

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>

Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia

*Armed conflict in Colombia and medical mission: medical narratives as survival memories*Diana Zulima Urrego-Mendoza¹

Recibido: 26/08/2014 Aceptado: 24/03/2015

¹ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Diana Zulima Urrego-Mendoza. Carrera 30 # 45-00, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: + 57 1 3165000. Correo electrónico: dzurregom@unal.edu.co.

[| Resumen |](#)

Antecedentes. Elaborar memorias que permitan afrontar la violencia ejercida contra la misión médica en el contexto del conflicto armado facilita la creación de estrategias de diálogo en busca de la reparación y el perdón en el marco del proceso de paz que se realiza en la actualidad.

Objetivo. A través de las narrativas de los médicos colombianos entrevistados, identificar los casos que tipificaban una violación a los protocolos, tratados y normas del Derecho Internacional Humanitario (DIH) en relación con la misión médica.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio con enfoque cualitativo hermenéutico adoptando los presupuestos teóricos de la función narrativa ricoeuriana, y analizando la trama del relato de la experiencia, las circunstancias, el tiempo y el sentido de la narración.

Resultados. Se identificaron las siguientes tipologías de infracciones contra la misión médica: normas en el papel, violación a la neutralidad, actividades sanitarias o territorio de guerra, soledad del médico, víctimas en busca de un refugio: la población civil y el médico, y la crudeza de la guerra. Entre las infracciones que se evidenciaron están la violencia que se ejerce contra las instalaciones de salud, los heridos y enfermos, el personal de salud y los medios de transporte sanitarios.

Conclusiones. En el conflicto armado colombiano se han presentado violaciones que atentan contra la misión médica por parte de actores estatales y no estatales. Prevalece una falta de información y conocimiento del DIH y la misión médica. A pesar de esta circunstancia, los médicos que compartieron

sus narrativas lograron solventar situaciones relacionadas con crímenes de guerra en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Guerra; Medidas de seguridad; Misiones médicas oficiales; Médicos; Narrativas personales (DeCS).

Urrego-Mendoza DZ. Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):377-88. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>.

Summary

Background. Developing memorials to face violence against medical missions in the context of armed conflict facilitates the creation of dialogue strategies to seek for reparation and forgiveness within the ongoing peace process.

Objective. Through the personal narratives of interviewed Colombian doctors, to identify the typical cases of violation of protocols, treaties and rules of the International Humanitarian Law (IHL) in relation to medical missions.

Materials and methods. A study was conducted with a qualitative hermeneutic approach by adopting the theoretical assumptions of the Ricoeurian narrative function, and analyzing the story plot of the experience, circumstances, time and sense of narrative.

Results. The following types of offenses against the medical mission were identified: rules on paper, violation of neutrality,

health activities or battlefield, the physician's loneliness, victims seeking refuge: civilians and the physician, and the harshness of war. Among the evidenced violations are the violence perpetrated against health facilities, the wounded and the sick, health staff and medical transportation.

Conclusions. In the Colombian armed conflict, state and non-state actors have carried out violations that threaten medical missions. The lack of information and knowledge of the IHL and medical missions is prevailing. Despite this fact, in most cases doctors who shared their narratives were able to solve situations related to war crimes.

Keywords: War; Security measures; Medical missions, Official; Physicians; Personal narratives (MeSH).

.....
Urrego-Mendoza DZ. [Armed conflict in Colombia and medical mission: medical narratives as survival memories]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):377-88. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.45209>.

Introducción

En este artículo se presentan los resultados de una investigación que indagó a través de las narrativas sobre la práctica médica en el contexto del conflicto armado colombiano. Se identificaron los principios del Derecho Internacional Humanitario (DIH) en relación con la misión médica que son irrespetados en Colombia. Es decir, se analizaron los casos narrados por los médicos que tipificaban una violación a los protocolos, tratados y normas establecidos acerca de la práctica médica.

El DIH contempla normas que tienen como objetivo, por un lado, limitar los efectos del conflicto armado protegiendo a la población civil, a los heridos que ya no están combatiendo y a los profesionales de la salud que prestan sus servicios y, por otro lado, limitar los métodos de la guerra (1). Los desarrollos teóricos del DIH y la misión médica relacionados con conflicto armado incluyen los Convenios de Ginebra, los Protocolos I y II, los Protocolos Adicionales, y el DIH consuetudinario.

Los Convenios de Ginebra

Los convenios contienen lineamientos normativos relacionados con la protección a las personas víctimas del conflicto armado e incluyen aspectos relacionados con el respeto a la vida, la integridad física y moral, las garantías judiciales de personas independientemente de que sean prisioneros de guerra, el respeto al personal y material médico, los hospitales y las ambulancias (2).

Están conformados por cuatro convenios denominados así: I- Para aliviar la suerte de los heridos y enfermos de las

fuerzas armadas en campaña (3), II- Para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar (4), III- Relativo al trato de los prisioneros de guerra (5), IV- Protección de personas civiles en tiempo de guerra (6).

Los Protocolos Adicionales

El avance en el desarrollo de armas que afectan el medio ambiente generó una preocupación global por la supervivencia del planeta. En consecuencia, se realizó una reunión con el fin de acordar nuevas normas en caso de guerra. Los consensos logrados incluyeron por primera vez una normativa para regular los conflictos internos a través del DIH aplicándolo en el territorio nacional (7).

Los acuerdos específicos

La creación de nuevas armas convencionales, minas y armas láser promovieron pactos concernientes a la protección de bienes culturales, el control de armas biológicas y la exclusión de la participación de los menores de edad en los conflictos armados (8,9).

El Derecho Internacional Humanitario consuetudinario

El DIH consuetudinario representa la codificación de obligaciones ya existentes a modo de costumbres para los pueblos que son universales y hacen parte de la conciencia moral de la comunidad internacional (10,11). En este grupo se caracterizan seis aspectos con sus respectivas normas a seguir: el principio de distinción, las personas y bienes especialmente protegidos, los métodos específicos de la guerra, las armas, el trato debido a las personas civiles o fuera de combate, y la aplicación de las normas (12).

Conflictos armados y aplicación del DIH

Para aplicar el DIH se debe reconocer que existe un conflicto armado externo o interno al mismo tiempo que los Estados reglamentan los protocolos y castigan la violación a las normas con el fin principal de proteger a las víctimas del conflicto.

Conflicto armado internacional

Un conflicto armado internacional se define como la confrontación de dos o más Estados que debe cumplir con los principios de *ius ad bellum* y *ius in bello*, con el propósito de controlar, defender o mantener unos recursos naturales o humanos específicos (13). El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) agrega que cualquier diferencia entre dos Estados que incluya la intervención de la fuerza armada, aunque uno

de los dos niegue la existencia de la misma, cumple requisitos para una confrontación (14).

Estos conflictos externos están reglamentados por los Convenios de Ginebra, el Protocolo I, los Protocolos Adicionales y el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional de 1998, entre otros (2).

Conflicto armado no internacional o interno

Según el Protocolo II, se entiende como conflicto armado de carácter interno aquel que:

“en el territorio de una Alta Parte contratante entre sus fuerzas armadas y fuerzas armadas disidentes o grupos armados organizados que, bajo la dirección de un mando responsable, ejerzan sobre una parte de dicho territorio un control tal que les permita realizar operaciones militares sostenidas y concertadas” (15).

Es decir, un conflicto armado no internacional se presenta cuando las fuerzas del Estado luchan contra grupos de oposición en el mismo territorio, existe una organización de los grupos rebeldes y la acción de hostilidad es de índole colectivo (14).

Además del artículo 3 y el Protocolo II, en los conflictos no internacionales son aplicables pocos tratados, entre ellos: La Convención sobre Armas Convencionales, el Estatuto de la Corte Penal Internacional, la Convención de Ottawa sobre la Prohibición de Minas Antipersonales, la Convención de Armas Químicas y la Convención de la Haya para la Protección de Bienes Culturales (11).

La misión médica

La misión médica está conformada por el personal de salud, las instalaciones, los medios de transporte, los equipos, los materiales, las actividades de atención y promoción permanentes o transitorias a las personas afectadas por causa de un conflicto armado (14).

El CICR hace referencia por primera vez a este término en el Protocolo Adicional II, donde se explica el significado del término *misión médica* como “el conjunto de actividades que el personal asistencial cumple de conformidad con sus obligaciones profesionales” (15).

La protección de la misión médica ha sido planteada por diversos acuerdos de organismos gubernamentales y no gubernamentales. Entre ellos se destacan los promovidos por el CICR en los Convenios de Ginebra, los Protocolos Adicionales, la Asociación Médica Mundial (AMM) en el

Manual de Ética Médica para Tiempos de Conflicto Armado, y la Organización Mundial de la Salud.

El Protocolo Adicional I, en el título II, sección I, artículo 8, define la conformación de la misión médica en cada uno de sus elementos. Según este documento, el personal sanitario incluye tanto al militar como al civil, a los organismos de protección civil y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o internacionales debidamente reconocidas y autorizadas por una parte del conflicto. Las unidades sanitarias permanentes o temporales comprenden los hospitales, centros de salud, laboratorios, depósitos de materiales sanitarios o farmacéuticos, centros de prevención y promoción fijas o móviles. Por último, el transporte sanitario puede ser civil, militar, permanente o temporal, y destinado exclusivamente para actividades relacionadas con la salud (16).

EL DIH, el conflicto armado interno y la misión médica en Colombia

Reconocimiento de los Convenios de Ginebra y los Protocolos Adicionales

Colombia hace parte de los Estados que han reconocido los Convenios de Ginebra y los Protocolos I y II. La adhesión al Convenio de Ginebra se realizó mediante la Ley 5 de 1960 y está vigente desde el 8 de mayo de 1962. El Protocolo I fue aprobado con la Ley 11 de 1992 y es efectiva desde el 1 de marzo de 1994 (17).

Sin embargo, la adhesión al Protocolo II por medio de la Ley 171 del 16 de diciembre de 1994, que reconoce la regulación del conflicto armado interno, fue impugnada ante la Corte Constitucional por considerar que se extralimitaba en lineamientos que correspondían a la soberanía del país. Por este motivo se emitió la sentencia C-225 de 1995 donde se reconoce que “las normas humanitarias son obligatorias para los Estados y las partes del conflicto, así no se hayan aprobados los acuerdos, ya que esta normatividad depende de su carácter consuetudinario” (10).

El reconocimiento del conflicto armado interno en Colombia

En cuanto a la normatividad y jurisprudencia colombiana que se refiere al conflicto armado, existen las leyes 418 de 1997, 548 de 1999, 782 de 2002, 1106 de 2006, 599 de 2000, 975 de 2005 y la 1448 de 2011. Respecto a las jurisprudencias, existen las sentencias C-251 de 2002, C-802 de 2002 y C-172 de 2004 de la Corte Constitucional (18).

Es importante observar que el conflicto armado en nuestro país solamente fue reconocido políticamente hasta el año 2011. Esto quiere decir que a pesar de que en los periodos anteriores

existía la legislación relacionada, no se había tomado una decisión política que comprometiera al Estado abiertamente con la declaración del conflicto armado interno.

La misión médica en Colombia

En el año 1994 se implementó un plan de acción liderado por el Programa Presidencial para los Derechos Humanos y el DIH que señaló la necesidad de capacitar al personal de salud activo o en formación, a las organizaciones de la sociedad civil y a los trabajadores del sector de la misión médica para la atención en el conflicto armado (19).

El Ministerio de Salud define la misión médica en Colombia como: “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” (20).

En relación con la legislación que incluye la protección y conformación de la misión médica en el territorio nacional se establecieron la Circular 028/DIPLA-REHUM-868 de 1992, el Decreto 860 de 1998, la Ley 852 de 2003, la Ley 875 de 2004, el Decreto 138 de 2005, el Decreto 2816 de 2006, la Resolución 1020 de 2002 y la Resolución 4481 de 2012 (21,22).

Manual de Misión Médica en Colombia

La Resolución 4481 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra vigente a la fecha y adopta el Manual de Misión Médica con el fin de establecer los deberes y derechos del personal sanitario para garantizar una adecuada prestación del servicio médico en el conflicto armado (23).

A su vez, el Manual de Misión Médica adopta las definiciones del DIH relacionadas con la misión y la actividad médica, incluyendo no solamente los cuidados de salud, sino también la confirmación de fallecimientos, consejos de salud y actividades de promoción y prevención (24).

Derechos y deberes de la misión médica

Entre ellos se incluyen los siguientes deberes (24):

Prestar la asistencia sanitaria de forma imparcial y humanitaria.

Respetar y proteger a las víctimas de los conflictos armados.

Abstenerse de participar en las actividades bélicas.

No abandonar a los heridos y enfermos.

Respetar el secreto profesional.

Portar siempre los documentos e identificarse ante la fuerza pública.

Dar prioridad a la asistencia con base en el criterio médico.

Preservar los principios de ética médica (24).

Incidentes e infracciones contra la misión médica

Este manual tipifica los incidentes y las infracciones contra la misión médica. Define el incidente de la misión médica como “cualquier acción u omisión directa o indirecta que impida, retrase o limite el acceso a los servicios de salud y que no esté clasificada como una infracción al DIH” (24).

Por su parte, las infracciones son catalogadas de acuerdo con el Protocolo II de Ginebra e incluyen los actos cometidos contra heridos, enfermos, población civil, personal sanitario, bienes y transporte sanitario. Teniendo en cuenta estos aspectos, en nuestro país se entiende por infracción a la misión médica: “La conducta que por acción u omisión afecta a los componentes y actividades de la misión médica o a los beneficiarios directos de las mismas y que se relaciona con situaciones de orden público, irrespetando uno o varios deberes o derechos mencionados” (24).

En el manual se enumeran infracciones contra la vida y la integridad, la infraestructura, las actividades sanitarias, los actos de perfidia y las violaciones al secreto profesional (24).

Violencia e infracciones contra la misión médica en el contexto del conflicto armado colombiano

Desde que entró en vigencia la Ley de Víctimas se están recuperando testimonios, documentos y estadísticas relacionadas con las violaciones de los derechos humanos y DIH. Desde 2012, la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) y el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) se han dado a conocer los hechos en busca de la reparación y reconocimiento.

En los últimos 25 años se han reportado 5000 ataques o afectaciones a instituciones educativas, centros de salud, carreteras o bienes civiles. En el informe del CNMH se recopiló experiencias que evidencian el ataque a las actividades de la salud y, por lo tanto, a la misión médica. Por ejemplo, las promotoras de salud y las parteras son objetivo táctico de los actores armados con el fin de desarticular el liderazgo en la comunidad (25).

Investigaciones realizadas por el CICR en Colombia evidencian una cultura de guerra que considera el sufrimiento de la población civil como “parte de la guerra”. Varios testimonios indican que en nuestro país es “normal” que cada día se presenten víctimas de la guerra e incluso, que una masacre de 20 personas se considere pequeña ante la magnitud de eventos pasados (26).

En un estudio del CICR realizado con civiles y combatientes para conocer su actitud frente al DIH y su experiencia personal en la guerra, se evidenció que solamente un tercio de los encuestados ha oído hablar de los Convenios de Ginebra. Sin embargo, casi el 60% estuvo de acuerdo con que hay reglas en la guerra y que los crímenes que violan estos acuerdos deben ser castigados. Al mismo tiempo, la mayoría de los encuestados manifestaron que no aprueban acciones que puedan perjudicar a la población civil (27).

Durante los años 1995 a 1998 se registró un incremento de hechos violentos y ataques contra la misión médica en nuestro país, haciendo evidente la necesidad de crear políticas públicas para la protección del personal y los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, se presentaron el subregistro y la falta de denuncia de este tipo de infracciones (28).

La prestación de servicios de salud ha sido utilizada por los actores del conflicto como un medio de control de la población civil y de la guerra. En el informe *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad* se expone que, entre los años 1998 y 2002, los paramilitares aumentaron su injerencia en la política regional y local tomando el control de actividades de salud y educación (25).

El CICR indica que, entre septiembre y octubre de 2000, en nuestro país se llevaron a cabo ejecuciones por parte de actores armados—identificados como paramilitares y guerrilleros—a pacientes transportados en ambulancias; situación que llevó a suspender las actividades humanitarias en dichas zonas. Se registraron casos de trabajo de campo en veredas minadas, como en Santa Cruz, donde la médica, única profesional de salud, arriesga su vida para cumplir con atenciones domiciliarias (27).

Entre 2001 y 2004, se presentaron 48 infracciones por restricción y prohibición de oferta sanitaria, 43 casos de robo de medicamentos, 30 casos de ataques a unidades sanitarias, 17 infracciones contra personas, se evitó la atención de heridos o enfermos en 7 oportunidades, se reportaron 140 casos de ataques a la misión médica con 230 víctimas de amenazas, 84 homicidios, 40 casos de retenciones o secuestros, 59 desplazamientos forzados, 13 casos de atención a personas en condiciones inadecuadas, y 29 ataques a transportes sanitarios (28).

Entre los años 2002 y 2007, se presentó el uso indebido de bienes públicos y numerosos ataques a la infraestructura de veredas y municipios, incluyendo las instituciones de servicios de salud (25).

Durante el año 2008 se registraron 35 casos de infracciones a la misión médica; las principales fueron amenazas, privación de la libertad para el ejercicio de la medicina, desplazamientos y ataques directos a personal de salud e instalaciones (29).

El CICR, en su informe del 2009, documentó 31 abusos al equipo de salud, entre los que registró la prohibición de la prestación del servicio médico, la ejecución de pacientes y la persecución de profesionales que generó desplazamientos (30).

En 2010, se registraron 31 infracciones contra la misión médica y 34 hechos que impidieron el desarrollo de esta; sin embargo, el subregistro persiste y se tiene conocimiento sobre desplazamiento de personal de salud que no fue denunciado. Los departamentos más afectados fueron Arauca, Nariño, Norte de Santander, Antioquia, Meta y Chocó (31).

En el año 2011, el CICR documentó 760 situaciones de violación al DIH y evidenció un aumento en las hostilidades en los departamentos del Cauca, Nariño, Antioquia, Córdoba, Putumayo, Caquetá, Meta, Guaviare y Norte de Santander. El CICR solo tiene en cuenta los casos debidamente documentados en sus estadísticas y aquellos que ocurren en zonas de influencia de su labor; por lo tanto, los datos presentados no representan la totalidad de las infracciones cometidas contra la misión médica en nuestro país. En las infracciones contra el personal de salud y la infraestructura sanitaria se registró un aumento del 60% en relación con el año anterior; los departamentos más afectados fueron Cauca, Norte de Santander, Arauca, Nariño y Antioquia. La gravedad de los actos aumentó al punto de que incluyeron asesinatos de pacientes durante su traslado en ambulancias (32).

Durante el 2012, se presentaron 880 presuntas infracciones al DIH, 75 de ellas contra la misión médica y, además, 13 incidentes que incluyen reportes de amenazas y ataques contra el personal e infraestructura sanitaria. Los departamentos más afectados son Cauca, Antioquia, Nariño, Norte de Santander y Chocó, que registraron destrucción de puestos de salud, amenazas de muerte, robo de medicamentos y vehículos, y ataque a pacientes transportados en ambulancias (33).

El Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP) en un informe especial sobre violaciones a los derechos humanos presenta a los autores de las infracciones al DIH durante el 2012: paramilitarismo en 493 casos, FARC en 347 casos, Ejército Nacional en 118 casos, combatientes no identificados en 98

casos, policía en 72 casos y ELN en 48 casos (34). El CINEP reporta las cifras de los datos registrados en el banco de datos de violencia política y derechos humanos y, reconociendo las limitaciones de acceso a la información, presenta una perspectiva sin pretender entrar en conflicto con otras fuentes.

Al terminar el año 2013, el CICR confirmó que el conflicto armado continúa siendo un obstáculo para el acceso a la salud. Las infracciones más frecuentes fueron el bloqueo a la prestación del servicio, el robo de insumos médicos, las amenazas contra el personal de salud y los ataques físicos. Es necesario mencionar que estos ataques se han trasladado a los entornos urbanos de ciudades como Medellín, Buenaventura y Tumaco, donde se registraron 207 presuntas violaciones al DIH (35).

Durante el año 2014, se presentaron varios casos de infracciones a la misión médica. En el mes de abril, en Antioquia dos pacientes fueron asesinados cuando eran transportados en ambulancias hacia centros de atención de mayor complejidad (36).

Materiales y métodos

Esta investigación se realizó utilizando un enfoque cualitativo hermenéutico desde el lenguaje a través de las narrativas. Se adoptaron los presupuestos teóricos de la función narrativa ricoeuriana que permitieron analizar el relato de la experiencia vivida desde la articulación del lenguaje con una trama, unas circunstancias, un tiempo y un sentido reconfigurado en la narración (37).

Reflexiones sobre las narrativas, la memoria y la historia

La promulgación de la Ley de Víctimas permitió que la historia de la violencia en nuestro país se escribiera desde la voz de las víctimas a través de las narrativas de la memoria, cumpliendo el objetivo de restituir lo sufrido a través de la huella en el tiempo (38).

Para Ricoeur, la vida tiene que ver con la narración, pues esta construye una historia que permite organizar sucesos de forma inteligible. Al narrar se pueden comprender los encuentros deseados o no deseados, las interacciones con los otros, las circunstancias y las acciones (37). El lenguaje es el mediador entre el hombre y el mundo, el hombre y el otro, y el hombre y sí mismo. Con el lenguaje se expresa la realidad y se constituye comunidad a partir de la relación con otros (39).

Esta narración de los hechos pasados permite recuperar la memoria histórica, reconstruir los acontecimientos, completar duelos y alcanzar la reconciliación a través de la resignificación de los sucesos (40).

Narrar el mal, para Lara (41), es narrar la cualidad de la experiencia, con un valor ético y político por comprender un proceso de reflexión de verdades de la subjetividad y la complejidad humana como formas simbólicas de relacionarnos con otros seres humanos.

Al respecto, el CICR considera que es necesario reconocer y narrar los episodios de violencia a través de las víctimas para lograr un acuerdo de paz y reconstruir la sociedad; ya que: “sin incorporar esa realidad de contrastes en toda su magnitud, será muy difícil darle el reconocimiento debido a las víctimas del conflicto y plantear soluciones de largo alcance” (32).

Al contar estas historias relacionadas con la práctica médica en el contexto del conflicto armado colombiano, los narradores y los lectores reconfiguran la narrativa obteniendo un sentido y un significado. De esta forma, se comprende un fragmento de la historia de la misión médica en nuestro país, incorporando esa realidad a través de las voces de los múltiples personajes, entre los cuales el médico es la voz principal.

Por este motivo, los testimonios recolectados en este trabajo tuvieron lugar en diferentes tiempos y cuentan otras historias desde la complejidad simbólica de la relación del médico con la comunidad en medio del conflicto.

Es necesario aclarar al lector que esta no es una investigación con enfoque cuantitativo, se trata de un estudio interpretativo de carácter cualitativo y, por lo tanto, de interés comprensivo y explicativo. Por esta razón, los criterios de selección de la población estuvieron determinados por la validez, la verosimilitud, la ubicación geográfica y la temporalidad.

A través de estas narrativas no se pretendió establecer asociaciones causales, cifras, ni patrones sobre los tipos de infracciones cometidas contra la misión médica en nuestro país. El objetivo fue comprender las prácticas y las situaciones de violencia del médico en el contexto del conflicto armado interno y encontrar un sentido a través de las voces de quienes lo viven a diario.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis a partir de las cuales se clasificaron e interpretaron las narrativas están relacionadas con la misión médica y la situación de violencia o infracciones contra ella. Así, se usaron como categorías: la práctica médica, las infracciones contra la vida y la integridad, la infraestructura, las actividades sanitarias, los actos de perfidia, las violaciones al secreto profesional, las circunstancias en que sucedieron los hechos y la identificación de infractores.

Procesamiento de interpretación de las narrativas

Se adoptó la estrategia de procesamiento de la información a partir de los aportes de Quintero (42), modificados para cumplir los objetivos de este estudio. El procesamiento está constituido por cuatro momentos: la codificación, la preconcepción de la trama narrativa, la contextualización de la trama narrativa y la reconfiguración de la trama narrativa.

Aspectos éticos

Se realizaron entrevistas narrativas únicamente a los médicos que accedieron voluntariamente a participar en el estudio, a quienes se les aseguraron la confidencialidad y el anonimato de la información correspondiente. Por este motivo, las narraciones se rotularon con códigos que impiden la identificación de los participantes, fueron manejadas exclusivamente por la investigadora, se mantienen bajo custodia y no se cederán ni se utilizarán con otros objetivos.

Es necesario aclarar que se omitieron lugares específicos, nombres y fechas que comprometieran la privacidad y confidencialidad de los entrevistados.

Resultados y discusión

Teniendo en cuenta que esta investigación se enmarcó dentro de una experiencia narrativa, se presentarán los casos identificados que fueron titulados eligiendo extractos del relato de los médicos de acuerdo a los objetivos del estudio y clasificados según una tipología emergente acorde a la teoría revisada y a los sentimientos que emergían a medida que avanzaba la lectura de los mismos.

Los casos de infracciones del DIH contra la misión médica se presentan en la Tabla 1. Es importante comprender que cada uno de los casos presenta varias violaciones y que en la tipología se privilegió la estructura y la trama narrativa de los diferentes protagonistas.

Tabla 1. Tipología de infracciones a la misión médica identificadas en las narrativas analizadas, infracciones según la circunstancia.

| Tipología | Casos | Infracciones | Actores infractores |
|--|--|--|--|
| Las normas en el papel | "Realmente no tenían ningún enfermo". "Lo único que hice fue hacerme detrás de una columna". "Me tocó salir escondida por amenazas". "Yo no entiendo nada de la guerra". | Irrespeto a la neutralidad. Ataque a la misión médica. Desplazamiento forzado. Presión para revelar información protegida. | Fuerza Pública de Colombia Guerrilla |
| ¿Hacia qué lado? Solo soy un médico | "Deje lo que está haciendo. Usted sale ya con nosotros". "El tipo quería saber yo en qué posición estaba". "El que me necesite tiene, y nada que hacer". "Yo no puedo hacer eso". "La vida humana adquiere otra dimensión". "No es buena idea negarse a hacerle un servicio a esta gente". | Violencia contra el personal de salud. Acoso, amenazas, intimidación. Obligar a revelar información prohibida. Restricción y prohibición a la oferta de servicios. Evitar la atención de heridos. Secuestro. | Paramilitares Fuerza Pública de Colombia Guerrilla |
| ¿Actividades sanitarias o territorio de guerra? | "Ustedes no pueden entrar a mi centro de salud con camuflados ni con armas largas". "Esta gente me recogió y me dijo que me necesitaban". "No me podía negar a hacer este tipo de actividades". "Me retiraron y lo remataron delante de nosotros". "Capitán, usted no puede estar acá porque este es un territorio libre". | Conversión de la unidad sanitaria en objetivo militar. Secuestro, amenaza, intimidación. Forzar la atención en condiciones inadecuadas. Violencia contra pacientes y heridos. Infracción contra la neutralidad. | Fuerza Pública de Colombia Paramilitares Guerrilla |
| La soledad del médico: entre el fuego cruzado | "Una columna guerrillera mandaba a recoger la ambulancia". "El ejército me mandó a bajar del bus donde yo iba". "Ustedes son la autoridad militar, pero yo soy la autoridad sanitaria de este lugar". "Empezaron a intimidarme". | Conversión de medio de transporte en objetivo militar. Forzar la atención en condiciones inadecuadas. Conversión de la unidad sanitaria en objetivo militar. Obligar a revelar información. Intimidación, amenaza. | Guerrilla Fuerza Pública de Colombia Paramilitares |
| Víctimas en busca de refugio: la población civil y el médico | "¿Pero a usted qué le pasa señor soldado?" "¿Cómo se le ocurre? Yo no la puedo dejar entrar". | Restricción a la oferta de servicios. Evitar la atención de heridos y enfermos. | Fuerza Pública de Colombia Guerrilla |
| La crudeza de la guerra | "Médica, ¿es que usted no entiende dónde está parada?" "Yo pensaba: ¿qué podía decir para salvarles la vida?" | Derecho Internacional Humanitario Derechos humanos | Guerrilla |

La denominación del conflicto armado interno en nuestro país ha afectado las determinaciones en relación con las agresiones a la población y al personal de salud. La protección de las víctimas se ha caracterizado por la falta de una política estatal clara que permita la reparación, ya que cuando se hace referencia a una situación de terrorismo se exonera a las partes del cumplimiento del DIH.

Por lo anterior reconocer el conflicto armado políticamente permitió escuchar las historias en las voces de las víctimas con el fin de visibilizar lo que hace falta en la protección de la población y conocer los crímenes que se han cometido.

Infracciones identificadas contra la misión médica

Entre las infracciones identificadas contra la misión médica se encuentran la violencia contra las instalaciones de salud, contra los heridos y enfermos, contra el personal de salud y contra los medios de transporte sanitarios.

Además, emergieron diversas violaciones al DIH y a los derechos humanos que no se contemplaron en los objetivos de este trabajo y que merecen una dedicación posterior porque complementan la visión presentada. A continuación se presentan las infracciones tipificadas.

Violencia contra las instalaciones de salud

La violación de la neutralidad de la misión médica se vio comprometida en la mayoría de las situaciones narradas debido al uso abusivo de las instalaciones por parte de los actores armados y a la utilización de los puestos de salud como sitios de observación militar.

Por lo tanto, las instituciones no son protegidas ni respetadas, y el médico queda expuesto a manejar estas situaciones que ponen en riesgo su vida. En la Tabla 2 se enumeran cada una de las infracciones con el extracto de la narrativa que las tipifican.

Tabla 2. Infracciones tipificadas contra las instalaciones sanitarias según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|---|---|
| Prohibición de portar armas en centros de salud. | "Es que me parece muy bien que hayan venido, pero con armas no, con armas largas y camuflados no podemos hablar porque yo soy la médica y ustedes son los combatientes" (MF283,171-173). "... pero que nunca entraran con armas al centro de salud porque el centro de salud era un territorio libre" (MM274,132-134). |
| Conversión de unidad sanitaria en objetivo militar. | "Capitán, usted no puede estar acá porque esto es un territorio libre" (MM274,142). "Médica, ¿pero es que a usted qué le pasa? Es que nosotros somos ¡soldados de la patria! ¡Somos la autoridad!... Déjenos entrar" (MM306,115-116). |

Violencia contra los heridos y enfermos

La violencia contra los heridos y enfermos es parte del relato de los médicos entrevistados. Los casos narrados, además de comprometer a la misión médica, representan infracciones a los derechos humanos, a la dignidad, y a la humanidad, y son afrontados por el personal de salud en la medida de sus posibilidades. La normativa indica que los heridos, enfermos, mujeres, niños y ancianos deben ser protegidos y atendidos con prioridad (43). En la Tabla 3 se observa una tipificación que incluye la intimidación, la obstaculización a la prestación del servicio médico y el maltrato a las personas fallecidas y sus parientes (44).

Tabla 3. Infracciones tipificadas contra los heridos y enfermos según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|---|--|
| Forzar la atención médica en condiciones inadecuadas. | "Me les hace prueba de embarazo a todas, me les hace ecografía a todas y a las que estén sin nada les ponemos el dispositivo ahora mismo y a las que no..." (MM222,149-151). "Es muy violento el hecho que, que ni siquiera se les pregunta ellas que opinan" (MM222, 180-182). |
| Obligar a revelar información de los pacientes. | "Y así mucha gente trató de tirarme la lengua y yo nada, porque yo también sabía que eso era un mensaje que había que mandar" (MF283,223-225). |
| Impedir la atención de heridos o enfermos. | "Les dije que todavía había algo para hacer, me retiraron y lo remataron delante de nosotros" (MM274,77-79). -"Pues vengo a atender a la señora". -"Pues... ¿cómo se le ocurre? Yo no la puedo dejar entrar" (MF337,396-397). |
| No dar prioridad a la población preferente. | "¿No les enseñan el respeto a las mujeres y a los niños?, mire para afuera, usted es un muchacho joven, mire a sus compañeros, son jóvenes, son muchachos y dicen que son soldados, luego estarán entrenados, miren para afuera, ¿qué ven?, señoras embarazadas, niños y niñas, viejitas y viejitos, por lógica ellos entran primero" (MM306,286-293). |
| Violación a la dignidad e irrespeto a los muertos y sus familias. | "Matan la gente, la exhiben, la exponen ahí y se quedan alrededor y nadie se puede acercar a ayudar a los muertos sino hasta que ellos se van. Usted mañana puede ir" (MF337,357-359). |

Violencia contra el personal sanitario

La violencia contra el personal sanitario se presenta en la Tabla 4 e incluye homicidio, lesiones, secuestro, acoso, amenazas, robos, intimidación, arresto y obligar a revelar información protegida.

Tabla 4. Infracciones tipificadas contra personal sanitario según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|--|--|
| Secuestro, retención, amenaza. | "...entonces los paramilitares dijeron: 'Deje lo que esté haciendo y usted sale ya con nosotros, porque pasa lo que pasa', tal cosa, pum" (MM222,18-19). "...cuando de pronto una camioneta con gente armada me vino a buscar, eran guerrilleros de uno de las de los frentes guerrilleros que mencioné antes, esa gente me recogió y me dijo que me necesitaban" (MM274,23-25). "El ejército me mandó bajar del bus donde yo iba ya para mi clase con la excusa de que tenían un herido" (MM274,174-175). |
| Violación del secreto profesional. | "El capitán... realmente no tenía ningún enfermo, solo quería como hacer algún acercamiento, hablar con el médico y saber cómo estaban las cosas en el centro de salud" (MF124,49-51). "A ver su registros, déjeme ver los registros" dijo él. Yo: 'No, los registros no porque los registros son médicos, son registros médicos'" (MM306,195-197). |
| Amenazas. Irrespeto a las prioridades médicas. Obligar a violar información protegida. | "...el pueblo la culpaba a ella de haber estado ayudando solo a los del ejército y no a los guerrilleros. Entonces le toco salir de noche escondida por amenazas de la guerrilla..." (MF124,116-118). "Los guerrilleros empezaron a ver con mala vista que yo también atendiera a los soldados, entonces tuve que ir hasta la Secretaría de Salud a decirles que, que o me trasladaban o me tenía que ir, que la situación se estaba haciendo insostenible" (MM274,178-180). "Los soldados dijeron: '¡Pero médica es que si no nos va a dejar entrar, nos toca llevárnoslas hasta la base!'" (MM306,106-107). "Yo de verdad a los paracos les tengo susto, me están amenazando directamente, saben dónde vivo y yo no tengo porque seguir haciendo esto. Renuncié y no volví por allá" (MF378,138-140). |
| Irrespeto a la autonomía médica. | "...estaba atendiendo al jefe de los paracos. ... Se medio mareó y los subalternos me encañonaron... y me, me costó caro explicarles que, que así se reducía el hombro, que yo no lo estaba torturando" (MM222,26-29). (Sobre la guerrilla) "...y no me podía negar a hacer ese tipo de actividades" (MM274,37-38). (Sobre los paramilitares) "...No es muy buena idea negarse a hacerles un servicio a esta gente" (MM222,206-207). |

A pesar de que el DIH exige no obstaculizar la prestación del servicio médico, no obligar al personal de salud a realizar actos en contra de sus principios y permitirle la atención a todos los actores del conflicto; las narrativas visibilizan situaciones que tipifican una clara infracción al Convenio de Ginebra, los Protocolos Adicionales y el Derecho Consuetudinario.

Sin embargo, a pesar de todo, se observa cómo el médico sobrevive en medio de la guerra.

Violencia contra transporte sanitario

El uso indebido del transporte sanitario y las infracciones hacia el mismo se tipificaron en estas narrativas. En uno de los casos surge la inquietud del médico en relación con la protección de la vida de los actores armados (Tabla 5).

Tabla 5. Infracciones tipificadas contra las instalaciones sanitarias según lo identificado en la narrativa.

| Infracción | Fuerza narrativa |
|---|--|
| Uso indebido del transporte para acción del conflicto. | "Me hizo entender que una columna guerrillera mandaba a recoger la ambulancia y que necesitaba al conductor de la ambulancia" (MM274,104-105). |
| Conversión del medio de transporte en objetivo militar. | "(Ante la presencia de paramilitares)"...pues efectivamente, pues subimos a los seis guerrilleros, los metimos en una ambulancia escoltados por la policía" (MM222,90-96). |

Circunstancias en torno a las infracciones de la misión médica

Las circunstancias en las que se presentan las infracciones están relacionadas con la prestación del servicio médico, incluidas la consulta externa, las brigadas de salud, la atención a personas protegidas e incluso la atención digna de los fallecidos.

Otra circunstancia común en los relatos se relaciona con las amenazas a los miembros de la misión médica cuando cumplen con el deber de atender a los heridos y enfermos de todos los bandos. Se presentan también casos donde el médico es retenido y forzado a la atención de pacientes en condiciones inadecuadas y contra la voluntad de los mismos.

Infractores de los principios que protegen a la misión médica

En nuestro país, todos los actores armados están comprometidos en casos de infracción al DIH y la misión médica en las narrativas analizadas. Los infractores incluyen a guerrilleros (FARC, ELN), paramilitares y la Fuerza Pública de Colombia (Fuerzas Militares y Policía Nacional).

Conclusiones y recomendaciones

Estas narrativas permitieron conocer parte del territorio y sus dinámicas en torno al conflicto y a la práctica médica. También han generado un dolor de patria, de pueblo, de profesional, de humano, que —ante tanta humillación y desafuero— llevó a las lágrimas: las víctimas no son invisibles, pudimos ser nosotros.

El conflicto armado interno colombiano y la misión médica en el DIH

En Colombia se presentan cotidianamente violaciones a los principios del DIH. Respecto a los ataques contra la misión médica, prevalece el subregistro y el miedo a la denuncia dado el carácter del conflicto armado interno.

Para Muñoz y Fresard (26), el comportamiento de los combatientes legales e ilegales se relaciona con la universalidad de la adhesión del Estado y su compromiso ante los convenios del DIH, con la adaptación a las conductas violatorias de los actores, el ciclo de la violencia, la desresponsabilización y la justificación de comportamientos. Por lo tanto, en la medida en que logremos la construcción de la memoria y el reconocimiento de los supervivientes podremos asumir una actitud incluyente y relacional hacia el respeto del DIH.

Las causas de las violaciones incluyen el carácter criminógeno de la guerra, las razones de oportunidad, los objetivos de la guerra, las razones psicosociológicas y las razones de índole personal (26).

En relación con los actos terroristas, el DIH no reglamenta los actos terroristas ni cobija a terroristas (2); por este motivo, es necesario continuar con el reconocimiento político del conflicto armado interno colombiano y promover el cumplimiento del DIH en el ámbito político y jurídico, no solamente en el moral.

La formación en DIH va más allá de impartir conocimientos; debe influenciar comportamientos y cambiar actitudes, aspecto que claramente está ausente en nuestro país (45).

La construcción de la memoria histórica, el reconocimiento de las víctimas y la reconciliación

La verdad y la confianza se ven atacadas cuando existe un conflicto armado (46). Esta es la motivación para continuar el proceso de memoria y reconciliación planteada en la Ley de Víctimas: recuperar la historia a través de las voces olvidadas.

Para lograrlo, el Programa Nacional de Derechos Humanos y Memoria Histórica en Colombia tiene a su cargo la preservación y custodia de materiales que documenten temas relacionados con las violaciones al DIH y a los derechos humanos con ocasión del conflicto armado interno. Con esta investigación se espera haber contribuido a la reconstrucción de la memoria colectiva con el fin de participar en el reconocimiento y reparación de las víctimas.

El personal médico que nos compartió sus memorias en las narrativas

Los médicos autores de estas narrativas se convierten en protagonistas de sus historias reconociendo en la población un conjunto de seres necesitados de humanidad, asumiendo labores que le corresponden en muchas ocasiones al Estado colombiano.

El informe realizado por el CICR sobre la responsabilidad del personal de salud que trabaja en conflictos armados plantea que cuando el equipo sanitario está al límite de exigencia por situaciones de violencia, las “reacciones suelen ser muy emocionales” (44, p. 21). Sin embargo, a través de las narrativas se observó a un equipo de salud que trabaja coordinadamente y que, a pesar de estar sin apoyo del Estado, logra solventar situaciones relacionadas con crímenes de guerra y violaciones al DIH.

La educación médica y la formación de nuestros estudiantes de la salud

Se evidenció una falta de formación básica en DIH y misión médica en las facultades de medicina donde fueron formados los médicos que compartieron sus narrativas. Es importante tener en cuenta que el riesgo para la misión médica aumenta y expone tanto a la población civil como al personal de salud si se considera la falta de entrenamiento, la magnitud y la extensión del conflicto armado en el país.

Profundizar en estos aspectos permitiría a los trabajadores de la salud conocer estrategias de manejo de la vulnerabilidad individual ante el conflicto armado, del conocimiento de la amenaza, de la diferenciación del tipo de violencia, de la aceptación del peligro y del refuerzo de la capacidad de acción en la adversidad (22).

Enseñar consignas de seguridad a los estudiantes y profesionales de la salud que prestan servicios en áreas de conflicto reduciría las acciones letales y ayudaría a visibilizar la realidad de las infracciones en nuestro país.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por la autora.

Financiación

Este artículo es producto de un macroproyecto de investigación denominado *La práctica médica en el conflicto armado colombiano: un estudio desde las narrativas médicas*. Los resultados presentados corresponden a la fase II titulada *La práctica médica en el conflicto armado colombiano y el*

Derecho Internacional Humanitario: Narrativas médicas como memorias de supervivencia, desarrollada durante el año sabático concedido por Resolución 2231 de 2012 y reanudado por Resolución 001 de 2014 de la decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. La fase I correspondió a la tesis doctoral *Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra: principios y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones dilemáticas*, presentada como parte de los requisitos para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.

Agradecimientos

A los profesionales de la salud en Colombia que asumen cotidianamente una lucha solitaria para enfrentar los males de la guerra. A aquellos que apoyaron con su presencia, aún en la distancia, el progreso de esta investigación.

Referencias

1. Comité Internacional Cruz Roja (CICR). ¿Qué es el derecho internacional humanitario? Ginebra: Servicio de Asesoramiento en derecho internacional humanitario; 2004 [cited 2013 Sep 15]. Available from: <http://goo.gl/JU64k0>.
2. CICR, editor. Derecho Internacional Humanitario. Ginebra, Suiza: CICR; 2012.
3. I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, (1949).
4. II Convenio de Ginebra para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar, (1949).
5. III Convenio de Ginebra relativo al trato de los prisioneros de guerra, (1949).
6. IV Convenio de Ginebra relativo a la protección de personas civiles en tiempo de guerra, (1949).
7. Blishchenko I. Aprobación de los protocolos adicionales de 1997. *Revista Internacional de la Cruz Roja*. 1997 [cited 2015 jun 10];22(143):546-9. Spanish. <http://doi.org/fk9j82>.
8. Convención de la Haya, (1954).
9. Protocolos Adicionales para la regulación DIH, (1999).
10. Revisión constitucional del “Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II)” hecho en Ginebra el 8 de junio de 1977, y de la Ley 171 del 16 de diciembre de 1994, por medio de la cual se aprueba dicho Protocolo, (May 18, 1995).
11. CICR. El surgimiento del derecho internacional humanitario contemporáneo [Internet]. 2010 May 13 [cited 2013 Nov 22]. Available from: <http://goo.gl/OJSrVg>.
12. Henckaerts JM, Doswald-Beck L. El derecho internacional humanitario consuetudinario. Buenos Aires, Argentina: CICR; 2007.
13. Walzer M. La ética en situaciones de emergencia reflexiones sobre la guerra. Barcelona: Paidós; 2004.
14. CICR. Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia. Ginebra, Suiza: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2007.
15. Protocolo II: Relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, (1977).
16. Protocolo I: Relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, (1977).
17. Robledo C, Serrano C. El DIH y su aplicación en Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1999.
18. Procuraduría General de la Nación. Violación al Derecho Internacional Humanitario: Muerte injustificada de un civil por parte de miembros del ejército nacional. In: Disciplinaria S, editor. Bogotá; 2013. p.38.
19. Colombia. Vicepresidencia de la República de Colombia. Seminarios de profundización en Derecho Internacional Humanitario y misión médica. In: Programa Presidencial para los Derechos Humanos y la Aplicación del Derecho Internacional Humanitario, editor. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social; 2003.
20. Por la cual se dictan medidas para la protección de la misión médica, Resolución 1020, (Ago 5, 2002).
21. International Committee Red Cross (ICRC), IHL National Implementation Data Base [Internet]. Ginebra, Suiza: War and law, Colombia. [Cited 2013 Sep]. Available from: <http://goo.gl/An1epV>.
22. Colombia. Guía de documentos referencia sobre la misión médica. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social; 2008.
23. Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación del emblema, Resolución 4481, (Dic 28, 2012).
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de Misión Médica. Bogotá, Colombia: Oficina de Gestión Territorial; 2013.
25. Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá, Colombia: Informe General Grupo de Memoria Histórica; 2013.
26. Muñoz-Rojas D, Fresard JJ. El origen del comportamiento en la guerra. 1st ed. Ginebra, Suiza: CICR; 2004.
27. ICRC. People on war. Ginebra, Suiza: ICRC; 1999 [cited 2015 jun 10]. Available from: <http://goo.gl/mo9S26>.
28. Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. Misión Médica. In: Programa Presidencial de Derechos Humanos, editor. Boletín Temático. Bogotá, Colombia: Observatorio del Programa Presidencial DH y DIH; 2005.
29. CICR. Informe Colombia 2008. Bogotá, Colombia: CICR; 2009.
30. ICRC. Report 2009 Colombia. Ginebra, Suiza: ICRC; 2010.
31. CICR. Informe Colombia 2010. Bogotá, Colombia: CICR; 2011.
32. CICR. Situación humanitaria: Informe de actividades Colombia 2011. 1st ed. Bogotá, Colombia: CICR; 2012.
33. CICR. Situación humanitaria: Informe de actividades Colombia 2012. Bogotá, Colombia: CICR; 2013.
34. Centro de Investigación y Educación Popular/Programa por la Paz (CINEP/PPP). Informe especial sobre la situación de los derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario en Colombia durante 2012. Bogotá, Colombia: CINEP; 2013.
35. CICR. Colombia: Situación humanitaria. Bogotá, Colombia: CICR; 2014.

36. Gobernación de Antioquia. Gobernación de Antioquia reitera rechazo a violaciones a la Misión Médica. Medellín, Colombia: Dirección de Información y Prensa; 2014 [cited 2014 May]. Available from: <http://goo.gl/sTNqxU>.
37. Ricoeur P. La vida: Un relato en busca de un narrador. *Agora: Papeles de filosofía*. 2006;25(2):9-22.
38. Ricoeur P. La lectura del tiempo pasado: Memoria y olvido. Arrecife, España: Universidad Autónoma de Madrid; 1999.
39. Ricoeur P. Teoría de la interpretación: Discurso y excedente de sentido. México: Siglo XXI; 2003.
40. Medina C, Flórez F. Memorias indómitas: Colonización, minería y resistencia social en las regiones del sur de Bolívar, Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
41. Lara MP. Narrar el mal. Una teoría postmetafísica del juicio reflexionante. Barcelona: Gedisa; 2009.
42. Quintero M. Justificaciones y narraciones: orientaciones teóricas e investigativas en la formación ética y política. Bogotá: Universidad Distrital; 2011.
43. CICR. Asistencia de salud en peligro: La realidad del problema. Ginebra: CICR; 2011.
44. Coupland R, Breitegger A. Asistencia de salud en peligro: Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias. Ginebra, Suiza: CICR; 2013.
45. CICR. Respetar y proteger la asistencia en salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el DIH. In: Servicio de Asesoramiento en Derecho Internacional Humanitario. Ginebra, Suiza: CICR; 2012.
46. Santacruz LH. Misión Médica y DIH. In: Guerrero V, editor. Los sesenta años de los Convenios de Ginebra. Bogotá, Colombia: JAVEGRAF; 2010. p.64-7.