

Sector Salud, conflicto armado colombiano y Derecho Internacional Humanitario^a

Laura Alicia Laverde de Botero^b
Jorge Iván López Jaramillo^c
Alba Lucía Ochoa Idárraga^d

RESUMEN

La preparación de los estudiantes universitarios del área de la salud sobre la protección de la misión médica y sanitaria en zonas de conflicto armado, Medellín 2000, fue una investigación descriptiva y exploratoria que se realizó para identificar la opinión y experiencia que tenían en Medellín, Antioquia, los *estudiantes del último semestre de las facultades de medicina, odontología, enfermería y bacteriología* sobre el conflicto armado colombiano, sus actores, su extensión geográfica, sus efectos sobre el sector salud, los temores y las reacciones para enfrentar algunas situaciones críticas generadas durante la atención en salud a la población en las zonas de conflicto. *Además, se indagó acerca de la información que tenían sobre los deberes y derechos de la misión médica, derecho Internacional humanitario (DIH) y las fuentes utilizadas para obtenerla.* Para finalizar, el texto presenta algunas propuestas de la población de estudio a las universidades y servicios de atención en salud, para la capacitación de los estudiantes y de trabajadores del área.

El 92% de los estudiantes próximos a graduarse reconocieron el conflicto interno que vive Colombia, el 50% tenía información sobre la protección que otorgan las normas del DIH, el 98% recibió información del conflicto a través de la televisión, y el 36% como tema dentro de un curso académico; el 98% reconoce las amenazas contra la vida como el principal efecto del conflicto en el sector salud y el 91% no sabe cómo reaccionar ante las situaciones de peligro que genera el conflicto. El 75% siente temor o miedo a desplazarse y el 89% no ha recibido preparación en la universidad sobre el ejercicio profesional en zonas de conflicto.

Los resultados del estudio servirán a las instituciones responsables de la formación del recurso humano en salud y a los directores de las instituciones prestadoras de servicios de salud para incluir en los programas de capacitación y de formación profesional las temáticas en DIH, misión médica humanitaria y regulación de conflictos.

Palabras clave: *conflicto armado, Colombia, Derecho Internacional Humanitario, misión médica.*

JUSTIFICACIÓN

La creciente agudización del conflicto armado colombiano, el peligro al que se enfrentan los trabajadores de la salud en medio de los actores del conflicto, las pocas investigaciones y trabajos académicos sobre el tema, y el desconocimiento sobre la preparación recibida por los estudiantes en las universidades, para el ejercicio profesional en zonas de conflicto y violencia, justificaron realizar la presente investigación.

INTRODUCCIÓN

El conflicto armado en Colombia afecta cada vez más la prestación de los servicios de salud y al personal

-
- a *Resultados de la investigación: Preparación de los estudiantes universitarios del área de la salud sobre la protección de la misión médica y sanitaria en zonas de conflicto armado. Medellín, 2000. Proyecto cofinanciado por el Centro para el Desarrollo de la Investigación de la Universidad de Antioquia—CODI—y la Universidad CES, Medellín, Colombia.*
- b *Enfermera, Magíster en Salud Pública y Epidemiología; docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: laverde@guajiros.udea.edu.co*
- c *Director CEMPAS, Universidad CES, Medellín*
- d *Magíster en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.*
-

Laverde LA. López JI. Ochoa AL. Sector Salud, conflicto armado colombiano y Derecho Internacional Humanitario. *Invest Educ Enferm* 2004; 22 (2): 62-75.

*Recibido: 25 de febrero de 2003
Aceptado: 25 de agosto de 2004*

Health system, Colombian armed conflict and humanitarian international right

Laura Alicia Laverde de Botero
Jorge Iván López Jaramillo
Alba Lucía Ochoa Idárraga

ABSTRACT

encargado de atenderlos, porque limita el acceso de la población a estos servicios e incrementa la demanda de atención por el aumento en el número de personas desplazadas y heridos del conflicto. Al personal de salud lo enfrenta a situaciones peligrosas durante su trabajo profesional como pueden ser la pérdida de la vida, la integridad física, mental y social.

Los trabajadores de la salud se encuentran en medio del conflicto por la obligación ética de atender a toda la población, actores armados y personas civiles que necesitan atención preventiva o asistencial; por esto su preparación requiere el tratamiento teórico y reflexivo sobre las manifestaciones de la violencia en los conflictos armados, las vías para la regulación pacífica de los conflictos, reconocer quiénes son los actores, las estrategias que utilizan en el conflicto, y las relaciones de simpatía (sentir con /como el otro) o de empatía (ser capaz de ver el mundo con los ojos del otro sin por ello estar de acuerdo con lo que piensa) entre los actores del conflicto. De igual forma deben conocer las normas de protección que le confiere el DIH para trabajar en medio del conflicto.

En la investigación realizada por el Comité Internacional de la Cruz Roja¹, denominada *Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano en el período 1995-1998*, se estudiaron 468 infracciones; entre otras, se encontraron las siguientes a la misión médica:

- A la vida y la integridad personal el 72.8%
- Contra la infraestructura el 13%
- Contra las acciones de la misión médica el 10.9%
- Actos de perfidia el 2.3%
- Al secreto profesional el 0.86%.

El resultado de este estudio fue uno de los antecedentes importantes para esta investigación, así como también los testimonios y las propuestas de trabajo que se encuentran escritas en las memorias del foro nacional: *El sector salud frente a la violencia en Colombia. Políticas y plan de acción*, realizado en Santa Fé de Bogotá en 1997².

This paper deals with the preparation of university students, in the health area, regarding the protection of humanitarian and health missions in zones of armed conflict. "Medellin 2000" was a descriptive and exploratory research devoted to identify the perceptions students have about the armed conflict in Colombia. Participants were asked to answer questions about their perceptions of the actors involved in the conflict, the geographical region involved, the effects of conflict in the health area, the fears they had about the conflict, and their knowledge about International Humanitarian Law. The results suggest some strategies for the education of health students and health workers in the area of international humanitarian law.

The integral conflict in Colombia was recognized by 92% of the students nearing graduation. Fifty per cent had information about protection provided by International Humanitarian Law. Ninety eight per cent received that information through tv. For thirty eight per cent of them that information was part of the curriculum. Ninety eight per cent perceives risk of life as the principal effect of the conflict in the health sector while 91% do not know who to react facing the risk situations generated by the conflict. Seventy five per cent is afraid to travel and 89% has not received university training about professional exercise in conflict zones.

The findings may motivate universities and health institutions to train their personnel in conflict resolution and rights, obligations and protection of the medical mission in internal armed conflicts.

Key words: *armed conflict, medical mission, International Humanitarian Law, Colombia*

En una de las mesas de trabajo del foro nacional se discutió sobre la formación del personal de salud frente a la violencia y se manifestó preocupación por la

descontextualización de los programas académicos para hacer frente a este problema y la falta de formación académica de profesores y estudiantes en violencia y conflicto. Por esto se propuso la inclusión de temas sobre DIH, derechos humanos y convivencia ciudadana; aspectos espirituales en la formación de los estudiantes, como son la enseñanza de valores, el amor, la igualdad, la no violencia, con el fin de interiorizar durante la formación actitudes de paz e informar a todos los profesionales de la salud y trabajadores de los servicios hospitalarios del país³ en estos aspectos.

Aunque no se conocen estudios sobre la preparación de los profesionales de la salud para trabajar en medio del conflicto, ni lo que están haciendo para sobrevivir y para protegerse, se quiso iniciar esta línea de estudio explorando, en primer lugar, cuál era la situación de los estudiantes de medicina, enfermería, odontología y bacteriología del último semestre de carrera, próximos a recibir su título e iniciar su vida profesional.

Con estos antecedentes se plantearon las siguientes preguntas:

¿Qué preparación tienen los estudiantes universitarios de las áreas de la salud, para afrontar situaciones críticas derivadas de su ejercicio profesional en zonas de conflicto?. ¿Cuál es su percepción sobre el conflicto colombiano? ¿Qué y quién les ha informado sobre las normas de protección de la misión médica y sanitaria otorgadas por el DIH?

En Colombia las manifestaciones del conflicto social y político se han expresado en todas las formas de violencia en las últimas décadas. Desde la mitad de los años cincuenta se inició la violencia política con los enfrentamientos entre los partidos liberal y conservador

REFERENTE TEÓRICO

En Colombia las manifestaciones del conflicto social y político se han expresado en todas las formas de violencia en las últimas décadas. Desde la mitad de los años cincuenta se inició la violencia política con los enfrentamientos entre los partidos liberal y conservador⁴. Este proceso se ha acelerado en las últimas cuatro décadas con movimientos guerrilleros actualmente en operación como son las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia y el Ejército de Liberación Nacional, en 1964, y el Ejército Popular de Liberación, en 1967, además del Movimiento-19 de Abril y el movimiento Quintín Lame, hoy inactivos. En la actualidad, los actores del conflicto son las fuerzas armadas del Estado, los grupos guerrilleros, los paramilitares y/o autodefensas; estos últimos aparecen a comienzos de 1980 como una opción privada de algunos sectores sociales, contra la insurgencia⁵.

La intensidad de las manifestaciones del conflicto aumenta la extensión cuantitativa y geográfica de los actores armados. Tanto guerrilleros como paramilitares están empeñados en la consolidación de amplios territorios nacionales⁶. Los enfrentamientos, los bombardeos contra la población civil, las masacres de civiles, entre otras, son prácticas demasiado reiteradas que confirman que el país vive un conflicto armado.

La violencia tiene manifestaciones similares a las de una epidemia y actualmente constituye el principal problema de salud pública en el país en términos de mortalidad, morbilidad, deterioro de la calidad de vida y enormes costos para la sociedad y el sector salud⁷. Otros efectos del conflicto sobre este sector lo constituyen las situaciones de peligro para personas, instalaciones, bienes y servicios de salud. Estas situaciones han sido denominadas por el DIH como infracciones a la misión médica y sanitaria.

Para comprender la importancia del DIH en los conflictos armados y la protección que puede o no otorgar a la misión médica, es necesario entender qué es, qué busca y cuáles son los principios que regulan su aplicación; cómo nació en el mundo y cuándo Colombia se adhiere a los convenios, para darse cabal cuenta así de su legalidad y del cuidado que se debe tener en su práctica. Cómo y cuándo puede ser un elemento de protección y control para el personal de salud (en sus deberes y derechos) y cuál es la responsabilidad de los actores armados del conflicto para así pasar del fin teórico a los hechos.

El DIH se define como el conjunto de normas de carácter nacional e internacional que se aplica a los conflictos armados internacionales y los conflictos armados de carácter interno, con el fin de proteger las personas y los bienes de las consecuencias que ellos generan. Con las normas del DIH se busca una mejor protección de las víctimas de los conflictos armados y se limitan y regulan los métodos de la guerra y las armas empleadas por los grupos contendientes⁸.

La aplicación de las normas del DIH se basa en tres principios: la limitación del uso de la fuerza expresada en dos terrenos, la limitación en el uso de ciertas armas y la prohibición de la perfidia⁹. El segundo es la distinción entre combatiente y no combatiente¹⁰; el tercero es el principio de asistencia humanitaria.

También puede decirse que el DIH son las leyes de la guerra que aplican los Estados signatarios de los convenios cuando deben enfrentar situaciones de conflicto armado, ya sea internacional (entre dos o más Estados), o interno (entre las fuerzas armadas del Estado y grupos disidentes).

Es importante aclarar que el DIH es un instrumento diferente a los Derechos Humanos. Éstos buscan garantizar a cada individuo, en todo tiempo, los derechos y libertades necesarios para asegurar su pleno desarrollo social mientras que el DIH estipula normas específicas que aplican sólo en tiempos de conflicto armado.

El DIH nace con la creación de la Cruz Roja en el año 1864¹¹. En ese mismo año, en la Primera Conferencia Internacional, en Ginebra, se acordó mejorar la suerte de los militares heridos, el respeto por las ambulancias, el personal médico y administrativo y de culto religioso, durante el desempeño de sus actuaciones, amparados por el símbolo de la Cruz Roja.

El primer convenio fue ratificado por 55 países; Colombia se adhirió el 17 de junio de 1906. El segundo convenio, donde se extendió la protección a barcos, hospitales militares, su equipo y tripulación, siempre que estuvieran destinados a misiones de socorro, lo firmó el 30 de Enero de 1907¹². La ley 5ª de 1960 convirtió en ley de la República de Colombia los cuatro convenios de Ginebra; posteriormente, en 1983, se adhirió al Protocolo I y, a través de la ley 171 de 1994, convirtió en ley el texto del Protocolo II adicional de 1977. Por lo tanto, en el conflicto interno colombiano, los heridos y enfermos deberán ser recogidos y protegidos, recibir un trato humano y gozar de la atención necesaria¹³.

El personal sanitario debe ser respetado y protegido y no se le debe obligar a realizar acciones incompatibles con la misión humanitaria. Además, no se le debe castigar por cumplir con su trabajo profesional, y se le respetará el secreto profesional. Las unidades sanitarias (hospitales y centros de salud) deben ser respetados y protegidos, al igual que los medios de transporte y el signo distintivo de la Cruz Roja, en toda circunstancia¹⁴.

También puede decirse que el DIH son las leyes de la guerra que aplican los Estados signatarios de los convenios cuando deben enfrentar situaciones de conflicto armado, ya sea internacional (entre dos o más Estados), o interno (entre las fuerzas armadas del Estado y grupos disidentes)

El personal de salud tiene deberes y derechos en la ayuda humanitaria durante la guerra¹⁵. Sus deberes están relacionados con el trato humano a los heridos, enfermos, náufragos, prisioneros de guerra y población civil. Deben abstenerse de cometer actos de hostilidad, y respetar los principios de ética profesional, prestar los servicios profesionales sin distinción ninguna de raza, credo religioso o político y no someter las personas protegidas a un acto médico contrario a la deontología. Deben identificarse en todos los casos como personal sanitario civil o militar.

En resumen, el personal sanitario tiene derecho a la vida, la integridad física y la libertad, al ejercicio de su profesión, a guardar el secreto profesional, al respeto por los criterios médicos y a no ser castigado por realizar acciones humanitarias¹⁶⁻¹⁸.

Los actores armados le deben al personal de salud respeto y protección de la vida. No deben ser sancionados, importunados ni castigados por desempeñar las funciones sanitarias de conformidad con la ética profesional. No deben ser inducidos u obligados a actuar contrariamente a estos principios, ni a facilitar información sobre los heridos o enfermos bajo su cuidado. La filosofía coincide con el espíritu que inspira el juramento hipocrático, que traduce los principios bioéticos de compromiso real con la vida, la salud y el bienestar humano.

El DIH es aplicable en Colombia para la protección de las personas que no participan directamente en las hostilidades (civiles) o que hayan dejado de participar en ellas. Cada una de las partes en conflicto tiene obligación de respetar a quienes no participen de las hostilidades, incluidos los miembros de las fuerzas armadas que hayan depuesto las armas y las personas fuera de combate por enfermedad, herida o detención; además, se exige un trato humano sin distinción alguna basada en la raza, la religión, el sexo, el nacimiento o la fortuna. Hay protección para el personal sanitario en el desempeño de sus funciones y no se le obliga a realizar tareas incompatibles con su misión humanitaria¹⁹.

Precisamente la protección del sector salud no depende de la simple resolución de las necesidades preventivo–asistenciales de la comunidad. Es primordial entender y aplicar, por parte del Estado y de los actores en conflicto, las normas relacionadas con deberes y derechos que tiene el personal sanitario en zonas de conflicto armado, lo que les permite, a la vez, ejercer el acto médico y ser capaces de responder a situaciones inherentes al conflicto armado, como el manejo de información a terceros, los trastornos de salud mental, la atención a población desplazada y las acciones de salud pública relacionadas con la prevención y el control de enfermedades.

En resumen: el reconocimiento del sector salud como un actor humanitario en el conflicto es necesario para lograr el respeto y la satisfactoria acción humanitaria. Esto requiere no sólo el deseo y la práctica; es también un asunto de preparación en el tema por parte del personal de salud y de los actores armados. En el conflicto colombiano se identifican otros grupos que utilizan armas y violencia para imponer el poder, como son las bandas o pandillas, la delincuencia nacional e internacional organizada, el paramilitarismo y las autodefensas que no están comprometidos con el respeto a las normas de protección humanitaria y que a su vez ponen en peligro la misión médica.

El Viceministerio de Salud y otros organismos del Estado han apoyado el proceso de sensibilización y difusión de las normas del DIH, haciendo énfasis en la

En resumen: el reconocimiento del sector salud como un actor humanitario en el conflicto es necesario para lograr el respeto y la satisfactoria acción humanitaria. Esto requiere no sólo el deseo y la práctica; es también un asunto de preparación en el tema por parte del personal de salud y de los actores armados

protección de la misión médica que labora entre la población de las zonas de riesgo en todo el territorio nacional, con el fin de mejorar la oportunidad de acceso a los servicios de salud.

El personal sanitario, además de conocer las normas de protección, debe ser educado en desarrollar su talento creativo para la educación para la paz, el ejercicio de la ciudadanía, el respeto universal de los derechos humanos y la justicia; así quedó expresado en la Conferencia Mundial sobre Educación Superior, realizada en París entre el 5 y el 9 de Octubre de 1998. No se puede negar que la educación constituye un instrumento para la transformación de la cultura de la violencia ²⁰.

Educación sobre DIH es educar en el concepto y percepción del conflicto, sin confundir éste con la violencia; es contribuir a la educación para la paz. Galtung dice “Educar para la paz es enseñar a la gente a encararse de manera más creativa, menos violenta, a las situaciones de conflicto y darle los medios para hacerlo. Y antes de teorizar en exceso sobre la paz, quizá valdría dedicar un poco más de tiempo a aprender y comprender nuestros propios conflictos, puesto que la paz no es otra cosa que la fase superior de los conflictos, es decir, el estadio en que los conflictos son transformados por las personas y las comunidades en forma positiva, creativa y no violenta. Para ello resulta fundamental estimular la creatividad, para buscar soluciones a los conflictos y que prevalezca la comprensión, la tolerancia y el desbloqueo de posiciones”²¹.

Otros aspectos que deben ser estudiados son las situaciones que generan peligro y las reacciones que se pueden presentar. La sensación de miedo puede ser frecuente en el personal sanitario por el ambiente y las amenazas que reciben; también se puede generar angustia por todos los hechos que se desconocen en el conflicto. Durante la atención de personas lesionadas pertenecientes a diferentes “grupos” armados, el personal de salud se puede convertir en chivo expiatorio, y con frecuencia es amenazado por los familiares de los heridos, amigos o compañeros de “grupo”, porque no son capaces de devolver la vida a sus familiares, y con el poder irracional de las armas los culpan y convierten en objeto de amenazas.

Ante situaciones descritas, como son la falta de capacitación en el tema y en las medidas de protección que confiere el DIH, el desconocimiento de las normas de seguridad, las fuentes de información que se utilizan para conocer sobre el conflicto y las noticias sobre violencia que se producen en distintos medios de comunicación, resulta lógico sentir miedo y soledad en el ejercicio de la misión médica.

El miedo podría interpretarse, como bien lo expresa Villa en su investigación *Caras y contracaras del miedo en Medellín*, como resultante no sólo de la vivencia individual sino de la expresión colectiva: “Cuando hablamos de que el miedo es una construcción social, se teme porque hay sujetos y situaciones definidas socialmente como amenazantes. El miedo hace parte de los relatos que circulan globalmente; desde este contexto se enuncian los que se consideran una nueva amenaza para la humanidad (...) y se reactualizan los viejos peligros como el hambre y la guerra (...) Los medios de comunicación, en tanto mediadores culturales, se convierten en un elemento constitutivo determinante del mundo actual en la construcción del miedo. Pero también los rumores cotidianos, las experiencias vividas, las políticas públicas, los agentes globales, los manuales de protección, entre otros, son agentes de esa construcción. Desde ámbitos muy distintos de la sociedad se señalan las fuentes del miedo, lo que se considera amenazante y peligroso y las respuestas, la forma de enfrentarlo”²².

La sensación de miedo puede ser frecuente en el personal sanitario por el ambiente y las amenazas que reciben; también se puede generar angustia por todos los hechos que se desconocen en el conflicto

El miedo del personal sanitario a trabajar en medio del conflicto es un tema que merece ser estudiado, y la universidad debe asumir esta responsabilidad desplazando la influencia de los medios de comunicación como principal fuente de información, trabajando la contracara del miedo a fin de tejer confianza para crear futuro.

Corresponde a la academia ayudar a comprender el conflicto y las situaciones generadoras de peligro, como también analizar posibles vías de resolución como la mediación, la intervención y la negociación; introducir las dimensiones humanas, difundir la justicia, la libertad y la paz como elementos fundamentales de la dignidad humana.

Así lo dijeron los científicos de la comisión española de la UNESCO, en el *Manifiesto 2000 para una Cultura de Paz y Noviolencia*: “Todos nosotros, juntos podemos transformar la cultura de la guerra y de la violencia en cultura de paz y de noviolencia. Porque esta evolución exige la participación de cada uno de nosotros y ofrece a los jóvenes y a las generaciones futuras, valores que les ayuden a forjar un mundo más justo, más solidario, más libre, digno y armonioso y con mejor prosperidad para todos. Porque la cultura de la paz hace posible el desarrollo duradero, la protección del medio ambiente y la satisfacción personal de cada ser humano”²³.

Pensar en la reconstrucción de la sociedad después del conflicto es una necesidad, porque construir la paz es más difícil que terminar la guerra, e incluso que hacerla. En la realización de esta tarea el personal de salud, como actor social, debe comprometerse. Por ello la universidad, además de preparar en normas de protección que otorga el DIH y normas de seguridad, debe fortalecer los conocimientos sobre valores sociales y humanos.

Preparar al sector salud para trabajar en medio del conflicto armado de Colombia hoy, es hacerlo para el continuo *conflicto —cese al fuego y acuerdo de paz— ayuda humanitaria-micro desarme —construcción de paz— proceso de desarrollo*.

La función educativa debe estar estrechamente ligada a los intereses de la sociedad. La universidad colombiana debe hacer al país un aporte efectivo para colaborar en el respeto de la misión médica y para superar no sólo la violencia política, sino todas las clases de violencia. La universidad, y en general todas las instituciones responsables de la formación del recurso humano en salud, deben ser la principal fuente de información de este tema para los estudiantes y egresados.

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción y la información que tienen los estudiantes del último semestre de los programas de medicina, odontología, enfermería y bacteriología de cinco universidades con sede en Medellín, sobre la forma de afrontar los peligros derivados de la práctica profesional en zonas de conflicto armado y sobre la protección de la misión médica y sanitaria, a la luz del DIH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la información que tienen los estudiantes sobre el tipo de conflicto armado, sus actores, zonas de desarrollo y efectos sobre el ciudadano colombiano y el sector salud.

La función educativa debe estar estrechamente ligada a los intereses de la sociedad. La universidad colombiana debe hacer al país un aporte efectivo para colaborar en el respeto de la misión médica y para superar no sólo la violencia política, sino todas las clases de violencia

- Identificar su información sobre el DIH.
- Reconocer las fuentes que utilizan para informarse sobre el conflicto armado colombiano y la normatividad del DIH.
- Identificar las situaciones que reconocen como generadoras de peligro para el personal de salud durante el ejercicio profesional en zonas de conflicto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal. La población de estudio estuvo compuesta por los estudiantes matriculados en el último semestre de cuatro programas y cinco universidades con sede en Medellín.

De 407 estudiantes matriculados, diligenciaron el cuestionario todos los que realizaban sus prácticas en la ciudad y los asistentes a cada una de las reuniones (evaluativas o administrativas) obligatorias convocadas por los profesores coordinadores de curso, en cada una de las facultades. Se obtuvo respuesta de 273, lo que representó el 69% del total de la población de referencia.

El instrumento, tipo cuestionario, consta de 30 preguntas (86 variables), las que se agruparon en cinco bloques temáticos: características de la población, conflicto armado colombiano, efectos del conflicto sobre el sector salud, DIH, y preparación en la temática.

Para controlar la calidad del instrumento se sometió a revisión de expertos en el tema, expertos en metodología y se realizó la prueba piloto. En cada caso se le hicieron las correcciones pertinentes.

Lectura de datos

La lectura de datos se realizó de acuerdo con los bloques temáticos del instrumento, y arrojó los siguientes resultados:

Características de la población

Proporción de participantes en cada una de las facultades con respecto al total de matriculados en cada institución: bacteriología 94%, enfermería 84%, odontología 62% y medicina 59%.

Distribución proporcional de la población de estudio: 36% medicina, 33% odontología, 20% enfermería y 11% bacteriología.

El 58% estaba inscrito en instituciones públicas y 42% en privadas; 72% del sexo femenino y 28% del masculino.

El límite inferior de edad fue de 18 años y el superior de 40. La distribución acumulada por edad mostró que el 86% tenía menos de 31 años; antes de su ingreso a la universidad el 79% de ellos vivía en Medellín y su área metropolitana.

Conocimiento sobre el conflicto armado colombiano

Se les preguntó sobre el tipo de conflicto y el estudiante tenía tres alternativas y podía responder de manera independiente cada una de ellas. El 92% reconoció

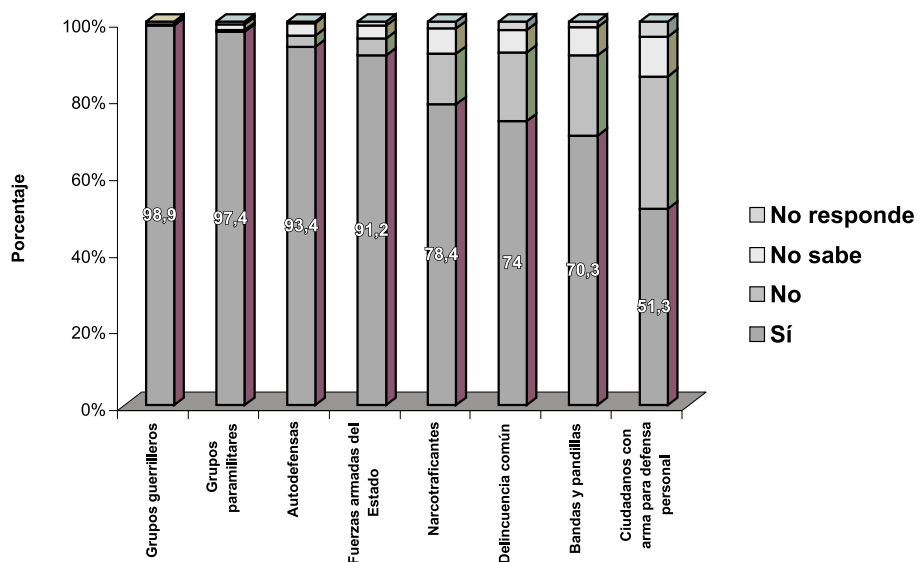


Cuidados. Grabado en madera. Harper's Weekly, 21 de enero de 1871. National Library of Medicine, Bethesda, Maryland

en Colombia la presencia de un conflicto armado, el 96% lo identificó como un conflicto armado interno, 35% como un conflicto armado internacionalizado y 13% como un conflicto internacional.

Al indagar sobre los actores armados, el 90% reconoció a los guerrilleros, el 97% a los paramilitares, el 93 % a las autodefensas y el 91% las fuerzas armadas del Estado. Llama la atención que los narcotraficantes, la delincuencia común, las bandas y pandillas y el ciudadano que porte armas para su defensa personal, fueron considerados como actores cuando no lo son según el DIH. Ver figura 1.

Figura 1. Actores del conflicto armado



En cuanto a la percepción del conflicto armado en el territorio nacional, fue identificado por el 98.9% en las zonas rurales, el 86.4% en zonas urbanas y el 70.6% en las ciudades. Las fuentes de información que utilizaron para este tema se agruparon teniendo en cuenta los medios masivos y otros de tipo académico

En cuanto a la percepción del conflicto armado en el territorio nacional, fue identificado por el 98.9% en las zonas rurales, el 86.4% en zonas urbanas y el 70.6% en las ciudades. Las fuentes de información que utilizaron para este tema se agruparon teniendo en cuenta los medios masivos y otros de tipo académico. En el listado de posibilidades, podían elegir cada opción de manera independiente, de tal forma que un estudiante podía hacer uso de varios medios. La primera fuente de información fue la televisión para el 97.8% de los estudiantes, la prensa para el 94.5 y la radio para el 90.1%.

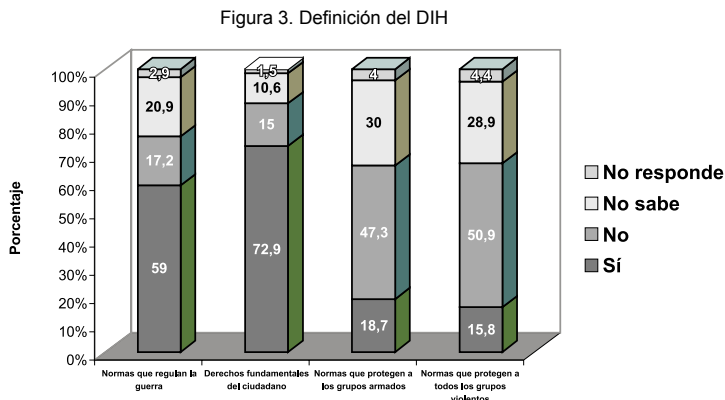
Las fuentes de información académica fueron las conferencias para el 44.3% y el Internet para el 43.5%. Como parte de un tema dentro de una asignatura el 35.5%, y la materia dentro del programa el 11.7%.

Conocimiento sobre el Derecho Internacional Humanitario

Con respecto al DIH se les preguntó si consideraban que sus normas protegen a la misión médica y sanitaria. Contestaron SI, el 50%. NO, el 25% y NO SABE, el 25%.

Para saber si los estudiantes reconocían el concepto de lo que es el DIH se les plantearon cuatro opciones, y ellos afirmaban o negaban cada una de ellas. La

definición acertada, *normas que regulan la guerra*, se obtuvo en el 59% de la población. Ver figura 3.



Al cruzar las variables "conocimiento sobre lo que es el DIH" y el "programa que cursaban", se encontró que acertaron el 69.4 de los estudiantes de medicina, el 66.7% de enfermería, el 60% de bacteriología y el 42.9 de odontología.

Al preguntarles si la misión médica estaba protegida por las normas del DIH, el 50% de los estudiantes contestó sí, el 25% dijo no, y el 24% afirmó no saber. Al cruzar esta variable con el programa que cursaban, se encontró que 68.5% de bacteriología, 63.3% de enfermería, 43.9% de medicina y 39.6% de odontología reconocían la protección otorgada por las normas humanitarias.

Las fuentes de información que utilizaron para conocer sobre el DIH fueron: la televisión 81%, la prensa 67%, la radio 55%, los cursos o conferencias 33%, Internet 26%, como tema dentro de una materia 22% y como una materia dentro del programa académico 8%.

Efectos del conflicto armado sobre el sector salud

El 99% de los estudiantes consideraron que el conflicto armado afecta la prestación de los servicios de salud.

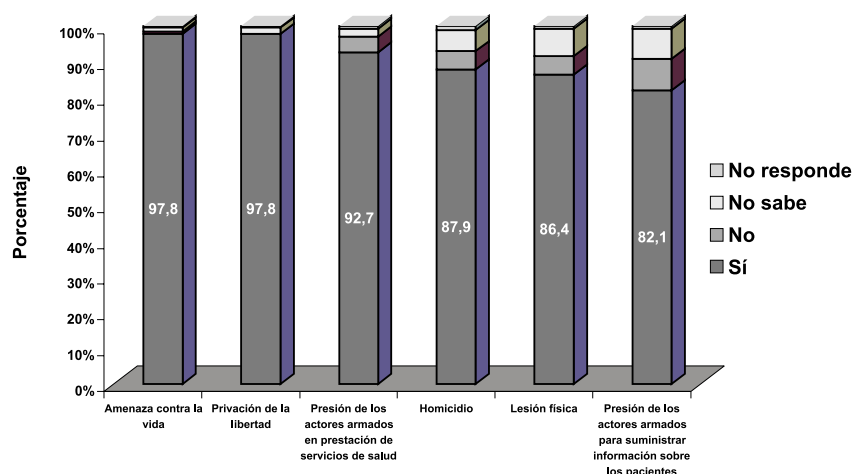
Los aspectos inherentes al conflicto se consideraron en forma no excluyente. Según ellos afectan la prestación de servicios de salud, en orden decreciente: la retención del personal de salud 95%, atentados contra la integridad física y moral del personal 94%, destrucción parcial o total de las instalaciones 93%, limitación del acceso de los servicios de salud 92%, resistencia del personal de salud a desplazarse a zonas de conflicto 91%, retención de vehículos y suministros 90%, e interrupción de programas de promoción y prevención 89%.

Situaciones que generan peligro

Ante el listado de las posibles situaciones que atentan contra la integridad física y mental del personal de salud, los estudiantes consideraron en primer lugar la amenaza contra la vida y la privación de la libertad, con un 98% y en el último, la presión de los actores armados para suministrar información de los pacientes, el 82%. Ver figura 4.

Las fuentes de información que utilizaron para conocer sobre el DIH fueron: la televisión 81%, la prensa 67%, la radio 55%, los cursos o conferencias 33%, Internet 26%, como tema dentro de una materia 22% y como una materia dentro del programa académico 8%

Figura 4. Situaciones que generan riesgo



Situaciones que afectan la integridad física y moral

En forma directa se le preguntó a cada uno si estaba capacitado o no para afrontar los riesgos que se ocasionaran durante el ejercicio profesional en zonas de conflicto. El 84% no se sentían capacitados y el 10% sí

Ante las situaciones que los habían afectado en sus prácticas de salud, respondieron: presión de los actores armados para la prestación de los servicios de salud 12.5%; presión de los actores armados para suministrar información 6.6%, amenaza contra la vida y privación de la libertad 3% y lesión física 1%.

Se encontró que el 79.1% sabe de algún trabajador de la salud y el 34% de un compañero de programa académico que había vivido alguna de las situaciones descritas.

Al indagar si sabían cómo reaccionar ante alguna de esas situaciones que generan riesgo, indicaron que NO el 91% y sólo el 8% señalaron que SÍ.

Ante la posibilidad de desplazarse para ejercer su labor en zonas de conflicto, el 75% de los estudiantes expresó tener temor, 16% no se desplazarían y el 9% lo haría sin temor.

Preparación en la temática

Al indagar sobre quién y dónde había recibido información en la protección del personal de salud en zonas de conflicto, el 88% manifestó no haber recibido información en la universidad y el 82% dijo no haberla recibido como parte del programa académico.

En forma directa se le preguntó a cada uno si estaba capacitado o no para afrontar los riesgos que se ocasionaran durante el ejercicio profesional en zonas de conflicto. El 84% no se sentían capacitados y el 10% sí. Quienes no lo estaban adujeron las siguientes razones: el 71% dijo desconocer el tema, al 8% le faltaba práctica y el 6% tenía temor.

Además se les preguntó si se desplazarían estando preparados. El 85% dijo que sí lo harían.

Responsabilidades y propuestas para la preparación en el tema

Sobre quién es el responsable de la preparación de los estudiantes en el tema, el 91% de ellos respondió que la universidad.

Otras instituciones que mencionaron como responsables de dicha preparación fueron: el sector salud el 54%, el Estado el 18% y la Cruz Roja el 13%.

Los mecanismos que propusieron para su formación y capacitación en el tema, fueron: una materia dentro del programa académico el 72%, asistir particularmente a cursos y conferencia 69%, e incluir el tema dentro de una materia 52%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la población de estudio, 96% reconoció la presencia del conflicto armado en Colombia, solamente 35% había recibido información en la universidad como parte de una asignatura y 97.8% indicó que su primera fuente de conocimiento sobre el conflicto fue la televisión. Este hallazgo debe conducir a la universidad tanto al ajuste de los programas académicos del área de la salud en el contexto sanitario del país, como a facilitar elementos conceptuales y prácticos que ayuden a los profesionales en la comprensión de los procesos económicos, sociales y políticos del conflicto interno en Colombia.

En la identificación de los actores armados del conflicto interno se observó que el 78% reconoció a los narcotraficantes, el 74% a la delincuencia común, el 70.3% a las bandas y pandillas y el 51% a los ciudadanos con armas. Este hallazgo permite pensar que no hay una acertada identificación de los actores, ni comprensión de los principios de aplicación de los convenios de Ginebra. Tampoco se diferencia la violencia común de la violencia política, situación que facilita la confusión de los actores y la responsabilidad que éstos tienen con el respeto por la misión humanitaria. Además, se dificulta la comprensión de los deberes y derechos del personal sanitario civil y militar en los conflictos armados y en las actividades que consagra el código de policía para colaborar con la justicia en los casos de violencia común.

Por lo tanto, los estudiantes y el personal de salud deben comprender el conflicto armado, su dinámica y manifestaciones, así como las diferentes formas de actuar en su trabajo profesional, como ciudadanos y como trabajadores del sector salud.

Los efectos del conflicto fueron claramente identificados. La amenaza contra la vida y la privación de la libertad fueron reconocidas por el 98%, el 91% no sabía cómo reaccionar y 3 de cada 4 estudiantes (hoy profesionales de la salud) manifestaron miedo a trabajar por fuera de la ciudad. La agudización del conflicto y la crisis humanitaria y social por el aumento de los desplazamientos humanos, ameritan convertir el tema de la “misión humanitaria y protección del sector salud en zonas de conflicto” en uno de los ejes de formación de los currículos de pregrado y postgrado.

La universidad también debe fomentar y ofrecer capacitación continua sobre la temática, en instituciones prestadoras de servicios de salud, con talleres teórico-prácticos, conferencias u otras alternativas académicas. También apoyar el estudio,

Los efectos del conflicto fueron claramente identificados. La amenaza contra la vida y la privación de la libertad fueron reconocidas por el 98%, el 91% no sabía cómo reaccionar y 3 de cada 4 estudiantes (hoy profesionales de la salud) manifestaron miedo a trabajar por fuera de la ciudad

la investigación y profundizar en el tema del DIH, derechos humanos y protección a la misión médica, fomentando y reforzando las líneas de investigación.

A manera de resumen puede decirse que para reducir el riesgo de los estudiantes del área de la salud en su quehacer profesional, se podrá intervenir su vulnerabilidad mejorando el conocimiento de la amenaza (el conflicto armado y las formas para la resolución de conflictos) en el proceso enseñanza-aprendizaje, frente a los imaginarios y relaciones sociales, políticas y económicas. También se puede mejorar la afectividad y la capacidad de reaccionar (a nivel individual y colectivo) mediante la aceptación del riesgo y el reconocimiento del peligro, siempre que se disponga de la información y la capacidad para analizar las relaciones de los actores y de las diferentes clases de violencia. Además, es conveniente conocer las normas y procedimientos más seguros relacionados con los convenios que ha firmado Colombia sobre el DIH, para demandar como ciudadano la protección durante el ejercicio profesional en el conflicto. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Colombia. Comité Internacional de la Cruz Roja. Programa de Protección a la Misión Médica. Infracciones a los derechos de la misión médica en el conflicto armado colombiano (1995-1998): Juguemos limpio, respetemos las leyes de la guerra. Santa Fé de Bogotá: Comité Internacional de la Cruz Roja; (sf). p. 8-30.
- Bastianelli Ramírez N. El Sector Salud frente a la violencia en el departamento de Arauca. Memorias foro nacional: El Sector Salud frente a la violencia en Colombia: Política y plan de acción. 1997, Nov. 19, 20 y 21. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud y Corporación Salud y Desarrollo; 1997. p.182-188.
- Mesa de trabajo N.º 3. Respuesta a la formación del personal de salud frente a la violencia Memorias foro nacional: El sector salud frente a la violencia en Colombia: Política y plan de acción. 1997, Nov. 19, 20 y 21. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud y Corporación salud y desarrollo; 1997. p. 214-218.
- Colombia. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Degradación: una guerra de perdedores. En: Informe Nacional de Desarrollo Humano para Colombia 2003. El conflicto, callejón con salida: Santa Fe de Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2003. p. 81-94.
- Rangel Suárez A. El estado actual del conflicto armado en Colombia. Estrategia económica y financiera 1997; (254):14-20.
- Ortiz RD. Guerra civil y descentralización de la violencia: el caso colombiano. [archivo de Internet] Disponible en: <http://www.cip.fuhem.es/observatorio/indicadores/paises/colombia/articulos/roman.htm>. Acceso el 6 de Agosto 2004.
- Franco Agudelo S. Violencia y salud en Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 1(2): 94-103.
- Colombia. Defensoría del Pueblo. Derecho Internacional Humanitario Principios fundamentales y zona de distensión. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 1998. p. 7.
- Currea Lugo V de. Generalidades del Derecho Internacional Humanitario. Derecho Internacional Humanitario, Sector Salud: El caso colombiano. Bogotá: Comité Internacional de la Cruz Roja y Plaza y Janes; 1999. p. 33-40.
- Angarita R. Protección de las víctimas de los conflictos armados. Conflicto armado y Derecho Internacional Humanitario. 2ª ed. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo; 1997: pp. 45-62.
- Cruz Roja Colombiana. Los convenios de Ginebra. *Revista de la Cruz Roja Colombiana* 1965; (57): 57.
- Cruz Roja de Antioquia. El comité internacional de la Cruz Roja. Cruz Roja, órgano informativo del Comité Antioqueño de la Cruz Roja 1961; (334):13-15.
- Colombia, Comité Internacional de la Cruz Roja. Programa de Protección a la Misión Médica. Infracciones a los derechos de la misión médica en el conflicto armado colombiano (1995-1998): Juguemos limpio, respetemos las leyes de la guerra. Santa Fé de Bogotá: Comité Internacional de la Cruz Roja. (sf) p. 5.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. Protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra, 12 de agosto de 1949. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; 1977. p. 190.
- Baccino Astrado A. Deberes y derechos del personal sanitario en los conflictos armados. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja. Liga de Sociedades de la Cruz Roja; 1982. pp. 31-77.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. Protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra, 12 de agosto de 1949. Ginebra: Santa Fé de Bogotá: Delegación del Comité Internacional de la Cruz Roja; 1977. p. 98.
- Colombia. Ministerio del Interior. Decreto N.º 860 del 8 de mayo 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. Diario oficial N.º 42298 del 13 de Mayo de 1998. p. 15-17.
- Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1020, Agosto 5 del 2002. Por el cual se dictan medidas para la protección de la misión médica. Diario oficial No 44906 del 20 de agosto del 2002.

19. Comité Internacional de la Cruz Roja. Cruz Roja Colombiana. Derecho Internacional Humanitario aplicable en Colombia. Artículo 3 común de los convenios de Ginebra de 1949. Ley 5ª de 1960. Protocolo adicional II de 1977. Ley 171 de 1994. Bogotá: Cruz Roja Colombiana, Comité Internacional de la Cruz Roja; p. 1-28.
20. Educación, democracia, paz y desarrollo. Recomendación de la séptima reunión de Ministros de Educación de América Latina y el Caribe Kingston, Jamaica, 13-17 de Mayo de 1996 [archivo de Internet] Disponible en: http://www.UNESCO.cl/medios/biblioteca/documentos//promedelac_minedlac_declaración_recomendación_kinsgton_1996.pdf. Acceso: 15 de diciembre el 2003.
21. Galtung J. Violence, peace and research. *Journal of Peace Research* 1969 (3):167-192. Citado por Fisas V. Cultura de paz y gestión de conflictos. Barcelona: Icaria, UNESCO 117; 1998. p. 26 (Colección Antrazyt).
22. Villa MI. Caras y contracaras del miedo en Medellín. En: Memorias del seminario: La construcción social del miedo. Una lectura de las experiencias urbanas en ciudades contemporáneas; Agosto 2001. Medellín: Corporación Región; 2002. p. 3.
23. Adams D. El Manifiesto de Sevilla sobre la violencia, 1989. Sevilla: UNESCO; 1992, p. 47. Citado por Fisas V. Cultura de Paz y Gestión de Conflictos. Barcelona: Icaria. UNESCO 117; 1998. p. 26 (Colección Antrazyt).