

PAPEL DEL PERSONAL DE SALUD EN EL CONFLICTO ARMADO

Por doctor Jorge Iván López Jaramillo¹

INTRODUCCIÓN

El conflicto armado colombiano afecta cada vez más la población civil no participante directamente en las hostilidades. La extensión y magnitud del conflicto y el uso de nuevas herramientas de guerra, ha modificado el cuadro epidemiológico de la confrontación, involucrando cada vez más estructuras y objetivos no militares.

El papel que desempeñe el personal de la salud en estas circunstancias debe estar orientado a dos aspectos:

- Aumentar la resiliencia de las comunidades.
- Reducir la vulnerabilidad del personal de la salud.

En esta ponencia se esbozarán los elementos básicos relacionados con los aspectos descritos, así como las recomendaciones para que los gremios, las universidades, las entidades de salud y los profesionales mismos, aborden el tema del conflicto armado con la seriedad que la situación actual demanda.

ETAPAS DEL CONFLICTO ARMADO

Un conflicto armado genera en la comunidad afectada reacciones que dependen en gran medida del grado en que su seguridad física y económica se ven afectadas. En todo conflicto hay individuos, familias y comunidades que:

- Permanecen en áreas de riesgo.
- Son desplazados de manera forzada o de manera forzosa.
- Cruzan las fronteras entre países huyendo de esta situación (refugiados).

¹ Médico y Cirujano de la Universidad de Antioquia. Especialista en Gerencia de la Salud Pública del Instituto de Ciencias de la Salud – CES de Medellín. Hace parte de la primera cohorte de la Maestría Internacional sobre Protección Comunitaria y Promoción de la Seguridad auspiciada por la Organización Mundial de la Salud - OMS, en cooperación con cuatro universidades europeas. Actualmente Director del *Centro de Entrenamiento Médico y Paramédico con Simuladores – CEMPAS* del CES. Ha desarrollado actividades relacionadas con la prevención, preparación y atención de desastres durante más de dos décadas, prestando apoyo y asesoría a entidades del orden nacional e internacional.

Las fases de un conflicto armado desde el punto de vista de la asistencia requerida se pueden dividir en:

- **Preconflicto.**

Esta fase se caracteriza por el deterioro de las condiciones económicas y sociales de la población, una creciente inestabilidad y el incremento de acciones armadas que afectan principalmente a la población civil no combatiente.

- **Conflicto.**

Esta fase puede sucederse entre períodos de relativa estabilidad e intensos combates.

La *relativa estabilidad* demanda del personal de salud la prestación de servicios básicos en los que es preciso proveer a la comunidad de elementos que le permitan sobrellevar los períodos de intensos combates.

Los *intensos combates* limitan considerablemente los servicios de salud, reduciendo la capacidad del sector a la oferta institucional en zonas urbanas.

La *movilización* incluye el período de tiempo en que la población decide iniciar su desplazamiento desde zonas rurales alejadas, hacia veredas, corregimientos y zonas urbanas. En una etapa posterior se dará el desplazamiento entre barrios de una misma ciudad como producto de la presión de los grupos armados urbanos.

La *fase de emergencia* contempla el inicio de la ayuda humanitaria, en respuesta a las necesidades básicas de la población desplazada o afectada directamente por la confrontación armada. Esta fase se caracteriza por ser un período en el que el caos de las fases anteriores es gradualmente reemplazado por los esfuerzos de asistencia de las entidades públicas y privadas.

- **Estabilización.**

Ocurre cuando la fase de emergencia ha pasado. Las comunidades se reorganizan en los lugares de asentamiento y la situación retorna a una relativa normalidad. Según la OMS, en su publicación *Reproductive Health During Conflict and Displacement – Geneva, 2000. Chapter i*, la estabilización se presenta cuando la mortalidad se reduce a una tasa de 1-2 por 10.000 por día.

- **Retorno y Postconflicto.**

El *retorno* se da cuando los refugiados o los desplazados pueden regresar a su lugar de origen o ubicarse definitivamente en un asentamiento definido para tal fin.

El *posconflicto* es el período de reconstrucción y recuperación, en el que se logra la recuperación de tejido social.

INCREMENTAR LA RESILIENCIA

Los esfuerzos del sector salud en beneficio de las comunidades vulnerables consisten en incrementar su resiliencia. Se entiende por resiliencia la capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante adversidades que implican un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y transformación, a pesar de los riesgos y la adversidad (Bernard B, 1996).

Incrementar la resiliencia significa promover una serie de factores protectores a nivel del individuo y la comunidad, con el objetivo de mejorar su capacidad de respuesta ante los agresores externos.

Estas actividades, desde el punto de vista del sector salud, deben planearse de acuerdo con las diversas etapas del conflicto, si:

En el **preconflicto** deben diseñarse políticas que permitan asumir el conflicto como un problema de salud pública. Estas políticas deben hacer énfasis en el papel del personal de salud en acciones preventivas, conocimiento y documentación sobre el conflicto.

El entrenamiento del personal de salud debe comprender el manejo de las patologías que se derivan de los conflictos armados, incluyendo el deterioro de la salud mental de la población y el incremento de las secuelas sociales, violencia intrafamiliar, abuso sexual, adicciones y discriminación.

Se debe reforzar el conocimiento sobre los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, relacionado con la protección de la población civil en época de conflicto armado.

En época de **conflicto** se deben aplicar planes de emergencia desde la fase de *estabilidad*, de manera que se puedan reducir los efectos adversos de los combates, el desplazamiento forzoso y otros efectos colaterales, incluso desastres de origen natural. El establecimiento de centros de reserva ubicados de manera estratégica puede reducir el tiempo de transporte y la posibilidad de un desabastecimiento por bloqueo de vías de acceso a zonas de conflicto.

La actualización de los planes hospitalarios para emergencias externas es determinante en este período.

Durante el *desplazamiento* propiamente dicho, se deben preparar servicios de emergencia en salud para asistir a la población en los lugares de recepción y sitios de alojamiento temporal.

El inicio de las actividades asistenciales se denomina *fase de emergencia* en la que de inmediato se debe involucrar a la comunidad en la solución de sus necesidades básicas en salud y en la adopción de medidas de saneamiento. Se debe tener previsto la atención de heridos procedentes de zonas de combate y la restricción de la movilización del personal de salud y unidades móviles hacia la zona rural, debido al alto riesgo de los enfrentamientos y al eventual uso de minas antipersonales.

La fase de **estabilización** debe orientarse a las medidas de rehabilitación psicosocial y recuperación del tejido social, en procura de generar procesos educativos que garanticen al aumento de la resiliencia frente a futuros eventos.

La fase de **retorno y postconflicto** estará orientada básicamente en la recuperación del estado de salud de la población, el reinicio de los programas de promoción y prevención y el restablecimiento de los servicios extramurales.

REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD INDIVIDUAL

Las medidas sugeridas anteriormente se pueden dar desde la base de que el personal de salud esté en condiciones de afrontar las diferentes etapas del conflicto armado. En la vulnerabilidad individual es el individuo, desde sus imaginarios reales, es decir, la concepción que el sujeto elabora sobre su entorno y que en esencia es la realidad que este vive y padece, quien puede estar bajo riesgo. Esta realidad se diferencia del imaginario formal, que es el que se construye desde la lectura realizada por agentes externos, como es el caso de la valoración que se hace en la vulnerabilidad global sobre las personas en bajo riesgo.

Las variables de la vulnerabilidad individual incluyen el *conocimiento de la amenaza, la afectividad y la capacidad de acción*.

1. Conocimiento

El componente cognitivo se refiere a las creencias u opiniones sobre los hechos u objetos sociales y culturales dispuestos en el entorno.

En el caso del conflicto armado es preciso conocer sus antecedentes, causas, comportamiento y efectos sobre las personas y el entorno, los actores y su forma de operación, las áreas de ingerencia y la relación que manejan con el sector salud.

2. Afectividad

El componente afectivo da cuenta del sentimiento o emoción, positivo o negativo, que está ligado al objeto, se manifiesta por medio de sentimientos, preocupaciones y sensaciones.

En este aspecto, en relación con el conflicto armado, la afectividad que el individuo maneja con su entorno, con su familia, con sus compañeros de trabajo, puede aumentar su vulnerabilidad.

3. Acción

El componente de acción hace referencia a la predisposición a responder o actuar de determinada manera, de mediar la liberación de los mecanismos de inhibición que actúan sobre dicha predisposición.

En caso de conflicto armado, es determinante la capacidad del individuo de tomar acciones claras para protegerse y reducir el riesgo, reaccionar con cabeza fría y no dejarse presionar por los actores armados del conflicto.

La reducción de la vulnerabilidad individual, en el caso del personal de salud, le permitirá a los profesionales contar con mejores herramientas de apoyo mutuo y apoyo comunitario, en beneficio personal y de las comunidades más vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sotomayor Tribin, Hugo Armando. Guerras, enfermedades y médicos en Colombia. Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Orion Editores. Bogotá, 1997.
- Gómez A., Juan Gabriel. Conflicto Armado y Derecho Internacional Humanitario en Colombia. En: Colombia contemporánea.
- Valencia Villa, Alejandro. Derecho Humanitario y conflicto armado en Colombia. En: Revista Guerra y Constituyente. Comisión andina de juristas, seccional colombiana. Bogotá, 1991.
- Cruz Roja Colombiana. ¿En la guerra, es posible la humanidad? En: Revista Políticas. Volumen 6 y 7. Cali, 1997.
- De Currea Lugo, Víctor y CICR. Derecho INTERNACIONAL Humanitario y Sector Salud: el caso colombiano. Plaza y Janés Editores Colombia S.A. Abril, 1999.
- Derecho Internacional Humanitario y Protección de la misión médica. Programa de Urgencias, Emergencias y Desastres de la Dirección Seccional de Salud. Gobernación de Antioquia. Medellín, 1999.
- Castro Rincón, Luz Amparo. Ejercicio de la profesión médica en los conflictos armados. Diplomado en DIH. Bogotá, 1997.
- Baccino Astrada, Alma. Deberes y Derechos del personal sanitario en los conflictos armados. Manual publicado por el CICR y FISCR. Ginebra, 1982.
- Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano. Comité Internacional de la Cruz Roja. 1999.
- López J., Jorge Iván. "Enfoque Integral del Riesgo". Inédito. Medellín.
- World Health Organization. Reproductive Health during Conflict and Displacement. A guide for programme managers. Geneva, 2000.