



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Manual de la Misión Médica



© 2004



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MANUAL DE LA MISIÓN MÉDICA

© 2004

Ministerio de la Protección Social
Viceministerio de Salud y Bienestar
Grupo de Atención de Emergencias y Desastres

Dirección: Carrera 13 # 32-76, Piso 17, Bogotá, D.C.
Teléfono: (1)3365066 Ext. 1710, 1702.
<http://www.minproteccionsocial.gov.co>



PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Álvaro Uribe Vélez

MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Diego Palacio Betancourt

VICEMINISTRO DE SALUD Y BIENESTAR
Eduardo Alvarado Santander

VICEMINISTRA TÉCNICA
Esperanza Giraldo Muñoz (e)

VICEMINISTRA DE RELACIONES LABORALES
Luz Stella Arango de Buitrago

SECRETARIO GENERAL
Luis Manuel Neira Nuñez

COORDINADOR GRUPO DE ATENCIÓN
DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
Luis Fernando Correa Serna

COMITÉ EDITORIAL

Paola Rosanna Caycedo Giglioli
Juan Pablo Berdejo Casas
Luis Fernando Correa Serna
Julio Cesar Castellanos Ramirez

Contenido

Primera Parte: Infracciones a la Misión Médica en Colombia (Período 1995-2003)

1.1. CONSOLIDADO DE LAS INFRACCIONES CONTRA LA MISIÓN MÉDICA	17
1.2. CONCEPTO DE INFRACCIÓN Y SU CLASIFICACIÓN	18
1.3. METODOLOGÍA	19
1.3.1. Fuentes de información	19
1.3.2. Procesamiento de la información	20
1.4. RESULTADOS	21
1.4.1. Subregistro	21
1.4.2. Infracciones por año	22
1.4.3. Análisis por departamentos	23
1.4.4. Análisis por categoría de infracción	24
1.4.5. Análisis por tipo específico de infracción	26
1.4.5.1. Ataques a la vida y a la integridad personal	26
1.4.5.2. Infracciones contra la infraestructura	30
1.4.5.3. Infracciones contra las actividades sanitarias	31
1.4.5.4. Perfidia (Engaño)	32
1.4.5.5. Presuntos responsables de las infracciones	33
1.5. CONCLUSIONES	34

Segunda Parte: Medidas de Precaución para Trabajadores de Salud en Zonas de Conflicto Armado

2.1. CONSIDERACIONES INICIALES	37
2.2. AMENAZA VULNERABILIDAD Y RIESGO	37
2.2.1. Amenaza	37
2.2.2. Vulnerabilidad	38
2.2.3. Riesgo	38
2.2.4. Reducción del riesgo de infracciones	38

2.3. PRINCIPIOS DE LA MISIÓN MÉDICA	39
2.3.1. Imparcialidad	39
2.3.2. Neutralidad	40
2.3.3. Distinción	40
2.3.4. Secreto profesional	41
2.3.5. Respeto y protección.....	41
2.3.6. Deberes y derechos del personal sanitario	42
2.4. MEDIDAS DE PRECAUCIÓN	42
2.4.1. Actitud y factores personales	43
2.4.2. Identificación y uso del Emblema Protector	45
2.4.3. Medidas para vehículos asistenciales	46
2.4.4. Medidas para las comunicaciones.....	47
2.4.5. Medidas generales para actividades extramurales	48
2.4.6. Recomendaciones para los administradores de los servicios de salud.....	49

Tercera Parte:
Manual de Uso del Emblema Protector
de la Misión Médica en Colombia

3.1. ASPECTOS GENERALES	53
3.2. DEFINICIONES	54
3.3. NORMAS GENERALES	54
3.4. USO DEL EMBLEMA PROTECTOR	57
3.5. COMPETENCIAS	58

ANEXOS

ANEXO 1: TARJETA DE IDENTIDAD	60
ANEXO 2: INFORMACIÓN PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO DEL EMBLEMA	61
ANEXO 3: RESOLUCIÓN NÚMERO 01020 DE 2002	64
ANEXO 4: CIRCULAR MINISTERIAL No. 003	68
ANEXO 5: 55º ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.13	69

Índice de Tablas

Tabla No. 1.	Distribución de casos reportados por fuente de información, 1999 - 2003	20
Tabla No. 2.	Distribución de infracciones reportadas por año, 1999 - 2003	22
Tabla No.3.	Infracciones reportadas por departamento 1999-2003, (tasa por 100.000 h)	24
Tabla No. 4.	Distribución de infracciones reportadas por categoría de infracción, 1995 - 2003	25
Tabla No. 5.	Distribución de infracciones contra la vida y la integridad personal por tipo de infracción, 1995 - 2003.....	27
Tabla No. 6.	Distribución de las víctimas de homicidio por ocupación, 1995 - 2003	28
Tabla No. 7.	Distribución de las víctimas de infracciones contra la vida y la integridad por categoría de ocupación o condición, 1999 - 2003	29
Tabla No. 8.	Distribución de los tipos de infracción contra la Infraestructura, 1995 - 2003	31
Tabla No. 9.	Distribución de los tipos de infracción contra las actividades sanitaria, 1995 - 2003	31
Tabla No. 10.	Número de infracciones de tipo perfidia, 1995 - 2003.....	33

PRESENTACIÓN

MENSAJE DEL SEÑOR MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Para el Ministerio de la Protección Social, es especialmente preocupante el incremento de las diferentes formas de violencia y en particular, las que se relacionan con el conflicto armado que vive el país y su impacto negativo sobre las posibilidades de acceso de las comunidades más vulnerables a servicios esenciales como los de salud pública y el adecuado ejercicio de la Misión Médica en Colombia; reconocemos que están siendo seriamente afectadas las condiciones de vida y trabajo del personal sanitario que labora en vastas regiones de la patria.

Con este panorama e inquietos por la situación, el Ministerio de la Protección Social en desarrollo del Programa Nacional de Salud 2002 - 2006, ha venido consolidando diferentes estrategias que nos permitan atender esta grave problemática. Hasta hoy, acompañados de diferentes instancias de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud, los Ministerios del Interior y Justicia, el Ministerio de Defensa, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Vicepresidencia de la República, la Cruz Roja Colombiana, las secretarías de salud y diferentes organizaciones sindicales del sector como voceros legítimos de los funcionarios afectados, avanzamos en temas de especial interés como la consolidación de un sistema de registro de infracciones contra la Misión Médica y su posible transformación en un observatorio sobre el tema. De igual forma, la convocatoria permanente de los organismos interesados en la problemática para concertar un programa permanente de sensibilización y de capacitación sobre violencia y salud, la difusión más amplia posible de las normas del Derecho Internacional Humanitario, en especial las reglas que guardan relación directa con el respeto a la Misión Médica, un programa de señalización de la infraestructura sanitaria y el apoyo a la reglamentación de un programa de protección específico para las víctimas de atentados contra la Misión Médica en Colombia que en la actualidad adelanta el Ministerio del Interior y Justicia, conforme lo señala la Ley 782 de 2002. Insistimos en la importancia de considerar el tema en las futuras mesas de diálogo con los grupos al margen de la ley.

Como parte de las estrategias diseñadas queremos presentar este documento como herramienta de apoyo a la difusión del tema en el país, el cual incluye un diagnóstico de la situación, algunas recomendaciones de actuación para el personal del sector salud y las normas para el adecuado uso del Emblema Protector de la Misión Médica en Colombia, establecido mediante la Resolución No 1020 de 2002.

En tiempos de crisis los colombianos debemos humanizar nuestro comportamiento diario y si nuestra decisión es clara, estamos construyendo una nueva cultura de vida para nuestra afligida Colombia.

DIEGO PALACIO BETANCOURT

INTRODUCCIÓN

El Derecho Internacional Humanitario (DIH) surgió en 1864 ante las necesidades humanitarias presentadas en el desarrollo de las guerras, de la atención y asistencia que se brindaba a los heridos y de proteger al personal que prestaba dicha asistencia.

Está definido como un conjunto de normas internacionales, de origen convencional o consuetudinario, específicamente destinado a ser aplicado en los conflictos armados internacionales o no internacionales y que limita, por razones humanitarias, el derecho de las partes en conflicto a elegir libremente los métodos y medios utilizados en la guerra y que protege a determinadas personas y a los bienes afectados o que pueden ser afectados por el conflicto y tiene por finalidad limitar los sufrimientos provocados por los conflictos armados, garantizando tanto como sea posible, la protección y la asistencia a las víctimas.

El DIH incluye, entre otras normas, a los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977. El Gobierno Colombiano a través de la Ley 5° de 1960 suscribió los Convenios de Ginebra, en 1983 adhirió al Protocolo I y a través de la Ley 171 de 1994 convirtió en Ley de la República el texto del Protocolo II. Por tal motivo, es responsable frente a la comunidad internacional de respetar y hacer respetar las normas del Derecho Internacional Humanitario en Colombia.

Pero el DIH no es sólo un complejo conjunto de normas de derecho internacional, es también un pacto de voluntades, y de palabra. Son normas de derecho inspiradas en el sentimiento de la humanidad y centradas en la protección de la persona humana, de la vida y la libertad de todos los seres humanos. En el DIH el personal de salud no sólo está considerado como no combatiente ó no participante directo en las hostilidades, sino que tiene un estatuto especial con un rango de protección mayor, pues a pesar de la cercanía de promotores de salud, enfermeras y médicos con las hostilidades, éstos no pueden por esta causa, ni por la atención directa de los heridos, considerarse sujeto de ataque.

El artículo 10 [del Protocolo II] establece el libre ejercicio y la realización de la actividad médica en un sentido amplio, protegiendo no sólo a los médicos, sino también a todas las personas que ejerzan profesionalmente esta actividad. También la expresión «misión médica» se refiere a la actividad médica, es decir, a las tareas que el personal asistencial cumple de conformidad con sus obligaciones profesionales.¹

1 Comentario 4679 al Protocolo II, CICR.

PRIMERA PARTE:

INFRACCIONES
A LA MISIÓN MÉDICA EN COLOMBIA
(PERÍODO 1995-2003)

1.1 CONSOLIDADO DE LAS INFRACCIONES CONTRA LA MISIÓN MÉDICA

El Ministerio de La Protección Social en desarrollo del Programa Nacional de Salud 2002 - 2006², gracias al apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud, adelantó un trabajo para consolidar el registro de las infracciones contra la Misión Médica que se reportaron entre enero de 1995 y junio 2003³, entendiendo como Misión Médica el conjunto conformado por el personal sanitario, bienes, instalaciones, instituciones, vehículos, equipos, materiales necesarios, personas participantes y acciones propias de la prestación de servicios de salud en situaciones o zonas de conflictos armados.

Su fin es el de concretar actividades que contribuyan a identificar y dimensionar las distintas formas de violencia y en particular las relacionadas con la situación de orden público y su impacto negativo sobre el adecuado ejercicio de la Misión Médica en Colombia.

En ese sentido se adelantó un proyecto para conformar un sistema de información para el manejo de los reportes sobre el tema y una investigación sobre las infracciones ocurridas en el período comprendido entre enero de 1999 y Agosto de 2003, lo que permitió evaluar 432 casos con 545 infracciones que afectaron a 551 individuos y 25 grupos de trabajadores de la Salud, los cuales se integran y comparan con los resultados obtenidos en el estudio realizado por el Comité Internacional de la Cruz Roja para los años de 1995-1998 con un total de 468 casos.

Dicho consolidado se presenta en este informe con el fin de actualizar los instrumentos de información y referencia sobre este importante tema que afecta de manera significativa el derecho a la vida, al interferir o disminuir la oferta efectiva de servicios de salud. Como todos sabemos en muchos casos y regiones es la Misión Médica la única forma de protección de ese derecho fundamental para las poblaciones afectadas por la situación de orden público y las víctimas que genera la confrontación armada.

2 Programa Nacional de Salud 2002-2006, capítulo 4 Estrategias y líneas de acción, conflicto armado no internacional.

3 Consolidado elaborado para la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de la Protección Social por el doctor Julio Cesar Castellanos Ramírez.

1.2. CONCEPTO DE INFRACCIÓN Y SU CLASIFICACIÓN

Infracción: Conducta que por acción u omisión afecta a los componentes y actividades de la Misión Médica o a los beneficiarios directos de la misma (pacientes o comunidades) y que se relacionan con situaciones de orden público, irrespetando uno o varios de los deberes o derechos mencionados en los fundamentos legales nacionales e internacionales.

La siguiente clasificación de las infracciones que se aplica en este informe se elaboró tomando la clasificación establecida por el CICR en 1998 y estudios anteriores del Ministerio. Se definió una categorización y tipos de infracción, respetando los fundamentos legales y los casos evaluados.

- a. A la vida y a la integridad personal:
 - i) Personas muertas
 - ii) Personas desaparecidas
 - iii) Personas heridas
 - iv) Personas amenazadas
 - v) Personas desplazadas
 - vi) Personas retenidas o secuestradas
 - vii) Personas detenidas
 - viii) Personas torturadas
 - ix) Evitar la atención de heridos o enfermos
- b. A la infraestructura sanitaria:
 - i) Ataque a medios de transporte sanitario
 - ii) Ataque a unidades sanitarias
 - iii) Conversión de transporte sanitario en objetivo militar
 - iv) Conversión de unidad sanitaria en objetivo militar
- c. Contra las actividades sanitarias:
 - i) Control del tránsito de medicamentos o equipos
 - ii) Robo de medicamentos o equipos
 - iii) Restricción o prohibición de la oferta de servicios
 - iv) Forzar la atención en condiciones inadecuadas
 - v) Irrespeto a las prioridades médicas
- d. Perfidia (Engaño)
 - i) Usar indebidamente medios de transporte sanitario para acción de conflicto armado.
 - ii) Usar indebidamente la identificación del personal sanitario en acciones de conflicto armado.

- e. Violaciones al secreto profesional
 - i) Obligar a revelar información protegida
 - ii) Castigar la revelación lícita de información a la autoridad

Se debe tener en cuenta que debido a que cada entidad fuente de información tenía clasificados de forma diferente los datos, se debió realizar una reclasificación caso por caso para los eventos del 1999 a 2003. Por esta misma razón, algunos puntos no corresponden con la clasificación utilizada en la investigación del CICR de 1995 a 1998, lo cual afecta el análisis comparativo.

Cada categoría de esta clasificación se explica más adelante al presentar las estadísticas correspondientes.

1.3. METODOLOGÍA

Con el marco conceptual mencionado se desarrolló el trabajo con la información disponible para el período comprendido entre enero de 1999 y junio de 2003, por medio de consultas a las fuentes de datos, recolección con la herramienta preestablecida y procesándola en una base de datos.

1.3.1. Fuentes de información

Se consultaron mediante reuniones, visitas a sedes, vía Internet o revisión de documentos y archivos tanto en impreso como medio magnético las siguientes fuentes:

- ♦ Ministerio de la Protección Social.
- ♦ ANTHOC Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia.
- ♦ Noche y Niebla, Banco de Datos sobre Derechos Humanos y Violencia Política, unión temporal CINEP & Justicia y Paz.
- ♦ Observatorio de Derechos Humanos y DIH, Vicepresidencia de la República.
- ♦ Secretarías de Salud.
- ♦ Federación Médica Colombiana.
- ♦ Defensoría del Pueblo.
- ♦ Cruz Roja Colombiana y CICR.

- ◆ Otras: Prensa nacional y regional, Página Web de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en Colombia, otras páginas Web, entrevistas con personas afectadas o testigos.

Tabla No. 1
Distribución de casos reportados por fuente
de información, 1999 - 2003

Fuente	Casos
Noche y Niebla	184
Secretarías de Salud	114
ANTHOC	102
Observatorio Vicepresidencia	4
Defensoría del Pueblo	4
Ministerio de la Protección Social	2
Otra	13
Total	423

1.3.2. Procesamiento de la información

Cada caso se revisó verificando que estuviera disponible la información mínima necesaria, esta se definió como departamento, ciudad, mes, año y descripción de la infracción. Los casos que no contenían estos datos o no fue posible complementarlos se descartaban. También se descartaron aquellos casos cuyas circunstancias o relato no los relacionaban directamente con la definición propiamente dicha de Misión Médica. Se encontraron varios casos de atentados, amenazas, muertes, etc. cuyas víctimas eran trabajadores de salud de todas las profesiones y niveles pero que el relato relacionaba el evento con su actividad política o sindical, su propiedad de tierras, solicitud de rescates a la familia o estar en sitios de recreo; esto ocurrió con más de 500 de los casos.

En la base de datos se incluyeron 467 casos, pero como algunos de ellos, con relación al periodo de corte (Enero de 1999 - Junio de 2003), pertenecían a años anteriores (1996-1998), y otros a meses posteriores de este año 2003, no se tienen en cuenta, los primeros debido a que por no poder acceder a la base de datos del C.I.C.R., se corría el riesgo de duplicar información. Por tanto los resultados se presentan sobre 423 casos y 538 infracciones.

En los casos en que en un solo hecho existían varias infracciones (por ejemplo, ataque a ambulancia, muerte de heridos, herida del conductor

y amenazas), cada víctima se registró por separado. En los hechos en los cuales se produjeron ataques o amenazas a las personas, se tomó cada infracción aparte, pero se registraron las víctimas de manera individual de manera que si en una infracción se mataba una persona y se amenazaba a otras tres se registraban dos infracciones pero cuatro víctimas. En los casos en que amenazaban un grupo se anotaba el número de personas, cuando el número no estaba determinado se anotaba como varias y cuando era todo el personal de una institución se registraba como colectivo institucional.

La información se cargó en la base de datos, se realizó una revisión y validación de la misma y se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación.

1.4. RESULTADOS

1.4.1. Subregistro

Por las reuniones y entrevistas realizadas con el personal tanto del nivel seccional como local en las Secretarías de Salud, se confirma que aun persisten el miedo, temores y apreciaciones culturales que el estudio del CICR presenta como principales causas para este fenómeno de subregistro. Estos fenómenos se incrementaron con el aumento de la intensidad del conflicto y los casos de detenciones en las cuales la prensa presenta a la opinión pública como causa el hecho de prestar atención a pacientes pertenecientes a grupos al margen de la ley.

Dos fuentes de información (con búsqueda activa de los casos) permiten dar una idea más aproximada del subregistro:

- ♦ Un estudio realizado en el año 2001⁴. Mostró: En dos años (Enero 2000 - Enero 2002), 111 infracciones. En esos dos años la suma de infracciones para esos dos departamentos en nuestra consolidación de información es de 4, ocurridos en San Pablo y Barbacoas en Nariño y Tunja en Boyacá coincidiendo únicamente lo reportado en San Pablo.

4 Liliana C. Báez, Verónica Madroñero y Saúl Franco. Publicado en la revista Odontología de Junio 2003. Realizado en 11 municipios San Pablo, Génova, La Cruz, San José y San Bernardo en Nariño, y Soatá, Boavita, San Mateo, La Uvita, Tipacoque y Susacón en Boyacá.

- ♦ El estudio realizado en Antioquia, en 1999⁵, informa 239 infracciones contra la Misión Médica y Sanitaria en ese departamento. El estudio del CICR con relación a esa misma región, informa que la capacidad de registro de Antioquia está más desarrollada que otros departamentos, por lo cual el número de casos registrados resulta notablemente mayor (103 casos). Si al número anterior le sumamos los casos de nuestra consolidación de información para ese departamento en 1999, tendremos un total de 105 casos.

En este punto el subregistro se puede aproximar, tomado como la diferencia entre los estudios con búsqueda activa de casos y los registros nacionales de reportes. Esta diferencia es del 56% para Antioquia y del 96% para Nariño y Boyacá. Por lo anterior es evidente que este trabajo y su consolidación con el estudio del CICR apenas muestran "la punta del iceberg", respecto a las infracciones contra la Misión Médica.

1.4.2. Infracciones por año

La consolidación de información mostró la siguiente distribución de infracciones por año:

Tabla No. 2
Distribución de infracciones reportadas por año,
1999 - 2003

Año	No. Infracciones	Intervalo
1999	29	12,4
2000	84	4,3
2001	132	2,7
2002	236	1,5
2003	57	3,2
TOTAL	538	3,0

El intervalo se obtiene de dividir el número de días del período por el número de infracciones ocurridas en el período. Se observa una tendencia a disminuir el intervalo, esto es al aumento de infracciones. Los datos correspondientes a este año 2003 son preocupantes en cuanto a las

5 Infracciones contra la Misión Médica y Sanitaria en el marco del Conflicto Armado Interno Colombiano. Departamento de Antioquia, enero de 1995 - octubre de 1999 Dirección Seccional de Salud de Antioquia, programa de urgencias, emergencias y desastres elaborado por: Andrés José Álvarez Villegas y Carlos Mario Peña Jaramillo.

principales fuentes, ya que al cierre de este informe, Noche y Niebla solo consolidó su información hasta mayo y ANTHOC hasta enero de 2003. Cuando se pueda cargar la información pendiente hasta final de año, las proyecciones permiten esperar un incremento, con respecto al año 2002.

En el mes de junio del año 2001 se emite desde el Ministerio de Salud la circular 018 de 2001, la cual presenta un formato para recoger información y asigna la recepción de la información en el Grupo de Atención de Emergencias y Desastres, lo cual contribuye a recuperar la conciencia de informar y los canales para ello.

Por todo lo anterior se evidencia que el problema se hace más crítico y el año anterior evidencia los resultados más preocupantes con relación a los demás años tanto de esta consolidación de información como la del CICR.

1.4.3. Análisis por departamentos

Cómo la frecuencia absoluta de número de infracciones por departamento no permite una comparación adecuada en cuanto la diversidad de densidad poblacional, recursos y geografía de nuestras divisiones territoriales, se planteó la necesidad de establecer un indicador que ayudara, siendo ideal el tomar un indicador de incidencia o tasa teniendo como denominador el censo de población trabajadora del sector salud, pero al no tener el dato se hizo necesario buscar otro indicador.

Por lo anterior se presenta uno que corresponde al número de infracciones en el periodo evaluado por 100.000 habitantes. En la tabla 3 se presentan en orden de mayor a menor con relación al indicador.

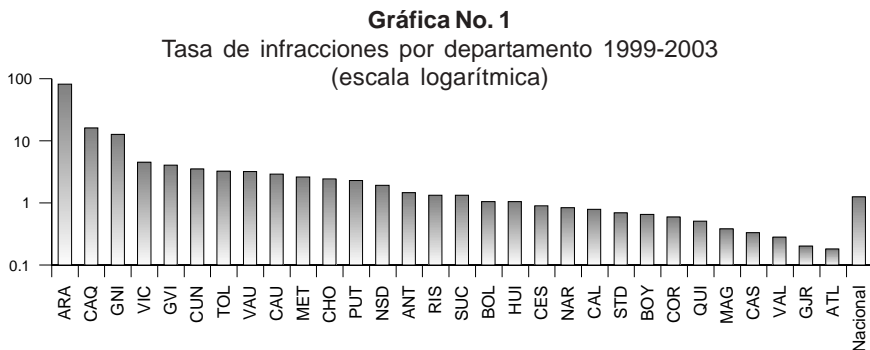


Tabla No.3

Infracciones reportadas por departamento 1999-2003, (tasa por 100.000 h)

Departamento	Cantidad	Población ⁶	Tasa
ARAUCA	21	25.664	81,83
CAQUETÁ	70	436.860	16,02
GUAINÍA	5	39.577	12,63
VICHADA	4	88.899	4,50
GUAVIARE	5	123.560	4,05
CUNDINAMARCA	59	1.686.640	3,50
TOLIMA	42	1.304.950	3,22
VAUPÉS	1	31.234	3,20
CAUCA	38	1.299.256	2,92
META	19	729.023	2,61
CHOCÓ	10	410.116	2,44
PUTUMAYO	8	350.705	2,28
NORTE DE SANTANDER	27	1.405.297	1,92
ANTIOQUIA	81	5.531.893	1,46
RISARALDA	13	976.964	1,33
SUCRE	11	824.668	1,33
BOLÍVAR	22	2.090.322	1,05
HUILA	10	953.426	1,05
CESAR	9	997.577	0,90
NARIÑO	14	1.690.354	0,83
CALDAS	9	1.133.791	0,79
SANTANDER	14	2.014.590	0,69
BOYACÁ	9	1.385.184	0,65
CÓRDOBA	8	1.352.279	0,59
QUINDÍO	3	582.966	0,51
MAGDALENA	5	1.332.516	0,38
CASANARE	1	301.387	0,33
VALLE	12	4.318.191	0,28
LA GUAJIRA	1	500.029	0,20
ATLÁNTICO	4	2.223.229	0,18
BOGOTÁ D.C.	3	6.865.997	0,04
Total Nacional	538	43.007.144	1,25

1.4.4. Análisis por categoría de infracción

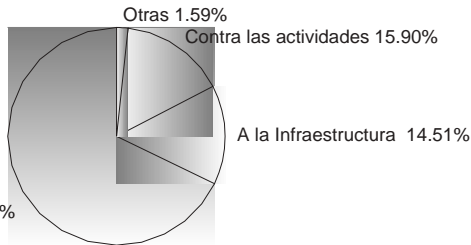
Se agruparon las infracciones en cinco categorías similares a las del estudio del CICR para permitir su consolidación, con los siguientes resultados:

6 FUENTE: DANE - Colombia. Proyecciones de población. estudios censales año 2002.

Tabla No. 4
Distribución de infracciones reportadas por categoría de infracción, 1995 - 2003

Categoría de Infracción	CICR 1995 - 1998		OPS-MPS 1999 - 2003		TOTAL 1995 - 2003	
	No.	%	No.	%	No.	%
A la vida y a la integridad personal	341	72.9	343	63.8	684	68.0
A la infraestructura sanitaria	61	13.0	85	15.8	146	14.5
Contra las actividades sanitarias	51	10.9	109	20.3	160	15.9
Perfidia (engaño)	11	2.4	1	0.2	12	1.2
Violaciones al secreto profesional	4	0.9	-	-	4	0.40
Total	468		538		1006	

Gráfica No. 2
Proporción de infracciones por categoría 1995-2003



A la vida y a la integridad 67.99%

- La proporción de infracciones por categoría, excepción del 20.3% contra las actividades sanitarias, mantienen una tendencia estable.
- ♦ El número y porcentaje de infracciones contra la vida y la integridad del personal es el más alto, lo cual puede explicarse porque generalmente estos casos son más evidentes e incluso dan información de ellos los medios de comunicación o son la razón para que las personas pidan protección, traslados o presenten denuncias, mientras que los otros al tener consecuencias indirectas o ser en privado las personas prefieren callarlos.
- ♦ Sobre las actividades se incrementa el porcentaje debido quizás a que se empieza a calificar como infracción, lo cual en la época del

estudio del CICR se consideraba como una situación normal o habitual en varias regiones.

- ♦ Aunque en los cursos y entrevistas se comenta de infracciones contra el secreto profesional, no se pudo documentar alguna con las condiciones de información mínima, lo cual es preocupante porque siendo un valor esencial de la relación asistencial, protegido por todas las normas nacionales e internacionales no hay la conciencia suficiente en quienes las sufren y en aquellos que las reportan, para informar sobre infracciones de esta categoría.

1.4.5. Análisis por tipo específico de infracción

1.4.5.1. Ataques a la vida y a la integridad personal

La protección del personal sanitario se fundamenta primero en la que corresponde por ser personas que no participan directamente en las hostilidades, segundo por el estatuto especial que concede el Derecho Internacional Humanitario al personal sanitario, tercero por la protección al derecho de la población civil a acceder a los servicios de salud, y por tanto el derecho del personal de salud a realizar sus labores. Esta protección también cubre a los pacientes civiles y combatientes, en cuanto a que los unos son personas que no participan directamente en las hostilidades y los otros pierden su carácter de combatiente al estar heridos o enfermos.

Se agregaron dos categorías en cuanto aparecieron en esta consolidación de información y no se podían asimilar a ninguna de las otras:

- ♦ La primera es "Evitar la atención de heridos o enfermos" en cuanto que en 7 casos se informó que personas que participaban directamente en las hostilidades impidieron que un herido buscara atención (por sus propios medios o por apoyo de sus familiares o vecinos), en algunos casos falleciendo (en algunos casos las consecuencias no se encuentran anotadas).
- ♦ La categoría de "Personas torturadas" se incluyó porque en algunos casos la persona víctima de la retención o muerte, según la descripción del caso presentaba signos de tortura.
- ♦ Para efectos de esta consolidación de información, se entiende por "Persona detenida" a la detención, legal o ilegal, de personal sanitario con el propósito de castigarlo por haber realizado acciones

estrictamente humanitarias o participado en ellas, calificado de acuerdo con la información disponible. Es decir que se excluyen otro tipo de situaciones en que la causa de la detención no se puede asociar directamente con actividades humanitarias.

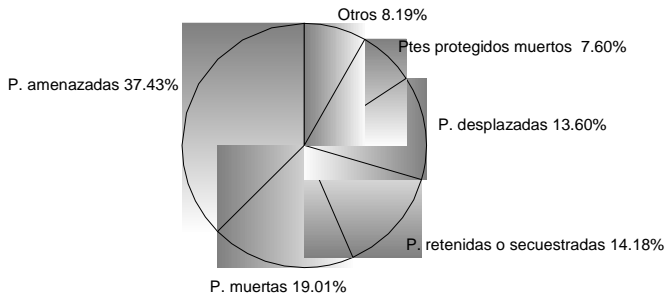
Tabla No. 5

Distribución de infracciones contra la vida y la integridad personal por tipo de infracción, 1995 - 2003

Tipo de Infracción	CICR 1995 - 1998		OPS-MPS 1999 - 2003		TOTAL 1995 - 2003	
	No.	%	No.	%	No.	%
Personas muertas	76	22.3	54	15.7	130	19.0
Personas desaparecidas	4	1.2	12	3.5	16	2.3
Personas heridas	9	2.6	14	4.1	23	3.4
Personas amenazadas	114	33.4	138	40.2	252	36.8
Personas desplazadas	57	16.7	36	10.5	93	13.6
Personas retenidas o secuestradas	59	17.3	36	10.5	95	13.9
Personas detenidas	1	0.3	4	1.2	5	0.7
Restringir o prohibir atención	-	-	7	2.0	7	1.0
Pacientes protegidos muertos	21	6.2	39	11.4	60	8.8
Personas torturadas	-	-	3	0.9	3	0.4
TOTAL	341	100	343	100	684	100

Gráfica No.3

Proporción de infracciones contra la vida y la integridad 1995-2003



A este respecto los hallazgos son:

- ♦ En el estudio del CICR por tratar cada víctima como una infracción el total de estas dos es igual a 341. En nuestro estudio, por la metodología de proceso de información presentada, se registraron 343 infracciones de este tipo con 506 individuos y 29 grupos de trabajadores que aparecen como "colectivos institucionales" (todo el

personal de un hospital o de un centro de salud). Si se hubiese aplicado la misma metodología del estudio anterior se perdería la visión de los grupos de víctimas. Esto nos muestra que esta categoría de infracciones empeoró significativamente con relación al período anterior en cuanto a personas afectadas se refiere.

- ♦ En cuanto a los homicidios en persona protegida, preocupa el aumento el porcentaje de participación con relación al estudio anterior.
- ♦ Se mantiene tanto en el nuevo estudio como en el total el porcentaje alto de las amenazas al personal de salud (el 33% en el de CICR y en la nueva consolidación de información el 40%), aunque disminuye el porcentaje de infracciones con personas desplazadas y retenidas o secuestradas.

Homicidio de personal asistencial

Este delito, que a su vez es infracción contra la Misión Médica, continúa en niveles alarmantes. Por lo cual en esta consolidación de información ampliamos la categoría de ocupaciones con relación a la del CICR, para poder describir mejor la magnitud del problema.

Las cifras son elocuentes: los tres primeros cargos se mantienen similares aumentado de manera muy importante la proporción de la subcategoría "otros". Esta distribución va indicándonos en qué ocupaciones se requiere incrementar el entrenamiento en medidas de protección individual, lo cual se complementa más adelante con el análisis general de la ocupación de las víctimas de todas las infracciones contra la vida y la integridad personal.

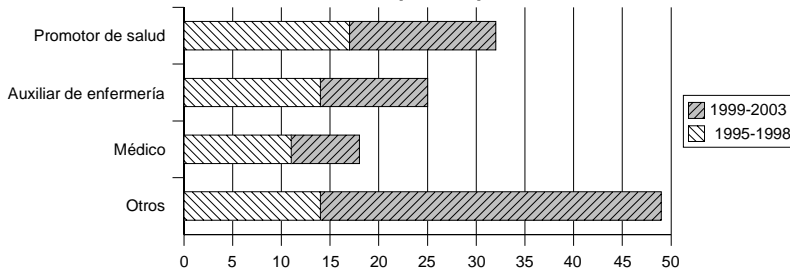
La distribución del número de víctimas por profesión u ocupación es la siguiente:

Tabla No. 6

Distribución de las víctimas de homicidio por ocupación, 1995 - 2003

Cargo	CICR 1995 - 1998		OPS-MPS 1999 - 2003		TOTAL 1995 - 2003	
	No.	%	No.	%	No.	%
Promotor de salud	17	30.4	15	22.1	32	25.8
Auxiliar de enfermería	14	25.0	11	16.2	25	20.2
Médico	11	19.6	7	10.3	18	14.5
Otros	14	25.0	35	51.5	49	39.5
TOTAL	56	100	68	100	124	100

Gráfica No. 4
Víctimas de homicidio por ocupación 1995-2003



Víctimas por ocupación, cargo o condición

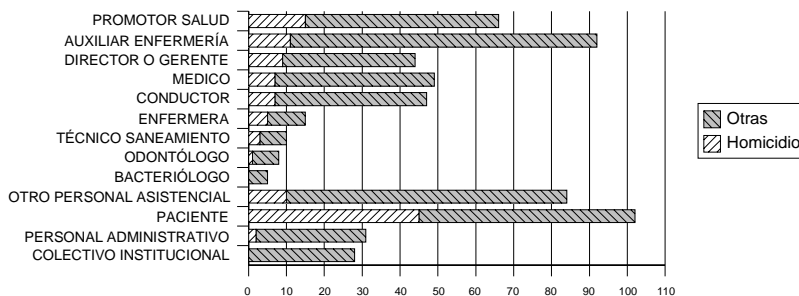
La base de datos nos permite identificar el número absoluto y porcentaje de condición y ocupación de personas que se ven afectadas como víctimas de este tipo de infracciones, lo cual ayuda en la identificación de prioridades y focalización de los programas para disminuir la vulnerabilidad. En esta nueva consolidación de información se discriminó más la categoría otros y el resultado fue el siguiente:

Tabla No. 7
Distribución de las víctimas de infracciones contra la vida y la integridad por categoría de ocupación o condición, 1999 - 2003

Cargo / Condición	Homicidios		Otras Infracciones		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
PROMOTOR SALUD	15	13	51	11	66	12
AUXILIAR ENFERMERÍA	11	10	81	17	92	17
DIRECTOR O GERENTE	9	8	35	8	44	8
MEDICO	7	6	42	9	49	9
CONDUCTOR	7	6	40	9	47	9
ENFERMERA	5	4	10	2	15	3
TÉCNICO SANEAMIENTO	3	3	7	2	10	2
ODONTÓLOGO	1	1	7	2	8	1
BACTERIÓLOGO	-	-	5	1	5	1
OTRO PERSONAL ASISTENCIAL	10	9	74	16	84	16
PACIENTE	45	39	12	3	57	11
PERSONAL ADMINISTRATIVO	2	2	27	6	29	5
COLECTIVO INSTITUCIONAL	-	-	28	6	28	5
Total General	115		419		534	

Gráfica No. 5

Víctimas de infracciones a la vida/integridad por cargo/condición 1999-2003



De estos datos se puede concluir cuáles son las personas en las que más se requiere focalizar los programas para disminución de la vulnerabilidad.

1.4.5.2. Infracciones contra la infraestructura

Los bienes sanitarios continúan siendo afectados por los enfrentamientos armados y en ocasiones son el blanco seleccionado para ataques directos, así como son convertidos en objetivos militares al adelantar actividades hostiles desde sus instalaciones.

Es muy preocupante el incremento en números absolutos y porcentual de los ataques a la infraestructura, más aun cuando en algunos caso la destrucción de la entidad fue casi total. La falta del servicio y el costo de inversión para la recuperación son dos factores críticos en los municipios en los cuales ocurrieron estos siniestros y en los que generalmente son la única entidad prestadora de segundo nivel.

La distribución específica por tipo de institución en el período de enero de 1998 a junio de 2003, para las unidades atacadas, fue: Hospital (19), Centro de Salud (13), Puesto de Salud (6), No Precisada (2), Humanitaria Internacional (1), de las cuales 38 eran públicas y sólo tres privadas, lo cual significa que son el patrimonio e inversión de la nación los que más se ven afectados.

Sobre los ataques a los medios de transporte sanitario, en los cuales hubo varios muertos y heridos, se presenta en algunas regiones de forma repetida, siendo el caso más dramático el de la ambulancia de San Carlos (Antioquia) con tres atentados en éste período.

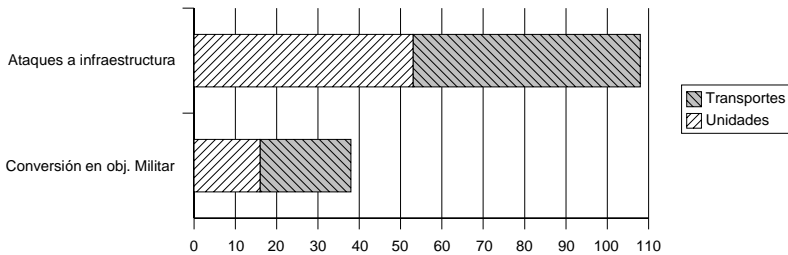
Tabla No. 8

Distribución de los tipos de infracción contra la Infraestructura, 1995 - 2003

Tipo de infracción	CICR 1995 - 1998		OPS-MPS 1999 - 2003		TOTAL 1995 - 2003	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ataque a medios de transporte	25	41	30	35	55	38
Ataque a unidades sanitarias	12	20	41	48	53	36
Conversión de medios de transporte en objetivos militares	17	28	5	6	22	15
Conversión de unidades sanitarias en objetivos militares	7	11	9	11	16	11
TOTAL	61		85		146	

Gráfica No. 6

Infracciones contra la infraestructura sanitaria 1995-2003



1.4.5.3. Infracciones contra las actividades sanitarias

Estos resultados discriminados se presentan en esta tabla:

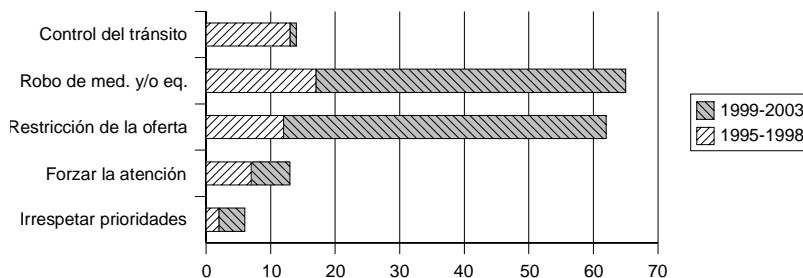
Tabla No. 9

Distribución de los tipos de infracción contra las actividades sanitaria, 1995 - 2003

Tipo de infracción	CICR 1995 - 1998		OPS-MPS 1999 - 2003		TOTAL 1995 - 2003	
	No.	%	No.	%	No.	%
Control del tránsito de medicamentos y/o equipos.	13	25	1	1	14	9
Robo de medicamentos y/o equipos.	17	33	48	44	65	41
Restricción y/o prohibición de la oferta de servicios.	12	24	50	46	62	39
Forzar la atención en condiciones inadecuadas.	7	14	6	6	13	8
Irrespetar las prioridades médicas.	2	4	4	4	6	4
TOTAL	51		109		160	a

Gráfica No. 7

Infracciones contra las actividades sanitarias por tipo 1995-2003



Respecto de estas conductas se incrementó el número al doble con relación a los hallazgos del CICR, aunque disminuyó el reporte de control de tránsito de medicamentos y equipos y el forzar la atención en condiciones inadecuadas; se incrementó en cantidad y proporción significativa el robo de medicamentos y la restricción o prohibición de la oferta de servicios.

Estos tipos de infracción continúan tendiendo la multicausalidad que el estudio del CICR presentó, pero corren el riesgo de incrementarse en la medida que se considere delito la atención a enfermos o heridos de grupos al margen de la ley y estos consideren como participación en el conflicto la atención en salud de personas vinculadas o activas en los órganos de gobierno y la fuerza pública. Por tanto es muy importante analizar el manejo de este tipo de situaciones en su relación con señalamientos públicos sobre el tema.

1.4.5.4. Perfidia (Engaño)

En esta categoría de infracciones en la cual se evidencia falta de precisión en el concepto que el personal de salud tiene. Perfidia es utilizar o simular una protección otorgada por el DIH para obtener una ventaja militar sobre el enemigo. 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 rendición.

La perfidia no se debe confundir con las estratagemas, tales como 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 descanso. Así pues, simular la

muerte simplemente para salvar la propia vida no sería un acto péfido sino una estratagema, mientras que sí lo sería simular la muerte para atacar a un enemigo una vez que éste dé la espalda.

Sobre la perfidia el número bajo de casos puede deberse a que efectivamente ésta se presenta menos que las demás infracciones o el temor a denunciarla es mayor, o quizás porque la falta de precisión en su concepto no permite definirla por quienes reportan con frecuencia o quienes califican los eventos para incluirlos en las bases de datos que se consultaron como fuentes de información.

A este respecto el resultado fue:

Tabla No. 10
Número de infracciones de tipo perfidia, 1995 - 2003

Tipo de infracción	CCR 1995 - 1998	OPS-MPS 1999 - 2003	TOTAL 1995 - 2003
Usar indebidamente medios de transporte sanitario para acción de conflicto armado	9	1	10
Usar indebidamente la identificación del personal sanitario en acciones de conflicto armado	2	-	2
Total	11	1	12

1.4.5.5. Presuntos responsables de las infracciones

El estudio del Comité Internacional de la Cruz Roja, presenta a este respecto una reserva que es inherente a su principio de neutralidad y a sus valores institucionales, presentando adicionalmente los riesgos que al asignar la responsabilidad a un presunto grupo o fuerza se puede cometer en cuanto la autoría que se adjudica a uno u otro de los bandos en conflicto a veces difícilmente puede ratificarse o desmentirse. También comentan que si bien en muchos casos el autor es reconocido e identificado muchas veces no es identificado por temor.

En el presente estudio encontramos que en el 42% de los casos el presunto responsable no estaba identificado o se desconocía, lo cual también invalida cualquier análisis que se pueda realizar en este punto. Adicionalmente, consideramos que es más importante procurar prevenir

la ocurrencia de las infracciones, en lugar de estudiar quién o qué grupo comete más o menos infracciones.

1.5. CONCLUSIONES

- ◆ Aunque las víctimas y autoridades de salud sólo reportan en algunos casos las infracciones contra la Misión Médica, el problema es de tal magnitud que las organizaciones sociales y los medios de comunicación lo identifican, registran y sistematizan la información relacionada.
- ◆ El hecho de encontrar gran cantidad de informes de atentados no relacionados directa y evidentemente con el ejercicio de la Misión Médica indica que los trabajadores de salud en Colombia también son víctimas de las otras formas generales de violencia que vive nuestra nación.
- ◆ Aunque el problema es nacional, afecta de manera más grave aquellos con menor población y mayores dificultades de comunicación e infraestructura.
- ◆ La cantidad de homicidios contra pacientes y personal de salud se incrementa y afecta a todas las profesiones, centrándose cada vez más en quienes tienen mayor liderazgo y contacto comunitario.
- ◆ Las amenazas no sólo afectan víctimas a nivel individual sino colectivos asistenciales completos, lo cual afecta gravemente la calidad y oportunidad de los servicios.
- ◆ Se requiere dirigir actividades de capacitación y entrenamiento para disminuir la vulnerabilidad de la Misión Médica a todo el personal con mayor énfasis en el grupo de promotores y promotoras de salud, personal de enfermería, médicos, directores o gerentes hospitalarios y conductores.
- ◆ Los conceptos de infracciones contra el secreto profesional y la perfidia requieren de ser más trabajados con el talento humano del sector salud.
- ◆ Es importante trabajar la difusión de la Misión Médica con las autoridades nacionales y en especial con las judiciales, para disminuir el riesgo de procesos judiciales que concluyan en que se actuó con estricto cumplimiento del deber legal, tras invertir tiempo y recursos, además de generar detenciones innecesarias.

SEGUNDA PARTE:

**MEDIDAS DE PRECAUCIÓN PARA
TRABAJADORES DE SALUD EN ZONAS
DE CONFLICTO ARMADO**

2.1. CONSIDERACIONES INICIALES

La razón por la cual el personal de salud debe adoptar medidas de precaución individual es el procurar disminuir su vulnerabilidad ante la posibilidad de ser afectado por una infracción cuando ejerce actividades sanitarias en medio de un conflicto armado. Son miembros de la Misión Médica aquellas personas naturales que de manera temporal o permanente, pero con destinación exclusiva, prestan o administran los servicios de salud en zonas de conflicto armado.

Es importante resaltar que en caso de que por cualquier motivo el personal de salud no cumpla totalmente estas medidas de precaución, esto no implica que el personal armado ignore su obligación de cumplir con todas las normas de protección que establece el Derecho Internacional Humanitario (DIH).

Igualmente, el personal de salud debe recordar, en todo momento, que el pleno cumplimiento de estas medidas de precaución no elimina el total de los riesgos propios del desarrollo de actividades sanitarias en un conflicto armado, por lo cual siempre se debe actuar con prudencia.

El conocimiento de los principios éticos y las garantías de protección a la Misión Médica y la aplicación de los mismos por parte del personal de salud, constituyen el principal factor de seguridad para el ejercicio profesional en situación de conflicto armado.

La serie de medidas específicas recomendadas en el presente documento han resultado de la experiencia de la Cruz Roja y otras organizaciones en el desarrollo de sus actividades en medio del conflicto armado.

2.2. AMENAZA VULNERABILIDAD Y RIESGO

En la teoría de las emergencias y desastres el riesgo está determinado por la interacción de factores internos y externos (vulnerabilidades y amenazas). Este concepto nos facilita realizar un acercamiento teórico a la reducción de la posibilidad de ocurrencia de una infracción contra la Misión Médica.

2.2.1. Amenaza

La podemos definir como el factor externo de riesgo, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural, generado por

la actividad humana, o la combinación de ambos, que puede manifestarse en un lugar específico, con una intensidad y duración determinadas⁷.

Con respecto a la Misión Médica podemos considerar como la amenaza fundamental el conflicto armado.

2.2.2. Vulnerabilidad

La podemos definir como el factor interno de riesgo de un sujeto, objeto o sistema, expuesto a una amenaza, que corresponde a su predisposición intrínseca a ser dañado⁸.

Respecto a la Misión Médica podemos considerar diversas vulnerabilidades del personal sanitario, principalmente derivadas del desconocimiento de las normas nacionales e internacionales que protegen su actividad y la falta de precauciones durante el desempeño de su labor en zonas de conflicto armado.

2.2.3. Riesgo

Podemos tomarlo como la probabilidad de daños sociales, ambientales y económicos en una comunidad específica, en un determinado periodo de tiempo, en función de la amenaza y la vulnerabilidad⁹.

Definir el riesgo nos permite intervenir, por medio de acciones de prevención y mitigación, sobre los factores que lo generan para procurar disminuirlo.

2.2.4. Reducción del riesgo de infracciones

Respecto de la Misión Médica es muy poco probable poder intervenir directamente para disminuir la amenaza del conflicto armado. Sin embargo, se puede procurar aplicar los siguientes puntos:

- ♦ Hacer una difusión amplia del Derecho Internacional Humanitario en la comunidad y recordar a los combatientes la importancia de la protección a la Misión Médica.

7 Tomado del curso «Planeamiento hospitalario para desastres», OPS, 2004.

8 Idem.

9 Idem.

- ♦ Evitar la exposición a situaciones de riesgo extremo.

Dada la dificultad mencionada de intervenir en la amenaza, debemos enfocar la mayor parte de nuestros esfuerzos en reducir la vulnerabilidad del personal sanitario, por ejemplo por medio de las siguientes actividades:

- ♦ Difusión del tema de Misión Médica a los trabajadores de salud y a los estudiantes de las profesiones relacionadas.
- ♦ Realización de guías, talleres y ejercicios de comportamiento y actitud para el trabajo en zonas de conflicto armado.
- ♦ Institucionalizar la aplicación de las medidas de precaución recomendadas en el presente documento.

2.3. PRINCIPIOS DE LA MISIÓN MÉDICA

Los siguientes son los conceptos fundamentales que debe tener en cuenta el personal sanitario en el cumplimiento de su misión:

2.3.1. Imparcialidad

La imparcialidad consiste en atender humanamente a todas las víctimas sin distinción alguna, determinando la prioridad en la atención únicamente con base en criterios médicos, dando prioridad a las más urgentes¹⁰.

El personal sanitario, con base en sus principios éticos, debe en todo momento hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, razas, rangos sociales, o tipo de vinculación con el conflicto armado de sus pacientes, evitando que éstas se interpongan en la adecuada prestación de sus servicios¹¹.

La imparcialidad es una obligación ética de todo el personal sanitario que se debe aplicar en todo tiempo y para todos los heridos y enfermos, hayan o no tomado parte en el conflicto armado. Este principio aplica por igual tanto para el personal sanitario civil como para el militar y su objetivo fundamental es preservar la vida de cualquier ser humano.

10 Ref: Artículo 9, Protocolo II (Ley 171 de 1994).

11 Ref: Artículo 2, Código de ética médica (Ley 23 de 1981).

2.3.2. Neutralidad

Aunque es común confundir los términos imparcialidad y neutralidad, son conceptos distintos, y sus diferencias deben estar absolutamente claras para el personal sanitario.

Podemos definir la neutralidad como el deber de abstenerse de todo acto que, en cualquier situación conflictiva, pueda interpretarse como a favor de los intereses de una de las partes en conflicto o en detrimento de los intereses de la otra¹².

Por otro lado, el personal sanitario de carácter civil (tanto público como privado) debe abstenerse de brindar cualquier tipo de apoyo o ventaja estratégica a los combatientes (de cualquier bando), dado que estas acciones pondrían en duda su calidad de "no combatiente" (ver principio de distinción).

Todo ciudadano tiene los derechos constitucionales de libertad de conciencia y de expresión¹³. Sin embargo, el personal sanitario debe ser prudente en el ejercicio de estos derechos de tal forma que no puedan ser mal interpretados y considerados como un tipo de apoyo a alguna de las partes del conflicto.

2.3.3. Distinción

En la aplicación del Derecho Internacional Humanitario (DIH), este principio consiste en la clara distinción entre combatiente y no combatiente y entre objetivos militares y bienes civiles, definidos así¹⁴:

Combatiente: Es quien participa directamente en las hostilidades.

No combatiente: Es el que no participa directamente en las hostilidades (población civil) o ha dejado de participar (heridos, enfermos o capturados).

Objetivo militar: Son aquellos bienes que por su naturaleza, ubicación, finalidad o utilización contribuyan eficazmente a la acción militar y cuya destrucción total o parcial, captura o

12 Ref: Revista internacional de la Cruz Roja No 134, marzo-abril de 1996.

13 Constitución Política de Colombia 1991, Artículos 18 y 20.

14 Manual básico de doctrina y protección, Cruz Roja Colombiana, 2002.

neutralización ofrezcan en la circunstancia del caso una ventaja militar definida.

Bienes civiles: Son todos los bienes que no son objetivos militares. Todos los bienes civiles gozan de la protección general que brinda el DIH; algunos bienes en particular gozan de una protección especial (como los sanitarios).

Específicamente para la Misión Médica, la distinción consiste en hacer visible la protección especial dada al personal, transportes y unidades sanitarios, lo cual incluye la identificación y el uso del emblema protector.

Adicionalmente, el principio de distinción implica hacer lo posible para evitar que los medios de transporte sanitarios y las instalaciones de salud se puedan convertir en objetivo militar. Igualmente se debe prevenir que el personal sanitario sea sujeto de ataque.

2.3.4. Secreto profesional

Se entiende por secreto profesional la información reservada o confidencial que se conoce por el ejercicio de determinada profesión o actividad. El mantener el secreto profesional es tanto un deber como un derecho del personal sanitario.

Un aspecto importante de este tema es la Historia Clínica, desde el punto de vista de documento con implicaciones legales. El personal médico debe consignar con suma claridad y objetividad toda la información clínica y fisiopatológica pertinente para la evolución del paciente. Se debe evitar el registro de información de carácter estratégico-militar, así como la relacionada con la condición jurídico-penal del paciente, dado que no es relevante para su adecuado manejo clínico.

2.3.5. Respeto y protección

Estos dos principios se derivan directamente de la obligación de los combatientes de aplicar las normas del Derecho Internacional Humanitario, particularmente de los artículos del Título 3 del Protocolo II Adicional a los Convenios de Ginebra¹⁵, los cuales enuncian, entre otras, las siguientes premisas:

15 Ref: Ley 171 de 1994.

- ♦ Todos los heridos, enfermos y náufragos, hayan o no tomado parte en el conflicto armado, serán respetados y protegidos.
- ♦ El personal sanitario y religioso será respetado y protegido. Se le proporcionará toda la ayuda disponible para el desempeño de sus funciones y no se le obligará a realizar tareas que no sean compatibles con su misión humanitaria.

2.3.6. Deberes y derechos del personal sanitario

De los principios enunciados en el presente capítulo podemos inferir los siguientes deberes del personal sanitario:

- ♦ Atención imparcial y ética en toda circunstancia.
- ♦ Abstenerse de participar en el conflicto.
- ♦ Señalización e identificación que permitan su clara distinción.
- ♦ Mantener el secreto profesional.

Y los siguientes derechos:

- ♦ Respeto, protección y facilidades para su labor.
- ♦ No ser cuestionados por actuar éticamente.
- ♦ No obligar a violar la ética ni a prestar atención en condiciones inadecuadas.
- ♦ Respeto del secreto profesional.

2.4. MEDIDAS DE PRECAUCIÓN

Las medidas de precaución deben ser entendidas como parte de la estrategia destinada a disminuir los riesgos propios del desarrollo de actividades sanitarias o asistenciales en el contexto de un conflicto armado.

Por ello, la premisa inicial es aceptar la existencia de tales riesgos y la necesidad de adoptar medidas para su disminución. Esto implica el conocimiento y análisis del contexto, en otras palabras, conocer los siguientes aspectos:

- ♦ El perfil regional en lo social, económico, político y militar.
- ♦ La dinámica local del conflicto armado y la presencia de los combatientes.

- ♦ El histórico de las infracciones a la Misión Médica en la zona.
- ♦ Las necesidades locales en materia de asistencia.

Es conveniente identificar los límites de la actividad sanitaria, realizando sólo lo que le corresponde y compete, teniendo en cuenta los derechos y deberes que el personal del sector salud tiene en relación con la asistencia a las víctimas del conflicto armado.

La labor asistencial debe realizarse con calidad y un comportamiento muy ético del personal. Esta ha demostrado ser la mejor medida de protección individual que existe.

El manejo de este tema debe ser una responsabilidad tanto institucional como individual.

Las siguientes medidas de precaución fueron adaptadas del manual de normas de seguridad de la Cruz Roja Colombiana y se recomienda su aplicación por parte del personal de salud, tanto en las situaciones relacionadas con el conflicto armado, como en aquellas que no tienen vínculo alguno con éste.¹⁶

2.4.1. Actitud y factores personales

- ♦ Todo el personal de salud que labore en zonas de conflicto armado debe tener un adecuado desempeño profesional y ético.
- ♦ Preferiblemente, debe tener buen estado de salud, buen estado físico, madurez, autocontrol, capacidad para evaluar una situación en momentos difíciles, determinación y experiencia comprobada.
- ♦ Debe procurarse evitar recurrir a personas ajenas a la entidad de salud para trabajar en zonas particularmente tensas.
- ♦ Diferentes factores pueden menoscabar la más firme personalidad; entre otros, la tensión nerviosa, el cansancio, el síndrome del "cansancio de guerra" (apatía, indiferencia al peligro, automatismo en el comportamiento), el consumo excesivo de alcohol o de medicamentos, la tensión de relaciones con el equipo, un sentimiento de impotencia

16 Material de Referencia Programa de Protección a la Misión Médica en situaciones de conflicto, Cruz Roja Colombiana, 2003.

ante la magnitud de la labor. El personal de salud debe tener, en todo momento, conciencia de ello y procurar intervenir en la salud mental cada vez que sea necesario.

- ♦ El personal de salud debe ser consciente de sentimientos de miedo o pánico que puede sufrir al enfrentarse a situaciones tensas, el miedo es una reacción natural ante el peligro, es un sentimiento normal que debería aceptarse tanto en uno mismo como en los demás. Puede incluso desempeñar la función de regulador o de mecanismo protector (que señala el "peligro"). Sin embargo, hay que evitar el exceso de miedo, que puede conducir tanto al pánico como a la temeridad.
- ♦ El pánico resulta de un miedo irrefrenado, que puede ser contagioso y causar desastres. Por lo tanto, es necesario que en toda circunstancia se trate de presentar una apariencia de tranquilidad y de confianza, lo que permite a menudo superar las situaciones más peligrosas, disminuyendo la tensión.
- ♦ La mayoría de los accidentes nacen de la ausencia de miedo, es decir la temeridad. Por lo tanto el miedo de un equipo de asistencia debe servir para controlar, en todo momento, sus impulsos y no lanzarse de manera irreflexiva, por ejemplo, al rescate de víctimas en un lugar determinado, sin evaluar objetivamente el riesgo.
- ♦ Siempre se debe atender humanamente a todas las víctimas, sin distinción alguna de carácter desfavorable, determinando la prioridad en la atención únicamente con base en criterios médicos y actuar siempre de acuerdo con los principios éticos de su profesión.
- ♦ El personal de salud se comportará siempre con cortesía y discreción. Se evitará al máximo demasiada familiaridad o agresividad con los combatientes.
- ♦ Todos los miembros del equipo en misión deben conocer y memorizar los nombres de sus compañeros.
- ♦ Recordar cumplir siempre con los deberes del personal sanitario en situaciones de conflicto armado, en particular: Abstenerse de participar en las hostilidades y evitar dar uso indebido del Emblema Protector.
- ♦ El personal sanitario debe estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social, en particular a Riesgos Profesionales.

2.4.2. Identificación y uso del Emblema Protector

- ♦ El personal debe ir a las misiones extramurales con una indumentaria que los identifique claramente como trabajadores de la salud. Adicionalmente, en cumplimiento de las actividades de la Misión Médica, podrá utilizar el Emblema Protector en chalecos, camisetas u otras prendas de vestir, siempre procurando que sea lo más visible posible y que el emblema no sea compartido con logotipos, publicidad o emblemas diferentes.

- ♦ Cuando se realicen salidas se deben llevar los siguientes documentos de identificación vigentes:
 - Cédula de ciudadanía
 - Carné de identificación de miembro de la entidad de salud y/o la Tarjeta de Identidad para Personal Sanitario.
 - Licencia de conducción
 - Tarjeta de propiedad del vehículo
 - Certificados de seguros del vehículo y otros documentos obligatorios según las normas vigentes
 - Carné de equipo beeper y/o celular.

- ♦ Los Medios de Transporte Sanitario deberán pintar el Emblema Protector en el techo y en los lados, así como en el frente y la parte posterior, de forma tal que sea óptima su visibilidad cuando se desplieguen sus actividades de salud. La señalización debe ser permanente y no se autorizará su uso en medios de fácil remoción (magnéticos, autoadhesivos, etc.). Adicionalmente, en zonas de alto riesgo en razón del conflicto armado, se podrá complementar la señalización del vehículo con el uso de banderas con el Emblema Protector.

- ♦ Las Unidades Sanitarias autorizadas para utilizar el Emblema Protector serán señalizadas en las paredes exteriores y los techos, de tal forma que sea visible desde tan lejos como sea posible. Las Unidades Sanitarias móviles o temporales podrán señalizarse por medio de banderas o pendones con el Emblema Protector durante el tiempo que se realice la actividad sanitaria y se retirará la señalización al finalizar la actividad. No deben presentar ningún escudo, logotipo o eslogan diferente a los descritos para la Misión Médica.

2.4.3. Medidas para el transporte sanitario

- ♦ Antes de un desplazamiento verificar cuidadosamente el buen funcionamiento de los vehículos (aceite, frenos, agua, batería, luces y llantas).
- ♦ Se deben cumplir estrictamente las normas de tránsito.
- ♦ Nunca se deben programar recorridos nocturnos. En caso de necesidad por urgencia, se deben encender todas las luces del vehículo (internas y externas).
- ♦ No utilizar los transportes sanitarios para labores que no sean estrictamente relacionadas con la Misión Médica.
- ♦ Evitar la presencia de armas o de personas armadas en las ambulancias.
- ♦ Ante la inminencia de un control sobre la ruta (de cualquier tipo de combatientes), el vehículo disminuirá su velocidad a fin de poder detenerse a la más mínima señal de "PARAR". Ante cualquier signo de una persona armada, el conductor se detendrá y se presentará manteniendo las manos perfectamente visibles, y mostrando su identificación de funcionario de la entidad de salud, así como la de los demás miembros del equipo. El personal de salud debe conservar la calma y actuar con cortesía. Nunca debe oponerse a una requisita del vehículo. Para retirarse el cinturón de seguridad, se debe realizar lentamente, indicándolo al combatiente.
- ♦ El conductor del vehículo siempre debe llevar consigo todos los documentos requeridos por ley (tarjeta de propiedad, seguros, SOAT, etc.) y deberán tener vigencia al momento de realizar el desplazamiento.
- ♦ En el terreno el conductor se cerciorará de que el vehículo se estacione en el sentido de la salida y procurará abastecerlo de combustible al final de cada jornada.
- ♦ Está estrictamente prohibido transportar o transmitir correo, sobres, mensajes escritos o mercancías de y para terceros fuera del contexto de la Misión Médica.

- ♦ El personal de salud se mostrará particularmente prudente en presencia de vehículos o convoyes militares detenidos en medio de una carretera rural. Antes de adelantar dichos vehículos, preguntará sobre los motivos de la detención y si puede proseguir. Si se le solicita esperar antes de seguir o si no le parece oportuno continuar debido a la situación del lugar, se dará media vuelta y, dado el caso, esperará a prudente distancia o de lo contrario se regresará al centro asistencial.

2.4.4. Medidas para las comunicaciones

- ♦ Debe contarse con un equipo de comunicación (radio, troncalizado, celular, etc.) que permita al personal en terreno reportar cualquier eventualidad; o por lo menos, identificar lugares que permitan mantener tal comunicación (cabinas telefónicas, locales de servicios de larga distancia, etc.).
- ♦ Las transmisiones radiales se limitarán a indicar la posición, señalar si el trabajo se lleva a cabo normalmente y a precisar el momento del reporte siguiente. No se podrá intercambiar ninguna comunicación personal que no esté relacionada con la salida.
- ♦ Dado que las conversaciones por radio pueden ser captados por terceras personas, se recomienda no transmitir información confidencial ni que otorgue ventaja militar a alguna parte en conflicto. La misma medida se debe aplicar al uso las líneas telefónicas y del fax, partiendo del principio (verdadero o falso) de que son escuchadas.
- ♦ No se recomienda la utilización de códigos en la comunicaciones, es preferible el uso normal del lenguaje español.
- ♦ Cuando haya una salida al terreno, los equipos extramurales tienen la obligación de reportarse a su sede (hospital o servicio de salud) a la salida, cada 30 minutos durante la misión o cuando las condiciones lo permitan por medio de los equipos de telecomunicaciones de la institución, así como al regreso de la misión. Si la comunicación no puede establecerse por medios propios, los contactos con el hospital se harán por teléfono de acuerdo con las condiciones.
- ♦ Se debe evitar al máximo portar grabadoras, cámaras fotográficas, filmadoras o cualquier otro objeto similar durante las salidas al terreno o dentro de las actividades de asistencia.

2.4.5. Medidas generales para actividades extramurales

- ♦ El primer paso consiste en analizar y evaluar la información disponible (situación, necesidades en salud, condiciones logísticas, condiciones de seguridad, recursos humanos y logísticos disponibles, contactos con otras entidades).
- ♦ Siempre se procurará averiguar las condiciones de seguridad con las autoridades locales o por otros medios (Cruz Roja, organizaciones locales, prensa y medios masivos, etc.).
- ♦ Antes de partir será necesario revisar todo lo relativo a identificación, indumentaria, material y equipo médico, transporte, equipo de comunicación, objeto, itinerario y horario de la misión.
- ♦ En toda misión se procurará dar a conocer ampliamente las acciones de salud que el equipo extramural realizará, incluyendo lugares a visitar y cronograma de actividades. No se emprenderá ninguna actividad si hay alguna manifestación en contra de su realización.
- ♦ El equipo extramural se atenderá al itinerario previsto y a las actividades programadas.
- ♦ En caso que sea indispensable realizar un cambio de programa, el equipo informará de inmediato al Servicio de Salud respectivo, así como a los interlocutores concernientes.
- ♦ Debe evitarse viajar en un vehículo perteneciente a alguna de las partes en conflicto, o hacerse desvarar por ellos. Así mismo, solicitar o aceptar escolta.
- ♦ En lo posible, el personal de salud no realizará desplazamientos sobre el terreno en moto, bicicleta, a pie o a caballo, a menos que pueda estar de regreso el mismo día.
- ♦ Fuera de las poblaciones, los desplazamientos terrestres, aéreos, marítimos y fluviales se efectuarán entre las 6:00 am y las 6:00 pm. Se respetarán escrupulosamente las órdenes y horarios en cuanto a los toques de queda y altos al fuego.
- ♦ En caso de ataque aéreo desde un helicóptero, el personal sanitario debe buscar una zona descubierta, dejar a un lado sus equipos y

morrales, tratar de hacer una cruz en el piso y llamar la atención a los pilotos para que sean reconocidos.

2.4.6. Recomendaciones para los administradores de los servicios de salud

Se recomienda a los administradores de salud que cumplen con su labor en medio del conflicto armado, propender por la aplicación de las recomendaciones anteriores, preferiblemente formalizando protocolos de comportamiento o normas de procedimiento, para que sean aplicados por todos sus funcionarios, complementados con las siguientes acciones:

- ♦ Realizar contactos con las autoridades locales, especialmente con fuerzas de seguridad del estado, para establecer acuerdos de actuación para situaciones complejas que se presenten en el futuro.
- ♦ Mantener a todos sus trabajadores afiliados al Sistema General de Seguridad Social y coordinar con las aseguradoras la atención de las víctimas de una infracción, en aspectos que deben incluir lo relacionado con su salud mental.
- ♦ Mantener un Plan de Contingencia para realizar la evacuación y atención de las víctimas en caso de un ataque.
- ♦ Realizar una extensa difusión en su área de influencia de los temas relacionados con el respeto y protección de la Misión Médica.
- ♦ Reportar lo ocurrido a la Secretaría de Salud correspondiente y al Ministerio de la Protección Social. Considere informarle a organizaciones que puedan apoyar en aclarar los hechos o en asistir a las víctimas (como por ejemplo el CICR).
- ♦ En caso de amenaza, aplicar las medidas de protección individual y seguridad a que haya lugar (traslado, reubicación, estudio de riesgo, etc.), de acuerdo con las normas legales vigentes en este tema.
- ♦ Estudiar objetiva y profundamente las circunstancias en que haya ocurrido la infracción, para implantar medidas preventivas que disminuyan el riesgo de que se repita en el futuro, pero procurando continuar con el cumplimiento de la misión institucional.

TERCERA PARTE:

**MANUAL DE USO
DEL EMBLEMA PROTECTOR
DE LA MISIÓN MÉDICA EN COLOMBIA**

3.1. ASPECTOS GENERALES

Finalidad del Manual de Uso del Emblema Protector

En el presente Manual (en adelante: el Manual) se reglamentan las diversas modalidades del uso del Emblema Protector de la Misión Médica en Colombia, de conformidad con lo estipulado en el Artículo 4º de la Resolución 1020 de agosto de 2002, expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Bases jurídicas del Manual de Uso del Emblema Protector

El Manual se basa en la Resolución 1020 del 05 de agosto de 2002, del entonces Ministerio de Salud, por la cual se dictan medidas de protección de la Misión Médica en Colombia.

Ámbito de aplicación

Desarrolla lo contenido en la Resolución 1020 de agosto de 2002, donde se imponen tareas y responsabilidades a las Secretarías de Salud y al personal del sector salud.

El Manual de Uso del Emblema Protector de la Misión Médica, lo deben aplicar en todo el territorio nacional las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que desarrollen actividades en este sentido y estén debidamente autorizadas.

Contenido del reglamento

El Manual contiene las definiciones aplicables al uso del Emblema Protector, un capítulo dedicado a las normas generales que permiten familiarizarse con su grafismo; en el segundo capítulo se describe de manera detallada el uso protector del Emblema por parte de la Misión Médica en Colombia y al final se asignan competencias a las Direcciones Territoriales de Salud.

Además, acompañan al manual el Anexo N° 1 "Tarjeta de Identidad de la Misión Médica" y el Anexo N° 2 "Solicitud de Autorización del Uso del Emblema Protector de la Misión Médica".

3.2. DEFINICIONES

Artículo 1. Misión Médica: Se entiende como Misión Médica el conjunto conformado por el personal sanitario, bienes, instalaciones, instituciones, vehículos, equipos, materiales necesarios, personas participantes y acciones propias de la prestación de servicios de salud en situaciones o zonas de conflictos armados, desastres naturales y otras calamidades.

Artículo 2. Personal sanitario: Son las personas destinadas exclusivamente a la prestación de servicios de salud en situaciones o zonas de conflictos armados, desastres naturales y otras calamidades.

Artículo 3. Medios de transporte sanitarios: Son todos los vehículos, embarcaciones o aeronaves destinados exclusivamente al transporte de heridos o enfermos, del personal sanitario y del equipo o material sanitario.

Artículo 4. Unidades sanitarias: Son los establecimientos organizados para el desarrollo de actividades sanitarias. La expresión comprende, entre otros, los centros y puestos de salud, los hospitales (de cualquier nivel de atención) y otras unidades similares, los centros de transfusión de sangre, los centros e institutos de medicina preventiva y los depósitos de material sanitario y productos farmacéuticos de esas unidades. Las unidades sanitarias pueden ser fijas o móviles, permanentes o temporales.

Artículo 5. Actividades sanitarias: Son la búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico, tratamiento (incluidos los primeros auxilios) y rehabilitación de los heridos y enfermos, así como la prevención de las enfermedades y la administración de las unidades y medios de transporte sanitario.

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.

3.3. NORMAS GENERALES

Artículo 6. Finalidad del Emblema: En Colombia el Emblema Protector es la identificación visible del personal sanitario, así como de los bienes, instalaciones, instituciones, vehículos, equipos y materiales, que por estar destinados de maneras exclusiva y necesaria para la administración,

funcionamiento y prestación de los servicios de salud, son objeto de la protección específica y especial que el Derecho Internacional Humanitario, vigente en Colombia, les confiere.

Artículo 7. Respeto del Emblema: El personal de salud que haga uso del Emblema deberá ajustarse a los principios de la ética profesional y sólo podrá utilizarlo para desplegar acciones propias de la Misión Médica. El Ministerio de la Protección Social y las Secretarías de Salud departamentales, distritales y locales velarán por el buen uso de este Emblema.

PARÁGRAFO: El personal de salud portador del emblema, además de las obligaciones legales y constitucionales, deberá cumplir con lo siguiente:

- a) Atender humanamente a todas las víctimas sin distinción alguna, determinando la prioridad en la atención únicamente con base en criterios médicos.
- b) Abstenerse de participar en las hostilidades.
- c) Actuar siempre de acuerdo con los principios éticos de su profesión.
- d) Portar su identificación.
- e) Evitar comentarios, acciones o actos hostiles que interfieran con el ejercicio de la Misión Médica.
- f) Abstenerse de dar uso indebido del Emblema.

Artículo 8. Grafismo del Emblema: El Emblema para la Misión Médica en Colombia consta de un rectángulo rojo, presentado verticalmente, en cuyo interior se encuentran dos elementos: en la parte superior y centrado un círculo azul con una cruz blanca inscrita en su interior, formada por cinco cuadrados iguales; ésta nunca tocará los bordes del círculo; el círculo tampoco tocará los bordes del rectángulo. En la parte inferior, se escribirá el texto MISION MEDICA en mayúsculas, que irá en color blanco, centrado y en dos líneas¹⁷.

Los colores podrán ser reflectivos para que permitan fácilmente su identificación y se garantice la visibilidad en todo momento.

En una base de policromía, el rojo del Emblema se produce al combinar el amarillo 100% "process" y el magenta 100% "process", o, en su defecto,

17 Para facilitar la construcción del Emblema, se recomienda tener en cuenta las siguientes proporciones: El rectángulo rojo de 10x por 15x, el círculo azul de 9x de diámetro, la cruz blanca compuesta por 5 cuadrados de 2,5x de lado (total de 7,5x de alto y ancho) y la altura de las letras de 2x.

se tomará base PANTONE 485; el azul del Emblema se produce al combinar el azul Cyan 100% "process" y el magenta 80% "process", o, se tomará base PANTONE 286 y la cruz será siempre blanca.

Respecto a la tipografía del texto, se toma como base la familia ARIAL normal, de fácil lectura, universalmente conocida y accesible en todo el país. El espacio entre caracteres será normal (no expandido ni comprimido) y el tamaño de la fuente será tal que la palabra MEDICA tenga un ancho similar al del círculo azul.

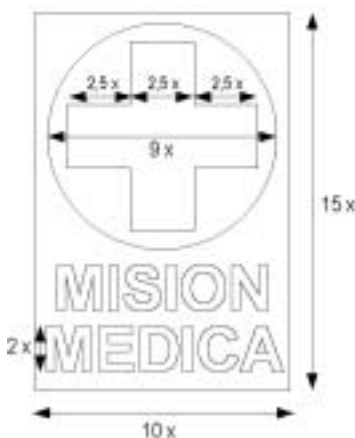
El Emblema Protector, tendrá la forma pura; es decir, no habrá adición alguna ni en la cruz, ni en el círculo, el rectángulo sólo tendrá la inscripción mencionada anteriormente.

PARÁGRAFO: Es fundamental un grafismo claro del Emblema Protector para que se identifique fácilmente a las personas y los bienes que tienen derecho a su utilización y para que, por lo tanto, sean eficazmente protegidos. Sin embargo, la protección no depende del Emblema y evidentemente, una persona amparada no señalizada o señalizada de manera equivocada no pierde por ello su derecho a la protección.

Artículo 9. Visibilidad del Emblema Protector: El Emblema Protector debe ser visible desde tan lejos como sea posible. Para esto debe ser colocado sobre una superficie plana que pueda ser observada desde todas las direcciones posibles, incluido el espacio aéreo. De noche o cuando la visibilidad sea escasa, el emblema podrá estar iluminado.



Grafismo del Emblema



Proporciones recomendadas

3.4. USO DEL EMBLEMA PROTECTOR

Artículo 10. Personal sanitario: Cada integrante del personal sanitario deberá portar su tarjeta de identidad (según el modelo del Anexo 1). Adicionalmente, en cumplimiento de las actividades de la Misión Médica, podrá utilizar el Emblema Protector en chalecos, camisetas u otras prendas de vestir, siempre procurando que sea lo más visible posible y que el emblema no sea compartido con logotipos, publicidad o emblemas diferentes.

Artículo 11. Medios de transporte sanitario: Los medios de transporte sanitario deberán pintar el Emblema Protector en el techo y en los lados, así como en el frente y la parte posterior, de forma tal que sea óptima su visibilidad cuando se desplieguen sus actividades de salud. La señalización deberá ser permanente y no se autorizará su uso en medios de fácil remoción (magnéticos, autoadhesivos, etc.). Adicionalmente, en zonas de alto riesgo en razón del conflicto armado, se podrá complementar la señalización de vehículo con el uso de banderas con el Emblema Protector.



Ejemplo de señalización de ambulancia

Artículo 12. Unidades sanitarias: Las unidades sanitarias autorizadas para utilizar el Emblema Protector, serán señalizadas en las paredes exteriores y los techos, de tal forma que sea visible desde tan lejos como sea posible. Las Unidades Sanitarias móviles o temporales podrán señalizarse por medio de banderas o pendones con el Emblema Protector durante el tiempo que se realice la actividad sanitaria y se retirará la señalización al finalizar la actividad. No deben presentar ningún escudo, logotipo o eslogan diferente a los descritos para la Misión Médica.



Ejemplo de bandera

PARÁGRAFO 1: Cuando la Misión Médica comparte un edificio con otras personas o con otras instituciones, velará porque las actividades de sus vecinos no perjudiquen el respeto del Emblema.

PARÁGRAFO 2: No se colocará el Emblema Protector en edificios o en locales que sean de propiedad de las entidades de salud pero que no sean utilizados en actividades de la Misión Médica.

Artículo 13. Otros bienes: El Ministerio de la Protección Social y las Secretarías de Salud departamentales, locales y distritales pueden utilizar el Emblema Protector para señalar las ayudas humanitarias sanitarias enviados por ferrocarril, carretera, vía marítima o aérea y destinados a la atención de las víctimas de conflictos armados o de catástrofes naturales.

3.5. COMPETENCIAS

Artículo 14. Autorizaciones para utilizar el Emblema Protector: Las Secretarías de Salud departamentales y distritales, previo estudio de la solicitud por parte de la entidad interesada y del análisis de la situación, podrán autorizar o no el uso del Emblema Protector. Dicha solicitud deberá contener al menos la información incluida en el Anexo N° 2 de este Manual.

En el mismo sentido estos registros deberán ser remitidos al Ministerio de la Protección Social, en un plazo no mayor de una semana, con el fin de llevar una base nacional de registros de autorización.

El Ministerio de la Protección Social podrá autorizar el uso del Emblema protector a entidades que desempeñen actividades sanitarias en dos o más departamentos, enviado oportunamente copia de la correspondiente solicitud autorizada a las Secretarías de salud departamentales y distritales que les competa.

PARÁGRAFO: Cuando las actividades sanitarias requieran la autorización del Emblema Protector a un contratista civil, el respectivo contrato deberá incluir las cláusulas relacionadas con los términos con que se hará su uso durante la ejecución y su retiro una vez finalizado el contrato. Las Secretarías de Salud departamentales y distritales verificarán que el contrato estipule estos aspectos antes de dar la autorización de uso del Emblema Protector, y se encargarán de impartir la inducción pertinente al personal sanitario autorizado.

Artículo 15. Supervisión del adecuado uso del Emblema Protector: El Ministerio de la Protección Social y las Secretarías de Salud departamentales, distritales y locales velarán por el correcto uso del Emblema Protector e informarán cualquier irregularidad y uso indebido a la entidad responsable de la autorización correspondiente, con el fin de iniciar el proceso pertinente.

Artículo 16. Cancelación de Autorizaciones para utilizar el Emblema Protector: En caso de que una unidad o medio de transporte sanitario utilice el Emblema Protector para fines diferentes a los de la Misión Médica, las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud deberán ordenar su retiro, sin perjuicio de las sanciones penales, disciplinarias o legales a que haya lugar.

Artículo 17. Uso indebido del Emblema Protector: En caso de que personal sanitario haga un uso indebido del Emblema Protector, el Ministerio de la Protección Social y las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud deberán solicitar las investigaciones pertinentes a la autoridad competente.

El uso inadecuado acarreará sanciones. La omisión o la negligencia son faltas graves, estipuladas en la Ley 734 de 2002, Código Disciplinario Único.

ANEXOS

ANEXO 1 TARJETA DE IDENTIDAD

Este documento es el símbolo de
la Misión Médica

**MISIÓN
MÉDICA**

**TARJETA DE
IDENTIDAD**

FOTOCOPIA
DE SU TARJETA

Nombre: _____

Documento de identidad: _____

P. Residencia: _____ Sexo: _____

Grupo sanguíneo y Rh: _____ Estado: _____

El titular de esta tarjeta está protegido por los Decretos de Contorno
de 1964, los Decretos Administrativos de 1977 y la Resolución 1028 de
1980 del Ministerio de Protección Social de Colombia, sobre la
prestación de la Misión Médica en las poblaciones rurales no
atendidas en su totalidad.

Cargo: _____

Ciudad: _____

Departamento/Municipio: _____

F. Expedición: _____ Vigencia hasta: _____

No. de la tarjeta: _____

Firma del titular

Identificación propia

Modelo de tarjeta de identidad.

Formato: 108 mm x 140 mm (¼ hoja tamaño carta)

ANEXO 2

INFORMACIÓN PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO DEL EMBLEMA

El Ministerio de la Protección Social busca dar una respuesta adecuada frente al acelerado incremento de infracciones a la Misión Médica en Colombia, por esta razón se ha diseñado un modelo para que las entidades responsables implementen un formato con el propósito de registrar, analizar y autorizar, si es el caso, el uso del Emblema Protector.

RADICACIÓN N°: Es el número consecutivo que cada Secretaría de Salud Departamental o Distrital, dará en estricto orden a las solicitudes recibidas por parte de las entidades que desean utilizar el Emblema Protector de la Misión Médica.

FECHA: Corresponde a la fecha en que se hizo la solicitud, registrando: DD: día, MM: mes y AA: año.

INSTITUCIÓN: Es el nombre de la institución de salud que solicita autorización para utilizar el Emblema Protector.

PÚBLICA / PRIVADA: Marcar según corresponda a la naturaleza jurídica de la institución que solicita autorización para utilizar el Emblema Protector de la Misión Médica.

MUNICIPIO / DEPARTAMENTO: Es el lugar en el cual está ubicada la institución solicitante.

PERFIL INSTITUCIONAL: Corresponde al tipo de actividades que desarrolla la institución solicitante. **ASISTENCIAL:** Si la institución hace labor de asistencia en salud a personas, **TRASLADO:** Si la institución hace traslado de pacientes, **PROMOCION Y PREVENCIÓN:** Si la institución lleva a cabo labores de promoción de salud y prevención de enfermedades a la comunidad. **OTRO:** Si la institución lleva a cabo otra labor de salud a las personas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Corresponde al nombre completo del Representante Legal de la Institución que solicita utilizar el Emblema Protector de la Misión Médica. **CARGO:** Es el cargo que ocupa el Representante Legal en la institución solicitante.

VEHÍCULOS TERRESTRES: Corresponde a la información de los vehículos que la institución solicitante desea señalar con el Emblema Protector de la Misión Médica, registrando: Marca, Modelo, Año, Placas. Se debe marcar si el vehículo es una Ambulancia u Otro si tiene un uso diferente al de ambulancia.

DESCRIPCIÓN OTROS MEDIOS DE TRANSPORTE: Se refiere a aquellos medios de transporte como embarcaciones, aeronaves y otros que la institución desea señalar con el emblema protector de la Misión Médica.

INSTALACIONES: Se refiere a las unidades sanitarias que la Institución desea señalar con el emblema protector de la Misión Médica. Descripción: Corresponde al tipo y nombre de la edificación: Hospital, Clínica, Centro de Salud, etc. Ubicación: Se refiere a la dirección de la edificación.

PERSONAL SANITARIO: Corresponde a las personas destinadas exclusivamente a la prestación de servicios de salud en situaciones o zonas de conflictos armados, desastres naturales y otras calamidades, a las cuales la institución está solicitando autorización para que porten el Emblema Protector de la Misión Médica. Nombre: nombre completo (nombres y apellidos). Documento de Identidad: número de la cédula de ciudadanía, pasaporte o cédula de extranjería. Profesión: Es la profesión u oficio que desempeña cada persona al interior de la institución solicitante. Cargo: Es el cargo que ocupan en la institución solicitante. Tipo de Contratación: Es el tipo de contratación (de planta o de contrato) por la cual están vinculadas a la institución solicitante. Terminación del contrato: Es la fecha en la cual termina la vinculación laboral con la institución: día, mes y año.

AUTORIZACIÓN DEL USO DEL EMBLEMA: Es un espacio para uso exclusivo de la entidad facultada para autorizar o no el uso del Emblema Protector de la Misión Médica.

ANEXO 3

RESOLUCIÓN NÚMERO 01020 DE 2002

Por la cual se dictan medidas para la protección de la Misión Médica
EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de sus facultades legales especialmente las conferidas por la Leyes 418 de 1997 y 715 de 2001 y el Decreto 1152 de 1999, y

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Ministerio de Salud orientar, regular y controlar de acuerdo con la ley las entidades públicas o privadas que adelanten acciones de salud.

Que es obligación legal de las instituciones públicas y privadas del territorio nacional, que prestan servicios de salud, atender de manera inmediata las situaciones de urgencia de las víctimas del conflicto armado interno.

Que en el Derecho Internacional Humanitario, el personal de salud cuenta con un estatuto especial de protección en razón de la labor que desarrollan.

Que en el ejercicio de sus funciones y del deber legal que les impone su profesión, son constantes los ataques contra la Misión Médica, por lo que se hace necesario adoptar estrategias para sensibilizar a la población en general y a los actores del conflicto sobre la importancia del respeto a la Misión Médica, sin perjuicio de la vigencia y aplicación de los instrumentos de los Convenio de Ginebra de 1949, el Protocolo II de 1977, adoptados por Colombia mediante las Leyes 5 de 1960 y 171 de 1994.

Que en desarrollo del principio de solidaridad social, es necesario procurar la adecuada atención de las víctimas del conflicto armado interno y crear las condiciones para la protección del personal médico y paramédico que atiende estos eventos.

Que con base en lo anterior, este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO 1°. Misión Médica: Para efectos de la presente resolución se entiende como Misión Médica el conjunto conformado por el personal sanitario, bienes, instalaciones, instituciones, vehículos, equipos, materiales necesarios, personas participantes y acciones propias de la prestación de servicios de salud en situaciones o zonas de conflictos armados, desastres naturales y otras calamidades.

ARTICULO 2°. Emblema Protector: Como Emblema para la Misión Médica, el Ministerio de Salud adoptará el siguiente: un rectángulo rojo, presentado verticalmente, en cuyo interior se encuentran dos elementos, en la parte superior y centrado un círculo azul con una cruz blanca inscrita en su interior; en la parte inferior, se escribirá el texto MISION MEDICA en mayúsculas, el cual irá en color blanco, centrado y en dos líneas, así:



ARTICULO 3°. Objeto de la Protección: Sin perjuicio de lo establecido en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977, la presente resolución tiene por finalidad:

- a) Fortalecer las garantías para brindar asistencia y protección humanitaria a la población más vulnerable afectada como consecuencia de conflictos armados, desastres naturales y otras calamidades;
- b) Proteger, garantizar y facilitar la misión del personal médico, paramédico y sanitario, civil y religioso, que presta sus servicios para aliviar la suerte de las víctimas de los conflictos armados, desastres naturales y otras calamidades;
- c) Proteger y garantizar los servicios que prestan las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios públicos o privados.

ARTICULO 4º. Uso del Emblema Protector: El Emblema de la Misión Médica adoptado por el Ministerio de Salud, podrá ser portado y usado por personal de salud, las entidades de salud y los medios destinados a la asistencia y el transporte de heridos, enfermos o náufragos. El personal de salud llevará un brazalete y una tarjeta de identificación provistas del Emblema de la Misión Médica.

En cualquier caso y de acuerdo con lo que señala el Manual de Uso del Emblema que para tal efecto entregará el Ministerio de Salud, el símbolo de la Misión Médica deberá estar autorizado, previa solicitud, por el Ministerio de Salud o las secretarías departamentales y distritales de salud.

ARTICULO 5º. Protección de los servicios sanitarios, la Misión Médica y los servicios humanitarios: Todas las autoridades y personas en Colombia, prestarán la ayuda y la colaboración al portador del Emblema de la Misión Médica y adoptarán las medidas indispensables para garantizar un correcto uso del Emblema y la prestación de los servicios sanitarios a cargo del personal de salud, facilitándoles entre otros asuntos, el libre tránsito, el transporte de medicamentos, alimentos y ayudas humanitarias, la evacuación de los heridos y enfermos.

ARTICULO 6º. Obligaciones del personal portador del Emblema: El personal de salud portador del emblema, además de las obligaciones legales y constitucionales, deberá cumplir con lo siguiente:

- a) Atender humanamente a todas las víctimas sin distinción alguna, determinando la prioridad en la atención únicamente con base en criterios médicos.
- b) Abstenerse de participar en las hostilidades.
- c) Actuar siempre de acuerdo con los principios éticos de su profesión.
- d) Portar su identificación.
- e) Evitar comentarios, acciones o actos hostiles que interfieran con el ejercicio de la Misión Médica.
- f) Abstenerse de dar uso indebido del Emblema.

ARTICULO 7º. Divulgación: El Ministerio de Salud, con la colaboración de las secretarías departamentales, distritales y locales de salud, procederá a desarrollar un programa progresivo de señalización y divulgación del Emblema de la Misión Médica entre los funcionarios del sector de la salud y la comunidad en general, en los hospitales, clínicas, centros de salud,

puestos de salud y todo tipo de instalaciones públicas o privadas, móviles o fijas, que participen en la prestación de servicios de salud.

ARTICULO 8°. Vigencia: La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. 5 AGOSTO DE 2002

GABRIEL ERNESTO RIVEROS DUEÑAS
MINISTRO DE SALUD

ANEXO 4

CIRCULAR MINISTERIAL No. 003

DE: MINISTRO DE SALUD (E)
PARA: DIRECTORES SECCIONALES Y LOCALES DE SALUD, GERENTES
 DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
ASUNTO: MANUAL DE USO DEL EMBLEMA PROTECTOR DE LA MISION
 MEDICA EN COLOMBIA
FECHA: 28 DE ENERO DE 2003

El Ministerio de Salud viene siguiendo con suma preocupación el incremento de algunas formas de violencia y en particular, las relacionadas con el conflicto armado y su impacto negativo sobre el adecuado ejercicio de la Misión Médica en Colombia.

Conscientes del problema y amparados en las normas del Derecho Internacional Humanitario aplicables en el país, mediante la Resolución 1020 de 2002 se adoptó el Emblema Protector de la Misión Médica en Colombia y se dictaron otras medidas. Como complemento de esta Resolución, se elaboró el Manual de Uso del Emblema Protector con el cual esperamos se aclaren las diversas modalidades de uso del mismo.

El Manual desarrolla lo contenido en la Resolución, aporta algunas de las definiciones aplicables al tema, las normas que permiten familiarizarse con el grafismo del emblema y señala las responsabilidades en el correcto uso del Emblema Protector por parte del Ministerio de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los trabajadores del sector.

Garantizamos el envío de un número suficiente de copias y les agradeceremos el desarrollo de una amplia difusión del Manual que esperamos resulte de especial utilidad en el trabajo que se viene realizando en esta sensible temática.

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA
Ministro de Salud (E)

ANEXO 5

55° ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.13

Punto 13.2 del orden del día 18 de mayo de 2002
Protección de las misiones médicas durante los conflictos armados

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando y reiterando la resolución WHA46.39, titulada "Servicios médicos y de salud en tiempos de conflicto armado";

Reafirmando la necesidad de promover y hacer efectivo el respeto de los principios y normas del Derecho Internacional Humanitario, y guiada en esta tarea por las disposiciones pertinentes de los Convenios de Ginebra de 1949 y de sus Protocolos Adicionales de 1977, según sean aplicables;

Consciente de que, a lo largo de los años, las consideraciones basadas en el Derecho Internacional Humanitario y el Derecho de los Derechos Humanos han redundado en una mejor protección del personal médico y de sus emblemas reconocidos durante los conflictos armados;

Profundamente preocupada por recientes informes sobre ataques cada vez más frecuentes contra personal, establecimientos y servicios médicos durante los conflictos armados;

Alarmada por la medida en que las poblaciones civiles se ven afectadas por la falta de atención médica como consecuencia de los ataques dirigidos al personal de salud y demás personal humanitario, así como a los establecimientos sanitarios, durante los conflictos armados;

Consciente de los efectos negativos de esos conflictos en los programas de salud pública de alta prioridad, tales como el Programa Ampliado de Inmunización y la lucha contra el paludismo y la tuberculosis;

Reconociendo los beneficios de los ceses del fuego negociados para celebrar días nacionales de inmunización, según proceda;

Convencida de que, de acuerdo con el derecho internacional, es indispensable adoptar medidas de protección contra los ataques dirigidos al personal de salud, los hospitales, los servicios e infraestructuras sanitarias, las ambulancias y demás vehículos médicos y los sistemas de comunicación utilizados con fines humanitarios,

1. EXHORTA a todas las partes en conflictos armados a que adopten y apliquen plenamente las normas pertinentes del Derecho Internacional Humanitario que protegen tanto a los civiles como a los combatientes que están fuera de combate, al personal médico y de enfermería y a todo otro personal de salud y humanitario, y respeten las disposiciones que rigen la utilización de los emblemas de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y el régimen de protección que tienen en virtud del Derecho Internacional Humanitario;
2. INSTA a los Estados Miembros a que condenen todos los ataques dirigidos al personal de salud, especialmente los que menoscaban la capacidad de ese personal para desempeñar su labor humanitaria durante los conflictos armados;
3. INSTA TAMBIÉN a los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros órganos intergubernamentales y no gubernamentales que realizan actividades en las esferas humanitaria o sanitaria a que promuevan la aplicación de medidas que garanticen la seguridad del personal de salud;
4. INSTA ADEMÁS a las partes en conflictos y a las organizaciones de socorro humanitario a que velen por que las ambulancias y demás vehículos médicos, las instalaciones sanitarias y demás estructuras que facilitan la labor del personal de salud sólo sean utilizados con fines humanitarios;
5. PIDÉ a la Directora General:
 - 1) que promueva la protección y el respeto del personal de salud y los establecimientos sanitarios;
 - 2) que establezca un estrecho contacto con las organizaciones competentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular el UNICEF, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, junto con el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otros órganos intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes, a fin de promover la aplicación de la presente resolución;
 - 3) que difunda ampliamente la presente resolución.

Novena sesión plenaria, 18 de mayo de 2002, A55/VR/9



IMPRESO CON EL APOYO DE

