilización”⁷¹. En caso de que la autoridad no pueda dar su autorización, por imposibilidad práctica,

67 *Op. cit.*, p. 13.

68 DE PREUX, Jean, comentario 1526, En: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *op. cit.*, p. 452.

69 *Id.*

70 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4746, pp. 227-228.

71 Art. 8, “Asenso de la autoridad y modalidades de utilización”. *Reglamento sobre el uso del emblema.*

la Sociedad Nacional en cuestión podría presumir su asenso, siempre y cuando se trate de “necesidades humanitarias evidentes y urgentes” sin temer sanción alguna, pues “la esencia del derecho internacional es ponerse al servicio de los hombres y, ante una palmaria necesidad humanitaria, un obstáculo formal no puede bloquear iniciativas que también corresponden, evidentemente, al espíritu del derecho”⁷² (internacional humanitario).

Aunque ya en el DIH se había establecido un signo de protección (la cruz roja sobre fondo blanco), durante la XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja se planteó la posibilidad de a) establecer un nuevo signo (el bastón y la serpiente rojos sobre fondo blancos) destinado al personal civil de la Misión Médica, reservando el signo de la cruz roja para los integrantes del Movimiento y los cuerpos de sanidad de los ejércitos, o b) extender el signo a otras personas y bienes que participaran en las acciones humanitarias.

La posición mayoritaria fue la extensión del emblema de la cruz roja sobre fondo blanco⁷³, al personal autorizado por las partes en conflicto concernidas, pues “una proliferación de signos protectores aumenta los riesgos de abuso y atenta contra su credibilidad”⁷⁴. Esta misma discusión tuvo lugar en varias reuniones internacionales previas a la XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja, en las que se abordó la discusión sobre el uso del emblema, primando siempre la concepción de un uso extensivo antes que restrictivo⁷⁵.

72 Comentarios al Art. 8, “Asenso de la autoridad y modalidades de utilización”. Reglamento sobre el uso del emblema. En: *Separata de Revista Internacional de la Cruz Roja* (Ginebra, 1992), p. 369.

73 SANDOZ, Yves, comentario 738 y 741, en: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *op. cit.*, pp. 223-224.

74 DE PREUX, Jean, comentario 1531, en: *op. cit.*, p. 454.

75 Véase en general, BUGNION, *op. cit.*

Y aunque hubo quienes propusieron la creación de otro signo para el personal civil de la Misión Médica, lo que garantizaría la distinción entre esta última y el personal de Movimiento Internacional de la Cruz Roja, por una parte, y el personal médico autorizado por las partes en conflicto, por la otra, primó sin embargo la postura opuesta, la de extender el uso del signo al personal sanitario en general⁷⁶. En todo caso, el signo distintivo es indispensable para garantizar la protección, pero no puede argumentarse la deficiente señalización o su inexistencia como pretexto para justificar irrespetos en contra de la Misión Médica⁷⁷.

4.1. USO INDICATIVO Y USO PROTECTOR

El signo en cuestión, la cruz roja sobre fondo blanco, presenta dos usos: a) para designar a los integrantes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja, b) para proteger a las unidades y establecimientos sanitarios, al personal y el material sanitarios protegidos por el DIH⁷⁸. El primero, un uso indicativo, se reserva exclusivamente a los integrantes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja, sobre todo en tiempo de paz, y el segundo, un uso distintivo⁷⁹ o protector, pertinente en tiempo de conflicto, está reservado a:

- 1) los integrantes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja
- 2) el personal sanitario destinado para tales fines humanitarios por las partes en conflicto
- 3) los servicios sanitarios civiles y otros terceros a los que excepcionalmente se les autorice su uso⁸⁰.

76 SANDOZ, Yves: Comentario 738 y 746, en: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *op. cit.*, p. 223 y 225.

77. *Ibíd*

78 Art. 44, *I Convenio de Ginebra de 1949*.

79 Así se denomina en el art. 12, *Protocolo II adicional*.

80 Para el caso colombiano, véase: art. 9, *Decreto 860 de 1998*.

4.1.1. Uso indicativo

El emblema tiene el carácter indicativo cuando sirve para mostrar que una persona o un bien pertenecen al Movimiento Internacional de la Cruz Roja, ya sea a las Sociedades Nacionales, a la Federación o al Comité Internacional de la Cruz Roja, o que tienen una relación con ellos.

Según las normas del DIH y las leyes nacionales de Colombia, la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana puede, en todo tiempo, utilizar el emblema como signo indicativo, especialmente en el desarrollo de tareas humanitarias, asistenciales y de socorro, de conformidad con los principios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja.

4.1.2. Uso protector o distintivo

En el contexto del DIH, se entiende por «signo distintivo» la cruz roja y la media luna roja sobre fondo blanco, cuando se utiliza para la protección de unidades y medios de transporte sanitarios y del personal sanitario y religioso, su equipo y material⁸¹. Para utilizar este signo se necesita el permiso de la autoridad competente y, por lo tanto, se requiere una reglamentación en la legislación interna que evite su uso indebido.

El uso de este símbolo de distinción, cuya finalidad última es, por lo demás, generar protección, "se basa en la confianza que puede tenerse del buen uso del signo"⁸². Por lo tanto, es obvio que se deba "determinar cómo permitir la identificación del personal"⁸³

81 Art. 8, 1, *Protocolo I adicional*.

82 *Ibíd.*

83 *Id.*

sanitario, siempre y cuando la identificación corresponda a fines humanitarios propios de la Misión Médica y su uso se ajuste a las disposiciones existentes.

Pero frente a esta necesidad, surge una pregunta fundamental: “¿cómo garantizar la protección de las ambulancias y del personal sanitario si cada Estado continuase haciendo uso de un emblema que le es propio?”⁸⁴. Es decir, la vigencia de un emblema implica la previa puesta en común entre las potenciales o reales partes de un conflicto sobre el tipo de signo, la aceptación de ambas de tal signo y por tanto la posibilidad de los bienes sanitarios de ambas partes de usar el signo acordado.

4.2. USO DEL EMBLEMA EN CONFLICTOS ARMADOS NO INTERNACIONALES

Frente la uso del emblema de la cruz roja sobre fondo blanco en el marco de conflictos armados internos, “sobre la base de consideraciones jurídicas y de una práctica constante, el CICR y los Estados han admitido que debe autorizarse el uso del emblema con fines de protección dentro del marco de los conflictos armados no internacionales”⁸⁵.

El artículo 12 del Protocolo II adicional, define quién y bajo qué regulación puede usar el signo distintivo⁸⁶ de la cruz roja sobre fondo blanco:

84 BUGNION, François: *El emblema de la Cruz Roja. Reseña Histórica*. Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, Ginebra, 1997, p. 7.

85 Conferencia de expertos gubernamentales, documentos presentados por el CICR, CE/5, p. 53 y ss., citado por: BOUVIER, Antoine; “El uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja: casos especiales”. *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*, (Ginebra, 1989), p. 481.

86 “Con la expresión ‘signo distintivo’, los Protocolos se refieren solamente al signo utilizado con fines protectores”. JUNOD, *op. cit.*, comentario 4734, p. 223.

“Bajo la dirección de la autoridad competente de que se trate, el signo distintivo de la cruz roja, de la media luna roja o del león o sol rojos sobre fondo blanco será ostentado tanto por el personal sanitario y religioso como por las unidades y los medios de transporte sanitarios. Dicho signo deberá respetarse en toda circunstancia. No deberá ser utilizado indebidamente”⁸⁷.

Recordemos que la finalidad del signo es contribuir a la distinción entre combatientes y no combatientes, refrendando la protección otorgada a personas que cuentan con regímenes especiales como el que cobija al personal sanitario. Para que la protección a heridos y a enfermos sea efectiva, debe garantizarse la protección de la Misión Médica que los asiste, entendiendo el emblema precisamente como uno de los principales desarrollos del principio de protección a heridos y a enfermos.

En el Protocolo II adicional, en el artículo 12 -"signo distintivo"- , que regula el uso del emblema sólo con fines protectores⁸⁸, se pone dicho uso bajo la dirección de la "autoridad competente", entendiéndose como tal tanto el gobierno legítimamente constituido como los grupos armados organizados de conformidad con el artículo primero del Protocolo II adicional⁸⁹. Cuando en el Protocolo II adicional se restringe el uso indicativo del signo, se especifica que para este fin sólo podrá ser utilizado por los miembros del Movimiento Internacional de la Cruz Roja. En cuanto al “signo distintivo” se entiende allí que se refiere al uso protector de dicho signo.

87 Art. 12, *Protocolo II adicional*.

88 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4734, p. 223.

89 *Op. cit.*, Comentario 4746, pp. 227-228.

El Protocolo II adicional, en su artículo 12, aclara de quién depende la regulación del uso del signo: de la autoridad competente. En el caso de los Estados, es claro que el gobierno de turno, sea civil o militar, es el encargado de regular, por vía legal, el uso del emblema. Para el caso de las partes en conflicto que “luchan contra el gobierno legal, será la autoridad en el poder, *de facto*”⁹⁰. La señalización de unidades y medios de transporte sanitarios, depende de la autoridad competente de la parte en el conflicto que tiene bajo su responsabilidad dichas unidades y medios de transporte⁹¹.

El uso protector del emblema tiene como fin señalar: 1) al personal, 2) a los bienes sanitarios, los cuales deben ser 1) respetados y 2) protegidos en situaciones de conflicto armado⁹². El uso protector implica la forma pura, es decir sin adición alguna a la cruz o a la media luna rojas⁹³, cuyo fondo será siempre blanco. Para facilitar su visibilidad, el emblema debe ser tan grande como sea posible y podrá estar alumbrado o iluminado⁹⁴.

El concepto de visibilidad, encierra aspectos técnicos concretos que deben ser solucionados⁹⁵. El signo debe ser reconocido “en tiempo y a distancia útiles”⁹⁶, lo que significa que su utilidad debe ser probada en un reconocimiento oportuno del bien señalizado, desde una distancia y en un tiempo tal que permita corregir o cancelar

90 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4746, pp. 227-228.

91 SANDZ, Yves, Comentario 766, en: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *op. cit.*, p. 229.

92 Art. 1, “Finalidades del emblema”. *Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja por las sociedades nacionales*, aprobado por la XX Conferencia Internacional (Viena, 1965) y revisado por el Consejo de Delegados (Budapest, 1991).

93 Art. 5, “Grafismo del emblema”, *op. cit.* Reglamento sobre el uso del emblema.

94 Art. 6, “Visibilidad del emblema utilizado a título protector”. *Op. cit.*

95 Para revisión de los aspectos técnicos del uso del emblema, ver: ICRC, *Manual for the use of technical means of identification*, Geneva, 1990.

96 CAUDERAY, Gérald: “Visibilidad del signo distintivo de establecimientos, formaciones y transportes sanitarios”. En: *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*, (Ginebra, 1990), p. 319.

órdenes militares que eventualmente puedan comprometer la integridad de los bienes que buscan ser protegidos.

El desarrollo de la tecnología de la guerra hace que cada vez sea más difícil distinguir oportunamente los bienes protegidos, lo que implica que las medidas de señalización deban ser lo más protectoras posibles.

4.2.1. Señalización de hospitales y otras unidades sanitarias

El uso del emblema de manera indicativa en hospitales, centros y puestos de salud y otro tipo de unidades sanitarias está reservado a unidades pertenecientes a la Sociedad Nacional y, como sólo se trata de indicar esta pertenencia, no de proteger, sus dimensiones deben ser pequeñas. Las Sociedades Nacionales pueden autorizar en tiempo de paz el uso del signo para señalar puestos de socorro reservados para la asistencia gratuita⁹⁷. En el caso de conflicto armado, los hospitales de la autoridad competente pueden enarbolar el signo protector de la cruz roja sobre fondo blanco en forma pura y de las mayores dimensiones posibles⁹⁸.

Se entiende, entonces, que garantizar el respeto a un hospital significa disponer de un sitio para a) la atención de los heridos y los enfermos, tanto de las tropas en campaña como de la población civil, b) el tratamiento adecuado de lesiones, y c) la salvaguarda de los efectos ocasionados por los actos propios de la guerra en contra del personal sanitario, de los recursos de la Misión Médica, y de los heridos y de los enfermos bajo su cuidado. Esto se dificulta si los hospitales no gozan de un emblema de identificación y de

97 Art. 22, “Puestos de socorro y ambulancias dirigidos o utilizados por terceros”. *Reglamento sobre el uso del emblema*.

98 Comentario al artículo 21, “Hospitales, puestos de socorro, y medios de transporte de la Sociedad Nacional”. *Reglamento sobre el uso del emblema*. En: *Separata de Revista Internacional de la Cruz Roja*, (Bogotá, 1992), p. 376.

protección que dé cuenta de las labores humanitarias a las que están destinados.

4.2.2. Uso del emblema protector por parte del personal sanitario civil

Al interior del Movimiento Internacional de la Cruz Roja se dio un debate relacionado con la definición explícita de personal sanitario, que era una de las categorías que se quería proteger en el marco del Protocolo II adicional. Lo primero que se propuso fue diferenciar dos categorías de personal sanitario ajenas al Movimiento: a) los organismos locales y b) los organismos extranjeros. Una vez establecidas las anteriores categorías se decidió que, en el marco de un conflicto armado interno, de los anteriores, “sólo los organismos de socorro locales pueden ser autorizados a usar el emblema”⁹⁹ y no los organismos internacionales que hagan presencia en dicho conflicto y que sean ajenos al Movimiento.

El artículo 12 del Protocolo II adicional se aprobó basándose en una definición técnica similar a la contemplada en el artículo 8 del Protocolo I adicional¹⁰⁰. Esto implica que si se entiende de manera amplia el “personal sanitario”, sin crear otras categorías, se cobija al personal de los servicios de salud tanto militares como civiles, y se otorga a ambos iguales derechos de protección en el marco de un conflicto armado.

En el caso del personal sanitario civil, el Protocolo I adicional plantea que en zonas en las que se desarrollan o es probable que se desarrollen combates, el **personal sanitario civil** se dará a conocer, por regla general, por medio del signo distintivo y de una tarjeta de identidad que certifique su condición¹⁰¹.

99 BOUVIER, *op. cit.*, p. 482.

100 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4734, p. 223.

101 Art. 18, numeral 3, *Protocolo I adicional*.

La delimitación de zonas potenciales o reales del desarrollo de hostilidades, tal como está expresado en el artículo anterior, es el resultado del trabajo de un grupo de expertos. La expresión: "zonas donde probablemente se desarrollen combates", no debe ser vista de manera restrictiva. "Tan pronto como un contacto con el enemigo parezca entrar en el ámbito de lo probable, incluso de lo posible, [las autoridades concernidas] tienen todo interés en dotar al personal sanitario y religioso civil con el signo distintivo y con la tarjeta de identidad previstos: de ello depende su protección"¹⁰².

Para resumir, el uso del emblema a título protector debe cumplir con las siguientes características:

- a) Que el personal sanitario esté prestando servicios humanitarios en relación con una situación de conflicto armado o en una zona donde desarrollen hostilidades
- b) Que tenga autorización del gobierno nacional.
- c) Que se someta a las normas del DIH que regulan lo relativo al uso del emblema de la Cruz Roja y a las leyes nacionales sobre la materia.

Por lo tanto, el personal de salud civil local que presta sus servicios en zonas o, más precisamente, en circunstancias de conflicto armado (concepto más protectora por la naturaleza variable de la geografía de los conflictos armados internos), goza de las prerrogativas antes señaladas.

4.2.3. Uso del emblema de la Cruz Roja en Colombia

El decreto 860 de 1998 constituye la última y más extensa regulación del uso del emblema de la Cruz Roja en Colombia, por

¹⁰² SANDOZ, Yves, comentario 761, en: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *op. cit.*, p. 228.

parte de la Sociedad Nacional y de los servicios de sanidad de la Fuerza Pública¹⁰³. Los objetivos del decreto son:

- Reglamentación del uso protector del emblema por parte de la Fuerza Pública
- Protección de las actividades del Movimiento de la Cruz Roja, en Colombia
- Facilitación de la prestación de servicios **humanitarios** en Colombia

Los objetivos de protección son:

- proteger el nombre y el emblema de la Cruz Roja;
- fortalecer las garantías para la protección humanitaria;
- proteger la misión de la Sociedad Nacional Cruz Roja Colombiana;
- proteger, garantizar y facilitar la misión de la Misión Médica;
- proteger y garantizar la prestación de servicios de salud.

El uso del emblema por parte de la Misión Médica de la Fuerza Pública está organizado bajo las siguientes condiciones:

- su personal estará bajo control del Ministerio de Defensa
- su personal estará dedicado al servicio sanitario de la Fuerza Pública
- el emblema estará acompañado del nombre de la institución
- su personal con brazalete y tarjeta de identidad.

103 Existe un vacío jurídico por llenar relacionado con el uso del emblema de la cruz roja por parte de las unidades sanitarias, los medios de transporte y el personal sanitario civil perteneciente a la autoridad competente, entendiéndose por ésta las instancias bajo la orientación técnica, control y normalización del gobierno nacional y dependiente del Ministerio de Salud de Colombia.

Los medios de transporte de la Fuerza Pública¹⁰⁴ deben pintarse del color de cada arma (verde para policías y ejército, azul para la Fuerza Aérea, y gris para la Armada) y, además de portar el signo de la cruz roja sobre fondo blanco y usarlo exclusivamente para fines sanitarios, dichos medios de transporte deben marcarse con el nombre de la unidad o fuerza a la cual pertenecen. La reglamentación de su uso, que depende del Ministerio de Defensa, ha sido ya realizada al interior de las Fuerzas Armadas.

La Misión Médica de la Fuerza Pública, además de la señalización de sus unidades y medios de transporte, debe proveer su personal con un brazalete blanco con la cruz roja, y con un carnet de identificación diseñado de acuerdo con el anexo I del Protocolo I adicional a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949 que le servirán para ser reconocidos como miembros de dicha Misión. En este sentido, la resolución número 03306 del 4 de septiembre de 1998 ordena la expedición de las tarjetas de identificación del personal sanitario adscrito a la Fuerza Pública.

Para concluir, el uso de emblemas de protección es una de las principales formas de implementación de los principios contenidos en el derecho internacional humanitario y, por lo tanto, es una necesidad material para garantizar la protección de bienes y personas.

Este uso requiere una reglamentación clara que no genere dudas, no favorezca el uso indebido, ni menos aún los actos de perfidia. En todo caso, esa reglamentación debe ajustarse a la reglamentación internacional sobre el uso del emblema.

En los conflictos armados no internacionales, al igual que en los internacionales, se debe buscar un punto de equilibrio que evite el

104 Art. 5, *Decreto 860 de 1998*.

uso indiscriminado del emblema; pero esto no debe convertirse en pretexto para negar su uso a los bienes y personas para los que fue creado. En todo caso, un país en guerra necesita identificar y proteger a su personal de salud.

B. NORMAS DEL DIH APLICABLES EN COLOMBIA

5. DIH APLICABLE EN COLOMBIA

Así las cosas, en el caso colombiano, se aplican las normas del Protocolo II adicional y del artículo 3 común. Colombia, mediante la Ley 5 de 1960, convirtió en Ley de la República los cuatro Convenios de Ginebra; posteriormente, en 1983, adhirió al Protocolo I y, a través de la Ley 171 de 1994, convirtió en Ley el texto del Protocolo II adicional de 1977.

5.1. ARTÍCULO 3 COMUN

El Protocolo adicional de 1977 tiene su origen en la única norma que en 1949 contemplaba el DIH para los conflictos armados no internacionales: el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 1949. Este artículo común, titulado "conflictos no internacionales", compromete a todas las partes involucradas en un conflicto armado no internacional, sean o no firmantes, en la medida en que en este artículo se estipula: "[...] cada una de las partes en conflicto tendrá la obligación de..."; se trata pues de una obligación que impone, como mínimo, no agredir a quienes no participen de las hostilidades, y atender a heridos y a enfermos:

"En caso de conflicto armado que no sea de índole internacional y que surja en el territorio de una de las Altas Partes Contratantes,¹⁰⁵ cada una de las partes en conflicto¹⁰⁶

105 Colombia es una Alta Parte Contratante en este tratado. Se considera como tal a todas las naciones que hayan ratificado o se hayan adherido a las normas de un tratado.

106 A diferencia de los tratados internacionales sobre derechos humanos que comprometen sólo a los Estados, el derecho internacional humanitario, compromete a todas y cada una de las partes que participan de las hostilidades. Además, en el art. 1, *Protocolo II adicional*, se plantea los requisitos que deben llenar las partes para que sean consideradas como tales.

tendrá la obligación de aplicar, como mínimo, las siguientes disposiciones:

1) Las personas que no participen directamente en las hostilidades, incluidos los miembros de las fuerzas armadas que hayan depuesto las armas y las personas puestas fuera de combate por enfermedad, herida, detención o por cualquier otra causa¹⁰⁷, serán, en todas las circunstancias, tratadas con dignidad, sin distinción alguna de índole desfavorable¹⁰⁸ basada en la raza, el color, la religión o la creencia, el sexo, el nacimiento o la fortuna, o cualquier otro criterio análogo¹⁰⁹.

A este respecto, se prohíben, en cualquier tiempo y lugar, por lo que atañe a las personas arriba mencionadas:

- a) los atentados a la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones¹¹⁰, los tratos crueles, la tortura y los suplicios
- b) la toma de rehenes

107 Esta razón de exclusión se diluyó en el texto del *Protocolo II adicional*. Su invocación y enseñanza da un marco de mayor protección pues salvaguarda a los que aun sin estar heridos, enfermos, náufragos ni prisioneros, están al margen de las hostilidades, aunque todavía sean miembros de las partes en conflicto; es el caso, por ejemplo, cuando dichas personas están realizando actividades sociales, familiares, recreativas, etc., y siempre y cuando no estén dentro de objetivos militares.

108 Con esta formulación, que se repite en el *Protocolo II adicional*, se están aprobando, de manera implícita, las distinciones de índole favorable: aquellos tratos diferentes para los que están en estado de debilidad manifiesta. Es decir, se aprueba un trato preferencial para enfermos, discapacitados, ancianos, mujeres gestantes, etc.

109 *El Protocolo II adicional*, en su art. 2, amplía el marco de protección a "opiniones políticas"; no obstante, hay que recordar que el combatiente, sean cuales fueren sus razones para combatir, no está protegido mientras participa directamente en las hostilidades, lo que lo diferencia esencialmente de la persona que no participa directamente en las hostilidades pese a tener ideas contrarias a una cualquiera de las partes; en efecto, esta razón -sus opiniones políticas- no puede esgrimirse para privarlo de la protección que otorga el DIH.

110 Esto no prohíbe las amputaciones que se deban realizar por motivos médicos, de las cuales además no se puede privar al paciente cuando su condición de salud así lo justifique.

- c) los atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes;
- d) las condenas dictadas y las ejecuciones sin previo juicio ante un tribunal legítimamente reconocido, con garantías judiciales reconocidas como indispensables por los pueblos civilizados.

2) Los heridos y enfermos serán recogidos y asistidos¹¹¹.

Un organismo humanitario imparcial, tal como el Comité Internacional de la Cruz Roja, podrá ofrecer sus servicios a las partes en conflicto.

Además, las partes en conflicto harán lo posible por poner en vigor, mediante acuerdos especiales, la totalidad o parte de las otras disposiciones del presente Convenio¹¹².

La aplicación de las anteriores disposiciones no surtirá efecto sobre el estatuto jurídico de las partes en conflicto¹¹³.

5.2. PROTOCOLO II ADICIONAL A LOS CONVENIOS DE GINEBRA

El Protocolo II adicional a los 4 Convenios de Ginebra es el desarrollo del artículo 3 común a dichos Convenios. Para el año de 1949, las guerras internacionales primaban en número sobre los

111 Este es uno de los principales mandatos del derecho internacional humanitario y que define la función macro de los servicios de sanidad en situaciones de conflicto armado interno.

112 Según el artículo 3 común a los 4 Convenios de Ginebra, las partes pueden poner en vigor mediante todas las normas del DIH, siempre y cuando éstos no afecten el estatuto jurídico de las partes, ni contengan elementos contrarios al principio de no intervención invocado por el art. 3, *Protocolo II adicional*.

113 “Conflictos no internacionales”. *Artículo 3 común a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949*.

conflictos internos, y el deseo de regular los conflictos obedecía más a la reciente sombra de la Segunda Guerra Mundial; por ello se incluyó sólo un artículo para los conflictos armados no internacionales.

Sin embargo, de ese tiempo hasta nuestros días se ha registrado una disminución de los conflictos armados internacionales y un aumento significativo de los conflictos armados internos. En América Latina -desde finales de los años 50-, ha aumentado notablemente el número de conflictos no internacionales, en países como México, Perú, Nicaragua, Cuba, Salvador, Guatemala y Colombia, entre otros. En América Latina, desde 1945 hasta 1990, se han presentado sólo 11 conflictos armados internacionales frente a 38 conflictos internos¹¹⁴.

Antes de la formulación del Protocolo II adicional, la regulación de dichos conflictos correspondía al artículo 3 común, a los principios de humanidad y al trato humano¹¹⁵. Con la aparición de la nueva norma reguladora de los conflictos armados no internacionales (Protocolo II adicional), se definen las responsabilidades expresas de las partes, los derechos de la población civil y de los combatientes que dejen de participar en las hostilidades, así como las normas de protección al personal de salud.

Para definir la existencia o ausencia de conflicto armado interno, se requieren ciertas condiciones, contempladas en el Protocolo II¹¹⁶:

114 ELGUEA SOLÍS, Javier: "Las guerras de desarrollo en América Latina", *Nueva Sociedad*, núm. 105. (Caracas, 1990), p. 98.

115 La palabra "trato" se debe tomar en su sentido más general, como aplicada a todas las condiciones de existencia de una persona. Este concepto es totalmente compatible con el concepto de salud como un todo integral y como una consecuencia del bienestar general de la persona y de la sociedad, pues no se considera que puedan haber personas sanas en una sociedad enferma. Ver: JUNOD, *op. cit.*, comentario 4523, p. 122.

116 Art. 1, "Ámbitos de aplicación". *Protocolo II adicional*. Y MADRID-MALO, Garizábal: "El Protocolo II", *Su Defensor*, núm. 14 (Bogotá, 1994), p. 17

- 1) Que el conflicto no esté cubierto por el Protocolo I, es decir, que no se trate de un conflicto armado internacional.
- 2) Que el conflicto se desarrolle en el territorio de una Alta Parte contratante (como lo es Colombia).
- 3) Que éste se desarrolle entre: las fuerzas armadas y a) fuerzas armadas disidentes¹¹⁷ (no es el caso colombiano) o b) grupos armados organizados (como los que existen en nuestro país).
- 4) Que los anteriores, es decir, los grupos armados organizados, estén bajo la dirección de un mando responsable¹¹⁸ y
- 5) Que dichos grupos ejerzan un control territorial tal¹¹⁹ que les permita (mas no que les obligue) a: a) realizar operaciones militares sostenidas y concertadas y b) aplicar el Protocolo II.

Las variables para decidir el ámbito de aplicación se basan en juicios de hechos y en ningún momento en juicios de valor. Por esto, discusiones como las causas de la guerra o la justicia de la guerra misma, no son materia de discusión para relativizar el cumplimiento del DIH.

El reconocimiento de la necesidad de respetar el DIH implica, para el sector salud, entre otras cosas:

- a) Reconocer y definir la categoría de “personal sanitario”, acorde con el DIH y de la manera más exhaustiva posible.
- b) Reglamentar la presencia de personas armadas dentro de unidades sanitarias.

117 "En la hipótesis de que una parte del Ejército gubernamental se subleve". JUNOD, *op. cit.*, comentario 4460, p. 92.

118 "Se trata de una organización suficiente que permita, por una parte, concebir y realizar operaciones militares sostenidas y concertadas y, por otra, imponer una disciplina en nombre de una autoridad de hecho". *Op. cit.* Comentario 4463, p. 93

119 No se especifica la porción del territorio, pero el control debe ser tal que permita cumplir con las condiciones enumeradas a continuación. *Op. cit.*, comentario 4466, p. 94

- c) Permitir que la autoridad competente de que se trate autorice y regule el uso del emblema de la cruz roja sobre fondo blanco.
- d) Reclamar la liberación de medicamentos bajo control de autoridades no sanitarias.
- e) Exigir el respeto al acceso a los servicios de salud de manera imparcial e integral para todas las personas, hayan o no tomado parte en las hostilidades.
- f) Incorporar el tema de la protección de la Misión Médica en los programas de formación universitaria.
- g) Re-conceptualizar en los decretos reglamentarios de la Ley 100 de 1993, la figura jurídica de “víctimas de actos del terrorismo” y caracterizar a estas personas de manera más extensiva y, por lo tanto, más protectora, como víctimas del conflicto armado.
- h) Desarrollar políticas nacionales y locales que avancen en la protección de la Misión Médica.

Aceptar la vigencia del DIH no es suficiente si su reconocimiento no se refleja en una nueva dinámica en la oferta de servicios de salud, más acorde con la realidad. Si se acepta la existencia de heridos y de personas necesitadas, como consecuencia del conflicto armado y se reconocen, además, los derechos de las personas, ¿por qué, entonces, negar el alivio de sus heridas y por qué atacar a aquel que procura tal alivio?

5.3. PROTECCIÓN A LA MISIÓN MÉDICA EN EL PROTOCOLO II ADICIONAL

El Preámbulo del Protocolo II define el marco puntual de los considerandos del mismo. Allí se consignan dos considerandos importantes para efectos del presente trabajo: por un lado, los principios que aparecen en el artículo 3 común¹²⁰ y, por otro, la

120 "[...] Los heridos y enfermos serán recogidos y asistidos". *Artículo 3 común a los Convenios de Ginebra de 1949*

cláusula de Martens¹²¹, que deja claro que en casos no previstos por el derecho, éstos deben resolverse a la luz de los principios de humanidad.

5.3.1. Garantías fundamentales

El personal de salud (tanto civiles como militares), en cuanto está constituido por personas que no participan directamente de las hostilidades, tiene derecho a la protección de su vida, y puede, incluso, beneficiarse de un trato preferente en ciertos casos de distinciones favorables aceptadas por el DIH, por ejemplo, en los casos de las médicas madres gestantes o de los médicos discapacitados, enfermos o heridos, etc.¹²². Además, este personal tiene derecho a que se respete su integridad física y su dignidad, derecho deducible de la prohibición explícita de las torturas, los tratos crueles humillantes y degradantes, los actos de terrorismo, y la toma de rehenes, contemplada en el DIH¹²³. En caso de procesos judiciales que los comprometan, tienen derecho de gozar plenamente, como el resto de personas, de los principios y normas que garantizan el debido proceso.

5.3.2. Protección a heridos y a enfermos

La protección a los heridos y enfermos¹²⁴, hayan o no participado en las hostilidades, depende en buena parte de la protección de las unidades sanitarias (civiles y/o militares) que los tengan bajo su salvaguarda; por su parte, la prestación de servicios de este personal de salud está supeditada al respeto del principio de trato humano a sus pacientes, sin distinciones relacionadas con la procedencia del

121 "En los casos no previstos por el derecho vigente, la persona humana queda bajo la salvaguarda de los principios de humanidad". Preámbulo, *Protocolo II adicional*.

122 Art. 4, numeral 1, *Protocolo II adicional*.

123 Art. 4, numeral 2, *Protocolo II adicional*

124 Art. 7, *Protocolo II adicional*.

herido¹²⁵. La búsqueda de los heridos es, ante todo, una obligación de las Partes del conflicto armado¹²⁶. La protección a heridos y a enfermos incluye la asistencia médica y la salvaguarda frente a "el pillaje y los malos tratos"¹²⁷.

5.3.3. Protección general de la Misión Médica¹²⁸

La Misión Médica fue definida arriba como el conjunto de las personas, instrumentos, vehículos e instalaciones y actividades, transitorios o permanentes, civiles o militares, fijos o móviles, de destinación exclusiva y necesarios para la administración, funcionamiento y prestación de servicios médico-asistenciales, en las áreas de prevención y promoción, atención, y rehabilitación, en el marco de un conflicto armado.

En la protección prevista, las partes en conflicto no sólo deben respetar la integridad del servicio de salud y sus componentes, sino que también están obligadas a proporcionar a éstos toda la ayuda disponible para la prestación de sus funciones, y a no presionarlos para que realicen tareas incompatibles con cualquier acto justificado por los criterios médicos¹²⁹.

125 En toda circunstancia, serán tratados humanamente y recibirán, en la medida de lo posible y en el plazo más breve, los cuidados médicos que exija su estado. No se hará entre ellos distinción alguna que no esté basada en criterios médicos". Art. 7, *Protocolo II adicional*.

126 "[...] cada una de las partes en conflicto tendrá la obligación de aplicar, como mínimo, las siguientes disposiciones: [...] 2. los heridos y enfermos serán recogidos y asistidos. *Artículo 3 común a los Convenios de Ginebra de 1949*.

127 Art. 7, *Protocolo II adicional*.

128 La expresión "Misión Médica" se refiere a las actividades médica, es decir, a las tareas que el personal de salud cumple dentro del marco del derecho a la salud. Ver: JUNOD, *op. cit.*, comentario 4679, p. 201.

129 Art. 9, *Protocolo II adicional*.

Cuando en el DIH se plantea que "no se castigará a nadie por haber ejercido una actividad médica conforme con la deontología¹³⁰, cualesquiera que hubieren sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad"¹³¹, se está incluyendo no sólo al personal profesional sino también a todo aquel que haga parte del accionar del sector salud¹³².

Las personas del sector salud no podrán ser obligadas a efectuar acciones contrarias a su deontología, ni castigadas por hacerlo¹³³. El verbo "castigar" incluye sanciones de todo orden, tanto en lo penal como en lo administrativo¹³⁴. Prohibir a un médico que cuide de su paciente o imponer restricciones a este cuidado es un ejemplo de una infracción a los derechos de protección de los heridos.

5.3.4. Protección de unidades y medios de transporte sanitario

Esta protección es indispensable para cumplir con las labores humanitarias. Tanto las unidades sanitarias -hospitales, centros de salud, puestos de salud, consultorios, laboratorios, etc.- como los medios de transporte (ambulancias), tienen derecho a una protección que impida acciones hostiles en su contra¹³⁵. Sin embargo, esa protección está supeditada a que desde las unidades y medios de transporte no se desarrollen acciones militares¹³⁶, pues,

130 Entiéndase *deontología* como la teoría de los deberes profesionales. JUNOD, *op. cit.*, comentario 4688, p. 204.

131 Art. 10, 1, *Protocolo II adicional*.

132 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4686, p. 204.

133 "La obligación de no castigar se dirige a toda autoridad en condiciones de castigar, así se trate del gobierno en el poder como de la autoridad que controla una parte del territorio, de conformidad con el artículo primero del Protocolo". *Op. cit.*, comentario 4690, p. 205.

134 *Op. cit.*, comentario 4691, p. 205.

135 "Las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios serán respetados y protegidos en todo momento y no serán objeto de ataques". Art. 11, *Protocolo II adicional*.

136 La protección debida a las unidades y a los medios de transporte sanitarios solamente podrá cesar cuando se haga uso de ellos con objeto de realizar actos hostiles al margen de

en tal caso, cesaría la protección. Pero esta cesación requiere una intimación previa, una "amenaza explícita" del inicio de acciones hostiles contra la unidad o el transporte usado indebidamente, luego de la cual se debe esperar un tiempo razonable. "No se fija un plazo razonable: es el tiempo necesario, para rectificar su actitud, justificarse si hay un error o evacuar a los heridos y a los enfermos"¹³⁷.

sus tareas humanitarias. Sin embargo, la protección cesará únicamente después de una intimación que, habiendo fijado cuando proceda un plazo razonable, no surta efectos. Art. 11, *Protocolo II adicional*.

137 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4727, p. 219

6. PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES Y PERSONAL SANITARIO

Cuando una Alta Parte contratante firma las normas del DIH, se compromete a desarrollar medidas nacionales para su implementación. En el caso colombiano, es urgente formular dichas medidas nacionales para la regulación del conflicto armado, y para el caso que nos atañe, es decir, la protección de la Misión Médica, establecer normas que la protejan de manera explícita.

Afortunadamente ya existe una base mínima para esa legislación que incluye normas constitucionales y sentencias de la Corte Constitucional. Por otra parte, en el Código Penal Militar existe un artículo en el que se recogen, asimismo, varias infracciones contra el DIH¹³⁸. Lo importante ahora es garantizar el cumplimiento de esas normas.

6.1. DIH Y CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

Una de las ventajas de la Constitución Política de 1991, es la incorporación que en ella se hace del derecho internacional humanitario, al que se otorga, obviamente, rango constitucional y al que se incluye, junto con otros tratados internacionales suscritos por Colombia, dentro de lo que se conoce como el “bloque de constitucionalidad”. La misma Constitución Política, al fijar los alcances de los “estados de excepción”, dice que: “en todo caso, se respetarán las reglas del derecho internacional humanitario”¹³⁹. Por otra parte, la adhesión de Colombia a los Protocolos adicionales constituye una garantía jurídica de protección que, además de ser

138 En el Código Penal Militar se incluyen penas contra el uso indebido del emblema de la cruz roja, contra el uso de armas prohibidas y contra el saqueo de cadáveres. Se castiga hasta con ocho años de prisión el ataque a hospitales. Art. 169, Título VII, “Delitos contra el derecho internacional”, *Código Penal Militar*.

139 Art. 214, 2, *Constitución Política de Colombia*.

una obligación ética, crea compromisos directos del país para con la comunidad internacional. Estos compromisos no constituyen de manera alguna, una agresión a la soberanía nacional, porque las mismas normas del DIH impiden explícitamente que se atente contra la soberanía¹⁴⁰ del Estado y porque dicha soberanía, según la Corte Constitucional:

"no puede ser entendida hoy bajo los estrictos y precisos límites concebidos por la teoría constitucional clásica. La interconexión económica y cultural, el surgimiento de problemas nacionales cuya solución sólo es posible en el ámbito planetario y la consolidación de una axiología internacional, han puesto en evidencia la imposibilidad de hacer practicable la idea decimonónica de soberanía nacional. En su lugar, ha sido necesario adoptar una concepción más flexible y más adecuada a los tiempos que corren, que proteja el núcleo de libertad estatal propio de la autodeterminación, sin que ello implique un desconocimiento de reglas y de principios de aceptación universal"¹⁴¹.

El mundo moderno, las comunicaciones y la prensa, facilitan que la información sobre los crímenes de guerra cometidos en cualquier lugar del mundo recorra rápidamente el planeta. Esto hace que la comunidad internacional cada día esté más atenta y menos pasiva frente a atrocidades que se cometen en guerras que afectan no sólo a los habitantes del territorio en que se desarrollan las hostilidades, sino a la comunidad internacional en general.

La necesidad de legislar sobre las normas del DIH no es un desconocimiento de su peso real (pues ya están en la Constitución);

140 Art. 3, *Protocolo II adicional*.

141 CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia C-574, 22 de octubre de 1992*. Magistrado Ponente: *Ciro Angarita Barón*.

ella obedece más bien a salvar el problema de "la eficacia más o menos directa de los principios y no a un asunto relacionado con su falta de fuerza normativa. En síntesis, un principio constitucional jamás puede ser desconocido en beneficio de otra norma legal o constitucional o de otro principio no expresamente señalado en la Constitución, pero sí puede, en ciertos casos, necesitar de otras normas constitucionales para poder fundamentar la decisión judicial"¹⁴².

6.2. DERECHO AL TRABAJO DIGNO

Uno de los derechos fundamentales más comprometidos por las condiciones que impone el conflicto armado interno al personal de salud es el derecho al trabajo digno, consagrado en la Constitución Política: "Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas"¹⁴³. Ese trabajo debe estar acorde con un mínimo de condiciones que la Constitución también señala; estas son, entre otras: "remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, el adiestramiento y el descanso necesario [...]"¹⁴⁴.

Según Mario Madrid-Malo: "el derecho al trabajo tiene como correlato una obligación de carácter negativo a cargo del Estado y de los particulares, como es la de: [...] abstenerse de estorbar o de imposibilitar el ejercicio de una actividad laboral [y] no compeler a las personas a que trabajen contra su voluntad"¹⁴⁵. Por su parte, la

142 *Ibíd.*

143 Art. 25, *Constitución Política de Colombia*.

144 Art. 53, *Constitución Política de Colombia*

145 MADRID-MALO, Mario: *Derechos fundamentales: conózcalos, ejérzalos, defiéndalos*. 3R Ed., Bogotá, 1997, p. 304.

Corte Constitucional afirma que "no basta simplemente con permitir al trabajador el desempeño de una actividad determinada, si de otra parte es realizada en condiciones de injusticia o que afecten la dignidad humana"¹⁴⁶.

Estas normas, en el marco de la prestación de servicios de salud que estableció el modelo de Seguridad Social, son parte del debate que ha suscitado la Ley 100 de 1993¹⁴⁷, ya que no hay proporcionalidad entre la remuneración y la calidad y cantidad del trabajo, no hay estabilidad laboral al generarse un cambio en la forma de contratación del personal de salud en Colombia, pues no hay vinculación laboral en los contratos de prestación de servicios¹⁴⁸; esto último también lesiona la garantía a la seguridad social, en la medida en que el cubrimiento del ciento por ciento del aporte mensual a la seguridad social corre por cuenta del médico.

Un último aspecto de la cuestión del derecho al trabajo digno es el relacionado con el descanso: las dinámicas de la violencia en general en el país hacen que la mayoría de hospitales funcionen como "hospitales de guerra", con una enorme carga laboral, una exposición injustificada a agresiones en contra del personal de salud, turnos que sobrepasan las 24 horas consecutivas, y una gran responsabilidad médico-legal. A este respecto, la Corte Constitucional señala: "Sólo la aplicación de estos principios, del trabajo digno, permite que el derecho al trabajo pueda desarrollarse y garantizarse efectivamente. En consecuencia, no se puede afirmar que se garantiza con el acceso a determinada labor. Estos principios

146 CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-457 de julio 14 de 1992*, Magistrado Ponente: Dr. Ciro Angarita Barón.

147 LEÓN CANCINO, Alfonso: "Ni medio dioses, ni proletarios". *Revista Salud*, núm. 1. (Bogotá, 1997), pp. 40 y ss.

148 *Op. cit.*, pp. 44 -46.

hacen parte de la relevancia que dentro del estado social de derecho se le ha dado al trabajo"¹⁴⁹.

6.3. DERECHO A LA SALUD

Como consecuencia directa de la protección a la Misión Médica, se garantiza el derecho a la salud de los heridos, enfermos y náufragos, y el mantenimiento de ésta a quienes presentan alta probabilidad de perderla; por eso se incluyen en la categoría de heridos y enfermos, sin propiamente estarlo, a las mujeres gestantes, a los discapacitados, a las mujeres en trabajo de parto, entre otros.

Según la Constitución Política de Colombia¹⁵⁰, "corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y del saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia¹⁵¹, universalidad¹⁵² y solidaridad"¹⁵³.

El derecho a la salud, como tal, no aparece incluido en el Capítulo I, del Título II de la Constitución relativo a los derechos fundamentales. Sin embargo, "dada la conexidad que comporta con el derecho a la vida, se constituye en derecho fundamental, cuya protección es posible reclamar mediante la acción de tutela"¹⁵⁴.

149 Op. cit., *Sentencia T-457, de julio 14 de 1992*

150 Art. 49, *Constitución Política de Colombia*.

151 La ley 100 de 1993 entiende eficiencia como "la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente". Art. 2, "Principios", *Ley 100 de 1993*.

152 Se entiende por universalidad: "la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida" *Ibíd.*

153 Se entiende por solidaridad: "la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil". *Id.*

154 DEFENSORÍA DEL PUEBLO: *Lo que usted debe saber acerca de la acción de tutela*. Santa Fe de Bogotá, 1996, p. 106.

Por lo demás, la Constitución permite una interpretación protectora de los derechos fundamentales, en la medida en que afirma que: "los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia"¹⁵⁵, y se aclara en ella, además, que su no enunciación "no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos"¹⁵⁶.

En el examen que hemos hecho de varias acciones de tutela, hemos visto que se otorga a la salud el carácter de derecho fundamental por conexidad con el derecho fundamental a la vida. La Corte Constitucional define como derechos fundamentales por conexidad aquellos que: "no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos"¹⁵⁷.

El derecho a la salud, en algunos casos de ausencia de conexidad, aparece de plano como fundamental:

"La salud es uno de aquellos derechos que por su carácter inherente a la existencia de todo ser humano se encuentra protegido en nuestro ordenamiento [...] El derecho a la salud contiene una serie de elementos que se enmarcan, en primer lugar, como un resultado - efecto del derecho a la vida. El reconocimiento del derecho a la salud prohíbe conductas de

155 Art. 93, *Constitución Política de Colombia*

156 Art. 94, *Constitución Política de Colombia*

157 CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia No. T-499 del 21 de junio de 1992*, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

los individuos que causen daño a otro, imponiendo a éstos las sanciones y responsabilidades a que haya lugar. Por ello se afirma que el derecho a la salud es un derecho fundamental."¹⁵⁸ .

La privación de los servicios de salud en casos de urgencias es una violación del derecho constitucional a la vida y, en el marco del conflicto armado interno, una violación al DIH. Se entiende por urgencia "la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte"¹⁵⁹ .

Para estos efectos, el Estado tiene que disponer de "las condiciones operativas necesarias para hacer efectivo el acceso de todos a los servicios de promoción, protección y recuperación"¹⁶⁰ de la salud. Así, "las clínicas, hospitales y centros médicos de carácter privado no pueden lícitamente negar la atención a quien requiere sus servicios, en especial si se trata de urgencias"¹⁶¹ .

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la protección a la Misión Médica y del derecho a la salud, son relevantes, entre otras, las siguientes normas¹⁶²:

158 CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia No. T-571 de octubre de 1992*, Magistrado Ponente Dr. Jaime Sanín Greiffestein.

159 Art. 1, *Decreto número 412 de 1992*. "Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones".

160 CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia No. T-111 del 18 de marzo de 1993*, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández.

161 *Ibíd.*

162 Véase, además, la compilación de normas para efectos de la atención en salud a población desplazada, realizada por: PEÑA JARAMILLO, Carlos Mario, y ÁLVAREZ VILLEGAS, Andrés. *Los desplazados*. Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, 1998.

- a) Decreto 1283 de 1996, del Ministerio de Salud, "Por el cual se reglamenta el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud." En este decreto aparece la posibilidad de atender a las víctimas de eventos terroristas¹⁶³ con los recursos de la Subcuenta de Riesgos catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía¹⁶⁴. Los gastos que deben cubrirse incluyen: servicios médico-quirúrgicos¹⁶⁵, indemnización por incapacidad permanente, indemnización por muerte, gastos funerarios, y transporte al centro asistencial.
- b) Decreto 1876 de 1994, del Ministerio de Salud, que reglamenta en su artículo 23 el diseño de planes integrales de seguridad hospitalaria (planes de emergencia) para la atención de desastres y otras calamidades.
- c) Decreto-Ley 1295 de junio de 1994¹⁶⁶. "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales". Esta norma es importante por cuanto fija los principios del sistema de riesgos profesionales. En el caso de los médicos que prestan su labor en zonas de alto riesgo, se requeriría que este criterio se tuviese en cuenta como un agravante en la escala de riesgos profesionales.

7. SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL

163 Se entiende por evento terrorista, "aquellos eventos producidos con bombas o artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales". Art. 1, *Decreto 1813 de 1994*.

164 El Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA- tiene 4 subcuentas para administrar los recursos de la salud en el país. Una de ellas es la mencionada.

165 Comprende: atención inicial de urgencias, hospitalización, suministro de material médico quirúrgico, (osteosíntesis, órtesis y prótesis), suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y rehabilitación.

166 Este Decreto-Ley fue reglamentado por los decretos 1717 de 1994 y 676 de 1995.

Uno de los aspectos más preocupantes del secreto profesional es el acceso a la información y posterior manejo por parte del personal sanitario. En el cumplimiento de sus deberes, a causa de sus labores o con ocasión de sus servicios humanitarios, el personal de salud conoce necesariamente informaciones cuya revelación podría comprometer su vida y su integridad; así pues, la revelación de esta información afecta la oferta de servicios de salud, tanto a la población civil como a los propios combatientes. Por eso "la gran dificultad que encierra la protección de la Misión Médica es la preservación del secreto médico"¹⁶⁷.

Ya desde tiempos de Hipócrates se planteaba que: "lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto"¹⁶⁸. En el mismo sentido, la X Asamblea Médica Mundial celebrada en La Habana, Cuba, en 1956, recogió varias recomendaciones que fueron luego redactadas en la XI Asamblea Médica Mundial, en Turquía en 1957, dentro de las cuales figura que "el médico está obligado a guardar el secreto médico en el ejercicio de su profesión"¹⁶⁹.

7.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El derecho al secreto profesional es un corolario del principio de equidad: dar trato igual a los iguales y dar trato diferente a los diferentes. El médico, a diferencia del resto de ciudadanos, no puede sustraerse de unos deberes propios de la función social que cumple y, por lo tanto, la sociedad y la ley le exigen tomar parte activa en todo hecho de salud que constituya una emergencia.

167 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4681, p. 202.

168 Penúltimo apartado del Juramento Hipocrático.

¹⁶⁹ XI ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL: *Regulaciones en tiempo de conflicto armado*. Estambul, 1957.

Es obvio que en medio de un conflicto armado, en razón de su profesión, el personal sanitario tiene conocimiento de información a la que no accede comúnmente un ciudadano corriente. Por lo tanto, cabe esperar que a deberes diferentes de los del resto de personas de la sociedad correspondan también derechos diferentes, y uno de ellos es el derecho al secreto profesional.

En el contexto colombiano, existen varias concepciones erróneas respecto del manejo de la información médica, a saber que:

- a) la historia clínica es propiedad del hospital;
- b) puede restringirse al paciente el acceso a su historia clínica;
- c) el secreto profesional es la excepción y que el primer deber del médico es divulgar la información que conoce con motivo de su profesión;
- d) autoridades no judiciales pueden solicitar y acceder a la información médica sin que se requiera la mediación de formalidad alguna;
- e) los trabajadores de la salud deben proporcionar la información que poseen y no tienen derecho a negarse a hacerlo.

7.2. CONCEPTO DE SECRETO PROFESIONAL

La Ley de Ética Médica define así el secreto médico: "Entiéndase por secreto profesional **médico** aquello que no es **ético o lícito** revelar sin justa causa. El médico está **obligado** a guardar el secreto profesional en **todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados** por disposiciones legales"¹⁷⁰.

De allí se deduce claramente que la obligación del médico es "guardar el secreto profesional" y que la revelación de éste es sólo

170 Art. 37, *Ley 23 de 1981*

una excepción a la obligación, algo que sólo está permitido en "los casos contemplados" por la ley. Es, pues, imperativo, erradicar la práctica que ha hecho carrera en nuestro país de entender el secreto profesional como una excepción a la norma y no como la norma misma; en efecto, en los casos que no cumplan con las características planteadas en la excepción legal, el deber es guardar silencio.

La revelación del secreto profesional plantea dos consideraciones de índole diferente: la ética y la lícita. ¿Cuándo es ético y cuándo es lícito revelar el secreto profesional? Frente a la consideración ética, es claro que la decisión de revelar el secreto profesional no puede basarse en ningún tipo de discriminación política o social, como se consigna en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en particular lo relativo en el derecho a la intimidad.

Frente a la pregunta sobre cuándo es lícito revelar el secreto profesional, hay que enfatizar que sólo es lícito hacerlo en los casos expresamente contemplados por las disposiciones legales¹⁷¹. En los casos no contemplados explícitamente, nada de lo visto, oído o comprendido puede ser revelado.

7.3. SUJETOS DEL SECRETO PROFESIONAL

Hay profesiones que guardan relación íntima y particular con la sociedad y de esta relación se derivan derechos particulares: los periodistas (derecho a la información), los sacerdotes (libertad de conciencia), el personal sanitario (derecho a la vida y a la salud), los sindicalistas (fuero sindical y derecho al trabajo), los profesores (libertad de cátedra), etc. Los profesionales de estas ramas, al cumplir con sus deberes que, por lo demás, representan beneficios y derechos directos para todas las personas, tienen conocimiento de

171 Art. 336, *Código de Procedimiento Penal*.

múltiples hechos, incluso delictivos, que no están en todos los casos obligados a revelar; tienen, incluso, el derecho a ser exonerados de denunciar, cuando estos hechos son conocidos por motivo o con ocasión de actividades a las que, legalmente, se impone el secreto profesional.

En el caso de los conflictos armados, en el Protocolo II adicional, se estipula que las personas que ejerzan una actividad médica no podrán ser sancionadas por guardar para sí la información que hayan conocido con ocasión de sus actividades humanitarias. Y se entiende por personas que ejercen acciones médicas, como se explicó arriba en el concepto de “personal sanitario”, todas las personas que prestan labores que guardan relación con la preservación o la recuperación de la salud.

En lo relativo al personal de apoyo o auxiliar de las labores médicas, no hay una inclusión explícita de ellos dentro de las normas que definen el secreto profesional. Incluso, hay una gran vaguedad jurídica relacionada con el concepto de socorristas y paramédicos, con sus responsabilidades médico-legales, etc. En la única ley donde aparece una definición de los paramédicos¹⁷², tampoco hay una

172 Art. 71, *Decreto Ley 919 de 1989. Por el cual se organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y se dictan otras disposiciones:*

Para efectos de su participación en las labores de atención en situaciones de desastre o calamidad, pertenecen al personal paramédico los siguientes profesionales de carácter técnico y auxiliar que apoyan la labor del médico:

- a) Enfermeros profesionales con formación universitaria y autorización del Ministerio de Salud para ejercer la correspondiente profesión.
- b) Tecnólogos de enfermería formados en instituciones de educación superior, autorizados por el Ministerio de Salud para ejercer su ocupación.
- c) Auxiliares de enfermería, capacitados en programas aprobados por los Ministerios de Salud y Educación, autorizados por el Ministerio de Salud para ejercer su ocupación.
- d) Promotores de saneamiento ambiental formados en programas aprobados y reconocidos por el Ministerio de Salud.
- e) Voluntarios calificados y reconocidos por la Defensa Civil Colombiana y por la Sociedad Nacional de la Cruz Roja.

definición jurídica de sus derechos y deberes ni de su responsabilidad frente a la información que conozcan con motivo de sus labores asistenciales.

Sin embargo, hay dos artículos semejantes que regulan la competencia que tienen los auxiliares de las funciones médicas con respecto al secreto profesional:

- a) El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional¹⁷³.
- b) El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan¹⁷⁴.

El Código de Procedimiento Civil establece algunas excepciones al deber de testimoniar: “[...] no están obligados a declarar sobre aquello que se les ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su ministerio oficio o profesión: [1...] 2. Los abogados, **médicos, enfermeros, laboratoristas**, contadores, en relación con los hechos amparados legalmente por el secreto profesional. 3. Cualquier otra persona que por disposición de la ley pueda o deba guardar secreto”¹⁷⁵.

Así las cosas, la ley reconoce también el secreto profesional a los auxiliares del médico, pues no se podría pedir a alguien cumplir con un deber (guardar el secreto) si no se le reconociera como sujeto de ese deber. Además, es obvio que el personal auxiliar de las labores médicas tiene derechos y deberes en cuanto ciudadano y en cuanto personal sanitario definido como tal a la luz del derecho internacional humanitario; a este respecto, a este personal se le reconoce el derecho a acceder a una información protegida por el

173 Art. 39, *Ley 23 de 1981*.

174 Art. 24, *Decreto 3380 de 1981*.

¹⁷⁵ Art. 214, *Código de Procedimiento Civil*

concepto jurídico de “secreto” y a documentos protegidos por el concepto de “reserva”.

Lo que la ley deja claro es que las faltas que cometan los auxiliares del médico con respecto al secreto profesional no generan responsabilidad en el médico, aunque sí se exhorta a éste a que contribuya al cuidado que sus auxiliares deben tener en el manejo de la información y de los documentos a que tienen acceso. En este sentido, el Decreto 3380 de 1981, dice: "El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta"¹⁷⁶; y agrega: "el médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero **no será responsable**"¹⁷⁷ por la revelación que ellos hagan"¹⁷⁸.

7.4. DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

Respecto del manejo de información por el personal que integra la Misión Médica, el Protocolo II adicional dice que: "**A reserva de lo dispuesto en la legislación nacional**, se respetarán las obligaciones profesionales de las personas que ejerzan una actividad médica, en cuanto a la **información que puedan adquirir sobre los heridos y los enfermos por ellas asistidos [...]**. La persona que ejerza una actividad médica no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de **no proporcionar o de negarse a proporcionar información** sobre los heridos y enfermos a quienes asista o haya asistido"¹⁷⁹.

176 Art. 23, “Del secreto profesional y otras conductas”. *Decreto 3380 de 1981*.

177 Todos los resaltados en negrita de las normas citadas son del autor

178 Art. 24, “Del secreto profesional y otras conductas”. *Decreto 3380 de 1981*.

179 Art. 10, *Protocolo II Adicional*.

El Protocolo II adicional deja, pues, en manos de la legislación nacional la regulación de las circunstancias, los alcances y los casos en los cuales puede y/o debe revelarse el secreto profesional; con esta salvedad no se está renunciando al principio de confidencialidad propio del personal sanitario, sino que, más exactamente, se está reconociendo el derecho que tienen los Estados de reglamentarlo.

Frente a la prohibición de las sanciones por haber brindado ayuda humanitaria, hay dos grandes áreas a las que se refiere dicha prohibición:

- a) La tendencia a perseguir judicialmente las labores humanitarias considerándolas como delito y/o contravención, propugnando un castigo penal para quien las ejerza.
- b) La tendencia de los actores armados a propinar castigos materiales expresados en amenazas, atentados y crímenes contra el personal sanitario por haber ejercido acciones humanitarias.

Cuando el Protocolo II adicional estipula que: "no se castigará¹⁸⁰ a nadie por haber ejercido una actividad médica [...] cualesquiera que hubieren sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad"¹⁸¹, es evidente que el término "nadie" es absoluto e incluye no sólo al personal profesional sino a todo aquel que tome parte en las labores del sector salud¹⁸².

7.5. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

180 "La obligación de no castigar se dirige a toda autoridad en condiciones de castigar, así se trate del gobierno en el poder como de la autoridad que controla una parte del territorio, de conformidad con el artículo primero del Protocolo" JUNOD, *op. cit.* Comentario 4690, p. 205.

181 Art. 10, 1. *Protocolo II adicional.*

182 JUNOD, *op. cit.*, comentario 4686, p. 204.

Para la defensa de la labor del médico en el conflicto armado y de su derecho al secreto profesional, pueden invocarse tres normas constitucionales:

- a) La inviolabilidad constitucional del secreto: "El secreto profesional es inviolable"¹⁸³.

Esta afirmación de rango constitucional implica que se reconoce el derecho de ciertos profesionales a guardar silencio, y que violación del secreto es una vulneración a un derecho reconocido en la Constitución Política.

- b) El principio de solidaridad social: "Son deberes de la persona y del ciudadano: obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas [...]"¹⁸⁴.

Es decir, dentro de los deberes estipulados en la Constitución Política, está incluido el de realizar actos en procura de la salud y la vida de las demás personas, independiente de la formación profesional de quien las realice o de la situación legal de las personas beneficiadas con tales acciones. El principio de solidaridad social, de obligatoriedad constitucional, cobija a todas las personas, no sólo a las que tengan formación profesional en el área de la salud. Además, es compatible con el Protocolo II: "La población civil puede, incluso por su propia iniciativa, ofrecerse para recoger y cuidar los heridos, enfermos y náufragos"¹⁸⁵. Así, una persona cualquiera puede auxiliar a heridos cuya vida esté peligrando, sin que pueda esto considerarse como delito, mucho menos cuando se trata, más exactamente, de un deber constitucional.

183 Art. 74, *Constitución Política de Colombia*.

184 Art. 95, numeral 2. *Constitución Política de Colombia*.

185 Art. 18, *Protocolo II adicional*.

- c) la protección debida a la Misión Médica en virtud del DIH: "En todo caso se respetarán las reglas del derecho internacional humanitario"¹⁸⁶.

El derecho internacional humanitario plantea claramente, en el artículo 10 del Protocolo II adicional, el concepto de que nadie debe ser sancionado por conocer información con ocasión de las actividades sanitarias ni debe ser obligado a revelarla. Esta norma, como todas las otras del DIH, es norma constitucional en Colombia ya que los Pactos Internacionales suscritos por Colombia hacen parte de lo que se conoce como bloque de constitucionalidad.

7.6. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

El Código de Procedimiento Penal exonera de informar en los siguientes casos: "Nadie está obligado a dar noticia o formular denuncia contra sí mismo [...] ni a denunciar los hechos punibles que haya conocido por causa o con ocasión de **actividades que le impongan legalmente secreto profesional**"¹⁸⁷. Queda claro, además, que el secreto profesional legalmente impuesto es más un deber que un derecho.

Esta exoneración de revelar información cobija tanto a los hechos conocidos en relación directa con el ejercicio de una profesión para los que se reconoce la licitud de mantener el secreto profesional ("por causa de..."), como a los hechos que se conocen indirectamente, pero en el ámbito o desarrollo de sus actividades profesionales ("con ocasión de...").

186 Art. 214, numeral 2. *Constitución Política de Colombia*.

187 Art. 26. "Exoneración del deber de dar noticia de hecho punible". *Código de Procedimiento Penal*.

7.7. EXCEPCIONES DE LA LEY SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL

En relación con los deberes del ciudadano para con la administración de la justicia, existen, por un lado, el deber constitucional de colaborar con la justicia¹⁸⁸, y por otro, el “deber de denunciar”¹⁸⁹ contemplado en el Código de Procedimiento Penal. Éstas son normas generales que cobijan a todas las personas; sin embargo, cuando existen casos particulares contemplados en la ley (como es el caso del secreto profesional), prima esta norma particular sobre la norma general, tal como lo reza el principio general del derecho.

En todo caso, la obligación de mantener el secreto profesional tiene excepciones contempladas también en la ley y, como tales, deben ser interpretadas de manera restrictiva¹⁹⁰ en favor de la norma principal de la que se desprende la excepción. Se trata de las excepciones estipuladas en la ley y sólo de esas: no cabe, pues, hablar de casos “similares”, pues la ley dice explícitamente: “salvo las excepciones legales, queda proscrita toda forma de aplicación analógica de la ley penal”¹⁹¹.

Por ejemplo, para definir qué es un “hospital, un puesto de salud, una clínica u otro establecimiento similar, público o particular”, un “daño en el cuerpo”, etc., se debe hacer una interpretación literal, pues “cuando el espíritu de la ley sea claro, no se desatenderá su

188 “Son deberes de la persona y del ciudadano: 7. Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de la justicia”. Art. 95, numeral 7. *Constitución Política de Colombia*

189 “Todo habitante del territorio colombiano mayor de dieciocho años debe denunciar a la autoridad los hechos punibles de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio”. Art. 25, *Código de Procedimiento Penal*.

190 VALENCIA ZEA, Arturo: *Derecho civil, parte general y personas*. Ed. Temis, Bogotá, 1984, pp. 159-160.

191 Art. 7, *Código Penal*.

tenor literal a pretexto de consultar su espíritu”¹⁹². Además, “Las palabras de la ley se entenderán en su sentido natural y obvio, según el uso general de las mismas palabras”¹⁹³.

En el Código de Procedimiento Penal, aparece la única norma genérica para el personal de salud, el único caso de salvedad previsto en la ley, para revelar información que el médico conoce “por causa o con ocasión de [...]” y que, por lo tanto, no está protegido por la figura del secreto profesional:

"Aviso de ingreso de lesionado. Quien en hospital, puesto de salud, clínica u otro establecimiento similar, público o particular, **reciba o dé entrada a persona** a la cual se le hubiere ocasionado **daño en el cuerpo o la salud**, dará aviso inmediatamente a la autoridad respectiva”¹⁹⁴.

El incumplimiento de esta obligación da origen a una multa contra la cual procede el recurso de reposición y en ningún caso genera arresto o detención.

Recordemos que tanto en el Protocolo II adicional ("a reserva de lo dispuesto en la legislación nacional"), como en la ley de ética médica ("salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales"), el ejercicio del secreto profesional queda supeditado a lo que diga la ley penal de manera explícita. El Código de Procedimiento Penal sólo hace referencia a un tipo de hecho que debe reunir las siguientes características:

- a) Se trata del “ingreso” y no de la “presencia”: (el que debe informar es el que recibe o da entrada, que no necesariamente es el mismo médico tratante).

192 Art. 27, *Código Civil*.

193 Art. 28, *Código Civil*.

194 Art. 336, *Código de Procedimiento Penal*.

- b) Se trata de un lesionado que ingresa. Si la persona ingresa no ingresa al hospital o centro médico (atención extra-hospitalaria) o si no hay lesión (por ejemplo, en la atención de un parto, o cuando simplemente se trata de requerir medicamentos para un tercero), el caso no está contemplado por la ley.
- c) Se trate de una agresión causada por un tercero: “[...] se le hubiere”. La legislación penal indaga por hechos ocurridos entre las personas pero no tipifica como delito la autoagresión, los casos de intento de suicidio, suicidio o de autolesión, no estarían entonces incluidos en la obligación de informar.

En concordancia con la ley 23 de 1981, podemos inferir que "en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido", el médico no sólo no está obligado a denunciar ni a dar noticia de los hechos punibles que haya conocido por acciones humanitarias sino que es su deber guardar silencio¹⁹⁵.

Por otra parte, la Ley mencionada precisa que: "teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se **podrá** hacer: [...] d) a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los **casos previstos por la ley**"¹⁹⁶. Así, la revelación de información sobre sus pacientes queda a discreción del médico y es él quien decide. La Ley lo dice muy claro: se "**podrá**" y no: se "deberá".

Esta revelación sólo es posible ante las autoridades 1) judiciales, 2) de higiene, y 3) de salud. Esto nos obliga a revisar, en particular, cuáles son las autoridades que administran justicia. Según la

195 Art. 95, numeral 2. *Constitución Política de Colombia*, y Art. 18, *Protocolo II adicional*.

196 Art. 38, *Ley 23 de 1981*.

Constitución, administran justicia "la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, el Consejo Superior de la Judicatura, la Fiscalía General de la Nación, los Tribunales y los Jueces"¹⁹⁷, y todos estos órganos están regulados por el Congreso de la República¹⁹⁸. Así, siendo éstas las únicas autoridades que administran justicia, la divulgación del secreto profesional podrá hacerse:

- a) sólo a las autoridades arriba mencionadas, responsables de la administración de justicia, y
- b) sólo en los casos contemplados por la ley.

En los casos en que la solicitud de información provenga de una autoridad que administra justicia, la información se brindará a aquellos que actúen en su nombre y bajo su autorización (CTI, DAS, policía judicial, policía nacional).

7.8. CÓDIGO PENAL

El Código Penal Colombiano, dice que un hecho se justifica, cuando se comete "[...] por la necesidad de proteger un **derecho propio o ajeno** de un **peligro actual o inminente, no evitable de otra manera**, que el agente no haya causado intencionalmente o por imprudencia y que no tenga el deber jurídico de afrontar"¹⁹⁹. El hecho en sí puede generar un proceso penal y corresponde demostrar en el desarrollo de la investigación que su realización se justifica por la existencia de las características exoneratorias contempladas en el Código Penal:

- a) necesidad de proteger un derecho,

197 Art. 116, *Constitución Política de Colombia*.

198 Art. 152, *Constitución Política de Colombia*.

199 Art. 29, "De la justificación del hecho". *Código Penal*.

- b) existencia de un peligro actual o inminente, e
- c) imposibilidad de evitar el peligro de otra manera

En el conflicto colombiano es relativamente frecuente la privación de la libertad de médicos "por motivos relacionados con el conflicto armado"²⁰⁰. En concreto, son privados de la libertad para que presten atención inmediata a afectados directos de las hostilidades; la privación en sí no persigue ningún otro fin que el de garantizar los servicios de salud a heridos y a enfermos que, por su gravedad, necesitan la presencia del médico allí donde se encuentra el afectado. Esta acción se justificaría, siempre y cuando dicha privación de la libertad cumpla simultáneamente las siguientes condiciones:

- a) guarde relación directa con el conflicto armado;
- b) su propósito directo sea la prestación de servicios humanitarios;
- c) el peligro actual o inminente (la herida o enfermedad) sea tal que comprometa un derecho propio o ajeno que requiera protección (derecho a la vida) y la amenaza o vulneración del derecho, propio o ajeno, no sea evitable de otra manera (el paciente no puede ser trasladado hasta un centro asistencial por falta de medios, o porque su estado de salud no permite el traslado o porque el traslado pone en grave peligro su propia vida). Dicha conducta frente al paciente es equivalente a lo impuesto al médico por la Ley de Ética Médica: "el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados"²⁰¹.

Si un médico fuese privado de la libertad con fines económicos, de presión política, para atender un caso no urgente, y/o para pedir

200 Art. 5, *Protocolo II adicional*.

201 Art. 15, *Ley 23 de 1981*.

algo a cambio, tal conducta constituye un secuestro extorsivo²⁰²; en este caso, no se trata de una "privación de la libertad por motivos relacionados con el conflicto armado y para atender a un paciente cuya condición requiere una atención urgente, sino de una toma de rehenes que, en la legislación interna, equivale al secuestro extorsivo²⁰³; y cualquier secuestro extorsivo realizado por una de las partes en el conflicto armado, sin importar el motivo ni la calidad de la víctima, constituye una toma de rehenes para efectos del DIH y, por ende, una grave violación del mismo²⁰⁴".

Frente a la culpabilidad por hechos que den lugar a una investigación penal, el Código Penal colombiano, dice: **No es culpable**: "1. Quien realice la acción u omisión por caso fortuito o fuerza mayor. 2. Quien obre bajo insuperable coacción ajena"²⁰⁵.

Cuando el médico es obligado por los actores armados a desplazarse o a prestar servicios de salud, está amparado por la ley que lo exime de culpa cuando hay insuperable coacción ajena y/o fuerza mayor. Por lo tanto, su acción no podría ser entendida como de complicidad con las partes. Esta lectura protege por igual al médico y al personal de salud en general.

Respecto a "la violación de secretos y comunicaciones", el Código Penal condena:

- a) La violación ilícita de comunicaciones, tanto privadas como oficiales, en la que está tipificado como delito el hecho de sustraer ilícitamente o interceptar información, así como

202 Según la ley colombiana, se considera culpable de secuestro extorsivo "el que arrebate, sustraiga, retenga u oculte a una persona con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, para que se haga u omita algo...". Art. 268, *Código Penal*.

203 CARRILLO, *op. cit.*, p. 23

204 *Op. cit.*, p. 19

205 Art. 40, numeral 5, "De la culpabilidad. Causales de inculpabilidad". *Código penal*.

enterarse indebidamente de su contenido²⁰⁶; tal sería el caso cuando se viole la información que se registra en la historia clínica, pues el decreto 3380 de 1981²⁰⁷ le otorga a ésta un carácter de documento privado y de propiedad del paciente; por lo tanto, constituye un delito el hecho de que personas no autorizadas y sin cumplir con las formalidades legales soliciten información contenida en la historia clínica. Constituye igualmente un delito el uso de la información registrada en el SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios para Subsidios) con fines no médicos, un hecho que se ha venido presentando reiteradamente en varias regiones.

- b) La divulgación o empleo de una información que debe permanecer en reserva²⁰⁸. En este caso no se habla ya de un conocimiento indebido o ilícito de la información sino de que, a pesar de ser lícito su conocimiento, la información debe mantenerse en reserva. Quien, por razón de sus servicios (órdenes médicas, programación para procedimientos, suministro de medicamentos), accede lícitamente a la información, -como es el caso de todo el personal de salud que tiene acceso a la historia clínica (enfermeras, auxiliares, bacteriólogas, etc.)- no puede difundir la información que permanece bajo reserva, y si así lo hace, incurre en el delito mencionado.

7.9. CÓDIGO PENAL MILITAR

El deber de denunciar está contemplado en el Código Penal Militar: "**Salvo las excepciones establecidas en este Código**, quien tenga conocimiento de la ocurrencia de un delito que deba ser investigado

206 Art. 288, *Código Penal*.

207 Decreto reglamentario de la Ley 23 de 1981.

208 Art. 289, *Código Penal*

por la justicia penal militar, debe denunciarlo inmediatamente a la autoridad"²⁰⁹.

Pero también se contempla en dicho Código: "Nadie está obligado a formular denuncia contra sí mismo, [...] ni a denunciar los delitos que haya conocido **por causas o con ocasión** del ejercicio de actividades que le impongan legalmente **secreto profesional**"²¹⁰.

Sea como fuere, el Código Penal Militar rige sólo para las personas pertenecientes a las fuerzas armadas. Por lo tanto, el personal sanitario militar está cubierto por sus disposiciones y puede revelar el secreto profesional sólo cuando la ley taxativamente lo obligue.

7.10. RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

Hay una norma especial que cobija a los servidores públicos, entendiéndose éstos, para efectos penales, como "[...] los miembros de las Corporaciones públicas, **los empleados y trabajadores del Estado** y de entidades descentralizadas territorialmente y por servicios. Para los mismos efectos se considerarán servidores públicos, los miembros de la fuerza pública, los **particulares que ejerzan funciones públicas en forma permanente o transitoria** [...]"²¹¹.

Es necesario tener presente que los hospitales que prestan servicios de salud en zonas de conflicto armado son precisamente, en su mayoría, los hospitales públicos y, por tal razón, son los más necesitados de protección en cuanto al secreto profesional. Sus trabajadores son, por ley, servidores públicos. La Constitución

209 Art. 306, "Del deber de denunciar", *Código Penal Militar*.

210 Art. 307, "Exoneración del deber de denunciar" *Código Penal Militar*.

211 Art. 63, *Código Penal*, modificado por el art. 18, Ley 190 de 1995.

Política define que la salud es un servicio público a cargo del Estado²¹². No obstante, para efectos disciplinarios y penales²¹³, el personal de salud que labora en instituciones privadas también tiene el carácter de servidor público.

Respecto de las responsabilidades de los servidores públicos, es preocupante lo establecido en el artículo 153 del Código Penal, referido específicamente a los servidores públicos; en él se estipula que: "El servidor público que teniendo **conocimiento** de la comisión de un delito cuya averiguación deba adelantarse de oficio, no dé cuenta a la autoridad, incurrirá en pérdida del empleo"²¹⁴. En consecuencia, para que la persona en cuestión esté obligada a informar a las autoridades se deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) que la persona tenga el estatuto de servidor público (empleado del Estado),
- b) que la persona tenga conocimiento de la comisión de un delito (que sepa con certeza que los pacientes que atiende cometieron un delito; la suposición de que cometieron delito no equivale al conocimiento de ello), y
- c) que el delito de que tenga conocimiento deba ser investigado de oficio.

Los servidores públicos están obligados a revelar lo relacionado con la comisión de un delito, pero no es su deber suponer culpabilidades, pues sus acciones deben estar basadas en el principio de presunción de inocencia²¹⁵ (que es parte del derecho

212 Art. 49, *Constitución Política de Colombia*.

213 Véase: art. 18, *Ley 190 de 1995*.

214 Art. 153, *Código Penal*.

215 "Toda persona se presume inocente mientras no se le haya declarado judicialmente culpable". Art. 29, *Constitución Política de Colombia*.

fundamental al debido proceso) y en el principio de la buena fe²¹⁶. Además, vale la pena recordar el peligro de cometer, involuntariamente, el delito de "falsa denuncia": si el denunciante no quiere incurrir en él debe tener la máxima certeza posible de la comisión de un delito y de la autoría de éste por parte de un potencial implicado.

El proceder del personal sanitario está regido por una norma específica que prima sobre la norma general relativa a los funcionarios públicos; de tal suerte, el personal sanitario, incluso en calidad de servidor público, puede abstenerse de dar información que esté bajo el amparo del secreto profesional.

Por último, el Código Penal plantea que: “El **servidor público** que **indebidamente** dé a conocer documento o noticia que deba mantener en **secreto** o **reserva**, incurrirá en arresto de seis (6) meses a cinco (5) años, en multa de un mil a diez mil pesos e interdicción de derechos y funciones públicas de seis (6) meses a dos (2) años”²¹⁷. Esta norma cobija la historia clínica (documento bajo reserva) y la información a la que accede el médico por causa o con ocasión de su trabajo (secreto profesional).

Luego, en los casos no previstos por la ley, violar el secreto profesional o revelar la información contenida en la historia clínica no sólo no corresponde al principio de colaboración con la justicia, sino que, además, constituye un delito.

7.11. ASPECTOS DE ÉTICA MÉDICA RELEVANTES

La relación de los médicos con la prestación de servicios y con sus pacientes, está regulada por la ley de ética médica, que en su

216 "Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse bajo los postulados de la buena fe" Art. 83, *Constitución Política de Colombia*.

217 Art. 154, *Código Penal*. Ver: además, art. 155, del mismo Código.

declaración de principios dice que: "El médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que **salvaguardan** los intereses de la ciencia y **los derechos de la persona**, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad"²¹⁸, siendo uno de los derechos de las personas la intimidad²¹⁹.

La labor médica está entonces inscrita en la protección de los derechos de las personas, derechos cuya interpretación debe hacerse a la luz de los pactos internacionales sobre derecho humanos que ha suscrito Colombia²²⁰ y a la luz de la Constitución Política de Colombia²²¹, conjunto que conforma el bloque de constitucionalidad. Frente a la relación médico-paciente, la ley de ética médica tiene en cuenta los siguientes elementos:

- a) "El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión"²²². La negación de prestar servicios de salud puede darse, entonces, cuando no haya las condiciones mínimas básicas para la prestación de servicios de salud y que esa negativa no implique poner en peligro la vida de una persona. Más adelante, en dicha Ley se enumeran algunas causas por las cuales un médico puede sustraerse de la obligación de prestar servicios de salud, de las cuales se excluyen las urgencias. Se entiende por urgencia "la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier

218 Art. 1, numeral 3, Ley 23 de 1981.

219 Art. 15, *Constitución Política de Colombia*.

220 *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

221 "Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia". Art. 93, *Constitución Política de Colombia*.

222 Art. 6, Ley 23 de 1981.

etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte”²²³.

- b) "El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes [...] y en toda situación, conflicto armado y lucha civil, inclusive"²²⁴.
- c) El médico no podrá negar la atención en casos de urgencia. En efecto, en un decreto reglamentario de la Ley de Ética Médica²²⁵, se dice: "Con **excepción de los casos de urgencia**, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios por las siguientes causas: [...] c) **Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas**, entendiéndose por éstas no sólo la formulación de tratamientos sino también los exámenes, juntas médicas, interconsultas y otras indicaciones generales que por su no realización afecten la salud del paciente"²²⁶.

El enunciado de que el médico podrá excusarse, "con excepción de los casos de urgencia", implica que, ante la presentación de una urgencia médica y el requerimiento del profesional para brindar sus servicios, éste no podrá excusarse. En otras situaciones en que es válido que el médico se niegue a prestar la atención (pacientes diferibles en el tiempo, incompetencia de especializaciones, incumplimiento de las recomendaciones dadas pese a su validez), éste sólo puede hacerlo si la intervención médica no tienen carácter

223 Art. 3, *Decreto 412 de 1992*.

224 Art. 54, apartado tercero. *Ley 23 de 1981*. Esta norma guarda directa relación con la Declaración de Tokio de 1975, adoptada por la XXIX Asamblea Médica Mundial, con respecto a la tortura y otros tratos, crueles, inhumanos o degradantes.

225 *Decreto 3380 de 1981*.

226 Art. 4, *Decreto 3380 de 1981*

de urgencia. Pero, en todos los casos, se debe garantizar el principio de no someter al paciente a riesgos injustificados

Cuando el paciente no cumple las recomendaciones del médico relativas a una atención más especializada (en un centro de mayor complejidad) o a medidas de reposo (que no siempre son posibles en el contexto del conflicto armado) la responsabilidad del médico por el tratamiento brindado, queda relativizada aun en casos de urgencia.

7.12. DECRETO 860 DE 1998

Finalmente, la norma que despeja buena parte de las dudas planteadas en la discusión previa es el artículo 10 del decreto 860 de 1998:

“Protección del personal sanitario, de socorro y humanitario. Todas las autoridades y personas en Colombia deberán proteger al personal médico, paramédico, de socorro, a los miembros del Movimiento Internacional de la Cruz Roja o [de la] Media Luna Roja y a las personas que de manera permanente o transitoria prestan sus servicios humanitarios en **situaciones de conflicto armado** o de catástrofes naturales, facilitándoles su **libre tránsito y transporte de medicamentos, alimentos y ayudas humanitarias, evacuación de muertos, heridos y enfermos,** cooperando con ellos en lo que fuere necesario para el buen desarrollo de sus actividades.

“Las personas a que se refiere el inciso anterior que en cumplimiento del deber constitucional de solidaridad social respondan con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de los seres humanos contarán con **todas las garantías de seguridad y derecho**

de confidencialidad, respecto de los hechos que por razón de sus labores hubieren conocido.

“El personal, los bienes y equipos de las instituciones pertenecientes al Movimiento Internacional de la Cruz Roja o [de la] Media Luna Roja reconocidas por el Estado colombiano, en desarrollo de sus actividades humanitarias, contarán con **todas las prerrogativas y facilidades** por parte de las autoridades para la atención de la población civil, cuando por causa de catástrofes naturales o en situaciones de conflicto armado deban intervenir para el cumplimiento de sus labores humanitarias”²²⁷.

En resumen, dichas garantías y prerrogativas de seguridad y de derecho de confidencialidad están garantizadas a las personas:

- a) que realicen actividades humanitarias, independientemente de su formación profesional;
- b) que se desempeñen en el marco de un conflicto armado o de catástrofes naturales.

7.13. CONSIDERACIONES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

En términos jurídicos, la historia clínica es un documento privado y bajo reserva, de propiedad del paciente, al que pueden lícitamente acceder, sin incurrir por ello en delito alguno, su propietario, los médicos tratantes, el personal auxiliar de las funciones médicas y las personas administrativas autorizadas por las instituciones de salud, para efectos directos relacionados con el derecho a la vida y a la salud de las personas. El acceso a la historia clínica por parte del

227 Decreto número 860 de 1998, por el cual se reglamenta lo relativo a la protección y el uso que debe darse al nombre y el emblema de la Cruz Roja, se protegen sus actividades y se facilita la prestación de los servicios humanitarios en Colombia.

personal de salud no viola pues, el carácter privado de dicho documento.

Cualquier otro tipo de acceso a la historia clínica requiere autorización de la autoridad judicial o del paciente: “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”²²⁸.

El carácter de “documento privado” de la historia clínica implica, tal como lo ha expresado la Corte Constitucional²²⁹, el derecho a la intimidad que está consagrado, en términos constitucionales, en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia. “Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas”²³⁰.

También ha recordado la Corte Constitucional que “la correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Sólo pueden ser interceptadas o registradas mediante orden judicial²³¹, en los casos y con las formalidades que establezca la ley”²³².

²²⁸ Art. 34, *Ley 23 de 1981*

²²⁹ CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia T-413, 29 de septiembre de 1993*. Magistrado Ponente: Carlos Gaviria Díaz.

²³⁰ Art. 15, *Constitución Política de Colombia*.

²³¹ Véase, además: CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia T-538, 23 de septiembre de 1992*. Magistrado Ponente: Simón Rodríguez Rodríguez.

²³² CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia T-413, 29 de septiembre de 1993*. Magistrado Ponente: Carlos Gaviria Díaz.

En la práctica, en una situación de conflictos armado interno, el acceso no restringido a los documentos de uso del personal sanitario genera vulnerabilidad en la población, pues ésta puede ser eventualmente identificada por ese medio y, por otra parte, dicho acceso afecta la prestación de servicios humanitarios en la población afectada por el conflicto armado.

7.14. RECOMENDACIONES SOBRE EL DEBER DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL

En la ley relativa al secreto profesional aparecen dos expresiones que determinan que éste es un deber y, por lo tanto, su ejercicio constituye una obligación:

- a) el personal de salud está “obligado a ...” (Ley 23 de 1981, Ley de Ética Médica)
- b) la reserva cubre las “actividades que le **impongan** legalmente el secreto profesional” (Código de Procedimiento Penal)

Es recomendable que el personal de salud no reciba más información que la indispensable para tomar decisiones médicas y desarrollar sus actividades humanitarias (pues tampoco es su deber investigar si cada paciente que arriba a los servicios de urgencias ha cometido o no un delito). En principio, el médico debe actuar en función de lo que manifiesta el paciente respecto de las circunstancias en que se produjo la lesión, y no es su responsabilidad si el paciente miente u oculta información relacionada con la comisión de un delito.

En este contexto del manejo de la información sobre los pacientes, cabe hacer al personal sanitario algunas recomendaciones, por lo que atañe a la prudencia:

- a) No poner en peligro la vida y la salud de los pacientes. No registrar en la historia clínica información que no guarde estricta relación con el tratamiento y pronóstico (no anotar datos ni siglas relacionadas con la procedencia político-militar del paciente y que puedan significar un riesgo para la vida del mismo).
- b) Abstenerse de recolectar o acceder a información que no esté justificada por razones estrictamente médicas. No preguntar sobre aspectos de la vida o actividades del paciente que no sean necesarios para la toma de decisiones médico-quirúrgicas. Es útil, por ejemplo, saber hace cuánto tiempo hace que se produjo una quemadura, para calcular la reposición de líquidos, o saber cuál era la postura del cuerpo en el momento de recibir una herida por proyectil de arma de fuego, para calcular la trayectoria de éste y evaluar los posibles órganos comprometidos; en cambio, para el ejercicio de la actividad médica, no es necesario saber la organización a la que pertenece el herido.
- c) Respetar el principio de intimidad. No comentar con personas ajenas al tratamiento del paciente aspectos privados de éste y menos si se trata de información que aumente la vulnerabilidad o la discriminación hacia el paciente.
- d) Actuar guiado por el principio de buena fe y de presunción de inocencia. No suponer que se está ante un actor armado o un delincuente común, ni suponer delitos de los cuales no se tienen pruebas suficientes. No elaborar conclusiones ni brindar información por fuera de las preguntas que le efectúen las autoridades competentes en relación con la notificación de ingreso de lesionados.
- e) Principio de colaboración con la justicia. Avisar a las autoridades competentes el ingreso de un lesionado a un centro hospitalario,

pero callar sobre los aspectos contemplados en la norma relativa a la reserva del secreto profesional.

Así pues, no son legales los requerimientos de información que no cumplan con los requisitos expuestos y que se hagan al personal sanitario para que éste informe de la atención de heridos. Ni siquiera las autoridades de justicia pueden obligar a que se revele el secreto profesional; lo máximo que pueden exigir es que se notifique ingreso del lesionado.

A pesar de todas estas normas sobre el secreto profesional, en su mayoría desconocidas por el público en general, existe una gran vulnerabilidad del personal médico y paramédico frente a los requerimientos de información de que son objeto sobre sus labores humanitarias en zonas de conflicto. Por lo tanto, urge una reglamentación más explícita, más protectora y más ajustada al DIH.

En el caso de la información que se difunde por medios más públicos, tales como las redes de radio-comunicación del sector salud, se recomienda al personal sanitario abstenerse de usar claves o siglas que despierten la sospecha de los actores armados. En varias ocasiones, el uso de claves innecesarias ha llevado al robo o al daño de equipos de comunicación de ambulancias. Asimismo, es preferible que las frecuencias que use el sector salud sean diferentes de las usadas por cualquier otro tipo de instituciones armadas.

C. CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

8. CONFLICTO ARMADO Y SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Para la presentación del conflicto armado y de su impacto en la prestación de servicios de salud, expondremos, en primer lugar, algunas generalidades sobre el conflicto y sobre el panorama de infracciones al derecho internacional humanitario; en segundo lugar, estableceremos la relación entre la violencia común y el sector salud (incluyendo en esa violencia la derivada de la delincuencia común, la violencia intraconyugal, la relacionada con los accidentes de tránsito, entre otras); tal relación tiene por objeto contextualizar al lector frente a otras demandas de atención en salud resultantes de violencias diferentes a las originadas en el conflicto armado; y en tercer lugar, trataremos de mostrar la relación entre la oferta en servicios de salud y la demanda generada por el conflicto.

8.1. ASPECTOS GENERALES

Colombia presenta una curva ascendente de homicidios²³³, violencia política²³⁴, impunidad, secuestros²³⁵, ejecuciones extrajudiciales,

233 Ochenta y siete homicidios cada 24 horas. "Impunidad: La gente tiene hoy la palabra" El Tiempo, (Bogotá, mayo 19 de 1998), p. 6A.

234 "Se entenderá por violencia política aquella ejercida como medio de lucha político-social, ya sea con el fin de mantener, de modificar, de substituir o de destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también de destruir o de reprimir a un grupo humano con identidad dentro de la sociedad por su afinidad social, política, gremial, étnica, racial, religiosa, cultural o ideológica, esté o no organizado". CINEP y JUSTICIA Y PAZ: *Panorama de derechos humanos y violencia política en Colombia: Noche y niebla, núm. 1* (Bogotá, 1996), p. 6.

235 En 1996 se produjeron 1528 secuestros; en 1997 hubo 1693, y en el primer semestre de 1998, 806. Esto da un total de 4.244 secuestros en dos años y medio. "Estadísticas generales del secuestro 1996-1998". El Tiempo (Bogotá, julio 14 de 1998), p. 4A.

desapariciones forzadas²³⁶, y torturas²³⁷, que hacen del país uno de los más violentos del mundo. En el año de 1993, por ejemplo, el diez por ciento de los asesinatos del mundo se cometieron en Colombia²³⁸.

Entre octubre de 1994 y septiembre de 1995, de 3.681 muertes ocasionadas por la violencia política, sólo alrededor del 40 por ciento ocurrieron en combate²³⁹. En 1996, según estadísticas presentadas ante las Naciones Unidas por 68 ONG, de cada diez muertos diarios fallecidos por razones políticas, seis son ejecutados y otros tres fallecen en acciones bélicas²⁴⁰.

Según el informe de la Comisión Colombiana de Juristas sobre el año de 1996, el conflicto armado tuvo un incremento importante, y consumió el 21,4 por ciento de los ingresos tributarios del Gobierno nacional²⁴¹. Ese aumento de las hostilidades no se asoció con un aumento del cumplimiento de las normas del derecho internacional humanitario.

8.2. VIOLENCIA COMÚN EN COLOMBIA Y SECTOR SALUD

236 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.

237 AMNISTÍA INTERNACIONAL. *Crónicas del Terror y de la Dignidad. Informe 1997*, EDAI, Madrid, p. 145.

238 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe Anual*, 1994.

239 COMISIÓN COLOMBIANA DE JURISTAS: *Colombia, Derechos Humanos y Derecho Humanitario: 1995. Serie: informes anuales*. Bogotá, 1996, p. 3.

240 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Consejo Económico y Social. *E/CN.4 1996/NGO/44*. abril 9 de 1.996

241 HERNÁNDEZ, Isidro: “La Bonanza de la Guerra” *Cien días vistos por Cinep*. Vol. 8, núm. 34 (Bogotá, 1996), p. 12. Citado por COMISIÓN COLOMBIANA DE JURISTAS, en: *op. cit.*, *Colombia, Derechos Humanos y Derecho Humanitario*, 1996, p. 55.

Hace tres décadas, la violencia como causa de muerte en Colombia, ocupaba el noveno lugar; en los años 70 pasó al cuarto lugar y actualmente ocupa el primer lugar²⁴². En 1994, los homicidios constituyeron el 70 por ciento de todas las muertes violentas ocurridas en el país²⁴³; y según datos del Ministerio de Salud, de 1987 a 1994, la tasa de homicidios aumentó de 36 a 127 por cada 100.000 habitantes²⁴⁴ (la más alta del mundo en dicho período)²⁴⁵.

En los nuevos modelos de evaluación del impacto de la enfermedad, se ha prescindido de la categoría de Años de Vida Potencialmente Perdidos -AVPP²⁴⁶- y se la ha reemplazado por la de Años de Vida Saludables Perdidos -AVISA-; en esta nueva categoría se incluyen los AVPP, además de los años que se pierden por otras causas²⁴⁷. El porcentaje de distribución de Carga de la Enfermedad -medida en AVISA-, por homicidio, es en Colombia del 24,6 por ciento, en América Latina del 3,3 por ciento y en el mundo del 1,3 por ciento²⁴⁸. Según el Ministerio de Salud, en el país se produce un asesinato cada veinte minutos²⁴⁹.

242 FRANCO, Saúl: “Violencia y Salud en Colombia”. *Rev. Panam Salud Pública*, (2) 1997, p. 94.

243 *Op. cit.*, p. 95.

244 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FORENSES. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES: *Reporte del comportamiento de lesiones fatales y no fatales de Colombia, 1994*. Santa Fe de Bogotá, 1995.

245 Canadá tuvo en 1990 una tasa de 2 homicidios por cada cien mil habitantes. En: FRANCO, *op. cit.*, p. 96.

246 Es la relación resultante de restar a la “Esperanza de Vida al Nacer” (EVN), el número de años en que la persona fallecería por causas naturales.

247 Los AVISA contemplan cuatro variables: 1) tiempo perdido por una muerte prematura, 2) valor de un año de vida saludable según la edad, 3) preferencia social por el tiempo y 4) ponderación de la incapacidad. En: MINISTERIO DE SALUD. *La carga de la enfermedad en Colombia*. Bogotá. 1994, pp. 8 y 9.

248 *Op. cit.*, p. 25.

249 MINISTERIO DE SALUD. AUGUSTO GALÁN SARMIENTO: *Violencia: Una realidad que se esconde tras las cifras*. Bogotá: 1995.

El informe de Medicina Legal de 1994²⁵⁰ muestra que en las 45.126 autopsias practicadas, el 70 por ciento de las muertes fueron causadas por homicidio; el 80 por ciento de las lesiones mortales se produjeron por arma de fuego; y de 24.744 homicidios, 21.411 se produjeron en hombres entre los 15 y 44 años²⁵¹.

Otras estadísticas muestran datos preocupantes sobre violencia sexual -especialmente contra menores de edad-, maltrato conyugal -predominantemente contra las mujeres- y maltrato infantil -la mayoría de las veces causado por los mismos padres-.

Para el sector salud, todos estos actos implican una carga asistencial en las unidades de trauma, de urgencias y de cuidados intensivos, incremento de los gastos médico-quirúrgicos, aumento de los problemas de salud mental, costos en la rehabilitación física y social de los afectados, y desvío de recursos de otros programas de salud para atender la demanda que origina la violencia.

En la atención de urgencias, de sus respectivos presupuestos, el Hospital San Juan de Dios de Bogotá gasta el 65 por ciento²⁵² y el Hospital San Vicente de Paúl gasta el 40 por ciento. Entre enero y mayo de 1995, el 53,4 por ciento de las urgencias de Medellín fueron por agresión intencional²⁵³. Los costos anuales en salud para la atención de las víctimas de la violencia en Colombia están por el orden de los 80 mil millones de pesos²⁵⁴. Estos datos, que constituyen sólo dos de los múltiples ejemplos posibles, más la observación directa, nos permiten afirmar que en los hospitales

250 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FORENSES. *Op. cit.*

251 *Op. cit.*

252 Datos presentados por el Dr. Jorge Ospina, director de urgencias del Hospital San Juan de Dios en un foro sobre violencia y servicios de urgencias, Clínica San Pedro Claver. Santa Fe de Bogotá, sep. 1995.

253 FRANCO, *op. cit.* p. 94

254 FRANCO, *op. cit.* Violencia y Salud en Colombia, p. 100.

colombianos se gastan importantes recursos en la asistencia médica a las víctimas de la violencia.

Otros estudios han comprobado que los principales agresores, en la violencia intrafamiliar e intraconyugal, son los varones, y que los conocidos o familiares de los menores de edad son los principales causantes de maltratos y de delitos sexuales contra éstos. La dinámica requerida para atender a las víctimas de la violencia y los costos para la prestación de servicios de salud a estas personas son tan considerables, que esta atención puede equipararse a la atención de un desastre²⁵⁵. La más importante conclusión de estas constataciones es que la violencia constituye hoy en Colombia **el principal problema de salud pública**²⁵⁶ situación que plantea un reto importantísimo para todos los concernidos por ella.

Si bien es cierto que este tipo de violencia no es el resultado directo del conflicto armado, sí nos permite visualizar la carga asistencial a que están sometidos los trabajadores del sector salud en cuanto a trauma, salud mental y rehabilitación.

8.3. CONFLICTO ARMADO Y SECTOR SALUD

A pesar del anterior panorama, la relación entre la prestación de servicios de salud y la violencia derivada del conflicto armado se aprecia exclusivamente en las víctimas directas de las acciones de violencia socio-política; no obstante, en la práctica, es a veces difícil precisar la relación causal entre las lesiones y el conflicto armado interno. Además, la relación es difícil de establecer porque no hay

255 Se entiende por desastre "un daño grave o la alteración grave de las condiciones normales de vida [...] que requiera por ello de la especial atención de los organismos del Estado y de otras entidades de carácter humanitario o de servicio social". *Art. 18, Decreto-Ley 919 de 1989. Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y se dictan otras disposiciones.*

256 Op. cit. Vida, Salud y Paz: El Sector Salud frente a la Violencia en Colombia, p. 100.

registros sobre el costo específico del conflicto para el sector salud. Para efectos pedagógicos, presentamos en cinco bloques el impacto de la violencia socio-política en la prestación de servicios de salud.

- a) Homicidios. Amnistía Internacional, en su informe de 1995 sobre Colombia, afirma que el 15 por ciento de los crímenes cometidos en el país tiene móviles políticos²⁵⁷; por su parte, la Comisión Colombiana de Juristas, en su informe sobre 1996, sostiene que casi el 13 por ciento de las muertes violentas son resultado de la violencia socio-política²⁵⁸. Si bien es cierto que la mayoría de asesinatos no corresponden al conflicto armado, las muertes que éste produce se suman a las de otras causas, y considerando el conjunto, Colombia es el país más violento del mundo. Además, estas muertes implican para el sector salud exigencias suplementarias en su carga de trabajo tales como el reconocimiento médico-legal (valoración de las lesiones fatales, práctica de autopsias), el apoyo a los servicios estatales de investigación de delitos (peritazgos médico-legales), y el manejo material de los cadáveres (levantamientos).

Un aspecto que merece una atención especial en este bloque temático es el relativo a los esfuerzos requeridos por el sector salud para la realización de proyectos interinstitucionales en los que este sector juega un papel fundamental; tal es el caso del establecimiento de la identidad de cuerpos de NN a través de técnicas muy complejas de antropología forense; estos proyectos son fundamentales para la salud mental de los familiares de detenidos desaparecidos, apoyo de las investigaciones en curso por este tipo de delitos, etc.

257 AMNISTÍA INTERNACIONAL: *Violencia Política en Colombia: Mito y Realidad*. Madrid, 1994, p. 17.

258 COMISIÓN COLOMBIANA DE JURISTAS. (1996). *Op. cit.*, p. 5.

- b) Lesiones personales no fatales, ocasionadas especialmente por heridas por proyectil de arma de fuego; por sus características, estas heridas causan gran daño a la salud y, por ende, requieren cuidados especiales. Las heridas por proyectil de arma de fuego de alta velocidad producen un gran daño en tejidos blandos que, si bien pueden no ser mortales, generan alta incapacidad laboral y social, así como elevados costos para su rehabilitación; exigen disponibilidad de recursos de medicina plástica y reconstructiva de muy difícil consecución en las zonas rurales, y gastos elevados de materiales necesarios para la atención inmediata (materiales de curación y cirugía) y, algunas veces, costos adicionales para atención más especializada en hospitales universitarios de mayor complejidad. Por otra parte, su atención afecta otros servicios, en la medida en que hay que desviar recursos de otros programas para atender a las víctimas de la violencia.
- c) Alteraciones conductuales asociadas con el conflicto armado interno. El conflicto actúa como factor estresante, favoreciendo la presentación de enfermedades como el trastorno de estrés post-traumático, la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada²⁵⁹, así como múltiples problemas de adaptación²⁶⁰. A este respecto, se requieren investigaciones más precisas y un diseño de propuestas operativas inteligentes.
- d) Rehabilitación psico-social. Los costos de prótesis, órtesis y sillas de ruedas, de mucha necesidad en la rehabilitación de heridos de guerra, son muy elevados; a esto se añade el agravante de que la Ley 100, en principio, no incluye el suministro de estos elementos dentro del denominado Plan Obligatorio de Salud

259 PEREZ CALDERÓN, Jorge Luis: “La problemática de la salud general y salud mental en desastres”. *Serie de monografías clínicas, núm. 2.* (México: 1989), pp. 3 - 8.

260 CORPORACIÓN AVRE. “El desplazamiento y sus consecuencias emocionales”. En: *Memorias del Foro: El desplazamiento interno en Colombia.* Chinauta, Fusagasugá: 199, p. 97-98.

(POS), y obliga al afectado a adquirirlos con recursos propios²⁶¹. Por otra parte, una vez se produzca definitivamente el cese de hostilidades, corresponderá al sector salud la reorganización de sus servicios, la reconstrucción de sus estructuras y programas en las zonas más afectadas, y la creación de alternativas para contribuir a la construcción del Estado-Nación.

- e). Desplazamientos. La violencia ha generado numerosos desplazamientos²⁶² que implican otras demandas al sector: atención médica a dichos desplazados, saneamiento básico (suministro de agua potable, manejo de excretas y basuras, y control de vectores), apoyo a la salud mental, etc. A esto se suma el miedo a revelar su nombre y sus datos personales experimentado por muchos desplazados que llegan a los servicios médicos, por temor a que los actores armados tengan acceso a esa información y a que esto coloque su vida en peligro.

8.3.1. Atención de desastres y atención del conflicto armado

Las necesidades operativas derivadas de la atención de desastres guardan relación con las derivadas de la atención de heridos y enfermos por causa o con ocasión del conflicto armado. Sin embargo, hay particularidades de cada uno de estos dos fenómenos que hacen riesgoso considerar las mismas estrategias para su atención.

Es cierto que experiencias de atención de desastres por parte del sector salud (como en los casos de Armero, la avalancha del río

261 Art. 15, *Decreto 1938 de 1994, del Ministerio de Salud. Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.* Reglamentario de la Ley 100 de 1993.

262 Según la Defensoría del Pueblo, durante el primer semestre de 1998 se ha producido el desplazamiento forzado de 148.240 personas. Véase: DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *op. cit.*, *Derechos Humanos para ...* p. 42.

Páez, el sismo de Pereira, etc.) han permitido que el sector avance en capacidad operativa y resolutive frente a hechos donde la demanda supera la oferta de servicios. Asimismo, la incorporación de temas como el derecho internacional humanitario en módulos de postgrado en administración de salud, influye sobre el espíritu del médico (a veces tan difícil de permear) en su posición frente a la violencia como principal enfermedad del colombiano.

Puede ser que las estrategias, las experiencias y los instrumentos para la atención de desastres sean útiles para la atención que presta el sector salud en el marco del conflicto armado; pero esto no puede aplicarse de manera mecánica a dicho contexto ni mucho menos puede entenderse el conflicto armado como un desastre de origen natural, por cuanto:

- a) El concepto de "natural", es problemático, pues lleva implícita la idea de que los eventos de la naturaleza son impredecibles, inevitables "actos de Dios", cercanos a lo mágico y, por lo tanto, inmanejables²⁶³.
- b) Aun en condiciones carentes de violencia, las oficinas de atención de desastres no cuentan ni con el personal ni con los recursos suficientes para la atención de damnificados que en promedio suman 300 mil por año.
- c) En la infraestructura de la atención de desastres pesa mucho la logística militar, pues muchas de las operaciones de rescate en desastres se hacen desde helicópteros de las fuerzas armadas (una de las partes del conflicto del que precisamente están huyendo los desplazados por el conflicto).

263 FEDEROVISKY, S; HERZER, H; *Desastres: su Conceptualización*. Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo, Buenos Aires, 1988.

- d) Hay organizaciones que participan de la atención de desastres que no gozan de la total aceptación por parte de los desplazados por el conflicto, ya sea por contar con una estructura o una forma de operar de corte militar o porque son percibidas como particularmente parcializadas con relación a uno u otro de los actores del conflicto armado.
- e) La realización de censos es posible en desastres pero es problemática en el conflicto armado.
- f) La posibilidad de que afloren y se materialicen sentimientos de solidaridad es altamente difícil en la guerra, por miedo a las represalias de las partes.
- g) En un contexto de desastre, la clasificación de heridos en masa, para efectos de la remisión depende de la gravedad, la condición hemodinámica y la posibilidad de supervivencia; en un contexto de conflicto armado, en cambio, tal clasificación depende menos de la gravedad que del riesgo real de que el paciente sea asesinado incluso en las propias unidades sanitarias; así pues, en dicho contexto aunque el estado de salud de dicho paciente no amerite la evacuación, por su seguridad personal debe ser el primero en serlo.

9. INFRACCIONES CONTRA LA MISIÓN MÉDICA EN COLOMBIA

En los conflictos armados internos se presentan ataques en contra de la Misión Médica, que no sólo generan la muerte de integrantes del personal sanitario y daño en sus bienes sino que, además, afectan seriamente la prestación de servicios de salud a la población civil (programas de vacunación, programas de control de vectores, etc.) y hasta ponen en peligro la supervivencia misma de los heridos y enfermos de las partes en conflicto.

Las acciones perjudiciales contra la Misión Médica no se presentan siempre de forma explícita; también se materializan a través de presiones sutiles, mensajes disfrazados, comentarios, rumores y falsas versiones que terminan por generar temor entre el personal sanitario, y por afectar considerablemente el cumplimiento de sus labores humanitarias.

En el marco del conflicto armado colombiano, el desarrollo de acciones de las partes del conflicto ha afectado la prestación de servicios de salud y ha atentado contra la integridad de la Misión Médica de múltiples maneras, comprometiendo el derecho a la salud de la población civil.

La ausencia de investigaciones al respecto, la poca información sobre el fenómeno y el alto subregistro de este tipo de ataques, hacen creer, erróneamente, que el personal de salud y sus recursos materiales cuentan con el debido respeto. Sin embargo, cada vez con más frecuencia se han observado actos de guerra que derivan en acciones en contra de los servicios de salud. Teniendo en cuenta que en el contexto colombiano:

- 1) el sector salud no cuenta con el debido respeto en medio del conflicto armado, y que

2) los actos mencionados no constituyen en sí prácticas aisladas y ocasionales sino, muy por el contrario, hechos graves y frecuentes,

El Comité Internacional de la Cruz Roja decidió elaborar un instrumento de investigación y de recolección de información y remitirlo a múltiples organizaciones, solicitando proporcionar información al respecto, a fin de sistematizar las respuestas y establecer un mapa aproximado de la situación.

Con el nombre de: “Infracciones a los derechos de la Misión Médica en el conflicto armado colombiano (1995-1998)”, entre agosto de 1998 y enero de 1999 se realizó una investigación, cuyos resultados se exponen a continuación.

9.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

El marco conceptual de la investigación lo aportan las normas de protección de la Misión Médica contempladas en el derecho internacional humanitario, especialmente las contenidas en el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y en el Protocolo II adicional de 1977.

Para el análisis de las infracciones, escogimos el período comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1998; para la recolección de datos recurrimos tanto a potenciales fuentes primarias como a la búsqueda activa en medios de comunicación.

9.1.1. Instrumento de recolección de la información

Tomando como referencia las normas del DIH definimos cinco grupos de infracciones que nos interesaba examinar:

- a) infracciones a la vida y a la libertad personal
- b) infracciones a la infraestructura (agrupando bajo este mismo ítem, para efectos de la investigación, unidades sanitarias y medios de transporte)
- c) infracciones contra las acciones de la Misión Médica
- d) actos de perfidia
- e) infracciones al secreto profesional

A su vez, para cada una de estas infracciones definimos entre 2 y 8 variables que fueron particularmente examinadas en los casos que así lo ameritaban. En el formulario que se envió a las fuentes primarias se anexó una explicación que permitía aclarar las definiciones.

En la solicitud de información enviada se aclaró igualmente que los datos suministrados sólo se utilizarían públicamente en los resultados estadísticos que de ellos se deriven o para explicar comportamientos genéricos. En efecto, no se quería entorpecer las investigaciones penales o disciplinarias a que hubiera lugar ni poner en peligro la vida o la integridad de las personas que informaban sobre determinados hechos o que habían sido afectadas por dichos hechos.

El formulario requirió algunas pruebas para incorporar otras categorías no contempladas (desaparecidos, heridos, robo de alimentos). Por dificultades operativas de registro y análisis de la información, no se incluyó la incidencia de las infracciones en la salud mental del personal sanitario afectado, fenómeno que ameritaría una investigación específica.

9.1.2. Fuentes de información

Se enviaron 450 solicitudes de información a diferentes oficinas de las siguientes instituciones:

- Direcciones Seccionales de Salud de cada departamento
- Defensoría del Pueblo (Oficinas regionales y seccionales)
- Ministerio de Salud, Subdirección de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Superintendencia Nacional de Salud
- Centro de Investigación y Educación Popular, CINEP
- Justicia y Paz
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en Colombia
- Oficina de Derechos Humanos del Ministerio de Defensa
- Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas, ANTHOC
- Asociación Médica Sindical Colombiana, ASMEDAS (oficinas nacional y seccionales)
- Personerías de las principales ciudades
- Procuraduría General de la Nación
- Directores de hospitales públicos de primer nivel de complejidad de la Red Pública de Servicios
- Directores de hospitales públicos de segundo nivel de complejidad de la Red Pública de Servicios
- Directores de hospitales públicos de tercer nivel de complejidad de la Red Pública de Servicios.
- Fundación País Libre
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos
- Coordinadores de Emergencias y Desastres de cada Servicio Seccional de Salud

La mayoría de estas instituciones informó sobre casos; de hecho, el 68 por ciento de los casos registrados proviene de los formularios respondidos por estas fuentes.

Al mismo tiempo, se realizó una búsqueda activa en las siguientes fuentes secundarias:

- a) Periódicos y otras publicaciones periódicas de circulación nacional
- b) Informes sobre Derechos Humanos de Organizaciones No Gubernamentales y de entidades del Estado

De la búsqueda en estas fuentes secundarias se obtuvo el 23 por ciento de los casos; el porcentaje restante (el 9 por ciento) se obtuvo de fuentes directas que expresaron verbalmente su testimonio o de casos registrados en el CICR.

En los casos en que en un solo hecho existían tres violaciones diferentes (por ejemplo, ataque a ambulancia, muerte de heridos, robo de medicamentos), cada evento se registró por separado. En los hechos en los cuales se produjeron ataques a personas, se tomó cada persona como un caso. Se consideró que esta forma de análisis era más acorde con la gravedad de dichos sucesos, cuya complejidad podría quedar subvalorada si se considerasen como un solo caso.

9.2. HALLAZGOS

A pesar del problema del subregistro ya señalado arriba, la investigación mostró, para 1998, 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 el subregistro y la falta de conciencia sobre este tipo de hechos desvirtuaban la realidad de la situación e incidía en el registro de ella.

9.2.1. El problema del subregistro de casos

El subregistro es una de las causas fundamentales del sesgo de la información hasta ahora recopilada. Dentro de las causas detectadas aparecen:

- 1) El miedo. Las personas prefieren callar por temor a que el informe genere dificultades secundarias para la persona o para la institución que informa.
- 2) El hecho consumado. Una vez que una determinada infracción ya ha sucedido y se ha resuelto positiva o negativamente (por ejemplo, cuando una promotora de salud, o cualquier otro miembro del personal sanitario, retenida es liberada o aparece muerta) las personas concernidas consideran que el caso debe cerrarse.
- 3) El hecho considerado como “normal”. Ciertas prácticas que, de hecho, constituyen una infracción contra la Misión Médica son tan reiteradas que terminan por considerarse como “normales” y por tanto no se incluyen dentro de la lista de infracciones.
- 4) Procesos poco cuantificables. Actividades del personal sanitario tales como las jornadas de vacunación, el trabajo en el área rural, el control de vectores, la educación comunitaria y los demás procesos asistenciales en salud son, por lo general, difíciles de evaluar desde el punto de vista cualitativo. Estos mismos programas, en condiciones de conflicto armado, son aún más difíciles de evaluar. Por lo tanto, pasa desapercibido el impacto negativo real del conflicto armado en la prestación de dichos servicios de salud.
- 5) En el mismo sentido, la cronicidad de la guerra hace que las condiciones de trabajo en zonas de conflicto se consideren “condiciones normales” por su carácter reiterado.

- 6) La guerra como causa accesoria. La oferta de servicios de salud en las zonas más afectadas por el conflicto armado se ve comprometida por la deficiente infraestructura, la poca disponibilidad de personal de salud dispuesto a trabajar en tales circunstancias, los problemas de acceso geográfico, el bajo desarrollo regional o local, la falta de una adecuada dotación, la alta demanda de servicios, la guerra misma, etc. Es decir, que la guerra de por sí es ya otro factor que fragiliza el derecho a la salud de la población civil en cuanto incide sobre la oferta de servicios de salud. En el caso de Cundinamarca, por ejemplo, durante 1998, hubo un promedio de 30 plazas laborales vacías para médicos en año de Servicio Social Obligatorio –año rural-.
- 7) Existe un sesgo relacionado con el registro de eventos/año, debido a que cada vez hay más conciencia sobre este tipo de hechos; por lo tanto, esto afecta tanto el informe presentado por las fuentes primarias como la información recogida en las publicaciones periódicas y especializadas consultadas. Por esta razón, las tendencias de evolución en el tiempo no responden necesariamente a un incremento de las infracciones, debido al subregistro de los primeros años de la investigación (1995-1996).

A pesar de las múltiples causas de subregistro, los datos totales obtenidos durante el período revisado son preocupantes, superan las expectativas de recopilación de infracciones y permiten, sobre esa base, establecer algunas tendencias regionales, describir algunos tipos recurrentes de infracción y construir estrategias que ahonden en la protección.

9.2.2. Análisis por regiones y por departamentos

Por lo que atañe a los datos suministrados por las diferentes fuentes relativos a cada Corporación Regional para el Desarrollo

Económico y Social -CORPES-, se observa que la mayoría de casos pertenecen a la regional Occidente y la menor cantidad a la de Centro Oriente:

CORPES	N. de casos	Porcentaje
Amazonía	51	10.90
Orinoquía	119	25.43
Occidente	174	37.18
Centro Oriente	48	10.26
Costa Atlántica	76	16.23
Total	468	100

Frente a estos resultados, es necesario hacer dos aclaraciones:

- 1) El mejor registro de casos en la región de Occidente se explica por una sensibilización previa sobre el tema, desarrollada en la regional por el CICR; en departamentos como Antioquia, por ejemplo, se presenta un número de casos más alto, pero esto obedece más a la conciencia lograda en los encuestados que a una ocurrencia mayor respecto de otras regionales.
- 2) Como la relación habitantes/médico no es la misma en todas las regiones, aunque el número absoluto de casos en regiones como Centro Oriente y Amazonía sea bajo, el impacto en la oferta de servicios de salud puede ser incluso mayor que en regiones con un mayor número absoluto de casos.

La capacidad de registro de Antioquia está más desarrollada que otros departamentos, por lo cual el número de casos registrados resultan notablemente mayores (103 casos). Es preocupante el alto índice de registro del departamento de Chocó (22 casos), teniendo en cuenta la baja densidad poblacional.

En otros departamentos (Vichada, Guainía, Norte de Santander y Caldas), aunque existe información verbal de ataques graves y frecuentes a la Misión Médica, como éstos están poco documentados no han sido incluidos en el informe, lo cual explica el bajo registro en esta región.

Fuera del subregistro, otro elemento preocupante señalado por los resultados de la investigación es la concentración de ataques contra la Misión Médica en zonas muy específicas. En efecto, los primeros cinco departamentos por número de infracción (Antioquia, Guaviare, Bolívar, Arauca y Cauca) dan cuenta, por sí solos, del 61 por ciento del total de casos.

DEPARTAMENTO	N. de casos
Antioquia	103
Guaviare	55
Bolívar	48
Arauca	44
Cauca	36
Total	286

Todos estos elementos deben contribuir a la focalización de programas más especializados de protección a la Misión Médica, de tal manera que se logre el compromiso de las autoridades regionales y locales de hacer frente a esta problemática.

9.2.3. Análisis por tipo de infracción

Para la investigación se agruparon las infracciones en cinco ítems, los cuales permiten focalizar tanto el análisis como las potenciales alternativas de intervención.

Tipo de Infracción	Números	Porcentaje
Atentados a la vida y la integridad personal	341	72.86
Atentados contra la infraestructura	61	13.03
Atentados contra las acciones de la Misión Médica	11	10.90
Actos de perfidia	51	2.35
Atentados contra el secreto profesional	4	0.86
Total	468	100

Los hallazgos principales en relación con cada uno de los cinco universos descritos fue el siguiente:

- a) El porcentaje de ataques (el 72,86 por ciento del total de casos informados), contra la vida y la integridad del personal sanitario es altísimo, lo que es muy preocupante.
- b) Los ataques contra los bienes sanitarios se concentran de manera significativa en las ambulancias (el 69 por ciento).
- c) Muchos de los consultados consideran que las limitaciones, prohibiciones o imposiciones a la oferta de servicios son consecuencias “normales” dentro de la dinámica del conflicto armado. En esta medida, el concepto mismo de “Misión Médica” no es percibido de igual manera por el universo de los consultados. A pesar de esta equivocada percepción de la “normalidad”, se hallaron casos especiales que, por su relevancia, se mencionarían en un apartado.

- d) Las infracciones al secreto profesional son el ítem con menor registro; no obstante, es preocupante que estos casos presentan un aumento elevado en los últimos meses, son de difícil análisis, de gran aceptación cultural y generadores de tal temor que se prefiere no informar sobre ellos.

9.2.3.1. Ataques a la vida y a la integridad personal

La protección del personal sanitario²⁶⁴ tiene tres núcleos:

- 1) La protección que les es debida, en cuanto son personas que no participan directamente en las hostilidades a pesar de su cercanía con las acciones de guerra o con sus consecuencias.
- 2) El estatuto especial que concede el derecho internacional humanitario al personal de la Misión Médica diferenciándolo de la población civil en general, pero a la vez exigiéndole unos deberes más complejos.
- 3) Los corolarios de la protección a la Misión Médica, a saber: la protección al derecho de la población civil a acceder a los servicios de salud, y el derecho del personal sanitario a realizar sus labores. La Misión Médica incluye no sólo las personas, los bienes, las unidades y los medios de transporte, sino también las acciones de servicio que presta.

Hasta 1998, el único decreto que brindaba protección directa a la Misión Médica es el 3289 de 1982, en el que se reglamenta el año de

264 "No se podrá obligar a las personas que ejerzan una actividad médica a realizar actos [...] contrarios a la deontología [...] ni a abstenerse de realizar actos exigidos por dichas normas [...] la personas que ejerza una actividad médica no podrá ser sancionada [...] por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información sobre los heridos [...]". Art. 10, *Protocolo II adicional*.

Servicio Social Obligatorio, -período conocido comúnmente como el año rural-. En dicho decreto se establece que: "[...] con el propósito de estimular la vinculación de profesionales a los programas de rehabilitación de zonas que estuvieron sometidas a enfrentamiento armado o a acciones subversivas, se considerará que el Servicio Social Obligatorio a que se refiere la Ley 50 de 1981 ha sido satisfactoriamente cumplida cuando los respectivos servicios se presten por seis meses, a lo menos"²⁶⁵. Salvo esta Ley, que sólo beneficia a profesionales de la salud mientras prestan el año rural y que sólo les ofrece una disminución del tiempo de exposición al conflicto, los trabajadores de la salud no cuentan con normas de protección acordes con el DIH.

Entre los hechos más frecuentes que comprometen la vida y la integridad del personal sanitario se incluyen:

1. Homicidios de funcionarios del sector salud cometido por las partes del conflicto armado.
2. Amenazas y desplazamiento forzado de funcionarios del sector salud
3. Retención de personal por las partes del conflicto armado para obligarlo a la prestación de servicios
4. Homicidio de enfermos y de heridos confiados a la protección del personal sanitario

Muchos de estos hechos se presentan como consecuencia de las labores humanitarias prestadas por el personal sanitario a una de las partes del conflicto, consideradas por la parte contraria como actos de complicidad con el enemigo. Es necesario, pues, que todas las partes del conflicto entiendan la imparcialidad del sector salud y la incidencia negativa de sus ataques contra dicho sector pues disminuyen severamente la oferta de servicios de salud e, incluso,

265 Art. 1, *Decreto 3289 de 1.982*

ponen en peligro la vida de los propios combatientes heridos o enfermos.

Tipo de Infracción (*)	Números	Porcentaje
Homicidio de personas	76	22,29
Desaparición de personas	4	1,18
Heridas a personas	9	2,64
Amenazas a personas	114	33,43
Desplazamiento forzado de personas	57	16,72
Retención de personas	59	17,30
Homicidio de heridos protegidos	21	6,17
Detención de personas	1	0,27
Total	341	100

(*): Para efectos de la presente investigación, por “retención del personal sanitario para prestar servicios humanitarios” se entienden aquellas acciones que generan la privación de la libertad del personal sanitario, obligándolo a cumplir con labores asistenciales mediante el uso de la fuerza o la amenaza de recurrir a ella. Asimismo, para los mismos efectos, por “detención o captura de funcionarios por haber participado en acciones humanitarias” se entiende la detención, legal o ilegal, de personal sanitario con el propósito de castigarlo por haber realizado acciones estrictamente humanitarias o participado en ellas.

Son preocupantes las amenazas al personal de salud (el 33,43 por ciento) y la alta relación del fenómeno con el desplazamiento de personas (el 16,72 por ciento). En la gran mayoría de los casos, el desplazamiento estuvo asociado a una amenaza directa previa.

Homicidio de funcionarios

Actualmente se cuenta con cifras aproximadas del número de alcaldes y concejales afectados²⁶⁶, de educadores asesinados²⁶⁷, de abogados y de periodistas que han perdido la vida con ocasión del conflicto armado; no obstante, hasta este estudio, no existían registros del costo en vidas humanas que, a causa del conflicto armado, ha debido pagar el personal sanitario.

El homicidio de funcionarios del sector salud es altamente preocupante, tanto por su número absoluto (76 casos), como por su promedio (1 muerto cada 15 días en los últimos dos años), y por las repercusiones que genera: el desplazamiento de otros trabajadores de la salud (efecto de ola), la dificultad para conseguir personal que ocupe esas plazas laborales, etc.

Hay regiones en las que, aunque es bajo el número absoluto de homicidios, es mayor el impacto en el derecho a la salud de la población, por cuanto la relación entre cantidad de personas y de médicos es tal que un sólo homicidio de un sólo médico afecta a muchas más personas que en las demás regiones.

Aun en los casos en que el homicidio de un funcionario del sector salud no esté directamente relacionado con la prestación de servicios de salud, es claro que el impacto en la oferta de servicios es igualmente importante.

Las profesiones de salud más comprometidas en la prestación de servicios extramurales son precisamente las más atacadas:

266 Entre octubre de 1997 y abril de 1998, los alcaldes resultaron afectados así: 6 asesinados, 55 secuestrados, 15 amenazados. Por su parte, los concejales resultaron afectados así en los últimos tres años: 207 asesinados, 150 secuestrados y 40 obligados a renunciar. *El Espectador*, (Bogotá, julio 20 de 1998), p. 4 A.

267 En 1997, hubo 36 educadores asesinados, 253 amenazados y 6 desaparecidos. Situación de violencia contra educadores en Colombia. *El Tiempo*, (Bogotá, junio 6 de 1998), p. 11

promotores de salud (el 29 por ciento del total de muertes) y auxiliares de enfermería (el 25 por ciento del total).

Tipo de Profesión	N. de casos	Porcentaje
Promotor de salud	17	29
Auxiliar de enfermería	14	25
Médico	11	19
Otros (*)	14	25
Enfermera profesional	1	2
Total	57	100

(*): En la categoría "otros" se agrupan: odontólogos, bacteriólogos, terapeutas, nutricionistas, profesionales y técnicos de saneamiento ambiental, y trabajadores del control de la malaria.

Amenazas contra funcionarios

También se observaron casos (aunque el número no es significativo) en que particulares o delincuentes comunes, utilizaron el nombre de alguna de las partes del conflicto para proferir amenazas; fueron mucho más frecuentes las amenazas provenientes efectivamente de las partes del conflicto; la principal acusación de que fueron objeto los amenazados fue haber prestado servicios de salud a la parte contraria. Esas amenazas producen un “efecto de ola”, generando desplazamiento en los mismos amenazados, en sus familias y en colegas.

Retención de funcionarios

Uno de los problemas del análisis de este apartado, es precisar las causas de la privación de la libertad de personas del sector salud. En algunos casos, la retención aparentemente se debe a la necesidad de prestación de servicios a combatientes; en otros, a razones

puramente económicas; sin embargo, en el desarrollo de los hechos, las causas aparecen más claras y en ocasiones son opuestas a las pretendidas al comienzo de la retención.

En el desarrollo de la investigación, se trató de excluir los casos en que la retención correspondía a un secuestro extorsivo con fines puramente económicos; se incorporaron principalmente aquellas retenciones asociadas de manera directa con la prestación de servicios de salud; lo cual sin lugar a dudas constituye un sesgo estadístico.

Para el personal sanitario la posibilidad de ser retenido por los actores armados en el conflicto es una de sus principales preocupaciones por las siguientes razones:

- a) Las otras partes en conflicto los acusan de ser cómplices de los retenedores.
- b) Los retenedores los amenazan de muerte si informan a las autoridades.
- c) Deben realizar procedimientos médicos en condiciones inadecuadas y sin posibilidad de seguimiento médico a sus pacientes.
- d) Tienen que asumir la responsabilidad total por los resultados del tratamiento, a pesar de no poder manejar todas las variables (suministro adecuado de medicamentos, ejercicios de fisioterapia, curaciones, dieta, etc.).

Homicidio de heridos confiados a la protección de la Misión Médica

La obligación de respetar a los heridos y a los enfermos, establecida por el DIH²⁶⁸ no siempre es respetada por las partes del conflicto; los trabajadores del sector salud no puedan, pues, garantizar con su mera tutela el respeto a la vida y a la integridad física de heridos y enfermos a su cuidado.

Por tal razón, son insuficientes o incluso estériles los esfuerzos que hace el personal sanitario para garantizar el derecho a la vida y a la integridad física de las personas encomendadas a su protección.

9.2.3.2. Ataques a la infraestructura

Los bienes sanitarios no pueden ser objeto de ataques, pero tampoco pueden utilizarse en las hostilidades o en los combates, pues si así fuera perderían la protección.

Uno de los atentados más frecuentes contra el derecho de protección de los hospitales²⁶⁹ es la ocupación por parte de los actores en el conflicto de unidades sanitarias (hospitales, centros de salud y puestos de salud). Dicha ocupación obedece a dos razones diferentes: la búsqueda de personas que tomaron 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 atentados contra los vehículos del personal de salud (ambulancias) ponen en peligro de manera inmediata a sus ocupantes (conductores, auxiliares, pacientes, pasajeros

268 "Todos los heridos, enfermos y náufragos, hayan tomado parte o no en el conflicto armado, serán respetados y protegidos [...] No se hará entre ellos distinción alguna que no esté basada en criterios médicos". Art. 7, *Protocolo II Adicional*

269 "Las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios serán respetados y no serán objeto de ataques". Art. 11, *Protocolo II adicional*.

ocasionales), los bienes como tales (medios de transporte) y, a largo plazo, la red de urgencias de la zona, pues se impide así la razón de ser de estas redes: el transporte oportuno y ágil de los heridos y enfermos que lo necesiten. Este perjuicio sufrido por la red compromete no sólo a las víctimas del conflicto armado sino también a todos los heridos y enfermos que requieran traslado asistido.

Los ataques a la infraestructura incluyen desde el ataque por razones indirectas, como la supuesta presencia en ellas de combatientes de la parte contraria, hasta el incendio deliberado de Centros de Salud, siguiendo el criterio de considerar la oferta de servicios de salud como parte de la logística del enemigo y, por lo tanto, como “objetivo militar”.

Los fenómenos más relevantes son:

1. Los ataques a unidades y medios de transporte sanitarios, que llegan incluso a ocasionar su destrucción total.
2. La transformación de unidades o de medios de transporte sanitarios en objetivos militares, cuando, por ejemplo, son usados con fines propios de la guerra en el desarrollo de acciones hostiles.
3. El perjuicio secundario ocasionado al personal de salud y a los heridos y enfermos que se hallan en las ambulancias o en los hospitales.

La distribución de los ataques a ambulancias y hospitales es la siguiente:

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

Hallazgos relevantes de este tipo de prácticas:

- a) La mayoría de las veces, el ataque a ambulancias pone en peligro la vida de las personas que las ocupan, tanto pacientes como personal sanitario.
- b) Asimismo, la proximidad de unidades sanitarias a objetivos militares lícitos aumenta la vulnerabilidad de éstas y por tanto el riesgo de resultar afectadas en acciones hostiles.
- c) En varias tomas a poblaciones, los hospitales, por su valor estratégico y/o por su imagen neutral, han sido utilizados como sitios desde donde se dirigen las acciones militares de las partes en conflicto.
- d) El uso militar de ambulancias, además de ser una infracción al DIH, produce una imagen de aparente complicidad del sector salud con una de las partes, lo que “justificaría” retaliaciones de la otra parte y daría lugar a desconfianza hacia la Misión Médica.

Es importante señalar que las infracciones que afectan a los medios de transporte constituyen el 69 por ciento de los ataques a la infraestructura, lo que, cuantitativamente es bastante relevante. Sin

embargo, los ataques a los hospitales y demás unidades sanitarias, aunque representan un porcentaje menor son cualitativamente más graves por el grado de destrucción ocasionado y por la vulnerabilidad que generan tanto para los usuarios de los servicios como para el personal sanitario.

Por otra parte, la militarización de hospitales como medio de prevenir los ataques, no sólo genera la pérdida de la protección debida a las unidades sanitarias sino que -algo que no se debe olvidar-, es una grave violación del DIH y, lo que es aún más grave, aumenta el riesgo de que la parte contraria ataque el hospital usado con fines militares.

9.2.3.3. Hostilidades contra las acciones de la Misión Médica

Las partes del conflicto armado no sólo deben "dejar hacer" al personal de salud sino que, además, deben favorecer, de manera activa, las labores humanitarias. 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 [...] como mínimo" recoger a los heridos y a los enfermos.

Derecho a la salud

El concepto de derecho a la salud va más allá del simple acceso a los servicios de salud, que es tan sólo una parte del primero. La definición de salud es de gran complejidad y presenta dificultades, incluso para los académicos. Para efectos del presente ensayo, acogemos la definición de salud propuesta por Saúl Franco, Doris Ochoa y Mario Hernández, en la que se incluyen "dos aspectos esenciales del concepto de salud: la salud como bienestar y la

relación salud-vida"²⁷⁰. Para estos autores, el bienestar está constituido por: a) la satisfacción de necesidades, b) la garantía de realización de potencialidades, y c) el acceso a las oportunidades, a los recursos económicos y científico-tecnológicos. Con esta concepción se supera el rol asistencialista de las instituciones de salud y el rol de simple reparador de lo biológico, correspondientes al Estado que debe ser el garante del derecho a la salud.

El Protocolo II adicional, en cuanto obliga a acciones asistenciales derivadas de las demandas concretas de las acciones bélicas, tiene un marcado énfasis asistencial. Sin embargo, en una interpretación más protectora del derecho a la salud, hay que incluir otras responsabilidades del Estado relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, que se reflejan en cuestiones tales como la nutrición y el libre tránsito de alimentos, la salud mental incluso la de los propios combatientes, la educación de la población civil para que participen en el desarrollo de labores humanitarias, entre otras actividades.

Otro problema específico que afecta la prestación de servicios de salud es la organización de los servicios de urgencias para la recepción de pacientes en masa, como ocurre en los desastres. En estos casos, en los servicios de urgencias se pueden aplicar las medidas de los "Planes Hospitalarios de Emergencia"; sin embargo, la implementación de estas medidas en el país es mínima.

Los impedimentos del traslado de pacientes heridos como consecuencia del conflicto armado no son sólo fruto de agresiones a los medios de transporte, sino también de la inexistencia de ambulancias adecuadas en las zonas rurales.

270 FRANCO, Saúl; OCHOA, Doris; HERNÁNDEZ, Mario: *La promoción de la Salud y la Seguridad Social*. Corporación Salud y Desarrollo, 1995, p. 6.

Criterios médicos

En el Protocolo II adicional 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"²⁷¹.

El concepto de "razones de orden médico" o "criterios médicos"²⁷², utilizado en el Protocolo II adicional, impone a quienes prestan servicios de salud una imparcialidad absoluta. Estas razones exigen que: a) la prioridad en la atención de heridos debe depender de su gravedad y b) los servicios no deben tomar partido, a favor o en contra, por ninguna de las partes armadas, ni involucrarse en las hostilidades. El criterio médico así entendido obliga no sólo a atender a los pacientes basándose en aspectos eminentemente técnicos, sino a extender ese criterio a la administración del servicio y al quehacer de sus funcionarios protegidos.

En el caso de la evacuación de heridos, incluso en términos teóricos es ya difícil decir cuál paciente es más prioritario; en la práctica, la decisión es aún más difícil dados los peligros a que se ven sometidos los pacientes no relacionados con el estado de salud de éstos; a veces, por ejemplo, es necesario evacuar a un herido leve para evitar que sea asesinado dentro del hospital local. Esta situación modifica el criterio médico tradicional según el cual la prioridad en la atención a los heridos la determina la gravedad de éstos; en nuestra realidad hay que seguir el criterio de que es

271 Art. 9, *Protocolo II Adicional*.

272 Art. 7, numeral 2, *Protocolo II adicional*.

necesario salvaguardar la vida del paciente y no someterlo a riesgos injustificados²⁷³.

La extrema dificultad de prestar servicios de salud en las zonas de conflicto armado no sólo afecta la fragilidad de la oferta (falta de personal de salud dispuesto a ir a estas zonas), sino que, además compromete el derecho de la población civil de recibir atención directa. Esta situación explica la aparición en las zonas de conflicto armado de conductas tales como:

1. Robo o restricción del tránsito de medicamentos, alimentos y equipos médicos
2. Prohibición de la oferta de servicios de salud, de manera directa o indirecta a través de la implantación de “toques de queda”, retenes, etc.
3. Presión sobre el personal sanitario para que preste la atención en condiciones inadecuadas
4. Irrespeto de las prioridades médicas

Tipo de infracción	N. de Casos	Porcentajes
Restringir tránsito de medicamentos, equipos y alimentos	13	25,49
Usurpar medicamentos y equipos	17	33,33
Restringir y/o prohibir la oferta de servicios de salud	12	23,53
Forzar la atención en condiciones inadecuadas	7	13,73
Irrespetar las prioridades médicas	2	3,92
Total	51	100

273 "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados" Art. 15, *Ley 23 de 1981, Ley de Ética Médica*.

Respecto de estas conductas cabe observar lo siguiente:

- a) La restricción, el control, el robo o la prohibición del tránsito de alimentos y medicamentos, constituye una violación al derecho a la salud y una infracción contra la población civil.
- b) Los retenes armados y demás formas coercitivas de la circulación de vehículos, afectan el transporte de heridos y el libre tránsito a que tienen derecho las ambulancias en el cumplimiento de sus labores humanitarias.
- c) 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 de casos de urgencia que requieren atención inmediata.
- d) El impedimento del desarrollo de tareas de los grupos que controlan vectores transmisores de enfermedades tropicales tales como la malaria acarrea graves consecuencias para la población. Este fenómeno muestra claramente que la relación entre salud y conflicto armado no se limita a la inicial atención de pacientes politraumatizados por las acciones propias de la guerra sino que comprende todos los aspectos y programas del sector salud.
- e) La guerra genera un impacto en la población incluso más allá del tiempo y del espacio en que ocurre una acción bélica; por ejemplo, la realización de combates o de patrullajes cerca de un Centro de Salud hace que algunas personas de la comunidad prefieran no usar los servicios de la institución -lo cual agrava su condición de salud- o postergar la consulta -lo que, en determinadas enfermedades que requieren atención inmediata, puede comprometer su supervivencia-.

- f) Impedir el desplazamiento del personal de salud so pretexto de evitar así que sus acciones puedan beneficiar a la parte contraria equivale a negar la potencial ayuda humanitaria que este personal puede 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 tipo de atención extrahospitalaria.
- g) El ítem relativo a las acciones en contra de los criterios médicos sólo es percibido como infracción por los encuestados en los casos extremos, en los que tal conducta genera consecuencias funestas; sin embargo, debe ser entendida como tal e independiente de sus consecuencias, toda acción que desconozca las prioridades asistenciales que haya determinado el personal de salud.

Una de las causas de la retención del personal de salud es la inexistencia de grupos de salud o de una Misión Médica sólida y autosuficiente al interior de las partes del conflicto armado. Igual causa debe tenerse en cuenta para el análisis de otros actos como el robo de medicamentos, el robo de equipos, las presiones para la dotación de botiquines, el forzar la atención en condiciones inadecuadas, y el irrespeto de las prioridades médicas.

9.2.3.4. Actos de perfidia

La perfidia, cuyo concepto explicamos atrás, no aparece definida como tal en el Protocolo II adicional; sin embargo, su prohibición se inscribe dentro de las normas generales del DIH y, por lo tanto, es aplicable en el caso colombiano. Literalmente perfidia significa:

"ruptura de fe"²⁷⁴. En la época de los caballeros "la perfidia era un deshonor que no podía redimirse por ningún acto, por heroico que fuera"²⁷⁵. La perfidia no debe confundirse con la estratagema de guerra. Se entiende por estratagema de guerra todo acto que lleve al enemigo a "cometer una imprudencia, sin que para ello sea necesario engañarlo"²⁷⁶.

Ejemplos de perfidia son: simular una incapacidad por heridas o enfermedad, simular estatuto de persona civil no combatiente, simular estatuto de protección mediante el uso de signos, emblemas o uniformes, o simular la rendición²⁷⁷.

Son ejemplos de estratagemas: las emboscadas, las posiciones de tiro en el medio ambiente natural, camuflar tropas, construir instalaciones que no se utilizarán, transmitir por radio o por prensa informaciones inexactas, fingir descanso²⁷⁸. Así pues, simular la muerte simplemente para salvar la propia vida no sería un acto pérfido sino una estratagema, mientras que sí lo sería simular la muerte para atacar a un enemigo una vez que éste dé la espalda.

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

274 DE PREUX, Jean, comentario 1483, en: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *Op. cit.* p. 433

275 DE PREUX, Jean, comentario 1498, en: *op. cit.*, p. 438.

276 DE PREUX, Jean, comentario 1515, en: *op. cit.*, p. 445.

277 Art. 37, *Protocolo I adicional*.

278 DE PREUX, Jean: comentario 1521, En: SANDOZ *et al* (Edición y coordinación), *op. cit.*, p. 447-448.

Este tipo de prácticas generan desconfianza de las partes del conflicto, incluso de la población civil, hacia el sector salud.

9.2.3.5. Violaciones al secreto profesional

El carácter reservado de la información que maneja el personal sanitario está protegido por las normas del Protocolo II de 1977. Sin embargo, también las legislaciones nacionales pueden regular el secreto profesional.

Las infracciones contra el secreto profesional de la Misión Médica se dan en dos sentidos:

1. Vulneración del derecho y del deber del personal de salud de guardar silencio frente a la información de que dispone por causa o con ocasión de sus labores humanitarias
2. Castigo penal o *de facto* al personal de salud que haya revelado información, aunque esté obligado a hacerlo de acuerdo con la legislación interna

Tipo de infracción	N. de Casos
Obligar a revelar información protegida	2
Castigar la revelación lícita de información	2
Total	4

El primer sesgo en los resultados se debe a la casi inexistencia del secreto profesional, debido a:

- a) desconocimiento de las leyes que lo determinan,
- b) falta de claridad o interpretación errónea de las leyes,

- c) aplicación de las leyes desde una postura eminentemente pragmática y coyuntural,
- d) ausencia, en la cultura del personal de salud y de los combatientes, del concepto de secreto profesional.

Errores tales como registrar en la Historia Clínica la parte del conflicto a la que pertenece determinado paciente, o las siglas correspondientes a dicho grupo, provienen de la costumbre de anotar la profesión de los pacientes para efectos de los estudios sobre riesgos ocupacionales. Sin embargo, tal registro genera otra serie de problemas que poco benefician a la ayuda humanitaria. Estas conductas constituyen una infracción a la confidencialidad y al carácter reservado de esos documentos, una violación al secreto profesional y una vulneración del derecho a la intimidad de las personas.

En todo caso, los Estados deben avanzar en la protección del secreto profesional, pues es obvio que los integrantes de la Misión Médica, en razón de sus actividades humanitarias, tienen información sobre sus pacientes y este conocimiento no debe significar un riesgo para su integridad física ni para su libertad personal, máxime que el respeto al secreto profesional está contemplado universalmente, desde el Juramento Hipocrático, siglos atrás, hasta las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, en nuestros días.

9.2.3.6. Otros elementos relevantes observados en la investigación

Casos especiales:

Impacto en el control de malaria y de otras enfermedades transmitidas por vectores

El homicidio, en el departamento de Putumayo, de cuatro funcionarios del sector salud dedicados al control de malaria generó un muy importante perjuicio a todos los programas de la Dirección Departamental de Salud, especialmente en los desarrollados en el área rural; el porcentaje estimado de perjuicio en los principales servicios es el siguiente:

Servicios rurales, (suspensión de servicios):	100 %
Vinculación y carnetización de personas al Sistema de Subsidios en salud (SISBEN):	80 %
Control de rabia canina:	33 %
Control calidad del agua para consumo humano:	50 %
Captación pacientes sintomáticos de tuberculosis:	59 %

Para el caso específico de las actividades relacionadas con la erradicación de la malaria, éstas resultaron afectadas en la proporción siguiente:

Fumigación, (suspensión de servicios):	48 %
Toma de muestras de malaria:	44 %
Educación sanitaria:	30 %
Investigaciones entomológicas:	50 %

Estas cifras demuestran que la guerra puede tener un gran impacto sobre toda la red de servicios de salud y que la existencia del conflicto puede aumentar considerablemente las posibilidades de epidemias, la incidencia de enfermedades y el costo en vidas humanas.

Impacto en el Programa Ampliado de Inmunización

El Programa Ampliado de Inmunización implementado en el Sur de Bolívar, cuenta, en general, con recursos técnicos, logísticos y humanos que permitirían lograr las metas propuestas para 1998. Sin

embargo, los niveles de cobertura lograda durante el primer semestre de 1998 no lograron lo presupuestado y estuvieron muy por debajo de las expectativas:

Municipio	Pobl. (1)	Polio (2)	DPT (3)	Hep. (4)	BCG (5)
Arenal	243	33,7	33,3	31,6	23,4
Cantagallo	224	31,2	29,9	26,7	18,7
Montecristo	291	25,4	26,4	21,6	53,6
Morales	597	22,7	22,7	22,4	21,9
Río Viejo	629	25,4	24,4	21,7	25,1
San Pablo	827	26,7	27,0	18,7	24,7
Santa R. del Sur	1,214	12,1	14,5	12,1	25,1
Simití	808	16,3	15,7	10,4	22,5
Tiquisio Nuevo	806	23,3	22,3	23,5	37,4
Total	5.639				

Las cifras expresan porcentajes de cobertura. (1): Población menor de un año (en números absolutos). (2): Poliomiélitis. (3): Difteria, Tétanos, Tosferina. (4): Hepatitis. (5): Tuberculosis.

Es muy preocupante el poco cubrimiento logrado en Santa Rosa del Sur, donde para una población de 1.214 niños menores de un año, la vacunación apenas logró cubrir algo menos del 13 por ciento. Con los altos niveles de desplazamiento en esta región del país, es muy alta la posibilidad de contraer enfermedades transmisibles y de que se presenten brotes en zonas receptoras de población desplazada.

Manejo de cadáveres

La exposición de cadáveres como forma de amedrentamiento a la población civil es una infracción contra el derecho internacional

humanitario²⁷⁹ y tiene un impacto directo en la salud mental de la población civil. El manejo de los cadáveres debe cumplir con los requisitos tanto técnico-legales como humanitarios (no exponerlos, respetarlos, procurar su correcta identificación, etc.). A este respecto, en el Protocolo II adicional se estipula que “se tomarán sin demora todas las medidas posibles para [...] buscar a los muertos, impedir que sean despojados y dar destino decoroso a sus restos”²⁸⁰.

En el caso colombiano, son abundantes las lesiones *post-mortem*, los hallazgos en las autopsias de lesiones por torturas previas a la muerte, la imposibilidad de identificar a todas las víctimas, la falta de conocimiento técnico sobre recogida y transporte de cadáveres por parte de las instituciones que eventualmente se ven enfrentadas a este tipo de situaciones. Es pues necesario profundizar en la discusión sobre los aspectos éticos y técnicos relacionados con el manejo de los cadáveres.

Salud mental

Según un estudio del Ministerio de Salud²⁸¹, en Colombia, el 40 por ciento de la población corre el riesgo de padecer una enfermedad mental, en buena medida como consecuencia del conflicto armado. El 20 por ciento de los habitantes sufren algún grado de depresión, el 10 por ciento presenta problemas de ansiedad, y el 14 por ciento padece psicosis. En el caso de poblaciones específicas, las cifras son alarmantes: el 32 por ciento de los niños requiere ayuda psiquiátrica.

279 "Quedan prohibidos los actos o amenazas de violencia cuya finalidad principal sea aterrorizar a la población civil". Art. 13, 2. *Protocolo II adicional*.

280 Art. 8, *Protocolo II adicional*.

281 MINISTERIO DE SALUD: *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas*. Bogotá, 1994.

Aunque la investigación citada no abordó el tema de la vulnerabilidad, en términos de salud mental, del personal sanitario, es claro que muchas de las infracciones registradas la aumentaron. Otro aspecto del problema es el relacionado con el impacto del conflicto armado en la salud mental de la población en general, un cofactor incidente en las estadísticas de salud presentadas más arriba.

La imparcialidad del sector salud

En el Primer Convenio de Ginebra de 1864, se utilizó el término "neutralizar" para definir la acción que debía emprenderse para garantizar el buen desempeño del personal de salud. En la actualidad ya no se usa el término de neutralidad de los servicios sanitarios como tales, pero el efecto sigue siendo el mismo. En las normas de 1949 no hay ninguna mención del término neutralidad, pero sí del concepto; por lo tanto, mal podría restringirse la protección de la Misión Médica basándose en que esta neutralidad no ha sido declarada o utilizando la noción de "neutralidad activa", figura no registrada en el derecho internacional humanitario.

Las normas colombianas son categóricas en cuanto a que el personal de salud no tiene ningún tipo de restricción para ejercer sus derechos civiles y políticos, como, por ejemplo el derecho a tener opciones políticas y a manifestarlas.

La figura de la "neutralidad activa" propuesta por algunos es menos protectora que el concepto de "población civil"; en efecto, para el personal sanitario la "neutralidad activa" implica cierta toma de postura que descalifica a todas las partes armadas del conflicto, mientras que la simple condición de civil, le permite a dicho personal ejercer sus derechos civiles y políticos, sin tener que renunciar a la correspondiente protección (en su calidad de población civil que no participa directamente en las hostilidades).

La falta de neutralidad activa o simplemente la falta de neutralidad no implican necesariamente la participación directa en las hostilidades, en cuyo caso el personal sanitario pierde toda la protección. Esta participación, que se ha presentado sólo de manera aislada es, en todo caso, altamente preocupante por la desconfianza generalizada que produce hacia todo el personal sanitario.

Cumplimiento de los deberes sanitarios

Los deberes sanitarios están consagrados, por correlación, en los derechos constitucionales a la vida y la salud de las personas, en el Protocolo II adicional, que establece el deber de atender a heridos y a enfermos; en la ley de ética médica; y en todos los principios éticos y humanitarios que se refiere a la prestación de servicios de salud. Desafortunadamente, estas responsabilidades no pueden ser cumplidas a cabalidad debido a las condiciones del conflicto armado: retenes, zonas de combate, miedo de la población civil necesitada de asistencia médica para moverse en zonas de conflicto, y falta de médicos dispuestos a ir a zonas de conflicto armado.

Es importante también que los ataques contra la Misión Médica no se sigan entendiendo como un problema individual que sólo compromete a la persona afectada, sino como un problema colectivo de todo el gremio. De igual manera, debe procurarse que la población civil tome conciencia de la importancia de la protección del personal sanitario, ya que ella puede contribuir a presionar a los actores armados para que respeten las labores sanitarias.

Independientemente de las acciones penales a que haya lugar cuando se irrespeta al personal de salud, para que éste cumpla con sus deberes, es necesario:

-Que se desarrolle una ética apropiada para el personal sanitario que reconozca, aún en medio de la guerra, el impacto del conflicto armado en la salud de la población y los deberes del personal sanitario en este contexto particular.

-Que el personal sanitario cumpla con el principio de imparcialidad en la oferta y prestación de los servicios de salud.

-Que el personal sanitario cumpla con el deber constitucional de solidaridad social, en cuanto ciudadano, y en cuanto profesionales de salud que realizan tareas en beneficio de la salud y de la vida de las demás personas.

-Que el personal sanitario guarde el secreto profesional respecto de todo aquello que sea de su conocimiento por el desarrollo de sus actividades humanitarias.

-Que todas las personas propendan por la garantía del derecho a la salud tanto de la población civil como de las personas que hayan quedado fuera de combate por cualquier causa.

-Que el personal sanitario brinde siempre, en el desarrollo de las acciones sanitarias, el trato humano debido a cada una de las personas beneficiarias de dichas actividades. No hay que olvidar que el maltrato a los pacientes causa, entre otras cosas, descrédito de la Misión Médica y genera desprotección.

Autoría

Siendo el Comité Internacional de la Cruz Roja, una organización que se guía, entre otras cosas, por el principio de neutralidad, mal podría hacer públicas las estadísticas sobre los infractores o potenciales infractores de los derechos de la Misión Médica. Sin

embargo, es posible hacer algunas consideraciones para contribuir a entender la complejidad del fenómeno.

Existe, en algunos casos, dificultad para precisar quién es el infractor o potencial infractor, debido a que algunos atentados contra la Misión Médica realizados por actores armados se atribuyan a la delincuencia común y viceversa.

Resulta claramente inexacto, para efectos de la evaluación del problema, calificar como “ajuste de cuentas”, “venganzas personales” o “casos aislados” hechos de clara asociación con el conflicto armado.

Otra fuente de inexactitud resulta del hecho de que en las informaciones iniciales de cada caso, dada cierta parcialidad de los medios de comunicación o de las fuentes primarias, se adjudican a uno u otro de los bandos en conflicto la autoría de infracciones, autoría que a veces difícilmente puede ratificarse o desmentirse.

Respecto de la muerte en medio de los combates de personas bajo protección o de trabajadores de la salud, el autor puede ser impreciso, sin que por ello sea desconocido. Es decir, que dentro del universo de los desconocidos incluimos también aquellos casos en los que únicamente se pudo constatar que el autor fue una de las partes del conflicto, aunque no se haya confirmado de qué parte se trataba.

No es cierto, como que sostienen algunos, que los ataques sean responsabilidad de sólo algunos de los actores del conflicto, ni que cierto tipo de infracciones sea exclusivo de determinado grupo. En todo caso, la responsabilidad de cualquiera de las partes, aunque sea en uno solo de estos casos, deberá generar al interior de la parte en cuestión la autocrítica correspondiente. El lema de la campaña del CICR: "atentar contra la Misión Médica es atentar contra la salud de

un pueblo" pretende crear esta conciencia en todas las partes en el conflicto.

Una última consideración con relación a la autoría es que muchas veces aunque la fuente tenga algún indicio o certeza al respecto, prefiere callarlo (no se sabe y/o no contesta) porque considera que suministrar ese dato lo convierte en acusador de una de las partes del conflicto armado, y por lo tanto víctima potencial de retaliación, decisión comprensible desde la lógica del silencio que impera en el conflicto armado.

Sea como fuere, tener certeza o un indicio razonable sobre quiénes son los responsables de un determinado porcentaje de los casos de violación resulta de gran utilidad, porque evidencia que se podría efectivamente precisar la responsabilidad de los diferentes actores armados, exigir la reparación a que haya lugar y, además, y evaluar el real compromiso con el cumplimiento de las normas del derecho internacional humanitario.

Ausencia y/o deficiencia de Misión Médica al interior de los actores armados

La ausencia en la Misión Médica al interior de todos los actores armados, o su precaria existencia, es una de las causas que explican los ataques en contra de la Misión Médica. Acciones de los actores armados como la retención de personal de salud para que desarrolle labores en zonas rurales, la usurpación de recursos o la presión para forzar a dicho personal a prestar atención en condiciones inadecuadas, son el resultado de la inexistencia de una sólida y autosuficiente organización en salud en el seno de los grupos que toman parte en las hostilidades.

Tipo de infracción	N. de casos
Retener personas para que presten servicios humanitarios	59
Usurpar medicamentos y equipos	17
Forzar a que se preste la atención en condiciones inadecuadas	7
Total	83

Estos casos constituyen el 18 por ciento de todos los ataques a la Misión Médica de los que se han informado durante la investigación.

Contar con los servicios de la Misión Médica no es sólo un derecho de las partes en conflicto sino también un deber. De su organización depende la supervivencia de los mismos combatientes, el cumplimiento de los deberes que éstos tienen para con los heridos y los enfermos y, como ha quedado demostrado, el respeto por la Misión Médica en general.

D. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10. CONCLUSIONES

Desde 1864, existe un conjunto de reglas de derecho internacional público, cuyo objetivo es la regulación de los conflictos armados internacionales y no internacionales y la protección a las personas que no participan en las hostilidades, normas conocidas como derecho internacional humanitario. En 1949, estas normas adquirieron un desarrollo importante con la aprobación de los cuatro Convenios de Ginebra, y posteriormente, en 1977, con la puesta en vigor de los dos Protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra, que complementan dichos Convenios.

En la evolución de estas normas y de estos principios, la preocupación por brindar protección al personal médico que acompañaba a los ejércitos ha ocupado siempre un primer plano; desde hace cientos de años, se han invocado principios humanitarios para proteger a quienes auxilian a los heridos y a los enfermos que producen las guerras, sin importar a qué bando pertenecen y se ha pedido, además, que las tropas respeten la imparcialidad de este personal y lo apoyen en la prestación de sus labores sanitarias.

El derecho internacional humanitario es un derecho de excepción, un derecho de emergencia, que interviene cuando se produce una ruptura en la dinámica social, ruptura que se conoce con el nombre de "conflicto armado". Colombia ha incluido el DIH entre sus normas constitucionales, convirtiendo en Ley de la República los Cuatro Convenios de Ginebra y sus dos Protocolos adicionales.

En situaciones de conflicto armado interno, como el que afecta a Colombia, se aplican dos instrumentos: a) el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 1949, y b) el Protocolo II de 1977,

adicional a los Convenios, Protocolo que amplía y desarrolla el artículo 3 común. Ambos instrumentos son de interpretación integral y se complementan con la filosofía contenida en las demás normas del DIH.

Este conjunto de normas, incorporadas en la Constitución Política de 1991, tiene, *per se*, un peso jurídico ineludible para el Estado en sus relaciones con la comunidad internacional. De igual manera, "no se puede ignorar la autoridad jurídica de los Protocolos, sin hablar de su indiscutible autoridad moral y política"²⁸². Los postulados éticos de humanidad, asistencia a heridos y a enfermos, prohibición de la perfidia, etc., son complementarios de los principios jurídicos y acordes con ellos.

El Derecho Internacional Humanitario tiene unos principios básicos que, aunque nacieron como principios reguladores de conflictos armados internacionales, son igualmente aplicables a los conflictos armados internos. Estos principios son:

- a) la limitación al uso de la fuerza,
- b) la distinción entre combatientes y no combatientes (es decir, entre quienes participan de las hostilidades y quienes no lo hacen), y
- c) la necesidad de proteger la asistencia humanitaria (recoger y asistir a heridos y a enfermos).

La aplicación de estos principios presupone que la guerra tiene fines últimos por encima de la guerra misma (guerra programática²⁸³) lo que permitiría aceptar la limitación a las hostilidades incluso como

282 NAHLIK, Stanislaw: "Compendio de derecho internacional humanitario." En: *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*. (Ginebra, 1984), p. 14.

²⁸³ Para ahondar en las categorías de guerra programática y guerra metodológica, Véase: VALENCIA VILLA, Hernando. *La justicia de las armas. Una crítica normativa de la guerra metodológica en Colombia*. Tercer Mundo Ed. Bogotá, 1993.

beneficio de ese fin último, sea éste la justicia social, la toma del poder o un modelo de Estado cualquiera. Pero si se trata de una guerra autorreferenciada, que se valida a sí misma (guerra metodológica), entonces sería más difícil desarrollar un sentido de limitación por cuanto no hay objetivo por encima de la guerra misma.

Dentro de estos tres principios generales citados, existen ya normas específicas que determinan la protección de todos los afectados por la guerra, incluido el personal sanitario, y que redundan en beneficio de sus actividades. Por ejemplo, la prohibición y/o restricción de ciertas armas y municiones disminuye el número y la gravedad de heridos que deben ser atendidos y, por ende, la pérdida de vidas, materiales y recursos asistenciales.

En el caso colombiano, el respeto a la distinción entre quienes participan de las hostilidades y quienes no lo hacen, garantizaría la supervivencia de alrededor del 70 por ciento de las víctimas del conflicto armado. La falta de respeto de estas normas, en cambio, genera efectos negativos para todos; por ejemplo, la utilización de actos de perfidia (que, si bien no aparece prohibida de manera explícita en el Protocolo II adicional, es uno de los mecanismos más lesionadores de las funciones de salud) por parte de los actores armados, como el uso de ambulancias con fines bélicos, termina por "justificar" los ataques a la Misión y por generar desconfianza, perjudicando, en últimas, al personal sanitario, a la población civil y a los mismos combatientes que se beneficiarían de su atención.

En el DIH hay un conjunto específico de normas, incluidas en el Protocolo II y por tanto aplicables a nuestra realidad, que protegen la Misión Médica, entendiendo por ésta el conjunto de personas, bienes, instalaciones, vehículos, materiales necesarios, personas participantes y acciones propias de la prestación de servicios de salud en las situaciones de conflicto armado. El Protocolo II,

aplicable al conflicto armado interno que se vive en Colombia, establece que²⁸⁴:

1. Los heridos y los enfermos deberán ser recogidos y protegidos.
2. Estas personas deberán recibir trato humano en todas las circunstancias.
3. La única distinción aceptada entre ellos es la que derive de criterios médicos.
4. Los heridos deben gozar de la atención necesaria.
5. El personal sanitario será respetado y protegido.
6. No se obligará al personal sanitario a acciones que no sean compatibles con la misión humanitaria.
7. No se castigará al personal sanitario por realizar acciones médicas.
8. Se respetará, de acuerdo con la ley nacional, el secreto profesional.
9. Las unidades sanitarias (hospitales y centros de salud) serán respetadas y protegidas.
10. Los medios de transporte (ambulancias) serán respetados y protegidos.
11. El signo distintivo de la cruz roja será respetado en toda circunstancia y no será usado de manera indebida.

Estas disposiciones fundamentales implican que el conjunto de personas, bienes, instalaciones, medios de transporte y acciones humanitarias del personal de salud, denominado Misión Médica, debe ser respetado e incluso apoyado, para el desarrollo de sus labores, por los actores armados del conflicto.

En virtud de esta protección se prohíbe que el personal sanitario sea considerado como participante de las hostilidades, que se ataque a las unidades sanitarias (hospitales) y a los medios de transporte

²⁸⁴ Véase, especialmente el título III, “Heridos, Enfermos y Náufragos”, Arts. 7 al 12, *Protocolo II adicional*.

(ambulancias), que en la atención a heridos y a enfermos se impongan criterios diferentes a los criterios médicos, y que se usen de manera indebida los símbolos de protección del personal de salud. Estas normas que, según nuestra Constitución, deben ser aplicadas en todos los casos, son compatibles con los derechos fundamentales (también de rango constitucional), principalmente el derecho al trabajo digno y el derecho a la salud.

A manera de resumen, el personal sanitario tiene derecho a:

- la vida, la integridad física y la libertad
- el ejercicio de su profesión
- el secreto profesional
- el respeto por los criterios médicos
- no ser castigado por realizar acciones humanitarias.

Ahora bien, en la medida en que existe una correlación entre derechos y deberes, los derechos del personal de la Misión Médica enumerados arriba están complementados por los deberes siguientes:

- brindar tratamiento a heridos y a enfermos,
- prevenir las enfermedades,
- proteger a los heridos y enfermos bajo su cuidado,
- cumplir con los principios de la ética médica,
- respetar los criterios médicos,
- no discriminar desfavorablemente por razones diferentes a las de índole médica,
- brindar trato humano en toda circunstancia,
- no poner en peligro la salud de las personas bajo su cuidado.

El cumplimiento de estos deberes redundan en beneficio de la población civil, pues, de esta manera se garantizan los siguientes derechos:

- al acceso a la atención en salud (acceso a los servicios de salud)
- a la integridad de su salud mental
- a la asistencia humanitaria (libre tránsito de alimentos y otras ayudas humanitarias)
- al respeto por la confidencialidad de la información que confía a la Misión Médica.

Como resultado de la violencia que afecta al país, el sector salud debe destinar gran cantidad de recursos humanos y técnicos para atender a los afectados por dicha violencia; para entender la magnitud de estas necesidades, basta mirar la tasa de homicidios en Colombia, la más alta del mundo, las altísimas cifras relativas a delitos con lesiones personales no fatales y a la violencia intraconyugal y al maltrato infantil. Y a todo esto se agrega la violencia relacionada con la violación de las normas del DIH. Todas estas acciones violentas redundan en mayor trabajo para el personal asistencial. En efecto, el número de homicidios de civiles, desplazamientos forzados, actos de perfidia, torturas, desapariciones forzadas y ataques a bienes civiles, etc., que se registran diariamente en el territorio nacional, generan una pesada carga asistencial resultante de la atención de heridos y desplazados, las alteraciones conductuales y enfermedades mentales, la rehabilitación física, etc.

En el marco de la realización de las actividades propias de su función, el personal de la Misión Médica es víctima de múltiples infracciones cometidas contra sus derechos por los actores armados; estas infracciones van desde la amenaza velada hasta el asesinato de personas en los propios locales de las unidades

sanitarias, pasando por la privación de la libertad, el uso de vehículos con fines perversos, etc.

Por otra parte, la desprotección del personal sanitario aumenta con el hecho de que éste, en el ejercicio de sus labores humanitarias, adquiere información relacionada con las partes armadas y se ve sujeto a presiones e incluso atentados contra su vida o su integridad física, en razón de su defensa del secreto profesional. Las labores asistenciales no pueden prestarse sin **conocer** información indispensable como el tipo de lesión, el tiempo que lleva ésta, la ubicación del herido, la necesidad de un nuevo control, etc. Ese conocimiento crea para la Misión Médica una serie de problemas de hecho (amenazas por haber divulgado información o por haber dejado de hacerlo), y de derecho (acusación de haber cometido supuestos delitos y contravenciones); estos problemas muestran la urgente necesidad de contar con una ley sobre secreto profesional inspirada en el derecho internacional humanitario y en las realidades del conflicto armado.

Dentro de la repuesta reciente del sector salud a esta problemática han surgido discusiones aún sin resolver, que van desde lo conceptual y lo jurídico hasta lo eminentemente operativo:

- a) Si Dado que, a nombre de lo humanitario, cosificamos a la persona, reduciéndola, como en la atención de desastres, a la dimensión de simple receptor de un mercado o una cobija, entonces habría que definir el espacio real de “lo humanitario”. Si “el humanitarismo se ocupa solícitamente de un hombre reducido a lo biológico”²⁸⁵, entonces “la acción humanitaria sustituyó al compromiso político del intelectual”²⁸⁶. Es evidente

285 REDEJER, Robert: “El humanitarismo ante el futuro” *Revista Viejo Topo*, núm. 98, (Madrid, 1996), p. 55.

286 *Op. cit.*, p. 57.

que la imparcialidad en la oferta de servicios de salud no puede - ni debe- negar una postura política aun en lo humanitario. Así pues, es nocivo un activismo asistencialista que sólo busca dar cuenta de un mínimo vital básico biológico (ropa, comida, etc.) para garantizar la supervivencia de las víctimas de la guerra, y deja de lado otros problemas reales del mundo de lo humanitario.

- b) La confusión entre las nociones de desastre y conflicto armado no resulta sólo de la atención de contingencias agravadas por la presencia de combatientes; son dos fenómenos totalmente diferentes que requieren unos modelos de pensamiento, una organización y unos procedimientos diferentes; la confusión resulta más bien de una postura cómoda e irresponsable en la que se busca atender dos fenómenos distintos basándose en una misma óptica.
- c) Es claro que el personal de salud en general sólo debe ser protegido como tal mientras sea consecuente con su labor de auxiliar a heridos y a enfermos. Si el médico no sirve a estos fines, o sirve más bien a fines propios de las hostilidades o si participa en crímenes de guerra o en delitos de lesa humanidad, no puede invocar la protección del DIH, escudándose en su condición de personal de salud.

11. RECOMENDACIONES

Con el panorama presentado, las alternativas de contribución al aumento de la protección de la Misión Médica son muchas, desde actividades de difusión en el campo de las normas del DIH a diferentes públicos hasta desarrollos legislativos. Existen dos grandes posibilidades, que por tanto ameritan una reflexión más profunda: a) una ley de protección a la Misión Médica y b) la inclusión explícita de los derechos de la Misión Médica en los

acuerdos de humanización del conflicto armado. Un inventario de líneas de trabajo incluiría el desarrollo de múltiples estrategias que involucren tanto a la población civil como a los actores armados; proponemos las siguientes:

- a) Difundir las normas del derecho internacional humanitario, en especial las reglas que guardan relación directa con la Misión Médica, a las autoridades sanitarias nacionales y locales, al personal sanitario civil (médicos rurales, promotoras de salud, auxiliares de enfermería, etc.), a las autoridades judiciales, al personal sanitario militar y a los actores armados.
- b) Contribuir al mejoramiento de la capacitación del personal sanitario, mediante la formación de su personal en aspectos relacionados con el trauma y la salud pública, en zonas de mayor complejidad como las afectadas por el conflicto armado, mejorando así la calidad de oferta de servicios de salud en tales situaciones.
- c) Diseñar bancos de datos o informaciones estadísticas que permitan cuantificar la cantidad de infracciones en contra de la Misión Médica, hacerles el seguimiento debido y presentar esta información ante todos los actores armados para materializar así su compromiso con las normas del derecho internacional humanitario.
- d) Desarrollar espacios interinstitucionales que permitan la materialización de programas y la realización de acciones tendientes a la protección de la Misión Médica. Estos espacios deben incluir, en particular, al Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo Delegada para la Salud, la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-, los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas, las Facultades de Ciencias de la Salud,

el servicio de Medicina Legal, la Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas -ANTHOC-, y la Asociación Sindical Médica de Colombia –ASMEDAS-.

- e) Desarrollar un Plan Nacional de Señalización de los hospitales y medios de transporte de las zonas de conflicto armado y desarrollar un Programa Nacional de Carnetización del personal de salud de acuerdo con el anexo I del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra.
- f) Organizar y poner en marcha políticas laborales de protección al personal de salud en zonas de conflicto armado, labor que corresponde a las autoridades nacionales en salud. Por ejemplo, definir los alcances del secreto profesional, penalizar de forma específica las infracciones al DIH en lo concerniente al personal sanitario, garantizar los traslados y la estabilidad laboral en casos de amenazas, etc.
- g) Difundir los decretos reglamentarios del Sistema General de Seguridad Social de Salud, relacionados con la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, y con las normas sobre atención de personas desplazadas.
- h) Impartir una adecuada formación en derechos humanos²⁸⁷ destinada al personal de salud e implementar la aplicación de estos derechos en la prestación de servicios de salud, como una forma de contribuir a la paz.
- i) Educar a las asociaciones de usuarios y a los Comités de Participación Comunitaria de los hospitales y clínicas en lo relativo a la reglamentación existente para la prestación de

287 Son deberes de la persona y del ciudadano: [...] "Defender y difundir los derechos humanos como fundamento de la convivencia pacífica", art. 95, numeral 4. *Constitución Política de Colombia*.

servicios de urgencias, así como sobre participación social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sobre las normas del derecho internacional humanitario que protegen su derecho a la salud y la integridad de la Misión Médica.

- j) Fortalecer la Red Nacional de Urgencias y revisar las dificultades reales de transporte de las víctimas del conflicto armado interno, tanto por la acción de los actores armados como por las dificultades de los sistemas de referencia y contrarreferencia, así como por los criterios médicos para priorizar traslados (necesidad de cursos sobre clasificación de heridos en masa y capacitación en planes de emergencia) y garantizar la atención prehospitalaria.
- k) Incorporar en el Código Penal Militar y en el Código Penal ordinario, la protección a heridos y enfermos, la protección a la Misión Médica y al secreto profesional, tipificando en dichos códigos las infracciones en contra del personal sanitario, así como contra sus bienes, vehículos, instalaciones y acciones.
- l) Incorporar dentro de los Planes Integrales de Seguridad Hospitalaria²⁸⁸ las medidas correspondientes para proteger a las unidades sanitarias en situación de conflicto armado interno, medidas que pueden incluir, entre otras, planes de evacuación y organización de sistemas de alarma.
- m) Contar con una ley de protección a la Misión Médica que regule el ejercicio laboral del personal sanitario en las circunstancias del conflicto armado, protegiendo sus servicios humanitarios, reglamentando y ampliando el marco del secreto profesional, estableciendo un régimen especial de beneficios para el personal

288 Art. 23, *Decreto 1876 de 1994*. Reglamentario de las Empresas Sociales del Estado.

víctima de ataques o amenazas, que incluya cobertura de gastos médico-quirúrgicos y traslados.

11.1. PROYECTO DE LEY SOBRE PROTECCIÓN DE LA MISIÓN MÉDICA

A pesar de la cantidad de normas previamente citadas, se hace necesario incluir precisiones en algunas de ellas, precisar su marco interpretativo, desarrollarlas o complementarlas, de tal manera que el personal de salud cuente con un marco legal más protector. Esa nueva reglamentación debe contener mecanismos de verificación del respeto debido, así como mecanismos de reclamación y control frente a las infracciones cometidas contra la Misión Médica.

Para efectos de la protección del personal sanitario, de las víctimas y de los servicios de salud, y teniendo como base las normas ya existentes (que se citan entre paréntesis) proponemos a continuación, en cuatro unidades temáticas, algunas medidas de protección que ameritan desarrollo legal:

11.1.1. Personal sanitario

- a) El personal de salud que presta sus servicios en situaciones relacionadas con el conflicto armado interno deberá gozar de todas los principios fundamentales relacionados con el derecho al trabajo digno (artículo 53 de la Constitución Política de Colombia).
- b) En todos los casos de prestación de servicios humanitarios y de salud, primarán como criterio de atención los criterios médicos, respaldados en decisiones científicas y que, en ningún caso, podrán ser contrarios a la ética médica. "El médico [o cualquier miembro del personal sanitario, agregaríamos nosotros]) se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan

los intereses de la ciencia y los derechos de las personas" (Ley 23 de 1981).

- c) El secreto profesional, tal como está contemplado en la presente ley (artículo 37 de la Ley 23 de 1981) cubre a todo el personal sanitario (entendiendo como tal el definido en el artículo 8 del Protocolo I de 1977).
- d) El cumplimiento del deber de dar aviso de ingreso de un lesionado (artículo 336 del Código de Procedimiento Penal: "Se dará aviso inmediatamente a la autoridad respectiva") es difícil y dificulta aun más las labores de la justicia). Así pues, deberá modificarse dicho artículo y reemplazarse por "Quien reciba o dé ingreso a un paciente lesionado dará aviso por solicitud de la autoridad judicial competente".
- e) "El médico [o cualquier miembro del personal sanitario, agregariamos nosotros] no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes" (Ley 23 de 1981).
- f) El personal de salud que cumple funciones en zonas o situaciones relacionadas con el conflicto armado tendrá una calificación mayor en las categorías en el Sistema General de Riesgos Profesionales (Decreto-ley 1295 de 1994).
- g) A través de la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, se deberán cubrir los gastos médico quirúrgicos, de rehabilitación, cirugía, de transporte y funerarios, del personal de salud que sea afectado por acciones o hechos relacionados con el conflicto armado interno.

- h) El personal de salud que sea víctima de amenazas o de riesgo inminente que ponga en peligro su salud o su vida, deberá ser trasladado a zonas de menor riesgo. En ese sentido, los Servicios Seccionales de Salud tomarán las medidas respectivas para garantizar dichos traslados.
- i) Las facultades de medicina, enfermería, nutrición, odontología y otras áreas de la salud incluirán en sus programas de formación las normas del derecho internacional humanitario, de la ética de los profesionales de la salud y de los derechos de los pacientes. De igual manera, los Servicios Seccionales de Salud incluirán en la semana de inducción de los profesionales de la salud que inician el año de servicio social obligatorio (año rural) una formación en los derechos y deberes que tienen en medio del conflicto armado.

11.1.2. Protección a las víctimas del conflicto armado

Sin detrimento alguno de la extensa legislación existente sobre protección a las víctimas del conflicto armado y de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), presentamos algunas propuestas puntuales que complementarían la normatividad ya existente:

- a) Las labores humanitarias prestadas por personal sanitario y que beneficien a las víctimas del conflicto armado interno serán entendidas siempre bajo los principios de buena fe y de presunción de inocencia, y como cumplimiento del principio de solidaridad social -artículo 95, numeral 2, Constitución Política de Colombia.
- b) Para el cumplimiento de la protección debida de las personas víctimas del conflicto armado, los Servicios Seccionales de Salud fortalecerán los centros reguladores de urgencias y los

programas de capacitación y desarrollo de labores de atención prehospitalaria.

- c) Bajo ningún pretexto se puede impedir o restringir el libre tránsito de alimentos, ayudas humanitarias y medicamentos, así como de servicios de salud destinados, todos ellos, a cumplir labores humanitarias relacionadas con el conflicto armado (artículo 10, Decreto 860 de 1998).
- d) Los medicamentos para el tratamiento de ciertas patologías sometidos actualmente a notificación obligatoria y control del Ministerio de Salud o de los Servicios Seccionales de Salud, deberán ser liberados de tal manera que no se vea afectado el derecho a la salud de las personas.
- e) Sin perjuicio de las disposiciones judiciales al respecto, se deben recoger los cadáveres e impedir que sean expuestos (artículo 8 del Protocolo II de 1977). La exposición de cadáveres puede tener efectos directos en la salud mental de las personas y, por lo tanto, deben impedirse este tipo de prácticas.

11.1.3. Servicios de Salud

- a) Las unidades sanitarias, hospitales, clínicas, centros y puestos de salud, bancos de sangre, laboratorios clínicos, sitios de depósito de materiales médico quirúrgicos, etc., serán respetados y protegidos; convertirlos en objetivos militares constituye una grave violación al derecho internacional humanitario.
- b) Las historias clínicas, informes de exámenes de laboratorio, registros de pacientes, información del Sistema de Selección de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN), y cualquier otro tipo de documento y de información conocida por las instituciones de salud con relación a la prestación de sus servicios de salud

tendrán carácter de documento reservado y, por lo tanto, su revelación sin orden judicial previa y expedida por la autoridad judicial competente será incompatible con el artículo 154 del Código Penal; toda persona que lo viole, sea o no personal del servicio público, recibirá la sanción correspondiente.

- c) La historia clínica es un documento privado y reservado, de propiedad del paciente (como lo establece la Ley 23 de 1981) al que sólo podrá accederse bajo orden judicial de autoridad competente para fines específicos que así lo ameriten, garantizando el derecho a la intimidad (art. 15, Constitución Política).
- d) Las instalaciones de salud tendrán, para su protección, los servicios de vigilancia que haya decidido la dirección de la institución de salud, pero queda prohibida la presencia, tanto temporal como permanente, de personas que porten armas largas dentro de las instalaciones de salud, cumplan éstas labores administrativas, asistenciales, de diagnóstico o de almacenamiento de equipos o materiales médico quirúrgicos.
- e) En los servicios de urgencias, para preservar de los graves riesgos derivados de la presencia de personas heridas, enfermas, con alteraciones conductuales y/o sometidas a condiciones de gran presión psicológica, se prohíbe el porte de todo tipo de armas.
- f) Las instalaciones de salud deberán, en toda circunstancia, ser diferenciadas y alejadas de las instalaciones militares, de acuerdo con el numeral 4 del artículo 12 del Protocolo I de 1977.
- g) Las ambulancias y todos los medios de transporte dedicados a prestar servicios de salud, apoyar el transporte de heridos, enfermos, personal de salud, material médico quirúrgico, etc.,

deberán ser respetados y protegidos. En ningún caso podrán destinarse tales vehículos para labores no relacionadas con la prestación de servicios de salud.

- h) En el caso de la atención en salud a personas víctimas del desplazamiento forzado, los Servicios Seccionales de Salud desarrollarán sistemas de registro de identificación que no vulneren el derecho a la intimidad ni pongan en peligro la vida o la salud de las personas desplazadas.

11.1.4. Señalización

- a) Todo el personal sanitario que cumpla funciones humanitarias en situaciones relacionadas con el conflicto armado interno deberá estar identificado con una tarjeta de identidad diseñada de conformidad con el Anexo I del Protocolo I de 1977. Los Servicios Seccionales de Salud desarrollarán, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud, un Plan Nacional de Carnetización.
- b) Los Servicios Seccionales de Salud desarrollarán, así mismo, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud un Plan Nacional de Señalización de hospitales, clínicas, centros y puestos de salud, y todo tipo de instalaciones que participan en la prestación de servicios de salud, en zonas de conflicto armado.
- c) Las ambulancias, que deben estar correctamente señalizadas, no deben hacer parte de convoyes militares ni contar con acompañamiento armado.

11.2. INCLUSIÓN EN ACUERDOS HUMANITARIOS DE LA PROTECCION DE LA MISIÓN MÉDICA

La necesidad de aplicar el derecho internacional humanitario no es un simple asunto de argumentación académica ni un culto a la técnica jurídica; en efecto, sólo mediante una aplicación estricta en términos técnicos se puede lograr una protección inequívoca no relativizable. En este sentido, todos los actores armados han reconocido la vigencia y aplicabilidad del derecho internacional humanitario²⁸⁹. Valga decir que los acuerdos que hacen las partes del conflicto²⁹⁰ no pueden, en ninguna circunstancia, vulnerar los derechos ya contenidos en las normas del derecho internacional humanitario²⁹¹.

A este respecto, la propuesta de contemplar en acuerdos, de manera explícita, la protección de la Misión Médica, sería una contribución para la humanización del conflicto, el respeto por el derecho a la salud de la población civil, la protección de las personas y bienes sanitarios, e incluso la asistencia a combatientes heridos y enfermos.

Una de las posibilidades que ofrece el artículo 3 común es la de “poner en vigor, mediante acuerdos especiales, la totalidad o parte de las otras disposiciones”²⁹² presentes en los cuatro Convenios de Ginebra, de desarrollarlas o de ampliarlas. Por lo tanto, los acuerdos tendientes a proteger los servicios humanitarios, estarían dentro del DIH y, como veremos enseguida, dentro de las posibilidades contempladas por la ley.

²⁸⁹ Véase: COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA, COMISIÓN NACIONAL DE CONCILIACIÓN Y REVISTA CAMBIO 16 COLOMBIA. *La paz sobre la Mesa* (separata). Bogotá, 1998.

²⁹⁰ BOTERO, Reinaldo: “Acuerdos Humanitarios”. En: *Conversaciones de paz. Frente al horror: Acuerdos Humanitarios*. Mandato ciudadano por la paz, la vida y la libertad. Bogotá, 1998, p. 84.

²⁹¹ *Op. Cit.*, pp. 89-91

²⁹² Según el artículo 3 común a los 4 Convenios de Ginebra, las partes pueden poner en vigor mediante acuerdos todas las normas del DIH siempre y cuando éstos no afecten el estatuto jurídico de las partes ni contengan elementos contrarios a la no intervención invocada por el Artículo 3 del Protocolo II adicional.

La Ley 418 de 1997²⁹³ abre la posibilidad de “adelantar diálogos, negociaciones y firmar acuerdos con los voceros o miembros representantes de las Organizaciones Armadas al margen de la ley a las cuales el Gobierno Nacional les reconozca el carácter político, dirigidos a obtener soluciones al conflicto armado”²⁹⁴. Un acuerdo en este sentido podría contemplar los siguientes aspectos:

- a) Consideraciones generales sobre la vigencia del derecho internacional humanitario y su aplicación en el conflicto armado interno.
- b) Compromiso de las partes de respetar el derecho internacional humanitario
- c) Consideraciones sobre el régimen de protección de la Misión Médica
- d) Compromiso de protección a la Misión Médica:

A este respecto, el acuerdo debería contemplar puntos referentes a:

- Búsqueda y evacuación de heridos y de enfermos después de los combates.
- Respeto a la vida y dignidad de los heridos y enfermos de la parte contraria.
- Atención médica a capturados y/o retenidos con ocasión del conflicto.
- Aceptación del carácter inalienable de los derechos de la Misión Médica.
- Respeto a la integridad física del personal sanitario
- Respeto a las unidades sanitarias
- Respeto a los medios de transporte sanitarios.
- Respeto a las acciones humanitarias de la Misión Médica.

²⁹³ Ley 418 de 1997. “Por la cual se consagran unos instrumentos para la búsqueda de la convivencia, la eficacia de la justicia y se dictan otras disposiciones”

²⁹⁴ Art. 8, Ley 418 de 1997.

- Respeto al secreto profesional.
 - Respeto al emblema de la cruz roja y a otras señales de identificación de la Misión Médica.
 - Libre tránsito de medicamentos, alimentos y otras ayudas humanitarias.
 - Prohibición de establecer sedes militares o campamentos militares cerca de unidades sanitarias.
 - Aceptación de que estas normas no implican cambios en el estatuto jurídico de las partes.
- e) Mecanismo de veeduría: instituciones veedoras, formas de observancia del cumplimiento de los acuerdos.
- f) Publicación del acuerdo humanitario conseguido. La publicación del eventual acuerdo humanitario representaría una posición pública de los actores armados y, por lo tanto, su infracción constituiría una falta contra el DIH, contra el acuerdo mismo y contra la opinión pública.

En este sentido, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Comisión Nacional de Conciliación, la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales y el Instituto de Derechos Humanos “Alfredo Vásquez Carrizosa” de la Pontificia Universidad Javeriana, presentaron a la sociedad colombiana y, en especial, a las partes del conflicto armado, un proyecto de acuerdo humanitario²⁹⁵. En éste se incluyen consideraciones relacionadas con el libre tránsito de personal sanitario y de ayudas humanitarias, la identificación mediante el símbolo de la cruz roja sobre fondo blanco del personal sanitario, el respeto por hospitales y medios de

²⁹⁵ COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA, LA COMISIÓN NACIONAL DE CONCILIACIÓN, LA FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES Y EL INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS “ALFREDO VÁSQUEZ CARRIZOSA” DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA: “Proyecto de Acuerdo de Humanización del Conflicto Armado en Colombia”. En: *Conversaciones de paz. Frente al horror: Acuerdos Humanitarios*. Mandato ciudadano por la paz, la vida y la libertad. Bogotá, 1998, pp. 27-36.

transporte sanitarios, y el compromiso de abstenerse de actos de perfidia.

La aceptación de la necesidad de contar con normas de protección de la Misión Médica en las situaciones de conflicto armado y con acuerdos humanitarios que garanticen el principio de asistencia humanitaria no es, en modo alguno, la resignación a la guerra como única forma de resolver los problemas entre las personas. Se trata, más bien, de la aceptación de la guerra como una realidad palpable en el territorio colombiano, guerra en la que el ejercicio del derecho a la salud es cada vez menos posible por la dinámica misma del conflicto armado, lo que afecta no sólo a la población civil en general y al personal sanitario en particular, sino también a las propias personas integrantes de las partes del conflicto que, por herida o enfermedad, son colocadas fuera de combate.

Por último, cabe ver en las violaciones contra los derechos de la Misión Médica un termómetro de la barbarie del conflicto colombiano, porque si los que hacen la guerra atentan contra aquellos que pueden curarlos, ¿de qué más serán capaces?

BIBLIOGRAFÍA

AMNISTÍA INTERNACIONAL. *Crónicas del Terror y de la Dignidad. Informe 1997*, EDAI, Madrid.

AMNISTÍA INTERNACIONAL: *Violencia Política en Colombia: Mito y Realidad*. Madrid, 1994.

BOTERO, Reinaldo: “Acuerdos Humanitarios”. En: *Conversaciones de paz. Frente al horror: Acuerdos Humanitarios*. Mandato ciudadano por la paz, la vida y la libertad. Bogotá, 1998, pp. 84-93.

BOUVIER, Antoine; “El uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja: casos especiales”. *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*, Ginebra, 1989.

BUGNION, François: *El emblema de la Cruz Roja. Reseña Histórica*. Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, Ginebra, 1997

CARRILLO, Arturo: “Apuntes sobre el secuestro y el Derecho Internacional Humanitario en el conflicto armado colombiano”. *Su Defensor*, núm. 43 (Bogotá, 1997), pp. 17-23.

CAUDERAY, Gérald: “Visibilidad del signo distintivo de establecimientos, formaciones y transportes sanitarios”. En: *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*, Ginebra, 1990.

CINEP y JUSTICIA Y PAZ: *Panorama de derechos humanos y violencia política en Colombia: Noche y niebla*, núm. 1 (Bogotá, 1996).

Código Civil.

Código de Procedimiento Civil.

Código de Procedimiento Penal.

Código Penal.

Código Penal Militar.

Comentarios al Reglamento sobre el uso del emblema. En: *Separata de Revista Internacional de la Cruz Roja*, Ginebra, 1992.

Constitución Política de Colombia.

Convención sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados (Ginebra, octubre de 1980).

COMISIÓN COLOMBIANA DE JURISTAS: *Colombia, Derechos Humanos y Derecho Humanitario: 1995. Serie: informes anuales.* Bogotá, 1996.

COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA, COMISIÓN NACIONAL DE CONCILIACIÓN Y REVISTA CAMBIO 16 COLOMBIA. *La Paz sobre la Mesa* (separata). Bogotá, 1998.

COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA, LA COMISIÓN NACIONAL DE CONCILIACIÓN, LA FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES Y EL INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS “ALFREDO VÁSQUEZ CARRIZOSA” DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA: “Proyecto de Acuerdo de Humanización del Conflicto Armado en Colombia”. En: *Conversaciones de paz. Frente al horror: Acuerdos Humanitarios.* Mandato ciudadano por la paz, la vida y la libertad. Bogotá, 1998, pp. 27-36.

CORPORACIÓN AVRE. “El desplazamiento y sus consecuencias emocionales”. En: *Memorias del Foro: El desplazamiento interno en Colombia*. Chinauta, Fusagasugá: 1995.

CORTE CONSTITUCIONAL: *Sentencia T-413, 29 de septiembre de 1993*. Magistrado Ponente: Carlos Gaviria Díaz.

-----: *Sentencia T-538, 23 de septiembre de 1992*. Magistrado Ponente: Simón Rodríguez Rodríguez.

-----: *Sentencia C-225 de mayo 18 de 1995*. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.

-----: *Sentencia T-457 de julio 14 de 1992*, Magistrado Ponente: Dr. Ciro Angarita Barón.

-----: *Sentencia C-574, 22 de octubre de 1992*. Magistrado Ponente: Dr. Ciro Angarita Barón.

-----: *Sentencia No. T-499 del 21 de junio de 1992*, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

-----: *Sentencia No. T-571 de octubre de 1992*, Magistrado Ponente Dr. Jaime Snín Greiffestein.

-----: *Sentencia No. T-111 del 18 de marzo de 1993*, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández.

Declaración prohibiendo el empleo de las balas que se hinchan o aplastan fácilmente en el cuerpo humano (La Haya, 29 de julio de 1899).

Decreto 1938 de 1994, del Ministerio de Salud. Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Trabajo. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Decreto 1876 de 1994. Reglamentario de las Empresas Sociales del Estado.

Decreto número 412 de 1992. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.

Decreto 860 de 1998. Por el cual se reglamenta lo relativo a la protección y el uso que debe darse al nombre y el emblema de la cruz roja, se protegen sus actividades y se facilita la prestación de los servicios humanitarios en Colombia.

Decreto-Ley 919 de 1989. Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y se dictan otras disposiciones.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO: *Lo que usted debe saber acerca de la acción de tutela.* Santa Fe de Bogotá, 1996.

-----: *Derechos Humanos para vivir en paz. Quinto Informe del Defensor del Pueblo al Congreso.* Bogotá, 1998.

Derecho internacional relativo a la conducción de las hostilidades. Compilación de Convenios de La Haya y de algunos otros instrumentos jurídicos. Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra, 1996.

ELGUEA SOLÍS, Javier: “Las guerras de desarrollo en América Latina”, *Nueva Sociedad*, núm. 105. (Caracas, 1990), pp. 98-107.

FEDERACIÓN MÉDICA PERUANA: *El ejercicio de la profesión médica en un contexto de conflicto armado interno. Informe preliminar.* Lima, 1993.

FEDEROVISKY, S; HERZER, H; *Desastres: su Conceptualización*. Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo, Buenos Aires, 1988.

FRANCO, Saúl; OCHOA, Doris; HERNÁNDEZ, Mario: *La promoción de la Salud y la Seguridad Social*. Corporación Salud y Desarrollo, 1995.

FRANCO, Saúl: “Violencia y Salud en Colombia”. *Rev. Panam Salud Pública*, (2) 1997, pp. 93-101.

GUILLERMAND, Jean: “Contribución de los Médicos de los Ejércitos a la Génesis del Derecho Humanitario”. *Revista Internacional de la Cruz Roja*, núm. 94 (Ginebra, 1989), pp. 323-351.

ICRC, *Manual for the use of technical means of identification*, Geneva, 1990.

JUNOD, Sylvie-Stoyanka et al: *Comentario del Protocolo II del 8 de junio de 1977 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) y del artículo 3 de estos Convenios*. Comité Internacional de la Cruz Roja, y Plaza y Janés, Ed., Bogotá, 1998 (traducción: José Chocomeli L. y Mauricio Duque O)..

LEÓN CANCINO, Alfonso: “Ni medio dioses, ni proletarios”. *Revista Salud*, núm. 1. (Bogotá, 1997), pp. 40-47.

Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social.

Ley 23 de 1981, Ley de Ética Médica.

Ley 418 de 1997. "Por la cual se consagran unos instrumentos para la búsqueda de la convivencia, la eficacia de la justicia y se dictan otras disposiciones".

MADRID-MALO, Mario: *Derechos fundamentales: conózcalos, ejérzcalos, defiéndalos*. 3R Ed., Bogotá, 1997.

-----: "El Protocolo II", *Su Defensor*, núm. 14 (Bogotá, 1994), pp. 15-18.

MANGAS MARTIN, Araceli: *Conflictos Armados Internos y Derecho Internacional Humanitario*. Ed. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1992.

MINE, J: "Los Convenios de Ginebra y el Servicio de Sanidad en Campaña" *Revista Internacional de la Cruz Roja*, núm. 80 (Ginebra, 1987), pp. 187-199.

MINISTERIO DE SALUD. *La carga de la enfermedad en Colombia*. Bogotá. 1994.

----- . AUGUSTO GALÁN SARMIENTO: *Violencia: Una realidad que se esconde tras las cifras*. Bogotá: 1995.

-----: *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas*. Bogotá, 1994.

MOLINER, María: *Diccionario del uso del español*. Editorial Gredos, Madrid, 1990, tomo 2.

NAHLIK, Stanislaw: "Compendio de derecho internacional humanitario." En: *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*, Ginebra, 1984.

Noche y Niebla (varios números) 1997 y 1998.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Consejo Económico y Social. *E/CN.4 1996/ NGO /44*. abril 9 de 1.996

PEÑA JARAMILLO, Carlos Mario, y ÁLVAREZ VILLEGAS, Andrés. *Los desplazados*. Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, 1998.

PEREZ CALDERÓN, Jorge Luis: “La problemática de la salud general y salud mental en desastres”. *Serie de monografías clínicas, núm. 2*. (México: 1989), pp. 3-8.

“Principios por los que se rige el derecho a la asistencia humanitaria”. *Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja*, (Ginebra, 1993), pp. 548-555.

Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I).

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).

Protocolo sobre fragmentos no localizables (Protocolo I), Ginebra, 10 de octubre de 1980.

Protocolo sobre prohibiciones o restricciones del empleo de minas, armas trampa y otros artefactos. (Protocolo II), Ginebra, 10 de octubre de 1980.

Protocolo sobre prohibiciones o restricciones del empleo de armas incendiarias. (Protocolo III), Ginebra, 10 de octubre de 1980.

Protocolo sobre la prohibición del uso, en la guerra, de gases asfixiantes, tóxicos o similares y de medios bacteriológicos (Ginebra, 17 de junio de 1925).

REDEJER, Robert: “El humanitarismo ante el futuro” *Revista Viejo Topo*, núm. 98, (Madrid, 1996), pp. 53-62.

Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja por las sociedades nacionales, aprobado por la XX Conferencia Internacional (Viena, 1965) y revisado por el Consejo de Delegados (Budapest, 1991).

ROUSSEAU, Jean-Jacques: *El Contrato Social*. Ed. Altaya, Barcelona, 1988.

SANDOZ Yves, commentaire 1526. En: SANDOZ, Ives; SWINARSKI, Christophe; ZIMMERMANN, Bruno (Edición y coordinación): *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*. Comité International de la Croix-Rouge, Genève, 1986. (Traducción no oficial: Mauricio Duque O., traductor e intérprete del CICR, Delegación en Colombia).

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FORENSES. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES: *Reporte del comportamiento de lesiones fatales y no fatales de Colombia, 1994*. Santa Fe de Bogotá, 1995.

SWINARSKI, Christophe: *Introducción al Derecho Internacional Humanitario*. Ed. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 1984.

----- *Principales Nociones e Institutos del Derecho Internacional Humanitario*. Ed. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 1990.

VALENCIA VILLA, Hernando. *La justicia de las armas. Una crítica normativa de la guerra metodológica en Colombia.* Tercer Mundo Ed. Bogotá, 1993.

VALENCIA ZEA, Arturo: *Derecho civil, parte general y personas.* Ed. Temis, Bogotá, 1984.

XI ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL: *Regulaciones en tiempo de conflicto armado.* Estambul, 1957.