

DOCUMENTO DE ORIENTACIÓN PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS QUE RESPONDEN A EMERGENCIAS DE SALUD EN CONFLICTOS ARMADOS Y OTROS ENTORNOS INSEGUROS



DOCUMENTO DE ORIENTACIÓN PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS QUE RESPONDEN A EMERGENCIAS DE SALUD EN CONFLICTOS ARMADOS ⁽¹⁾ Y OTROS ENTORNOS INSEGUROS²

Washington, D.C., 2025

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

¹ El término "conflicto armado" abarca, de manera general, los enfrentamientos que se producen: entre dos o más Estados; entre un Estado y una entidad distinta de un Estado; entre el Estado y una facción disidente; o entre dos o varios grupos armados organizados dentro de un Estado (<https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-es.pdf>).

² Por "entornos inseguros" se entiende aquellas zonas o regiones donde hay mayor riesgo de diversos tipos de violencia contra el personal, las instalaciones, los pacientes y las actividades.

Versión oficial en español de la obra original en inglés

A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments

© Organización Mundial de la Salud, 2021

ISBN 978-92-4-002935-4

Documento de orientación para los equipos médicos que responden a emergencias de salud en conflictos armados y otros entornos inseguros
ISBN: 978-92-75-32857-6 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12857-2 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2025

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. *A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments*. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328576>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

I.	PREFACIO	x
II.	AGRADECIMIENTOS	xi
III.	ABREVIACIONES	xii
IV.	CUADROS, FIGURAS Y EJEMPLOS	xiv
V.	ESTRUCTURA DEL LIBRO ROJO	1
VI.	NOTA IMPORTANTE SOBRE EL LIBRO AZUL Y EL LIBRO ROJO	2
VII.	CÓMO UTILIZAR EL LIBRO ROJO	3
	A. POR QUÉ, QUÉ, DÓNDE, QUIÉN, CUÁNDO Y CÓMO?	5
	1. ¿Por qué?	5
	2. ¿Qué?	6
	3. ¿Dónde?	6
	4. ¿Quién?	8
	5. ¿Cuándo?	8
	6. ¿Cómo?	9
	7. Clasificación de los equipos para conflictos armados y otros entornos inseguro	9
	B. FUNCIÓN Y ATRIBUCIONES DE LA OMS	10
I.	INTRODUCCIÓN Y PRINCIPIOS RECTORES	12
	A. PRINCIPIOS RECTORES DEL LIBRO AZUL Y EL LIBRO ROJO	13
	B. CATEGORÍAS DE EQUIPOS MÉDICOS	15
	C. LIMITACIONES	16
	D. LO QUE NO ES EL LIBRO ROJO	17
II.	EL FUTURO DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA	18
1	EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO Y LOS PRINCIPIOS HUMANITARIOS BÁSICOS EN ACCIÓN	23
1.1	PRIMERO, NO HACER DAÑO	25
1.2	EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO Y LOS PRINCIPIOS HUMANITARIOS BÁSICOS	27
1.2.1	El derecho internacional humanitario	28
1.2.2	Los principios humanitarios básicos	31
1.2.3	¿Es posible disociar los principios?	35
1.3	¿QUIÉN PUEDE USAR EL EMBLEMA?	37
1.4	ESCENARIOS Y PRÁCTICA	40
1.4.1	Escenario 1: esquema de actores y grupos poblacionales en un conflicto genérico	40

1.4.2	Escenario 2: servicio de urgencias	43
1.4.3	Escenario 3: intrusión armada en una unidad médica	44
1.4.4	Escenario 4: despliegue en un conflicto interno	44
1.5	CONSECUENCIAS E IMPLICACIONES DE APARTARSE DE LOS PRINCIPIOS	49
1.6	NEGOCIACIONES HUMANITARIAS	53
1.6.1	Negociaciones humanitarias	53
1.6.2	Participación comunitaria	55
1.7	NOTAS DE ORIENTACIÓN	59
2	GESTIÓN DE RIESGOS, SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	63
2.1	INTRODUCCIÓN	63
2.2	AMENAZAS DE SEGURIDAD ESPECÍFICAS	66
2.3	MEDIDAS DE SEGURIDAD ESPECÍFICAS	67
2.4	SEGURIDAD DEL PACIENTE	72
2.5	EVACUACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO POR RAZONES MÉDICAS	74
2.6	SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL PARA EL EQUIPO	75
2.6.1	Salud y bienestar del personal	77
	Antes del despliegue	77
	Durante el despliegue	77
	Después del despliegue	78
2.7	AMENAZAS QUÍMICAS, BIOLÓGICAS, RADIOLÓGICAS Y NUCLEARES	80
2.8	NOTAS DE ORIENTACIÓN	85
3	PLATAFORMAS Y MODALIDADES DE COORDINACIÓN	89
3.1	OBJETIVOS DE LA COORDINACIÓN HUMANITARIA EN UNA SITUACIÓN DE CONFLICTO	90
3.1.1	Marco sólido de principios para la acción	91
3.1.2	Imparcialidad y neutralidad colectivas	91
3.1.3	Imparcialidad en el acceso y la atención	91
3.1.4	Seguridad colectiva	92
3.1.5	Protección	92
3.1.6	Defensa de la causa humanitaria	93
3.2	CONSIDERACIONES PREVIAS AL DESPLIEGUE	93
3.3	TIPOS DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN	94
3.3.1	Gobierno anfitrión	94

3.3.2	Ministerio de salud del país anfitrión	95
3.3.3	Organismo nacional encargado de la respuesta a los desastres y coordinación humanitaria nacional	95
3.3.4	Coordinación de ejército a ejército	95
3.3.5	Grupos armados no estatales	96
3.3.6	Las Naciones Unidas en el plano mundial	96
3.3.7	Las Naciones Unidas en el plano nacional	96
3.3.8	Sistema de grupos sectoriales de las Naciones Unidas	97
3.3.9	Célula de información y coordinación de EMT	99
3.3.10	Coordinación humanitaria civil-militar de las Naciones Unidas	100
3.3.11	El CICR y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja	104
3.4	IMPLICACIONES PARA LAS CATEGORÍAS DE EQUIPOS DESPLEGADOS	106
3.4.1	EMT militares, nacionales e internacionales	108
3.4.2	EMT gubernamentales o del ministerio de salud	110
3.4.3	ONG y actores locales	110
3.4.4	Contratistas privados	111
3.4.5	Equipos médicos de ONG internacionales	111
3.4.6	Equipos médicos de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja	112
3.5	NOTAS DE ORIENTACIÓN	112
4	VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO: ORIENTACIONES Y PROTECCIÓN	115
4.1	LO QUE DEBE SABER EL EQUIPO MÉDICO ANTES DE PRESTAR SERVICIOS	116
4.1.1	Legislación y políticas	116
4.1.2	Recursos y servicios médicos disponibles	117
4.1.3	Capacitación del personal	118
4.1.4	Coordinación con otros prestadores	118
4.2	LOS COMPONENTES DE LA RESPUESTA MÉDICA A LA VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO	119
4.2.1	Atención centrada en la persona y apoyo de primera línea	119
4.2.2	Atención clínica a una violación	120
4.2.3	Cuestiones especiales en la violencia de pareja	123
4.2.4	Cuestiones especiales en la violencia contra niñas y niños	123
4.2.5	Autocuidado para equipos médicos que atienden a personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género	123
4.3	PROTECCIÓN, MITIGACIÓN DE RIESGOS Y SENSIBILIZACIÓN	124
4.3.1	Riesgos de seguridad para las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género	124

4.3.2	Mitigación de riesgos y violencia sexual y de género	125
4.3.3	Sensibilización	126
4.4	LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO	121
4.5	MARCOS JURÍDICOS Y DE SEGURIDAD	128
4.5.1	Consejos para documentar la violencia sexual y de género	129
4.6	NOTAS DE ORIENTACIÓN	130
5	ATENCIÓN CLÍNICA ESENCIAL Y REHABILITACIÓN EN UNA EMERGENCIA	133
5.1	INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN	133
5.2	NECESIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD QUE DEBE SER CAPAZ DE CUBRIR EL EQUIPO MÉDICO	136
5.3	CUESTIONES OPERACIONALES ESPECIALES	139
5.4	ORIENTACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN	140
5.4.1	Prestación de socorro en la comunidad	141
5.4.2	Atención ambulatoria prehospitalaria (tipo 1)	142
5.4.2.1	Equipos de tipo 1 móvil	142
5.4.2.2	Equipos de tipo 1 fijo	142
5.4.2.3	Cuestiones clínicas en el ámbito prehospitalario	144
5.4.3	Derivación	147
5.4.4	Atención hospitalaria: EMT de tipo 2 y 3	147
5.4.4.1	Cuestiones clínicas en el ámbito hospitalario	148
5.4.5	Equipos de atención especializada	151
5.5	ENFERMERÍA	153
5.6	REHABILITACIÓN	153
5.7	SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL	154
5.7.1	Prevalencia	155
5.8	NOTAS DE ORIENTACIÓN	157
6	CUESTIONES DE OPERATIVIDAD EN LA RESPUESTA	161
6.1	ANTES DE LA MISIÓN	164
6.1.1	Capacitación	164
6.1.2	Preparación del personal	165
6.1.3	Gastos operativos	166
6.1.4	Contratación de personal local	166
6.1.5	Planificación de las estrategias de salida	167

6.2	DESPLIEGUE	168
6.2.1	Historias clínicas, continuidad asistencial y monitoreo de datos agregados	168
6.2.2	Puesta en práctica de las estrategias de salida y relevo	169
6.3	DESPUÉS DEL DESPLIEGUE	170
6.3.1	Donación de material	170
6.3.2	Aprender de la experiencia	171
6.4	NOTAS DE ORIENTACIÓN	171
7	ANEXOS, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA	175
	ANEXO 1. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA PREPARACIÓN DEL EQUIPO ANTE UN CONFLICTO ARMADO U OTROS ENTORNOS INSEGUROS	175
	ANEXO 2. GUÍA RESUMIDA PARA EL DESPLIEGUE Y LAS OPERACIONES	180
	ANEXO 3. MATERIALES, MEDICAMENTOS Y OTROS ARTÍCULOS ESENCIALES PARA LA EXPLORACIÓN CLÍNICA EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO	181
	ANEXO 4. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN CASO DE VIOLACIÓN	183
	ANEXO 5. DIFICULTADES Y DILEMAS	184
	ANEXO 6. BIBLIOGRAFÍA	185

i. Prefacio

Los conflictos y las guerras tienen un efecto catastrófico para la salud y el bienestar de las naciones, y han cambiado considerablemente en los últimos decenios. Como resultado, ha habido un aumento considerable de las crisis humanitarias, incluida la violencia urbana, lo cual significa que hay más personas afectadas durante períodos más largos; en estas circunstancias, la desarticulación de los servicios básicos es parte de la trágica realidad.

Las intervenciones de salud y los paradigmas innovadores en la respuesta a las crisis humanitarias tienen el potencial de salvar vidas y mitigar el impacto de los conflictos sobre la población civil.

Los equipos médicos que trabajan en conflictos armados y otros entornos inseguros se enfrentan con frecuencia a amenazas graves para su seguridad. Para acceder a los pacientes, no solo tienen que superar estas dificultades, sino que a veces tienen que lidiar además con la escasa aceptación de las comunidades en las que trabajan y de las partes beligerantes.

Una respuesta médica basada en principios se compone, por un lado, de una serie de intervenciones clínicas y operacionales que se rigen por algunos estándares fundamentales y, por el otro, de un enfoque centrado en los pacientes con especial atención a la calidad, la seguridad y la protección.

En esta publicación, que también denominamos Libro rojo, se ofrece un marco de orientación y se introducen requisitos de verificación adicionales para los equipos médicos que estén en fase de preparación o que ya estén participando en la respuesta a emergencias de salud, en conflictos armados y otros entornos inseguros.

Confío en que este documento, para cuya elaboración se ha seguido un largo proceso consultivo, ayudará a los países y organizaciones en el cumplimiento de su misión de salvar vidas, aliviar el sufrimiento y proteger a los grupos poblacionales vulnerables, siempre con los pacientes en el centro de su actividad.

Deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a los equipos médicos que trabajan incansablemente y bajo amenazas en los territorios en conflicto, a la secretaria de la iniciativa EMT, por su liderazgo en la confección de esta guía, y a todos los contribuyentes, tanto los que participaron en grupos de trabajo formales como los que proporcionaron aportes a través de canales informales.



Dra. Nedret Emiroglu
Directora
Fortalecimiento de la Preparación de los Países
Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

ii. Agradecimientos

La OMS desea expresar su sincero agradecimiento a todas las personas, las organizaciones, los equipos médicos de emergencia (EMT, por su sigla en inglés) y las sociedades profesionales que contribuyeron a este documento a lo largo de su elaboración, desde las labores preparatorias y la definición del ámbito temático hasta el asesoramiento técnico, pasando por todas las fases de apoyo, comentarios, asistencia y revisión continua.

En particular, quisiéramos dar las gracias a las siguientes organizaciones y sociedades profesionales: regiones y países de la OMS; Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA); Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europea (ECHO); Médicos Sin Fronteras (MSF); Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR); Cruz Roja Canadiense; Cruz Roja Ucraniana; Media Luna Roja Qatarí; Iniciativa Humanitaria de la Universidad Harvard (Estados Unidos de América); Escuela T. H. Chan de Salud Pública de la Universidad Harvard (Estados Unidos de América); Centro para la Salud Humanitaria de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos de América); Instituto de Respuesta Humanitaria en Conflictos de la Universidad de Manchester (Reino Unido); Centro de Investigación en Atención de Salud en Desastres, Departamento de Salud Pública Mundial, Instituto Karolinska (Suecia); Facultad de Medicina, División de Atención Quirúrgica Internacional, Universidad de la Columbia Británica en Vancouver (Canadá); Centro Panruso de Medicina de Desastres (Zaschita) del Ministerio de Salud (Rusia); UK-Med (Reino Unido); Fundación David Nott; NYC Medics Global Disaster Relief; Alianza para la Acción Médica Internacional (ALIMA) (Senegal); Team Rubicon (Estados Unidos de América); CADUS (Alemania); Humanity and Inclusion (HI) (Reino Unido); Training In Aid; Emergency (Italia); Magen David Adom (MDA) (Israel); Universidad McMaster, Medicina Familiar (Canadá); Centro de Gestión de Desastres MDMC Muhammadiyah (Indonesia); EMT Militar de Sri Lanka; International Medical Corps (IMC) (Estados Unidos de América); Ministerio de Salud de Israel.

Agradecemos, asimismo, las valiosas aportaciones de Khalid Ahmed, Fabrice Althaus, Laura Archer, Katy Attfeld, Oleksandr Babenko, Natalia Baranova, Ana Elisa M. Barbar, Jonathan Barden, Katherine Bequary, Didier Bompangue Nkoko, Anthony Bonhommeau, Alexander Breitegger, Jessica Buchler, Fredrick Burkle, Dave Callaway, Zhanat Carr, Guy Choquet, Chantal Claravall Larrucea, Rudi Coninx, Anthony D. Dalziel, Evelyn Depoortere, Charles Deutscher, Khaled Diab, Linda Doull, Patrick Drury, Nedret Emiroğlu, Claudia García Moreno Esteva, Gustavo Fernández, Uta Fitz, Catherine Gribbin, María Guevara, Stephane Hankins, Matthew T. Jablonski, Sanja Janjanin, Sebastian Jünemann, Allanah Kjellgren, Jeremie Labbe, Nicolas Luyet, Frida Larson, Esperanza Martínez, Jesse McLeay, Emily McMullen, Rachel Meagher, Camille Michel, Johnny Nehme, Ian Norton, Nelson Olim, Milena Osorio, Heather Pagano, Paul Peugeot, Panu Saaristo, Rich Parker, Michela Paschetto, Chaim Rafalowski, Anthony Redmond, Lynda Redwood-Campbell, Corona Rintawan, Elisabeth Roesch, Flavio Salio, Nicole Sarkis, Françoise Saulnier, Saveen Semage, Pranav Shetty, Peter Skelton, Paul Spiegel, Ruben Stewart, Sophie Sutrich, Noa Tamir-Hasdai, Robert Taylor, Zaira Tkhokhova, Erik Tollefsen, Carla Uriarte, Hugo van den Eertwegh, Ian Van Engelgem, Nadine Vahedi, Harald Veen, Johan von Schreeb, Kate White, David Wightwick y Thomas Wilp. Por último, agradecemos a Hossam Elsharkawi por su ardua labor y su diligencia en la elaboración de este documento.

Asistencia programática y administrativa: Marina Appiah.

La edición y publicación de este documento han sido posibles gracias a la generosa contribución de la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europea (ECHO), el Ministerio de Relaciones Exteriores, del Commonwealth y de Desarrollo del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

iii. Abreviaciones

- ABCDE** secuencia de [vía] aérea, [respiración] básica, circulación, discapacidad y exposición
- ACNUR** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- CICOM** célula de información y coordinación de EMT
- CCHN** Centro de Competencias de Negociación Humanitaria (por su sigla en inglés)
- CICR** Comité Internacional de la Cruz Roja
- COE** centro de operaciones de emergencia
- DIH** derecho internacional humanitario
- EMT** equipo médico de emergencia (por su sigla en inglés)
- ENT** enfermedades no transmisibles
- EPP** equipo de protección personal
- FICR** Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
- IASC** Comité Permanente entre Organismos (por su sigla en inglés)
- ITS** infecciones de transmisión sexual
- MDS** conjunto mínimo de datos (por su sigla en inglés)
- MSF** Médicos Sin Fronteras
- OCHA** Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas
- ONG** organización no gubernamental
- ONU-CMCoord** coordinación humanitaria civil-militar de las Naciones Unidas
- PEP** profilaxis posterior a la exposición (por su sigla en inglés)
- QBRN** químico, biológico, radiológico y nuclear
- RMDC** recursos militares y de defensa civil
- RME** recursos militares extranjeros

TEPT trastorno de estrés postraumático

UCI unidad de cuidados intensivos

VIH virus de la inmunodeficiencia humana

iv. Cuadros, figuras y ejemplos

Cuadro 1.	Estructura del Libro rojo	1
Cuadro 2.	Intervención humanitaria en favor de las personas heridas y enfermas	7
Cuadro 3.	Contextos, similitudes y diferencias entre el Libro azul y el Libro rojo	13
Cuadro 4.	Categorías de equipos médicos	15
Cuadro 5.	Legislación y aplicaciones del derecho internacional humanitario, los derechos humanos y la ética médica	24
Cuadro 6.	Principios en acción en los contextos médicos	31
Cuadro 7.	Uso de los emblemas: protector e indicativo	39
Cuadro 8.	Lista de verificación: derecho internacional humanitario y principios en acción para los equipos nacionales e internacionales	45
Cuadro 9.	Consecuencias de incumplir los principios	51
Cuadro 10.	Categorías de amenazas (sistema de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas)	66
Cuadro 11.	Cuestiones de seguridad del paciente	72
Cuadro 12.	Categorías de equipos y cuestiones especiales	106
Cuadro 13.	Protocolo de tratamiento en un caso de violencia sexual y de género	121
Cuadro 14.	Principales diferencias asistenciales entre el contexto del Libro azul y el del Libro rojo	134
Cuadro 15.	Reanimación inicial en el punto de estabilización de traumatismos	143
Cuadro 16.	Guía de primeros auxilios	144
Cuadro 17.	Preguntas y respuestas sobre cuestiones clínicas	152
Cuadro 18.	Cuestiones tratadas en el Libro azul y el Libro rojo respecto durante las operaciones	161
Figura 1.	Esquema de los equipos médicos en un conflicto	40
Figura 2.	La seguridad en el engranaje del acceso seguro	64
Figura 3.	Rótulos indicativos de la prohibición de portar armas en instalaciones y vehículos	68
Figura 4.	Grupos de coordinación sectorial de las Naciones Unidas organismos rectores	98
Figura 5.	Diferencias en las necesidades asistenciales entre el contexto del Libro azul y el del Libro rojo	137
Ejemplo 1.	Participación de la comunidad en un brote epidémico, durante un episodio de violencia política aguda	56
Ejemplo 2.	Participación de la comunidad en una epidemia de cólera, en una época de gran inseguridad	56
Ejemplo 3.	En un conflicto interno de carácter extremista	69
Ejemplo 4.	Escortas armados	70
Ejemplo 5.	Transporte en situaciones de violencia criminal	70

v. Estructura del Libro rojo

Nota: los capítulos comienzan con una lista de objetivos y concluyen con notas de orientación resumidas.

Cuadro 1. Estructura del Libro rojo

<p>Introducción Qué es el Libro rojo y cómo utilizarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por qué, qué, dónde, quién, cuándo y cómo • Requisitos de verificación y clasificación • Definición de los equipos médicos y sus categorías • Principios rectores del Libro azul y el Libro rojo • Limitaciones • El futuro de la asistencia humanitaria
<p>Capítulo 1 El derecho internacional humanitario y los principios humanitarios básicos en acción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primero, no hacer daño • Definición y aplicaciones prácticas del derecho internacional humanitario (DIH) y principios humanitarios básicos • Las realidades: consecuencias e implicaciones • Escenarios • Negociaciones • Participación comunitaria
<p>Capítulo 2 Gestión de riesgos, seguridad y protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de peligros y amenazas • Salud mental y bienestar del equipo • Evacuación médica • Cuestiones en materia nuclear, radiológica, biológica y química
<p>Capítulo 3 Plataformas y modalidades de coordinación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Principios y consideraciones de coordinación • Tipos de equipos que pueden desplegarse • Tipos de plataformas y modalidades de coordinación: nacional, mundial de las Naciones Unidas, grupos sectoriales de las Naciones Unidas, CICOM, ONU CMCoord, el Movimiento y otras cuestiones
<p>Capítulo 4 Violencia sexual y de género: orientaciones y protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lo que deben saber los equipos • Componentes de la respuesta médica • Protección, mitigación de riesgos y defensa de la causa humanitaria • Autocuidado • Declaraciones a los medios de comunicación
<p>Capítulo 5 Atención clínica esencial y la rehabilitación en una emergencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención clínica y prehospitalaria esencial en una emergencia, incluidas las epidemias • Orientación clínica según el nivel de atención • Enfermería • Rehabilitación • Salud mental y apoyo psicosocial
<p>Capítulo 6 Cuestiones de operatividad en la respuesta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Logística, recursos humanos, finanzas, administración, planificación, relevos, documentación y seguimiento y evaluación
<p>Capítulo 7 Anexos, referencias y bibliografía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de verificación de la preparación ante un conflicto armado • Guía resumida para el despliegue • Material, medicamentos y otros artículos esenciales para la exploración en casos de violencia de género • Lista de verificación de la exploración física en caso de violación • Dificultades y dilemas • Referencias

vi. Nota importante sobre el Libro azul y el Libro rojo

El Libro azul (2), publicado inicialmente con el título *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters* [clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos extranjeros en situaciones de desastre súbito], se ha actualizado ahora como el principal documento de referencia para los equipos médicos de emergencia (EMT, por su sigla en inglés) e incluye tanto a los equipos nacionales como a los internacionales que responden a desastres y epidemias. En el Libro azul se describen los principios rectores, los estándares fundamentales y los estándares técnicos que deben seguir los EMT cuando responden a situaciones de desastre repentino u otras emergencias (3).

Según el proceso actual de clasificación y validación, los EMT se dividen en cuatro grandes tipos (tipo 1 móvil, tipo 1 fijo, tipo 2 y tipo 3); además, hay varios equipos de atención especializada (véase el Libro azul). En el Libro rojo se introducen requisitos de verificación adicionales para los EMT que estén en fase de preparación o ya participen en la respuesta a emergencias de salud en conflictos armados y otros entornos inseguros (véase el anexo 1). Los dos textos deben considerarse como un todo: en el Libro azul se recogen los requisitos básicos de la respuesta, mientras que el Libro rojo contiene requisitos adicionales para los conflictos armados y otros entornos inseguros.

El tipo de equipo se refiere a la capacidad médica, mientras que la categoría de equipo (véase la sección B más adelante) se refiere a la afiliación u organización a la que pertenece el equipo.

Un EMT (4) se define como un grupo de profesionales de la salud, integrado por personal médico y de enfermería, auxiliares técnicos de primeros auxilios, personal experto en logística y otros asistentes, que brinda atención clínica a las personas afectadas por una emergencia o un desastre. Estos profesionales proceden del cuerpo de funcionarios del Estado, las entidades benéficas y ONG, el ejército, los órganos de protección civil, las redes humanitarias internacionales (incluido el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja), Médicos Sin Fronteras (MSF), equipos contratados por las Naciones Unidas y el sector privado con fines de lucro. Trabajan siguiendo estándares mínimos acordados por la comunidad de EMT y sus asociados, y se despliegan con la capacitación y la autosuficiencia necesarias para no sobrecargar un sistema nacional ya de por sí sobrecargado.

El Libro rojo está destinado a los equipos médicos que se despliegan en conflictos armados y otros entornos inseguros. Por lo tanto, el contenido técnico es apropiado tanto para los EMT que ya se han clasificado como para otros equipos médicos (véanse las categorías de equipos en el cuadro 4).

vii. Cómo utilizar el Libro rojo

El Libro rojo contiene orientación ampliada sobre:

1. El derecho internacional humanitario y los principios humanitarios básicos en acción
2. Seguridad
3. Plataformas de coordinación
4. Orientación y protección sobre violencia sexual y de género
5. Atención clínica esencial de urgencia y rehabilitación
6. Cuestiones de operatividad

El Libro azul y el Libro rojo son complementarios y están diseñados para que los EMT los utilicen juntos a la hora de responder a emergencias de salud en conflictos armados y otros entornos inseguros. Los criterios y procesos de clasificación descritos en el Libro azul se mantienen y amplían en el Libro rojo en relación con sus contextos especiales (véase el anexo 1). Los capítulos de ambos libros no son independientes y deben entenderse como partes interconectadas y complementarias.

El Libro rojo está diseñado para utilizarse junto con el Libro azul y contiene consejos, recomendaciones y orientaciones prácticas. Las acciones de los equipos y los responsables deben garantizar en todo momento la seguridad propia, del lugar y de las personas sobrevivientes (“las tres S”) (5). Si en la guerra se asumen riesgos indebidos que tengan como resultado que los miembros del equipo sufran traumatismos o mueran, no solo se niega a las personas heridas y enfermas la atención médica que necesitan, sino que probablemente se desencadene la retirada de otros equipos, por lo que se verá gravemente comprometida toda la operación. Los equipos no trabajan en el vacío, y las acciones de un equipo, tanto positivas como negativas, pueden tener repercusiones para otros equipos y para el conjunto de la misión.



A. Por qué, qué, dónde, quién, cuándo y cómo

El Libro rojo se nutre de referencias y resume lo más relevante de las directrices, los manuales y las recomendaciones publicadas por autoridades médicas y humanitarias de todo el mundo: la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros organismos y órganos de las Naciones Unidas,³ Médicos Sin Fronteras, el Comité Internacional de la Cruz Roja, organizaciones no gubernamentales (ONG),⁴ otras organizaciones y entidades y el proyecto Esfera. Estas referencias, aunque no son exhaustivas, ayudarán a los equipos médicos a tomar decisiones humanitarias fundamentadas en principios y centradas en los pacientes.

1. ¿Por qué?

En los conflictos armados y otros entornos inseguros, la atención médica salva vidas y alivia el sufrimiento. Es una de las necesidades más acuciantes y de mayor prioridad para la población que se ve inmersa en dichos conflictos y muchas veces es el primer tipo de respuesta que se activa o que solicitan las autoridades y las comunidades. Los equipos médicos que trabajan en conflictos armados y otros entornos inseguros con frecuencia enfrentan graves amenazas para su seguridad, así como dificultades para acceder a los pacientes. En ocasiones, se encuentran también con la escasa aceptación de las comunidades afectadas y las partes beligerantes. Como esas dificultades tienden a aumentar (6), en tales circunstancias es esencial entablar un diálogo con todas las partes y ganarse su confianza, a fin de garantizar la continuidad operativa. Para fomentar esta confianza, lo mejor es que todas las partes vean que el equipo médico es neutral, imparcial e independiente y, en concreto, que no ayuda a ninguna de las partes (ni en la realidad ni en apariencia) a lograr una ventaja militar, política o económica. Para los equipos médicos que se despliegan cerca del frente, las implicaciones y consecuencias de no estar lo suficientemente preparados o no conocer a fondo el contexto en el que trabajan pueden ser graves, tanto para sus integrantes como para los pacientes que atienden. La respuesta médica puede verse obstaculizada o comprometida fácilmente por actos intencionales o inintencionales, o bien por el propio comportamiento de los equipos.

El Libro rojo se sustenta en el imperativo humanitario de actuar y no retrasar la atención médica. En este sentido, ofrece un marco importante para guiar y mejorar la seguridad y el acceso de los equipos mientras las Naciones Unidas, los países y las partes beligerantes realizan esfuerzos diplomáticos para encontrar una solución pacífica y duradera al conflicto o situación de inseguridad.

³ Por ejemplo, la resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, por la que se exige que todas las partes en los conflictos armados cumplan plenamente las obligaciones dimanantes del DIH a fin de asegurar la protección de todo el personal médico y humanitario.

⁴ El término "ONG" en este documento también incluye las organizaciones de la sociedad civil y los grupos privados de personas voluntarias.

2. ¿Qué?

En el documento se detalla un marco práctico, basado en principios y en la evidencia, para apuntalar la seguridad de los equipos médicos que brindan atención clínica y facilitar su acceso y aceptación, sin descuidar la protección de los pacientes, respetando los principios humanitarios básicos y la conducta ética dentro del "espacio humanitario",⁵ con la guía del derecho internacional humanitario (DIH).

El presente documento contiene orientaciones prácticas sobre áreas temáticas clave, con la premisa de que una atención clínica segura y basada en principios requiere, en los conflictos armados, de un conocimiento pleno de toda la operación (es decir, más allá del recinto de un hospital de campo o un centro médico). El Libro rojo incorpora preguntas y listas de verificación para que los equipos estén más preparados y sepan responder mejor a los conflictos armados, la inseguridad y la violencia.

En los capítulos 4 y 5, sobre la atención clínica centrada en los pacientes, se abordan diversos traumatismos y enfermedades: traumatología, atención no traumatológica, manejo de enfermedades infecciosas, asistencia en brotes epidémicos, tratamiento de quemaduras, urgencias obstétricas y pediátricas, rehabilitación y atención a las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género.

3. ¿Dónde?

Sea cual sea la clasificación legal que se utilice para definir un conflicto o situación de inseguridad, el impacto para los pacientes, las instalaciones y los equipos médicos tiene muchos aspectos en común y, por lo tanto, requiere que se cumplan las precauciones y acciones recomendadas.

Para que los tratados de DIH se apliquen a una situación de violencia, la situación debe constituir un conflicto armado. Como los conflictos armados internacionales y no internacionales se rigen por distintos conjuntos de normas, también es importante determinar la naturaleza del conflicto. En los conflictos internacionales son aplicables los cuatro Convenios de Ginebra en su totalidad, así como el protocolo adicional I (7), mientras que en los conflictos no internacionales son aplicables (para los Estados signatarios) el artículo 3, común a los cuatro Convenios de Ginebra, y el protocolo adicional II (8). Además, el derecho internacional consuetudinario contiene normas comunes que atañen al acceso y la prestación de atención médica y que rigen en todos los tipos de conflictos armados, ya sean internacionales o no (9). En virtud del derecho internacional humanitario, las organizaciones humanitarias imparciales tienen derecho a ofrecer sus servicios para llevar a cabo actividades

⁵ El espacio humanitario denota el espacio físico o simbólico protegido que los organismos humanitarios necesitan para prestar sus servicios de conformidad con los principios humanitarios básicos.

humanitarias, lo que incluye la colaboración con partes estatales y no estatales para proteger a las víctimas de los conflictos armados. Por ejemplo, en el caso de los agentes no estatales, se utilizan unas declaraciones unilaterales formales de adhesión al Llamamiento de Ginebra, denominadas “escritura de compromiso” (10, 11).⁶

Los estándares y las orientaciones básicas son de ámbito mundial y son válidos para los EMT que responden a emergencias de salud en el marco de conflictos armados o en otros entornos inseguros. Los EMT siempre prestan sus servicios dentro de labores de respuesta mucho más amplias y en el engranaje de una estructura coordinadora o cadena de gestión que dirige toda la operación; por lo tanto, deben ser conscientes del contexto y las necesidades en su conjunto. Puede utilizarse el cuadro 2 (12) como herramienta para analizar el contexto, las necesidades, los riesgos y los diversos temas clave que deben tenerse en cuenta.

Cuadro 2. Intervención humanitaria en favor de las personas heridas y enfermas

	SITUACIÓN ÓPTIMA	SITUACIÓN AUSTERA	SITUACIÓN EXTREMA
Ubicación	Zona urbana en un país desarrollado	Zona rural pobre	Gran destrucción en un país en desarrollo
Duración de los disturbios	Incidente único y aislado (p. ej., un atentado terrorista)	Combates continuos, de baja intensidad (p. ej., guerra de guerrillas)	Combates o bombardeos continuos, intensos
Flujo de víctimas	Cantidad escasa e irregular (respecto de la población de la ciudad)	Flujo de víctimas discontinuo o intermitente, incluida la afluencia masiva de personas heridas	Flujo continuo pero impredecible, incluida la afluencia masiva de personas heridas
Infraestructura (carreteras, servicio de ambulancias, instalaciones de salud)	Indemne y en funcionamiento	Deficiente o irregular (p. ej., pocas carreteras en buen estado, pocas ambulancias, etc.)	Muy dañada o inoperante (carreteras en muy mal estado, escombros, desechos en las calles, hospitales saqueados, etc.)
Comunicaciones	Adecuadas	Deficientes o de calidad media	Malas o inexistentes
Personal	Suficiente (cuantitativa y cualitativamente)	Variable	Mínimo o inexistente
Materiales y suministros	Suficientes (cuantitativa y cualitativamente)	Suministro irregular e insuficiente	Suministro irregular o inexistente
Entorno	Favorable (luz natural, buen clima)	Adverso	Inhóspito (oscuridad, frío, calor, etc.)
Evacuación	Segura y rápida	Predecible, pero prolongada y difícil	Incierta o desconocida

⁶ En situaciones de conflicto armado, el Llamamiento de Ginebra, en calidad de organización humanitaria internacional de carácter neutral, imparcial e independiente, procura fortalecer el respeto de las normas y principios humanitarios por parte de los agentes armados no estatales, a fin de mejorar la protección de la población civil.

Destino de las personas heridas trasladadas	Conocido y disponible	Conocido, pero variable.	Desconocido o inexistente
Seguridad del equipo	El contexto requiere medidas ordinarias de gestión de riesgos.	El contexto requiere la adaptación de las medidas ordinarias o medidas adicionales.	El contexto requiere modificaciones sustanciales en el perfil de seguridad del equipo o métodos alternativos para llevar a cabo el programa.

Fuente: adaptado a partir de "Intervención humanitaria en favor de los heridos y enfermos", en Cirugía de guerra (CICR) (12).

4. ¿Quién?

Los EMT y los equipos médicos en general tienen diferentes afiliaciones y se clasifican según lo indicado en el Libro rojo. Hay EMT clasificados de ámbito nacional e internacional, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG), grupos de la sociedad civil, entidades contratadas por las Naciones Unidas, entidades privadas con fines de lucro, la Cruz Roja y la Media Luna Roja, organizaciones privadas de personas voluntarias y unidades militares. Todos los equipos desplegados en un conflicto armado y otros entornos inseguros pueden hacer uso de este documento antes, durante y después del despliegue, pero no todos los equipos se despliegan con el mecanismo de EMT que gestiona la OMS. En el cuadro 3 se resumen los contextos, las similitudes y las diferencias entre el Libro azul y el Libro rojo.

Según el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la definición de personal de salud comprende a todos los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la atención de la salud. Esta definición incluye a las personas que trabajan en hospitales, clínicas, consultorios, puestos de primeros auxilios y ambulancias; el personal de atención de salud, tanto el que ejerce en centros médicos como el que está adscrito a ambulancias o ejerce de manera independiente; todas las personas que se encuentren en los centros médicos, incluidos las personas heridas y enfermas y sus acompañantes; el personal de la Cruz Roja y la Media Luna Roja que interviene en la prestación de atención de salud, incluidos las personas voluntarias; las ONG del sector de la salud; las instalaciones militares de salud y su personal (13).

También abarca la sede central y el personal que actúa sobre el terreno: equipos de gestión, equipo médico, asistentes administrativos, equipo de comunicaciones, responsables de logística, técnicos y otros auxiliares.

5. ¿Cuándo?

Aplicando las orientaciones antes, durante y después del despliegue, se fundamentarán mejor las políticas, los planes y los procesos necesarios para lograr que las misiones médicas lleguen a buen puerto con todas las garantías de seguridad, con base en los principios aplicables y con una correcta coordinación. Las notas de orientación, las listas de verificación y los estándares fundamentales

están pensados para toda la organización que acude a una misión, incluidos los responsables de su gestión estratégico operativa y los encargados de sus políticas, la sede central y las delegaciones en los territorios, tanto en la respuesta del equipo como en su regreso.

La participación operativa debe coordinarse a través de los mecanismos establecidos, en particular el Grupo de Acción Sanitaria de las Naciones Unidas y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

6. ¿Cómo?

El contenido se presenta como un conjunto de recomendaciones, notas de orientación, estándares técnicos y estándares fundamentales, redactados por expertos de diversos organismos y naciones. Se mantiene actualizado gracias a una comunidad de práctica transversal que representa los intereses de muy diversos sectores, a saber: ONG, gobiernos, ejércitos, universidades, organismos de las Naciones Unidas, el CICR, MSF, la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (ECHO) y la Oficina de Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA).

7. Clasificación de los equipos para conflictos armados y otros entornos inseguros

Los procesos actuales definidos en el Libro azul para los EMT se dividen en las etapas de preverificación, verificación y clasificación. No obstante, las amenazas adicionales que enfrentan los equipos médicos y la población en los conflictos armados y otros entornos inseguros exigen que se articulen más medidas de preparación, tal como se detalla en el presente Libro rojo.

El esfuerzo y los procesos necesarios para prepararse, desplegarse y regresar de las misiones son, en estos casos, más complejos y exigentes, y precisan de una gran atención al detalle, así como el conocimiento de múltiples factores internos y externos.

Los conflictos y otros entornos inseguros, por definición, son dinámicos, impredecibles y complicados; además, en ellos convergen los intereses y planes de una infinidad de actores de ámbito local, regional e internacional.

Para operar con éxito en dichas circunstancias hay que tener un conocimiento cabal de la naturaleza de la disputa y las dinámicas en juego. Un equipo bien preparado debe recibir una capacitación elemental sólida sobre la evolución del conflicto y los mejores métodos para desenvolverse en el medio y brindar atención segura a los pacientes.

En el anexo 1 se proporciona una lista de verificación que amplía los requisitos de verificación y clasificación recogidos en el Libro azul. Los equipos que deseen declarar su preparación y capacidad para responder a conflictos armados deben garantizar el cumplimiento del conjunto de puntos enumerados. La lista de verificación del Libro rojo no es independiente, sino que se basa en los procesos actuales de verificación y clasificación descritos en el Libro azul.

B. Función y atribuciones de la OMS

La OMS es un organismo especializado de las Naciones Unidas, con sede en Ginebra (Suiza), y es la autoridad directiva y coordinadora en materia de salud internacional. Proporciona liderazgo en asuntos de salud ambiental global, configura la agenda de la investigación en salud, formula normas y estándares en materia de salud, articula opciones de política basadas en la evidencia, brinda asistencia técnica a los países, y hace un seguimiento de las tendencias en materia de salud.

La OMS trabaja con sus 194 Estados Miembros en seis regiones y a través de más de 150 oficinas. El principio de que todas las personas deben poder disfrutar del más alto nivel de salud, independientemente de su raza, religión, creencia política o condición socioeconómica, ha guiado la labor de la OMS durante los últimos 70 años, desde que se fundó como organismo principal en materia de salud internacional, dentro del entonces incipiente sistema de las Naciones Unidas.

La OMS y sus equipos desempeñan diferentes funciones en una respuesta operativa: apoyo a los ministerios de salud, coordinación, alertas y respuesta a brotes epidémicos (14), asesoramiento técnico, suministro de material, movilización de prestadores, conducción del Grupo de Acción Sanitaria (véase el capítulo 3) y dirección de la célula de información y coordinación de EMT (CICOM). Cuando se producen brechas críticas en la respuesta humanitaria, los directores de los grupos temáticos piden que las aborden los asociados pertinentes del área humanitaria. Si este paso falla, y en función del grado de urgencia y del tipo de emergencia, la OMS, como líder del Grupo de Acción Sanitaria y prestador de último recurso, puede tener que comprometerse a subsanar esas brechas.

En los conflictos armados, el DIH exige que las partes beligerantes proporcionen atención médica a las personas heridas y enfermas. Si no quieren o no pueden hacerlo, están obligadas a garantizar el acceso seguro a la asistencia médica prestada por otros equipos (se pueden consultar más detalles en el capítulo 2).

La OMS cuenta con un documento interno de orientación sobre operaciones, en el que se describe cómo y cuándo la Organización debe participar en la atención traumatológica en conflictos armados y se especifican las funciones y responsabilidades de la OMS y sus asociados, como los gobiernos, los ejércitos, las ONG, la sociedad civil, las entidades privadas con fines de lucro y las Naciones Unidas. El documento recuerda a las partes en conflicto las obligaciones que tienen de conformidad con el DIH y las conversaciones con las autoridades nacionales, el CICR, MSF y otros actores humanitarios.

En las directrices de la OMS para la atención traumatológica esencial en situaciones de conflicto se indica lo siguiente:

La OMS consultará con el CICR, con otros actores humanitarios y con sus asociados operativos sobre su capacidad y sus responsabilidades.

Si ninguna organización proporciona la atención necesaria a las personas heridas y enfermas,⁷ y la OMS determina que hay necesidades claras e insatisfechas, la OMS proporcionará los servicios pertinentes en virtud de su mandato.

Todos los equipos que apoye o contrate la OMS se obligan a prestar servicios de manera humanitaria y siguiendo los principios correspondientes, a respetar los estándares profesionales y principios éticos, a prestar una atención de calidad y a coordinarse con las autoridades nacionales y los organismos coordinadores.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Guidelines for essential trauma care. Ginebra: OMS; 2004.

En el Libro rojo, al igual que El Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria (15), se declara el siguiente compromiso:

“Al adherirse a la Norma Humanitaria Esencial y a las normas mínimas [del Libro azul] nos comprometemos a hacer todo lo posible por que las personas afectadas por un desastre o conflicto armado puedan gozar al menos de condiciones mínimas para vivir con dignidad y seguridad, entre estas cabe destacar el acceso a una cantidad suficiente de agua, al saneamiento, a los alimentos, a la nutrición, al alojamiento y a la atención de salud. Con este fin, seguiremos abogando para que los Estados y los demás actores cumplan las obligaciones morales y jurídicas que les incumben con respecto a las poblaciones afectadas” (16).

⁷ Se entiende por personas “heridas” y “enfermas” aquellas personas, sean militares o civiles, que, debido a un traumatismo, una enfermedad u otros problemas o discapacidades de orden físico o mental, tengan necesidad de asistencia o cuidados médicos y que se abstengan de todo acto de hostilidad contra las unidades y el personal médico.

I. Introducción y principios rectores

En la respuesta a conflictos armados y otras situaciones de inseguridad, los equipos médicos (de todo tipo, categoría y afiliación) están llamados a cumplir una misión trascendental, en cuyo núcleo siempre están los pacientes (17): salvar vidas, aliviar el sufrimiento, proteger a los grupos poblacionales vulnerables y mitigar el impacto de la guerra y la violencia. En estas condiciones de inseguridad, austeridad y escasez de recursos, tienen que ofrecer toda una gama de prestaciones asistenciales.

Los equipos deben tener acceso a la población afectada, lo que a su vez requiere la aceptación de la propia población y de las partes en conflicto. Para ello hace falta ganarse cierto grado de confianza, algo que a su vez también contribuye a mejorar la seguridad del equipo.

Los equipos deben tomar precauciones especiales para garantizar que sus acciones respeten los principios humanitarios fundamentales, deben cumplir los estándares clínicos básicos de atención y deben adoptar una conducta ética, guiándose en todo momento por lo dispuesto en el DIH. Las consecuencias de sus actos, positivas o negativas, pueden repercutir mucho más allá del marco temporal de su intervención. Las percepciones que se formen la población civil, las autoridades y los grupos armados sobre la conducta de los equipos médicos son importantísimas. Por eso, todas sus actuaciones y comunicaciones deben facilitar las misiones humanitarias, cultivando la confianza de todas las personas necesitadas y permitiendo el acceso a ellas. Puede haber consecuencias graves, tanto para el equipo como para los pacientes, por actos en apariencia inofensivos, como hacer fotografías (con teléfonos, cámaras o drones), socializar informalmente con las partes en un conflicto, vestirse con ropa de estilo militar, exhibir símbolos nacionales o religiosos, expresar opiniones en redes sociales o medios tradicionales y trabajar en estrecha proximidad de los grupos armados. De hecho, la misión entera puede verse comprometida. El efecto negativo y el descrédito (individual e institucional) pueden perdurar años y afectar a otras misiones médicas en el futuro.

A. Principios rectores del Libro azul y el Libro rojo

A continuación se describe el contexto y los principios rectores del Libro azul y el Libro rojo.

Cuadro 3. Contexto, similitudes y diferencias entre el Libro azul y el Libro rojo

Libro azul

Todos los tipos de EMT, incluidos los equipos de atención especializada, deben cumplir estos principios rectores, que regulan la práctica de los equipos y los individuos.

Los equipos pueden incorporarse a centros de salud existentes o instalar unidades independientes.

Contextos

Desastres de origen natural, tanto repentinos como prolongados, epidemias, accidentes tecnológico-industriales y movimientos de refugiados o desplazados internos, contra los que la respuesta local es insuficiente pero que se producen en un Estado soberano en el que no hay un conflicto armado ni una situación de inseguridad.

1. Atención de calidad: el EMT proporciona atención segura, oportuna, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en las personas.

Libro rojo

Todos los tipos de EMT, incluidos los equipos de atención especializada, deben cumplir estos principios rectores, que regulan la práctica de los equipos y los individuos.

Los equipos pueden hacerse cargo de instalaciones existentes, instalar unidades independientes o integrarse o acoplarse a las estructuras civiles del lugar. La distancia respecto del frente varía.

Nota: Algunos equipos médicos gubernamentales y militares no pueden desplegarse en el marco del mecanismo de EMT, ya que tendrían limitaciones en la aplicación de algunos principios, dada su naturaleza operativa, como puede ser la integración en una operación militar (véase el capítulo 1).

Contextos (12)

Conflictos armados, ya sean internacionales o no, así como otras emergencias prolongadas, levantamientos armados, disturbios civiles y otras situaciones de extrema violencia e inseguridad. Los movimientos de refugiados y desplazados internos, los desastres de origen natural y las epidemias que se produzcan en los contextos citados también se ciñen a estos principios rectores.

Se siguen los mismos principios. La patología particular de los conflictos armados requiere protocolos de capacitación y tratamiento adaptados, con atención al control de daños. Se sigue el mismo principio, enmarcado en la humanidad y la imparcialidad.⁸ Los equipos deben centrarse en las necesidades prioritarias de salvar vidas.

<p>2. Respuesta apropiada: el EMT ofrece una respuesta que se adecua a las necesidades, en función del contexto y el tipo de emergencia en la nación afectada.</p>	<p>Se da por sentado que la población tiene acceso al equipo médico, y viceversa.</p> <p>Nota: Aunque no sea así en el caso de los equipos militares y gubernamentales, ambos tipos pueden aplicar el mismo principio en las zonas a las que lleguen con seguridad y donde sean aceptados por la población.</p>
<p>3. Atención accesible: la respuesta del EMT se basa en los derechos humanos y es accesible para todos los sectores de la población afectados por la emergencia, en particular las personas vulnerables y las que necesiten protección.</p>	<p>Es preciso seguir un enfoque humanitario práctico, enmarcado en el DIH y los principios fundamentales, con miras a obtener y mantener el acceso a todas las personas necesitadas, sin discriminación, así como a garantizar la aceptación y la seguridad de los equipos y los pacientes.</p>
<p>4. Atención ética: el EMT se compromete a tratar a los pacientes respetando siempre la ética médica.</p>	<p>Se sigue el mismo principio. La guerra y el caos no son excusa para prescindir de la ética y el principio de no hacer daño (véase la sección 1.1).</p>
<p>5. Atención responsable: el EMT asume el compromiso de rendir cuentas ante los pacientes y las comunidades, el gobierno anfitrión, el ministerio de salud, la organización a la que pertenece y los donantes</p>	<p>Se mantiene la responsabilidad ante los pacientes, mientras que la responsabilidad ante las autoridades dependerá del contexto y requiere una consideración especial. Es necesario mantener el principio de neutralidad. Los equipos deben evitar que se los perciba como parte en un conflicto, por lo que se abstendrán de realizar actos no neutrales.</p> <p>Nota: Los equipos militares o gubernamentales también actúan bajo las órdenes de su propio gobierno, por lo que no todos pueden considerarse neutrales (véase la sección 1.2.2).</p>
<p>6. Respuesta coordinada: el EMT se compromete a dar una respuesta coordinada, bajo el mando del centro de operaciones de emergencia de la autoridad nacional competente, o bajo un sistema equivalente de gestión de incidentes, y colaborará, según proceda, con el sistema nacional de salud, con los demás EMT desplegados y con la comunidad internacional de respuesta humanitaria.</p>	<p>Se mantiene el compromiso preceptivo de coordinación con los interesados directos clave y con los prestadores de todas las partes en un conflicto. Sin embargo, hay que mantener los principios de neutralidad e independencia. Los equipos deben evitar que se los perciba como parte en un conflicto si se asocian con una plataforma de coordinación gubernamental, militar o de las Naciones Unidas.</p> <p>Nota: habrá algunas excepciones, como los equipos militares, los gubernamentales y algunos equipos de mantenimiento de la paz o contratados por las Naciones Unidas que no tendrían consideración de actores humanitarios</p>

⁸ No discrimina por nacionalidad, raza, credo, clase u opinión política. Procura aliviar el sufrimiento de las personas, guiándose únicamente por las necesidades de estas y priorizando los casos de sufrimiento más urgentes.

B. Categorías de equipos médicos

Cuadro 4. Categorías de equipos médicos

Categoría de equipo	Libro azul Desastres repentinos, emergencias y epidemias	Libro rojo Emergencias de salud en conflictos armados y otros entornos inseguros
<p>1. EMT civil clasificado⁹</p> <p>1.a ONG civiles nacionales</p> <p>1.b ONG civiles internacionales</p> <hr/> <p>2. EMT gubernamental</p> <p>2.a Ministerio de salud (clasificación no aplicable)</p> <p>2.b Internacional, clasificado</p> <hr/> <p>3. EMT privado, con fines de lucro, clasificado</p>	<p>El ministerio de salud otorga el acceso y los permisos para actuar. Tipos 1, 2 o 3 (y especializados) según el proceso de clasificación de EMT (descrito en el Libro azul). Algunos equipos pueden ser contratados por organismos de las Naciones Unidas. No se clasifican los equipos de los ministerios de salud y de defensa cuyo ámbito de actuación sea nacional.</p>	<p>Acceso negociado y permiso a través de las partes en conflicto o las autoridades. Tipos 1, 2 o 3 (y especializados) según el proceso de clasificación de EMT (descrito en el Libro azul). Es necesario reunir requisitos adicionales de clasificación. Véase el anexo 1. No se clasifican los equipos de los ministerios de salud y de defensa cuyo ámbito de actuación sea nacional.</p>
<p>4. Equipos médicos civiles nacionales o internacionales</p>	<p>Deben seguir los estándares. Los mandatos y capacidades varían. En algunos casos el ministerio de salud no otorga acceso ni permisos.</p>	<p>Deben seguir los estándares. Acceso negociado y concesión de permisos a través de las partes en conflicto o las autoridades.</p>
<p>5. Equipos médicos de la Cruz Roja o la Media Luna Roja</p> <p>6.a Sociedad nacional local</p> <p>6.b FICR (catástrofes naturales)</p> <p>6.c FICR (conflictos)</p>	<p>Se clasifican a través de los canales y los estándares del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, a cargo de la FICR (estándares armonizados con los de los EMT). Se encargan de la coordinación las sociedades nacionales locales (con apoyo de la FICR). Deben seguir, además, los estándares propios del Movimiento.</p>	<p>Se clasifican a través de los canales y los estándares del Movimiento. Deben seguir, además, las normas propias del Movimiento. El CICR es el coordinador principal de la respuesta internacional del Movimiento.</p>
<p>7. Equipos médicos privados con fines de lucro</p>	<p>Deben seguir los estándares. El ministerio de salud no siempre les otorga acceso ni permisos. Los mandatos y las capacidades variarán. Algunos equipos pueden ser contratados por organismos de las Naciones Unidas.</p>	<p>Deben seguir los estándares. Los planes de la parte contratante pueden representar un problema. Algunos equipos pueden ser contratados por organismos de las Naciones Unidas.</p>
<p>8. Equipos médicos militares, nacionales o internacionales</p>	<p>Despliegues bilaterales a través del ministerio de defensa o de salud. Deben seguir los estándares. Los mandatos y las capacidades variarán.</p>	<p>Despliegues bilaterales, de Estado a Estado o de ejército a ejército (no siguen el mecanismo de EMT que auspicia la OMS). En algunos casos deben seguir otros estándares y mandatos.</p>

⁹ Se incluye entre los equipos clasificados a los que se encuentren en proceso de mentoría y verificación experta.

C. Limitaciones

Las misiones médicas en situaciones de conflicto armado u otras emergencias dependen en suma medida del contexto y requieren de análisis y ajustes constantes, según dicten las realidades sobre el terreno. Por lo tanto, no es posible prescribir una única forma de hacer las cosas.

La asistencia humanitaria se ve socavada, muchas veces, por los siguientes factores:

1. A pesar de todo el esfuerzo que hagan los equipos y las naciones, las tendencias mundiales en la manera en que se conducen las hostilidades, incluida la falta de respeto por el DIH, pueden menoscabar la aceptación, el acceso a los pacientes y la seguridad de los equipos médicos.
2. No todos los equipos médicos nacionales o internacionales gozan de la libertad o el espacio necesarios para brindar asistencia independiente, imparcial y neutral. En algunos casos se puede llegar a criminalizar estas labores, si se las tacha de ayuda a grupos “extremistas” o “radicales”.
3. Aun hoy, algunas personas, autoridades y organizaciones expresan su oposición al DIH y a los principios humanitarios fundamentales, censurándolos como un invento “externo” o “extranjero”.
4. Algunos agentes estatales y no estatales instrumentalizan las misiones médicas, abierta o encubiertamente, cuando las perciben como favorables a sus objetivos militares, políticos o económicos.
5. En los intercambios o el trabajo con el personal local, a veces es difícil cumplir con el deber de cuidado para con los miembros del equipo,¹⁰ por ejemplo, en evacuaciones para salir del país, en la concertación de seguros o en la protección ante facciones o grupos armados.
6. Las organizaciones que se encargan del despliegue y los donantes tienen incentivos, motivaciones y desincentivos distintos y a veces contradictorios, que se originan en las respectivas agendas y que no siempre promueven la conducta ética, el respeto por los principios y la priorización de las necesidades.
7. Hay una gran variedad de equipos médicos, con muy distintos recursos, mandatos, misiones, estándares de actuación y definiciones de calidad.

¹⁰ Deber de cuidado: el concepto jurídico de deber de cuidado (también denominado deber de diligencia o de asistencia y protección) implica que las organizaciones “son responsables del bienestar de sus empleados” y deben adoptar medidas prácticas para mitigar los peligros previsible en el lugar de trabajo. Esta responsabilidad cobra una dimensión adicional cuando el empleado ejerce en el extranjero.

D. Lo que no es el Libro rojo

El Libro rojo no es un sustituto de la negociación y búsqueda de soluciones diplomáticas por parte de los Estados, los grupos armados no estatales, las naciones amigas y las Naciones Unidas, que constituyen una necesidad crítica a la hora de poner fin o suspender las hostilidades.

Tampoco sustituye la diplomacia necesaria para defender el derecho humanitario, recordar a las partes beligerantes sus obligaciones para con las víctimas y cómo funciona el derecho de los conflictos armados, promover acuerdos o poner fin a las hostilidades, y lograr que las partes y las personas respondan de sus obligaciones en virtud del derecho internacional y nacional. La ayuda humanitaria no puede sustituir los acuerdos de paz duraderos.



II. El futuro de la asistencia humanitaria

Dados el dinamismo, la fragilidad y la volatilidad de las realidades sobre el terreno y del panorama mundial, y dado su impacto en las operaciones humanitarias, es fundamental que los equipos médicos examinen regularmente el entorno y se anticipen a los cambios. Los equipos tienen que aprender y adaptar sus planes, políticas, sistemas, perfiles de personal y métodos de trabajo para seguir siendo relevantes y adecuados a su propósito. Las decisiones que tomen hoy sientan las bases para el futuro. Las decisiones relativas a contrataciones, material, tecnologías, políticas y prioridades estratégicas tendrán implicaciones para los siguientes cinco a 10 años.

Mucho se ha escrito sobre el futuro del panorama humanitario (19-21). En el Libro rojo, cuando procede, se incorporan consideraciones pertinentes para los equipos médicos, dada la naturaleza cambiante de la guerra, la evolución de las tecnologías médicas, los nuevos estándares asistenciales en situaciones de conflicto y la dinámica geopolítica. Los fenómenos mundiales de hoy se manifiestan en una mayor fragmentación del orden político mundial, en guerras comerciales, ataques informáticos, politización de la ayuda, desafíos a los valores y estándares mundiales previamente aceptados, y vulneraciones de tratados vigentes desde hace mucho tiempo. Para adaptarse a tal complejidad y llegar hasta las personas necesitadas, los equipos médicos requieren una mayor vigilancia, asociaciones más sólidas, más colaboración y planes sustentados sobre la interdependencia.

Estas tendencias también exigen que los equipos y las direcciones institucionales sean más ágiles, flexibles, adaptables e íntegras, para hacer frente a un panorama operativo complejo, dinámico y, a menudo, confuso. Cabe destacar la importancia cada vez mayor de las aptitudes interpersonales, que se manifiestan en la humildad, la buena comunicación, las habilidades de negociación, la interacción significativa con la comunidad (22) y la aceptación por parte de esta.

En la actualidad se observa un cúmulo de circunstancias que tienen efectos positivos y negativos en la acción humanitaria y que se describen a continuación a título no exhaustivo.

En primer lugar, la guerra es cada vez más asimétrica. Hoy en día se habla de tácticas de asedio, guerra urbana (23), guerras de poder, lucha contra el terrorismo, guerras cibernéticas, armas más sofisticadas (y traumatismos más complejos), armas autónomas, ataques contra centros de salud y personal médico, mayor probabilidad de ataques químicos, biológicos, radiológicos y nucleares y agresiones sexuales como táctica bélica. Como señala la evidencia histórica, muchas tecnologías nuevas seguirán militarizándose (24), como los drones, la tecnología digital, las

telecomunicaciones, los láseres, la exploración espacial y la inteligencia artificial. Aunque siguen desarrollándose directrices y manuales para la coordinación civil y militar, a fin de llegar de manera segura y rápida a las personas necesitadas mediante la "evitación de conflictos" (25),^{11,12} nunca hay garantías absolutas de seguridad y protección.

En segundo lugar, a lo mencionado en el párrafo anterior se suman la urbanización acelerada y los fenómenos climáticos extremos, que producen un aumento de los brotes epidémicos, las migraciones y los desplazamientos, con necesidades humanitarias más complejas y un mayor número de actores y prestadores (26).

Una tercera circunstancia es la creciente influencia de las tecnologías emergentes en la medicina y el diagnóstico en dispositivos digitales, las telecomunicaciones, la telemedicina y telesalud, los transportes, las plataformas móviles, los cursos de capacitación virtuales, el uso de drones, la impresión tridimensional (27, 28) y los dispositivos médicos en miniatura, resistentes y desplegados en el campo. Algunas de esas innovaciones también conllevan riesgos asociados con la piratería informática, la protección de la confidencialidad, los datos de los pacientes y las acciones contra prestadores de atención médica.

Somos testigos de una transformación digital a escala mundial, que tiene efectos positivos y negativos en áreas como las siguientes: acceso a la información, confidencialidad, difusión viral de noticias pero también de noticias falsas, amenazas contra los procesos democráticos y manipulación de estos procesos, polarización de las sociedades, importancia y aumento de las identidades digitales de los refugiados o desplazados internos, transferencias de dinero por medios electrónicos, avances y difusión acelerada de tecnologías médicas y medicamentos, y erosión de la confianza en las instituciones y autoridades tradicionales.

Las organizaciones y los gobiernos nacionales conceden cada vez más peso a las autoridades locales, por lo que crece su capacidad de dirigir los operativos y otorgar o denegar accesos. Gran parte del debate y los compromisos internacionales están impulsados por la necesidad de contar con políticas y prácticas que garanticen la rendición de cuentas ante la población afectada (29), incluidos los grupos más vulnerables (30).

¹¹ "Evitación de conflictos" es un término militar para referirse al intercambio de información y planes, entre los actores humanitarios y los agentes militares, a fin de prevenir o resolver conflictos entre dos objetivos establecidos, eliminar obstáculos para la acción humanitaria y evitar peligros potenciales para el personal humanitario. Consiste, entre otras cosas, en negociar pausas militares, declarar un alto el fuego o el cese temporal de las hostilidades y notificar la ubicación de las dotaciones médicas y los corredores para el suministro de ayuda.

¹² Téngase en cuenta que la "evitación", en cuanto solución general, no está exenta de dificultades, entre las que conviene mencionar: 1) se descarga a las partes en conflicto de cierta responsabilidad a la hora de cumplir sus obligaciones para con los actores humanitarios para contribuir a la evitación de conflictos; y 2) se genera una falsa dicotomía entre las personas o los bienes "evitados" y "no evitados" de los conflictos, cuando el DIH no protege únicamente a las personas y los bienes "evitados".

En un informe reciente (31) se afirma que, dado el incremento previsto de las necesidades y las lagunas humanitarias, es esencial una capacidad eficaz de emergencia. En el informe se indica que, a pesar de las importantes restricciones de acceso que tienen los actores humanitarios, una solución rápida sería garantizar un número mínimo de organizaciones aptas que tuvieran el conocimiento, la preparación y la capacidad de despliegue para cubrir todos los sectores críticos y actuar de forma confiable en las crisis agudas.

Los últimos estudios y revisiones ponen de relieve la necesidad preeminente de que los equipos médicos apliquen mejor los principios humanitarios y mejoren en calidad y eficacia (y han proporcionado recomendaciones pertinentes) (32). Los autores del informe instan a todos los agentes a examinar sus acciones —el fin y los medios— para que las futuras respuestas humanitarias sean efectivas, se basen en los principios pertinentes y respondan a quienes más las necesitan: las víctimas de la guerra y el desplazamiento forzado.

En resumen, el previsible incremento de la inseguridad y fragilidad exige que los equipos médicos dispongan de los siguientes elementos:

- políticas institucionales que se actualicen con frecuencia y aborden el deber de cuidado, la tolerancia al riesgo, la gestión de riesgos, la seguridad y protección, el reclutamiento y los perfiles del personal, las comunicaciones con el público y las autoridades, y la preparación operativa;
- compromiso comunitario a nivel institucional e individual, caracterizado por la dignidad, el respeto, la humildad y la empatía, con independencia de los cambios que están sucediéndose en el mundo a gran velocidad;
- políticas que articulen con mayor claridad el deber de cuidar y proteger a los pacientes;
- políticas que orienten los avances tecnológicos y su adopción y adaptación (12, 33, 34);
- mecanismos de colaboración y coordinación más concretos y significativos para todo el sector, tanto en la sede como sobre el terreno, que refuercen la interdependencia, las interrelaciones y la complementariedad con otros equipos de respuesta y con las comunidades afectadas;
- políticas y fuentes financieras suficientes, que inviertan en recursos humanos, en educación continua y en el desarrollo de habilidades y competencias operacionales, a fin de mejorar los conocimientos y aptitudes de los directores de la sede, los jefes de operaciones y los miembros del equipo, gracias a la capacitación práctica y a una vinculación más formal con las instituciones académicas y los principales organismos regionales y mundiales.



Klostermann $\rightarrow 0,1 \text{ mg/kg}$
Tramadol $\rightarrow 1-2 \text{ mg/kg}$
KCP $\rightarrow 0,1 \text{ mg/kg}$
Dopamin \rightarrow
TXA $\rightarrow 10 \text{ mg/kg}$
Lidocain $\rightarrow 5 \text{ mg/kg}$
Paracetamol $\rightarrow 15 \text{ mg/kg}$



Capítulo 1

El derecho internacional humanitario y los principios humanitarios básicos en acción

1

El derecho internacional humanitario y los principios humanitarios básicos en acción

Objetivos del capítulo

1. Conocer mejor la relevancia del derecho internacional humanitario (DIH) y los principios humanitarios básicos en cuanto a la facilitación, el respaldo y la protección de los equipos médicos, los pacientes y las operaciones en conflictos armados.
2. Cobrar conciencia sobre las consecuencias de incumplir los principios humanitarios básicos e infringir el DIH por parte de los bandos en conflicto, incluidas las implicaciones para la seguridad y el acceso.
3. Reforzar la capacidad de los equipos de actuar con base en unos principios y ejercer el pensamiento crítico (decisiones y conducta) al adoptar decisiones clínicas y operacionales, tanto en la sede como sobre el terreno, que traten a todas las personas con respeto y dignidad.
4. Transmitir a los equipos la importancia y los fundamentos de una interacción significativa y responsable con la comunidad.
5. Facilitar el acceso a los manuales y materiales de referencia más relevantes.

El DIH aplicado y los principios humanitarios básicos permiten acceder a la población afectada y establecer las relaciones, la confianza y la seguridad que son cruciales para llevar a cabo una misión médica y humanitaria con las debidas garantías de protección.

El imperativo humanitario de prestar asistencia incumbe a todos los pueblos, culturas y religiones, y a la humanidad en general. Los equipos médicos brindan atención en todo el mundo, en todas las situaciones y contextos. Para dar continuidad a una misión, los equipos deben estar cada vez mejor preparados, deben entrenarse, deben tener dotes de comunicación y deben poder resolver dilemas éticos y tomar decisiones complejas, cuyo objetivo último es salvar vidas; todas ellas son tareas que la guerra dificulta.

El presente capítulo no es un texto de autoridad jurídica, pero es importante que los equipos conozcan a grandes rasgos los marcos normativos y las directrices que en él se describen. Lo importante es conocer el contexto, observar los principios pertinentes para tomar decisiones, mejorar la autoconciencia, ser plenamente consciente de las consecuencias y adoptar una postura pragmática (no dogmática). Si se desea profundizar en el DIH, se recomienda consultar la monografía *The Practical Guide to Humanitarian Law*, publicada en el 2013 por Françoise Boucher-Saulnier, de MSF (35), la base de datos en línea del CICR (36) y el manual de la Cruz Roja danesa sobre la aplicación práctica del DIH (37), así como la aplicación digital del CICR (38).

La misión médica y humanitaria, en esencia, es universal.

La teoría que postula que toda guerra es una guerra, aunque la contienda sea de ámbito intraestatal, interestatal o transnacional, es muy meritoria. Sus postulados son especialmente ciertos en lo que respecta a las obligaciones humanitarias, ya que el sufrimiento humano es común a todos los tipos de conflicto (23).

En el cuadro 5 se ilustra y se compara el ámbito de aplicación del DIH y de la ética médica sobre las obligaciones y mejores prácticas de los equipos médicos que atienden a personas heridas y enfermas (39).

5. Legislación y aplicaciones del derecho internacional humanitario, los derechos humanos y la ética médica

	Derecho internacional humanitario (DIH)	Derecho internacional de los derechos humanos (DIDH)	Ética médica
Ámbito de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto armado internacional - Conflicto armado no internacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto armado internacional - Conflicto armado no internacional - Otras emergencias - Tiempos de paz 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto armado internacional - Conflicto armado no internacional - Otros entornos de inseguridad - Otras emergencias - Tiempos de paz
Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> - Personas heridas y enfermas - Personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas heridas y enfermas - Personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas heridas y enfermas - Personal de salud
Obligados por la ley	<ul style="list-style-type: none"> - Estados - Grupos armados - Personas físicas¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Estados 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de salud

¹³ En determinadas circunstancias, la población civil también está directamente obligada por el derecho internacional humanitario. Por ejemplo, debe respetar a las personas heridas y enfermas (véase el artículo 18, párrafo 2.º del Convenio de Ginebra I).

1.1 Primero, no hacer daño (40)

“Primero, no hacer daño”, o *primum non nocere*, es un principio elemental de la buena praxis médica desde la época de Hipócrates: brindaré tratamiento a las personas enfermas de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.¹⁴

Implícito en este compromiso está que el buen médico, y de hecho todo profesional de la salud, ejercerá exclusivamente dentro de su campo de competencia y utilizará el equipamiento y los materiales necesarios para garantizar la seguridad del paciente. La esporádica falta de reconocimiento de este principio, en la respuesta a desastres repentinos, fue uno de los motivos que impulsó a la OMS a formular y promover un conjunto de estándares mínimos para los EMT (41) en el Libro azul, a fin de clarificar su misión de reducir la mortalidad, aliviar el sufrimiento y minimizar la discapacidad y el deterioro permanentes a raíz de desastres repentinos y epidemias, gracias al despliegue rápido y la coordinación de EMT de calidad garantizada (42). El principio de no hacer daño recorre todo el Libro azul y está dirigido principalmente a los pacientes atendidos, pero también es válido para los equipos desplegados (el deber de cuidado, véase el anexo 1).

Los riesgos para los equipos médicos en la respuesta a conflictos armados pueden ser muy importantes. Aunque no puedan eliminarse, sí es posible mitigarlos con una preparación adecuada, con una mayor conciencia y con capacitación. Si el equipo carece de la necesaria preparación, la adecuada capacitación y los materiales necesarios, si no conoce el contexto y su complejidad y —lo más importante— si no tiene sensibilidad a los conflictos (43),¹⁵ deberá plantearse no acudir a la misión, ya que de lo contrario podría “dañar” tanto a los pacientes como a su propio personal, socavando la confianza en la atención médica en todo el territorio afectado. Cuando un profesional de la salud fallece o resulta herido, es probable que cesen todas las labores de respuesta. La sensibilidad a los conflictos amerita una comprensión más profunda del despliegue por parte de los equipos y los responsables. El equipo debe conocer el contexto en el que trabaja y la interacción entre la intervención y su contexto, y actuar en consecuencia, a fin de evitar efectos negativos y maximizar los efectos positivos sobre el conflicto (44).

¹⁴ Este principio, que también se denomina “no hacer daño”, postula que ante un problema a veces es mejor abstenerse de hacer algo, o incluso no hacer nada, antes que arriesgarse a causar más daño que bien. A los médicos les recuerda que deben tener en cuenta el daño que pueden causar con su actuación. Se invoca cuando se debate el uso de una intervención que conlleva un riesgo evidente de perjuicio y una posibilidad menos cierta de beneficio.

¹⁵ La sensibilidad a los conflictos implica la capacidad de: 1) comprender el contexto en el que se trabaja; 2) comprender la interacción entre la intervención ofrecida y el contexto (la forma en que el contexto afecta a la intervención y la intervención afecta al contexto); y 3) actuar en consecuencia, teniendo en cuenta esa interacción, a fin de evitar efectos negativos y maximizar los efectos positivos.

En un conflicto armado, la población civil y los combatientes heridos tienen necesidades de salud complejíssimas, que pueden empeorar si la respuesta es inadecuada. Los equipos, y especialmente los jefes de equipo, deben prestar especial atención y ser sensibles a las dinámicas de poder, el riesgo de coerción o intimidación, la falta de cohesión social, la reducción de la resiliencia y la ausencia de una red de seguridad; todos ellos son problemas que puede sufrir la población en comparación con los entornos que no están en conflicto. En la guerra, más que nunca, la adhesión a los cuatro principios de la ética médica (respeto de la autonomía, beneficencia, no hacer daño y justicia) (45, 46) asegura no solo que los equipos no hagan daño, sino que reconozcan y respeten los derechos del paciente al mejor tratamiento posible, haciendo justicia a los más vulnerables en su momento de mayor necesidad.

La necesidad de contar con estándares fundamentales y técnicos y un sistema de garantía de calidad para los equipos médicos se extiende igualmente desde la zona de los desastres a la de los conflictos (47), tal como reconoció Henri Dunant, fundador del movimiento de la Cruz Roja, en su Recuerdo de Solferino de 1862 (48), obra en la que habló del sufrimiento y el abandono de las personas y de la necesidad de personas voluntarias capacitadas y con experiencia.

Se reconoce y se hace hincapié en que las facciones beligerantes deben mejorar su capacidad clínica para cumplir sus obligaciones jurídicas en virtud de los Convenios de Ginebra (véase más adelante). No obstante, siempre habrá momentos en que también a los equipos civiles se les pida, o incluso se les exija, que respondan; al hacerlo, estos equipos estarán expuestos a un riesgo ético y físico que sobrepasa su experiencia en desastres de origen natural.

Las experiencias más recientes en cuanto a la prestación y coordinación de atención traumatológica de primera línea ponen de manifiesto la necesidad de contar con EMT, pero también los complejos problemas éticos y jurídicos que surgen cuando estos equipos actúan cerca del frente o tienen acceso a un solo bando del conflicto (33). Lo importante, para los equipos médicos y las organizaciones humanitarias que trabajan en zonas de conflicto es saber respetar los principios básicos de humanidad e imparcialidad como fuerza motriz de la respuesta del EMT, aliviando el sufrimiento dondequiera que se encuentre, sin discriminación, atendiendo estrictamente a las necesidades de los pacientes y priorizando únicamente los casos que requieren atención médica de urgencia, tal como exigen los principios humanitarios básicos y la ética médica (que también se encuentra recogida en el DIH), sin dejar de guiarse por los demás principios humanitarios de neutralidad e independencia. El concepto

mismo de humanitarismo puede peligrar si el equipo se aproxima demasiado a los combatientes de un bando, de forma que los observadores externos lo consideren (o perciban) como parte del mismo equipo y de la misma campaña militar, en lugar de una unidad meramente humanitaria; es decir, cuando se difuminan las líneas divisorias. A medida que las emergencias se hacen más grandes y complejas, los equipos deben proteger y fortalecer el espacio humanitario (49).

Los EMT deben contar con el DIH y con los principios humanitarios básicos como respaldo y orientación para moverse por este territorio moral y jurídico tan resbaladizo. Deben evitar los abusos y las vulneraciones del DIH y de los principios básicos, ya que de esa forma mejorarán aún más la condición de protección del equipo. Además, mediante una defensa discreta de la causa humanitaria ante las partes en conflicto, se puede limitar el sufrimiento y el impacto de la guerra en la población y en las personas heridas y enfermas.

1.2 El derecho internacional humanitario y los principios humanitarios básicos

El DIH (50) es un conjunto de disposiciones, articuladas en torno a los Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos protocolos adicionales de 1977, que tienen por finalidad limitar los efectos de los conflictos armados. Todos los Estados del mundo han ratificado los Convenios de Ginebra (51), mientras que las partes no estatales están obligadas por el DIH, especialmente en virtud del artículo 3, común a los Convenios de Ginebra, el DIH consuetudinario y, en los casos en que proceda, el protocolo adicional II de 1977. Por otro lado, aunque un Estado no haya ratificado los tratados de DIH, incluidos los protocolos adicionales de 1977, también está obligado por el DIH consuetudinario. Los principios humanitarios básicos se derivan del reconocimiento en el DIH de la función de los “organismos humanitarios imparciales” (artículo 3 común y artículos 9, 9, 9 y 10 de los respectivos Convenios de Ginebra) y guían la acción humanitaria en todo el mundo. Sin embargo, las realidades del campo de batalla demuestran que la firma y la ratificación de estos pactos no siempre equivalen a su pleno cumplimiento, por lo que es preciso recordar a las partes en conflicto cuáles son sus obligaciones.¹⁶ En este sentido, son habituales los ataques contra hospitales y equipos médicos que realizan tareas exclusivamente humanitarias, a pesar de estar prohibidos por el DIH (52).

Sea cual sea su afiliación nacional o institucional, la misión de los equipos médicos debe guiarse por el marco jurídico de los Convenios de Ginebra y, con carácter general, por el DIH (53).

¹⁶ Lo denuncian reiteradamente el CICR, las Naciones Unidas, otras naciones, las ONG, los medios de comunicación, etc.

Los principios humanitarios básicos (humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia) (54), valores morales adoptados por las Naciones Unidas y la mayoría de los actores humanitarios, forman parte de los principios rectores de los EMT. Aplicados en su conjunto, tienen relevancia operativa práctica para los equipos médicos que se desenvuelven en entornos políticos y militarizados complejos. Por lo tanto, la observancia de los principios humanitarios y el DIH es primordial para distinguir la acción humanitaria de las actividades y los objetivos de los organismos políticos, militares y de otro tipo. Las acciones de los equipos médicos que desdibujan esas líneas pueden perjudicar la misión médica.

1.2.1 El derecho internacional humanitario

Como ya se ha dicho, el DIH (55-57), también conocido como “leyes de la guerra” o “derecho de los conflictos armados”, es el conjunto de normas que regulan específicamente los conflictos armados. Las guerras no carecen de reglas y los Estados han acordado, mediante la firma de tratados internacionales como los Convenios de Ginebra, poner límites a la forma en que se llevan a cabo. El DIH es un corpus legislativo que busca limitar los efectos de la guerra sobre la población, equilibrando la necesidad militar con los imperativos humanitarios. Desde esta perspectiva, el DIH restringe los medios y métodos bélicos y establece condiciones favorables para prestar asistencia médica y humanitaria imparcial a todas las personas heridas y enfermas, hayan participado o no en las hostilidades. Protege a las personas que no participan en la contienda o han quedado fuera de combate. Los equipos médicos deben conocer estas reglas, que existen para proteger al personal, los pacientes, las instalaciones y los vehículos. Además del DIH, el personal de salud y humanitario debe respetar el ordenamiento interno del país en el que opera, teniendo presente su obligación irrenunciable con la ética médica.

Existen varias normas del DIH que se refieren específicamente al personal de salud (militar y civil), así como a la asistencia y protección que debe ofrecerse a las personas heridas y enfermas. Se establece que las partes en conflicto deben:

- abstenerse de atacar a quienes ya no participen en los combates;
- permitir que se preste una asistencia humanitaria imparcial a la población civil y a todas las personas heridas y enfermas en general, incluidas las que han participado directamente en las hostilidades;
- abstenerse de atacar a quienes prestan asistencia médica o humanitaria;
- garantizar que todas las personas heridas y enfermas reciban atención médica y que la población civil reciba asistencia humanitaria.

La protección que confiere el DIH al personal, a las instalaciones o a los vehículos médicos no es absoluta. Las personas y los bienes pueden perder dicha protección si dan ventaja militar a una de las partes beligerantes, para que esta cometa actos perjudiciales para el “enemigo”. Aun sí, en esos casos es ilegal atacar directamente a los equipos médicos y sus instalaciones, a menos que se haya dado una advertencia. De cualquier modo, si se genera la percepción (acertada o falsa) de que el equipo médico en realidad está actuando con fines militares, habrá riesgos de seguridad tanto para el equipo como para los pacientes atendidos.

Por ejemplo, si un equipo permite que se utilicen sus instalaciones para guardar o transportar armas, para establecer una base de mando o para otras actividades de los grupos armados, estará cooperando en una vulneración del derecho internacional humanitario. Entre estos actos “perjudiciales para el enemigo” se cuenta el uso de unidades médicas para albergar a combatientes sanos, almacenar armas o municiones, como puesto de observación militar o como escudo para la acción militar.

Tanto la población civil como los miembros de las fuerzas armadas que hayan quedado fuera de combate tienen derecho a recibir protección y asistencia médica. El DIH impone obligaciones a las partes en conflicto. Una de las más importantes es la de proporcionar asistencia médica de primera línea a las personas heridas y enfermas que están a cargo de su cuidado; en segundo lugar, si las partes tienen razones legítimas que les impidan proporcionar esta asistencia, deben permitir que lo hagan terceros. Esta obligación implica que no pueden interrumpir, entorpecer ni impedir la prestación de asistencia médica a las personas que la necesitan. En tercer lugar, las partes en conflicto no deben negarse arbitrariamente a consentir los servicios humanitarios que ofrezcan organizaciones imparciales y, una vez otorgado su consentimiento, deben permitir y facilitar la prestación de asistencia médica y humanitaria.

Todos estos son puntos fundamentales que los equipos médicos deben conocer e invocar ante las partes en el conflicto, instándolas a respetar el DIH y recordándoles cuáles son sus obligaciones, inclusive durante la actividad cotidiana sobre el terreno, como puede ser a la hora de franquear los puestos de control (57).

En algunos contextos, las partes en conflicto no tienen la capacidad de proporcionar asistencia médica y humanitaria imparcial y necesitan la ayuda de actores externos o humanitarios, así como de otros prestadores de servicios de salud, para cubrir las necesidades humanitarias de la población afectada. Esto es legal en virtud del DIH. En otras circunstancias, cuando las partes sí tienen dicha capacidad, pero han optado por no proporcionar la asistencia médica en primera línea, contraviniendo el DIH, los organismos humanitarios se ven en la incómoda tesitura de tener que decidir si prestan ellos esa asistencia. Por un lado, deben precaverse para no ser “instrumentalizados” y, por el otro, deben exhortar a las partes en conflicto a que cumplan sus obligaciones.

El DIH protege al personal de salud para que pueda realizar su actividad asistencial sin injerencias indebidas de las partes en conflicto y pueda actuar con independencia y autonomía siguiendo los postulados de la ética médica. Dicho de otro modo, el personal de salud debe ser libre de tratar a los pacientes atendiendo únicamente a la necesidad de salud, y no se lo puede obligar a priorizar uno u otro bando. El personal de salud no puede quebrantar la confidencialidad médico-paciente y no se lo puede sancionar por actuar conforme a la ética médica, independientemente del estado del paciente.

En conflictos armados internacionales, el DIH dispone que debe haber confidencialidad médica con respecto a la parte contraria en el conflicto, como principio específico. Sin embargo, el principio no es absoluto, ya que puede haber excepciones previstas en la legislación nacional, especialmente en caso de comunicación de enfermedades transmisibles (cuando existe un interés superior, en aras de la salud pública, que prevalece sobre el secreto médico individual). En todo caso, la persona que ejerza una actividad médica no puede ser obligada a facilitar información alguna sobre las personas heridas y enfermas que estén o hayan estado a su cargo, siempre que considere que dicha información puede resultar perjudicial para los pacientes afectados o para sus familias.¹⁷ En conflictos armados no internacionales, el secreto y la confidencialidad no siempre gozan de la misma protección que en los conflictos internacionales, lo cual puede generar dificultades importantes sobre el terreno. No obstante, el derecho humanitario es igualmente válido en los conflictos armados no internacionales, puesto que ampara la ética médica; en este sentido, solo por ley se puede limitar el secreto médico. En el principio también se estipula que, a reserva de lo dispuesto en la legislación nacional, la persona que ejerza una actividad médica no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información sobre las personas heridas y enfermas a quienes asista o haya asistido.

El personal de salud puede verse atrapado entre obligaciones contradictorias con respecto a la confidencialidad y la ética médica. El DIH y el derecho internacional de los derechos humanos¹⁸ permiten al personal de salud respetar la ética médica en situaciones en las que el cumplimiento puramente legalista sería perjudicial para sus pacientes.

¹⁷ Esto es válido tanto si la persona que solicita la información pertenece al bando contrario como si pertenece al mismo bando que el profesional de salud, excepto en los casos previstos por la legislación nacional del profesional. Solo se contempla una excepción: deben respetarse las normas relativas a la comunicación obligatoria de las enfermedades transmisibles.

¹⁸ En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, son de aplicación el derecho a la salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) y el derecho a la intimidad (artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos).

1.2.2 Los principios humanitarios básicos

La acción humanitaria no nació de una idea abstracta, sino en el campo de batalla. Los principios son eficaces cuando se trasladan a realidades concretas, como cuando se atiende a las personas heridas y enfermas en un conflicto armado.

Estos principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia se consideran los principios operativos fundacionales de toda organización humanitaria que responda a situaciones de emergencia. La asistencia que prestan los equipos médicos, sea cual sea su grado de independencia respecto de los gobiernos y los poderes públicos, debe ser humanitaria e imparcial. Las unidades médicas de carácter militar y gubernamental —que, además de sus deberes para con los pacientes tienen una segunda lealtad a los intereses del gobierno al que sirven— no se perciben, por definición, como entidades neutrales e independientes. Esto no es problemático en desastres de origen natural y en una situación de estabilidad, pero su intervención en un conflicto armado puede socavar la percepción general de la acción humanitaria basada en principios.

Cuadro 6. Principios en acción en los contextos médicos

Principio	En la práctica médica
<p>El principio de humanidad es una poderosa fuerza motriz para quienes se esfuerzan por prevenir y aliviar el sufrimiento humano, dondequiera que sea. Su propósito es proteger la vida y la salud y garantizar el respeto para todas las personas. Promueve el entendimiento mutuo, la amistad, la cooperación y la paz duradera entre todos los pueblos. Muchas veces se define la asistencia humanitaria como algo esencial para la supervivencia de la población civil; en ella se incluye la alimentación y el alojamiento, la atención médica y el suministro de agua, energía y saneamiento.</p>	<p>Salvar vidas y, ante todo, no hacer daño.</p> <p>Centrar los esfuerzos en llegar a las personas necesitadas lo antes posible y prestar asistencia en la medida de lo posible.</p> <p>El acceso es crítico.</p> <p>No exponer a los equipos médicos o a los pacientes a un riesgo indebido. No excederse del ámbito clínico y de las propias competencias.</p>
<p>El principio de imparcialidad implica que las decisiones asistenciales y las prioridades obedezcan exclusivamente a las necesidades, sin discriminar por razón de raza, sexo, edad, clase, religión, nacionalidad o discapacidad. En la atención médica imparcial, se da prioridad a los casos más urgentes.</p>	<p>Tratar a todos los pacientes según sus necesidades médicas y su grado de urgencia, sin discriminación por razón raza, sexo, edad, clase, religión, nacionalidad o discapacidad.</p> <p>Un paciente es siempre un paciente y debe recibir un trato digno y humano, en todas las circunstancias.</p> <p>Respetar el secreto médico y el anonimato.</p>

Principio

El principio de **neutralidad** implica que, para seguir gozando de la confianza de todos, los equipos no pueden tomar partido en las hostilidades ni entrar en ninguna controversia de carácter político, racial, religioso o ideológico. Todo acto médico es en sí mismo un acto neutral.

Concientizar a las partes en conflicto sobre las vulneraciones del DIH no se considera un quebranto de la neutralidad, siempre que se haga de forma confidencial (58).

La imparcialidad significa que las decisiones para ayudar y establecer prioridades se basan únicamente en la necesidad y no discriminan según la raza, religión, nacionalidad, género, edad, discapacidad o clase. La atención médica imparcial brinda servicios dando prioridad a los casos más urgentes.

El principio de **independencia** implica que los equipos mantengan su autonomía respecto de los gobiernos y los poderes públicos, para garantizar que siempre puedan actuar de conformidad con los principios pertinentes.

En la práctica médica

Tomar partido erosiona la confianza y reduce la aceptación por parte de la población atendida y socava y reduce el acceso.

Tomar partido impide que el equipo acceda o se comunique con las partes en conflicto.

Ofrecer atención médica a las personas heridas y enfermas de todos los bandos es un deber, tal como establece el DIH, y no debe considerarse perjudicial ni equivalente a prestar ayuda material a uno u otro bando.

El hospital puede perder la protección que le confiere el DIH si se utiliza con fines distintos de los asistenciales y en actos perjudiciales para cualquiera de las partes.

Los equipos médicos deben controlar las instalaciones de salud en todo momento, en la medida de lo posible, y no permitir que se usen en actos perjudiciales para cualquiera de las partes, por ejemplo, como depósito de armas y municiones, puestos de observación militar, refugio para combatientes sanos o posiciones de tiro. En estas circunstancias, las instalaciones o los vehículos médicos pueden perder la protección, con consecuencias humanitarias potencialmente graves para los pacientes y el personal de salud.

Se contemplan excepciones para algunos equipos militares, gubernamentales y de las Naciones Unidas, cuando no les es posible mantener la imagen de neutralidad.

La actuación médica debe estar desvinculada de la agenda militar y política (véase el capítulo 3).

Se contemplan excepciones para algunos equipos militares, gubernamentales y de las Naciones Unidas, cuando no les es posible mantener la imagen de neutralidad.

La neutralidad es un principio capital del compromiso con las partes en conflicto, que permite acceder a la población afectada y adoptar acuerdos operativos sobre el marco ético y jurídico de la acción médica y humanitaria. Además, para que haya neutralidad, las partes en conflicto —ya sean Estados o no— deben abstenerse de manipular la asistencia e inmiscuirse en ella.

La neutralidad se deriva de la noción de que los equipos humanitarios no participan en ningún discurso público sobre temas políticos o polémicos en relación con el conflicto. ¿Cómo se puede confiar en recibir un trato digno y humano si el equipo o la organización se manifiestan públicamente a favor del enemigo? ¿Cómo confiar en un equipo médico que actúa sin independencia ni neutralidad, en beneficio exclusivo del bando contrario? Aunque en situaciones extremas las principales organizaciones han recurrido a la denuncia pública, hay que prever la reacción de los denunciados y planear cómo abordar la consiguiente denegación de acceso, las expulsiones y los ataques. En todo caso, denunciar las infracciones del DIH y su impacto en el acceso a la atención médica para la población civil no contraviene el principio de neutralidad.

Los equipos médicos deben concentrarse en atender los casos más urgentes, sea cual sea su afiliación y con independencia de las simpatías de la población. Idealmente, deben poder acceder a todos los bandos (lo cual no siempre es posible), por lo que se verán forzados a sortear aspectos políticos y controvertidos, en entornos complejos y frágiles, para poder llegar hasta los más necesitados y brindarles asistencia. Si no actúan con neutralidad, no solo arriesgan su vida, sino también la de quienes necesitan ayuda, además de hacer peligrar la asistencia que se dispense en el futuro. Si el equipo se enzarza en acciones, conductas o declaraciones que no sean neutrales, puede afectar negativamente al conjunto de la respuesta, con repercusiones que irán mucho más allá del propio equipo

A propósito de la neutralidad

Suele confundirse neutralidad por imparcialidad y a menudo hasta se consideran sinónimos, pero son principios diferentes. Una persona neutral no emite juicios relacionados con el conflicto. “La neutralidad exige un dominio real sobre sí mismo; es una disciplina que uno se impone, un freno para la tendencia impulsiva de las pasiones” (59). La neutralidad no exige guardar silencio sobre las vulneraciones del DIH; ahora bien, hay que ser consciente de las posibles consecuencias si se hacen declaraciones públicas que contradigan el carácter neutral del equipo médico (aunque esta percepción no sea verídica; véase la sección sobre las consecuencias, a continuación). La imparcialidad se refiere exclusivamente al comportamiento hacia los beneficiarios, y no hacia las partes beligerantes ni a los motivos subyacentes del conflicto.

A propósito de la independencia

Puede resultar difícil conciliar dos cosas que parecen incompatibles: disfrutar de la autonomía propia de una entidad no gubernamental y, al mismo tiempo, someterse a las exigencias de los donantes, la disciplina militar o la legislación nacional. Sin embargo, es posible negociar y aceptar una autonomía operativa que otorgue al equipo plena competencia sobre las decisiones asistenciales, la asignación de recursos y el triaje, sin injerencias indebidas. Este punto es fundamental para contrarrestar la percepción de parcialidad que puedan formarse las comunidades, las partes en conflicto y los demás interesados.

Cabe señalar también que no es necesario aceptar el principio de independencia para que el personal de salud esté protegido de ataques directos. Como ya se ha mencionado, el personal militar y civil que presta asistencia médica está protegido contra ataques. Se le debe permitir obrar con fines médicos cuando lo designe exclusivamente la autoridad competente de una de las partes en conflicto; para ello, los equipos estarán señalados mediante un emblema (artículo 18 del Convenio de Ginebra IV; artículos 12 y 18 del protocolo adicional I; artículo 12 del protocolo adicional II). Estas disposiciones son válidas tanto para los equipos extranjeros como para los nacionales. Conviene insistir: es importantísimo que todos los equipos médicos entiendan que, sea cual sea su grado de independencia respecto del gobierno, su prestación debe ser humanitaria e imparcial. Por supuesto, puede ser muy difícil conseguirlo, ya que la misión puede tener objetivos políticos o militares (o se puede percibir que los tiene). Una vez desplegados y operativos, estos equipos médicos deben proporcionar asistencia humanitaria imparcial y neutral, tal como se recoge en los estándares relativos al uso de los emblemas de protección (60, 61). A continuación, se detalla cómo usar correctamente el emblema, y las partes en

conflicto están obligadas a respetar este uso. Sin embargo, muchas organizaciones, equipos e instalaciones de salud han sido atacados a pesar de seguir políticas y conductas claras e independientes, y a pesar de distinguirse con un emblema.

Por lo tanto, las actividades médicas de las unidades militares y gubernamentales deben ser imparciales. Los equipos médicos deben ser muy conscientes de la independencia y la neutralidad ante otros agentes humanitarios. Por todo ello, se les aconseja que, en la medida de sus posibilidades, se abstengan de realizar actos que puedan afectar a la imagen de neutralidad e independencia de toda la respuesta médica.

1.2.3 ¿Es posible disociar los principios?

En la atención a las personas heridas de guerra y la realidad de la población civil inmersa en un conflicto armado, los principios no deben verse como una abstracción moral pura, sino como una pauta práctica que guíe el buen juicio y las decisiones pragmáticas pero basadas en principios.

Los equipos médicos pueden tomar decisiones deliberadas para hacer concesiones, pero deben ser muy conscientes de las consecuencias. Una decisión que no esté bien meditada puede perjudicar al equipo, a los pacientes, a las instalaciones y a otros elementos. El daño puede prolongarse durante años y propagarse por todo el mundo. La misión central de los equipos médicos es ayudar a las personas que necesitan atención siguiendo el principio de no hacer daño; esta misión se extiende a sus relaciones con la población. La ética médica (62) constituye una base sólida para ofrecer una atención imparcial y no discriminatoria, pero no tiene en cuenta suficientemente los matices críticos necesarios para acceder a la población civil en un conflicto armado. Tampoco aborda los aspectos prácticos ni la importancia de la neutralidad —y la percepción de neutralidad— en contextos tan complejos.

Por lo tanto, una verdadera disociación de estos principios, o una concesión, sería resultado de circunstancias excepcionales y de una coyuntura concreta, y no una decisión del equipo tomada desde sus propios sesgos o intenciones. De hecho, ya existe una jerarquía establecida: el principio de humanidad se considera el primigenio, y de él dimanar todos los demás, considerados principios secundarios. El uso de la palabra “disociación” no implica que todos los principios sean uno e indivisible. Toda concesión debe decidirse al más alto nivel de la respuesta, y no por los equipos médicos, siempre después de una detenida deliberación sobre las consecuencias a corto y largo plazo. Como se ha explicado, las unidades militares

y gubernamentales no son entidades independientes y neutrales, pero deben mostrarse sensibles y entender que muchos otros equipos sí lo son. También deben tener en cuenta las medidas que pongan en peligro el espacio necesario para llevar a cabo una acción humanitaria basada en principios.

Por ejemplo, en un informe reciente (63) se afirma que por lo que respecta a su aplicación, varios principios pueden ser especialmente difíciles para los agentes nacionales y locales. Por sus características definitorias, se enmarcan en la sociedad en la que trabajan y viven. Las afiliaciones religiosas, étnicas y políticas, así como los privilegios económicos y las relaciones de poder, tienen una influencia decisiva en la interacción entre los agentes locales y su contexto nativo. En el informe también se afirma que, por consiguiente, puede ser necesaria cierta relajación en la aplicación y el cumplimiento del marco de principios, pero no todas las concesiones son igualmente aceptables. Por lo tanto, los principios no pueden separarse de la intención política de la misión. De todas formas, los equipos tienen la obligación de respetar sus deberes éticos y, como se indica expresamente en el DIH, proporcionar asistencia humanitaria imparcial a quienes la soliciten.

La humanidad y la imparcialidad no son negociables;
la neutralidad y la independencia son fundamentales para
todos los equipos médicos (con excepciones para los equipos
militares y algunos equipos gubernamentales).

Cabe subrayar una vez más que la neutralidad y la independencia son fundamentales, pero no siempre pueden aplicarse a los equipos militares y gubernamentales a nivel institucional. Sin embargo, ambos principios sí deben aplicarse a nivel operativo sobre el terreno, lo que significa que la atención médica prestada a una persona sea neutral e independiente, incluso si la política del despliegue no lo fuera.

Por otro lado, el enfoque de principios puede verse amenazado cuando los países criminalizan (64) la asistencia a grupos o individuos calificados como radicales o terroristas al amparo de su legislación. En un movimiento positivo, hay bloques de naciones (como el Parlamento Europeo) (65) que han comenzado a promover resoluciones para evitar la criminalización de la ayuda. Los equipos deben conocer

la legislación vigente que concierna a su organización y su nacionalidad, así como las fuentes de financiamiento de la operación (66, 67).¹⁹

Conviene insistir, de nuevo: los jefes de equipo, en particular, deben abogar por el acceso y ser plenamente conscientes de toda concesión que afecte a la opinión de la misión que se forman la población local, las partes en conflicto y otros agentes interesados.

1.3 ¿Quién puede usar el emblema?

En un conflicto armado, los emblemas distintivos (68, 69) son el signo visible de la protección conferida por el DIH, especialmente al personal, a las unidades y al equipamiento médicos. Está prohibido atacar a personas, bienes y estructuras que porten dichos emblemas; por el contrario, habrá que respetarlos y protegerlos en todo momento. A pesar de todo, muchas organizaciones, equipos e instalaciones han sufrido ataques directos aun exhibiendo los emblemas protectores. Ha ocurrido incluso cuando se han tomado otras medidas para mejorar la identificación, como las de evitación de conflictos. Por lo tanto, los equipos médicos deben tener en cuenta siempre que no hay garantías absolutas ni riesgo cero.

El uso del emblema como signo protector (70) durante los conflictos armados está autorizado exclusivamente para:

- el personal, las instalaciones y los vehículos médicos, así como personal religioso de las fuerzas armadas;
- el personal, las instalaciones (incluidas las del ministerio de salud) y los vehículos de medicina civil, así como personal religioso civil, con el consentimiento de las autoridades competentes para utilizar el emblema;
- el personal, las instalaciones y los vehículos médicos que la sociedad nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja haya puesto a disposición de los servicios médicos de las fuerzas armadas.

En los conflictos armados, el emblema protector (71) debe ser de color rojo sobre fondo blanco, sin otros elementos añadidos. Debe colocarse en carteles de gran tamaño sobre los edificios protegidos, como hospitales, y sobre los vehículos, para que se puedan distinguir claramente desde lejos. Los emblemas estampados sobre

¹⁹ En la resolución 2462 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, adoptada el 28 de marzo del 2019, se utiliza un tono exhortatorio en los párrafos operativos 5 y 6, exigiendo a los Estados que cumplan con el DIH cuando adopten medidas de lucha contra el terrorismo, y un tono apremiante en el párrafo operativo 24, instándolos a tener en cuenta los efectos de las medidas contra el financiamiento del terrorismo sobre las actividades humanitarias imparciales y neutrales. Estas fórmulas implican que los Estados Miembros de Naciones Unidas estarán obligados a incorporar estos párrafos 5 y 6 a su ordenamiento interno. En la resolución 2482 del Consejo de Seguridad se reafirman estas fórmulas apremiantes e incluso se amplía su contenido cuando se refiere a "todas las medidas que adopten para luchar contra el terrorismo" en el párrafo operativo 6.

brazaletes, chalecos o pecheras para el personal protegido también deben ser claros y sin agregados. Todo ataque deliberado contra una persona, instalación o edificio marcado con el emblema es un crimen de guerra según el derecho internacional.

Ejemplos de emblemas protectores sobre instalaciones y vehículos.



© CICR/Musuabo Kivasuwamwo



Los Convenios de Ginebra de 1949 y sus protocolos adicionales reconocen a los emblemas una segunda función, ya que sirven como identificación de las instituciones integrantes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. En estos casos, el emblema debe aparecer en un formato más pequeño, junto con el nombre o las iniciales de la institución.

Los emblemas distintivos están protegidos por el DIH y por la legislación vigente, en múltiples ordenamientos nacionales, contra todas las formas de uso indebido, tanto en tiempos de conflicto armado como en tiempos de paz. Las personas autorizadas a portar el emblema tienen la obligación jurídica de actuar de manera responsable, sin poner en entredicho el respeto y el prestigio del emblema y de su función protectora.

Cuadro 7. Uso de los emblemas: protector y distintivo

	Protector	Distintivo
Finalidad	Notificación de la protección legal	Vinculación con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
Características	Grandes dimensiones y visible desde lejos	En formato pequeño, junto con el nombre o las iniciales de la institución integrante del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
Personas y entidades autorizadas a usarlos	<p>Personas que se ajusten a la definición que hace el DIH de personal, instalaciones y vehículos médicos: fuerzas armadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sociedades nacionales autorizadas;* - ONG autorizadas;* - hospitales autorizados.* <p>El CICR y la FICR, sin restricciones. * Con autorización expresa de la autoridad gubernativa competente (72).</p>	<p>Las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el CICR y la FICR.</p> <p>Nota: en tiempos de paz, y como medida excepcional, también pueden portarlo los vehículos utilizados como ambulancias y los puestos de primeros auxilios que actúen exclusivamente para ofrecer tratamiento gratuito a las personas heridas y enfermas, siempre con la autorización de la sociedad nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja.</p>



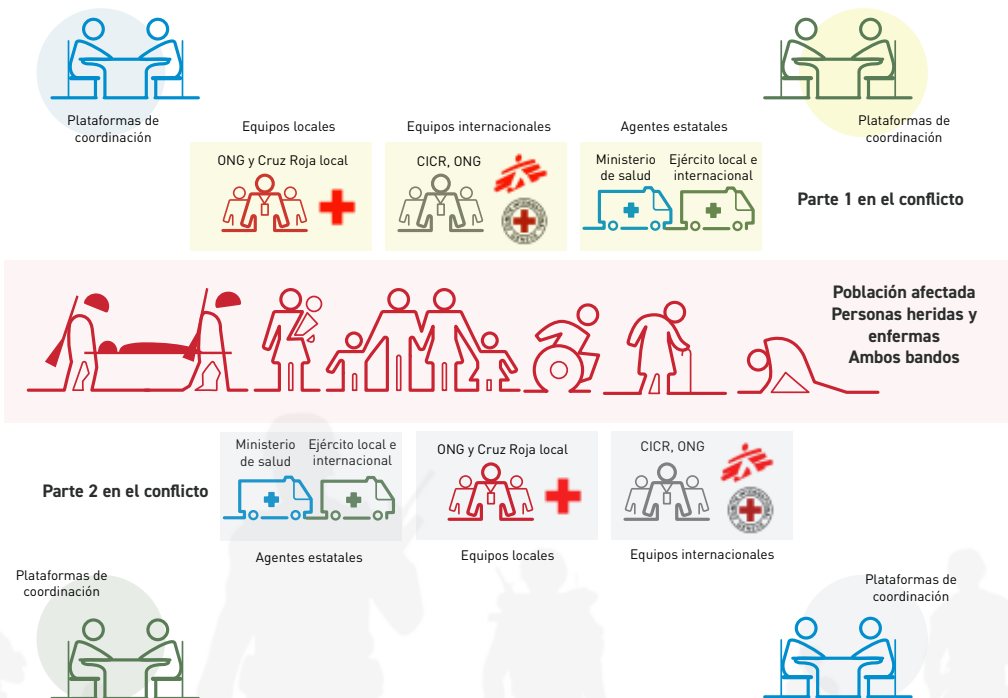
1.4 Escenarios y práctica

El DIH aplicado y los principios humanitarios básicos permiten acceder a la población afectada y permiten establecer las relaciones, la confianza y la seguridad que son cruciales para llevar a cabo una misión médica.

En esta sección se presentan escenarios y ejemplos para ayudar en la toma de decisiones y establecer una topografía de los participantes y los mandatos. También se ofrecen preguntas clave para facilitar la prestación de una atención basada en principios.

1.4.1 Escenario 1: esquema de actores y grupos poblacionales en un conflicto genérico

Figura 1. Esquema de los equipos médicos en un conflicto



Los actores implicados

En la figura 1 se ilustran los distintos actores sanitarios, sus afiliaciones y las posibles implicaciones para su aceptación y acceso. Representa las dos partes de un conflicto (una arriba y la otra abajo) y la asistencia médica movilizada a nivel estatal, local e internacional, en ambos bandos. En el centro está la población afectada de ambos bandos, sobre un fondo que representa varios territorios, regiones y etnias. Los actores estatales son el ministerio de salud y los servicios médicos militares. Otros agentes locales pueden ser la sociedad civil, las ONG y las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que pueden gozar de cierta independencia y autonomía respecto de las autoridades locales. Los actores internacionales, en la esfera médica, son el CICR, MSF y otras ONG. También puede haber prestadores privados, con fines de lucro y sin fines de lucro; según el tipo de contrato, estos servicios pueden percibirse como vinculados a actores estatales o no. Los actores privados con fines de lucro y sin fines de lucro siempre serán vistos como representantes de la parte que los financia (p. ej., las Naciones Unidas y los Estados involucrados) y también pueden postularse a ONG locales e internacionales. En tiempos de paz, el mandato típico de la Cruz Roja y la Media Luna Roja local es complementario al de las autoridades locales en el ámbito humanitario. Esto es así de facto para muchas ONG locales, que son financiadas por los gobiernos y ejecutan programas nacionales.²⁰

Los equipos médicos que tratan a las personas heridas y enfermas en situaciones de conflicto armado están adscritos a diferentes instituciones y, por lo tanto, se clasifican en función de dicha afiliación (véase el cuadro 8). Todos desempeñan un papel importante a la hora de cuidar y salvar vidas, pero no todos tienen el mismo acceso a las regiones y a la población afectadas. Dicho acceso viene determinado por el consentimiento de las partes en conflicto, sus afiliados y la percepción de la población sobre la intención del equipo, así como por su seguridad y protección en la instalación o sus inmediaciones. No se trata simplemente de garantizar el acceso de todos a una instalación, sino de proporcionar un nivel equivalente de servicios a ambas partes, en la medida de lo posible. Aunque el acceso también se puede obtener incorporándose a las operaciones de un cuerpo armado o ubicándose en sus alrededores, este tipo de colaboración puede hacer peligrar algunos principios básicos. Con todo, muchas veces es la única opción que tienen los equipos médicos militares y gubernamentales, así como algunas operaciones de Naciones Unidas.

²⁰ En la resolución 2462 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, aprobada el 28 de marzo del 2019, se utiliza un tono exhortatorio en los párrafos operativos 5 y 6. En ellos se exige a los Estados que cumplan con el DIH cuando adopten medidas de lucha contra el terrorismo, y un tono apremiante en el párrafo operativo 24, instándolos a tener en cuenta los efectos de las medidas contra el financiamiento del terrorismo sobre las actividades humanitarias imparciales y neutrales. Estas fórmulas implican que los Estados Miembros de las Naciones Unidas estarán obligados a incorporar los párrafos 5 y 6 a su ordenamiento interno. En la resolución 2482 del Consejo de Seguridad se reafirman estas fórmulas apremiantes e incluso se amplía su contenido cuando se refiere a "todas las medidas que adopten para luchar contra el terrorismo" en el párrafo operativo 6.

Las personas heridas y enfermas

Con toda probabilidad, la población civil, las personas combatientes heridas y sus compañeros no comprenderán toda la plétora de agentes, emblemas, logotipos, afiliaciones y agendas, sino que observarán y juzgarán con el prisma de sus propios valores y creencias, por lo que actuarán en consecuencia cuando busquen atención médica. Quienes necesiten ayuda usarán diferentes términos y calificativos para referirse a los equipos, según los idiomas que hablen, su vestimenta y conducta, los signos que porten, los rumores que circulen y el trato respetuoso y digno que les hayan dispensado.

El marco de principios

Sea cual sea la afiliación y el tipo de organización de un equipo, todos los servicios médicos deben guiarse por los principios de humanidad e imparcialidad. Además, las acciones de todos los equipos deben estar enmarcadas en el DIH.

Las Naciones Unidas

Si el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas ha adoptado una posición en un conflicto y se han desplegado los organismos y el personal de mantenimiento de la paz, esos equipos serán percibidos como parte en el conflicto. Si los Estados despliegan equipos militares de atención médica o protección civil para apoyar a uno u otro bando, se convierten en la práctica en partes en conflicto, lo quieran o no. Algunos Estados pueden declararse neutrales y enviar equipos que atiendan a las personas heridas y enfermas de ambos bandos. En la figura 1 también aparece la OMS, que puede intervenir en la coordinación de varios pilares, desplegando EMT, proporcionando material y haciendo un seguimiento de las cifras de mortalidad y morbilidad. Las flechas horizontales en torno a la OMS indican que la percepción de un organismo puede decantarse por uno de los bandos, también en este caso en relación con la postura declarada por las Naciones Unidas con respecto al conflicto. Así pues, aunque las acciones del equipo respaldado por la OMS se ciñan a los principios de humanidad e imparcialidad en el aspecto clínico, una de las partes en conflicto verá a la organización según la postura que Naciones Unidas haya manifestado, de modo que quedarán afectadas su imagen de independencia y neutralidad. Por lo tanto, el equipo no será reconocido como actor humanitario.

Coordinación

La ilustración también representa los mecanismos de coordinación que pueden existir en ambos bandos: ejército, unidades civiles, organismos internacionales, las Naciones Unidas y el Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (véase el capítulo 3).

¿Y si el conflicto armado no fuese internacional (es decir, si fuese una guerra civil)? En todo tipo de conflicto, siempre rigen los principios básicos. Concretamente, siempre hay que respetar la obligación ética y jurídica de proporcionar atención médica a quienes la necesiten, sea cual sea su condición. No obstante, la función de los agentes locales puede complicarse si las fuerzas gubernamentales y militares los presionan para que no traten a los llamados "rebeldes" o no atiendan a la población civil simpatizante. Lo mismo ocurre a los equipos médicos que actúan en territorios fuera del control gubernamental. De nuevo, por muy neutral e imparcial que sea la atención dispensada a nivel clínico, las percepciones de la población afectarán a la aceptación y el acceso.

1.4.2 Escenario 2: servicio de urgencias

En una misión médica a una zona de conflicto con tensiones interétnicas, llegan al servicio de urgencias las víctimas de un accidente automovilístico. Tres de ellas tienen politraumatismos graves: un varón de unos 25 años, una niña de unos 10 y un adolescente de 16. Por lo que parece, el joven conductor cometió una temeridad, perdió el control y se estrelló atropellando a los dos menores. El conductor pertenece a una de las etnias beligerantes, mientras que los dos menores son de una etnia simpatizante del bando opuesto. Todos están en estado crítico, pero el equipo no tiene los recursos para tratarlos a los tres.

¿A quién deberíamos tratar antes? ¿Por qué? ¿Qué principios intervienen?

Pensemos en un escenario semejante al anterior. En este caso, en cambio, llegan al servicio de urgencias dos personas combatientes gravemente heridas, de sendos bandos opuestos. Las dos personas presentan heridas críticas y el equipo no dispone de los recursos para tratarlas a ambas. La instalación está emplazada en un territorio bajo el control de un grupo armado no estatal. Los compañeros de uno de los soldados han acudido hasta la entrada del recinto.

¿A quién deberíamos tratar antes? ¿Por qué? ¿Qué principios intervienen? ¿Qué está en juego? Véase el cuadro 8.

1.4.3 Escenario 3: intrusión armada en una unidad médica

Usted se encuentra a cargo de un servicio de urgencias cerca del frente, en un momento en que se han recrudecido los combates. En cuestión de una hora, llegan al servicio 20 heridos de diferentes bandos del conflicto. Algunos vienen con sus compañeros de armas.

Llamar al jefe del equipo de inmediato permitirá que el personal médico se concentre en la atención clínica mientras el jefe se ocupa de las cuestiones de seguridad y la negociación (para ganar tiempo). También se garantizará así el cumplimiento de los protocolos acordados para proteger la confidencialidad de los pacientes (historias clínicas). Otros asuntos que debe tener en cuenta y planificar el equipo son los siguientes:

- las amenazas de seguridad que suponen las personas heridas traídas por combatientes armados que deciden quedarse en el hospital después de entregar al paciente;
- la exigencia de trato preferente para un caso menos crítico;
- la irrupción de combatientes en el servicio de urgencias para exigir información sobre los pacientes allí atendidos.

1.4.4 Escenario 4: despliegue en un conflicto interno

Como ya se ha indicado, las acciones deben guiarse por principios. Las preguntas que se plantean a continuación, en relación con un conflicto armado genérico, pretenden ayudar a las organizaciones, los equipos y los jefes de equipo a moverse por este terreno tan complejo. Señalan cuestiones prácticas y principios elementales que deben valorarse antes, durante y después del despliegue.

Se anuncia al equipo médico una misión inminente a un país de ingresos bajos. En algunos distritos de ese país se libra un conflicto armado entre fuerzas gubernamentales y no gubernamentales, tanto en zonas urbanas como rurales. Los combates se prolongan desde hace meses y han provocado una situación desesperada; hay decenas de miles de desplazados y una avalancha de refugiados que intenta cruzar la frontera, mientras que muchos otros siguen atrapados en sus respectivas

comunidades. En las noticias se habla mucho del componente étnico del conflicto. Las armas y tácticas empleadas han causado cientos de víctimas, con traumatismos y quemaduras graves. Hay gran devastación de infraestructuras, viviendas y redes viales. No se ha denunciado el uso de productos químicos o biológicos, pero hay rumores de violencia sexual, secuestros y delincuencia en general.

Este escenario se puede plantear como ejercicio teórico para equipos y jefes de equipo. En él se plantean las siguientes preguntas: ¿Se despliega la misión? ¿Adónde? ¿Hay elección? ¿Qué mandato hay? ¿Quién autoriza el despliegue? ¿Hay consentimiento para acceder y trabajar en todos los bandos del conflicto? ¿Hay otras opciones? Si se acude a la misión, ¿cuál es el ámbito de actuación y cuáles son las regiones donde se llevará a cabo? ¿Cambiará esa situación? ¿Cuáles son los riesgos actuales y previsibles? ¿Qué concesiones puede ser necesario hacer y por qué? ¿Qué consecuencias pueden tener tanto a corto como a largo plazo? ¿A quién se puede consultar antes, durante y después de la misión para obtener ayuda?

En el siguiente cuadro se recogen los dilemas inherentes y el pensamiento o cuestionamiento críticos que son necesarios antes y durante una misión. Está diseñado para que los equipos se concienticen y presten atención a los aspectos siguientes: el contexto en el que trabajan, las dinámicas bélicas, las estrategias para protegerse contra un despliegue innecesario, el potencial de perjudicar la labor local, la afectación para las comunidades frágiles, la manipulación y la percepción de ser parte en un conflicto, y la protección de los equipos y los pacientes contra el sufrimiento y los traumatismos.

Cuadro 8. Lista de verificación: el derecho internacional humanitario y principios en acción para los equipos nacionales e internacionales (en rojo se resaltan las diferencias clave entre las dos columnas)

Principios básicos	Pensamiento crítico de un equipo nacional	Pensamiento crítico en un equipo internacional
1. Humanidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay un imperativo humanitario de actuar? • ¿Hay otros medios para ayudar? • Si no actuamos, ¿sufrirán y morirán muchas personas? • Si actuamos, ¿facilitamos que las partes en conflicto no asuman su obligación de prestar asistencia médica en el frente? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay un imperativo humanitario de actuar? • ¿Hay otros medios para ayudar? • Si no actuamos, ¿sufrirán y morirán muchas personas? • Si actuamos, ¿facilitamos que las partes en conflicto no asuman su obligación de prestar asistencia médica en el frente?

Principios básicos	Pensamiento crítico en un equipo nacional	Pensamiento crítico en un equipo internacional
<p>2. No hacer daño</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Estamos preparados para ofrecer una atención de calidad en este escenario? Es decir, ¿tenemos el personal, el material, las habilidades, las capacidades organizativas, la logística y los fondos? • ¿Tenemos experiencia pertinente y capacitación práctica sobre DIH? • ¿Cómo son los servicios médicos en este momento, en uno y otro bando? • ¿Podemos añadir valor a lo que ya existe? • ¿Cómo evolucionarán el conflicto y las necesidades? ¿Los tipos de traumatismos? ¿Epidemias? ¿Salud mental? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Estamos preparados para ofrecer una atención de calidad en este escenario? Es decir, ¿tenemos el personal, el material, las habilidades, las capacidades organizativas, la logística y los fondos? • ¿Tenemos experiencia pertinente y capacitación práctica sobre DIH? • ¿Cómo son los servicios médicos en este momento, en uno y otro bando? • ¿Podemos añadir valor a lo que ya existe? • ¿Cómo evolucionarán el conflicto y las necesidades? ¿Los tipos de traumatismos? ¿Epidemias? ¿Salud mental?
<p>3. DIH: aceptación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Aceptarán las comunidades afectadas recibir tratamiento de los equipos procedentes de otros distritos? • ¿Aceptarán los profesionales locales a equipos de otros distritos que colaboren con ellos o junto a ellos? • ¿Quién recoge y atiende a las personas heridas y enfermas? ¿Lo hacen con respeto y dignidad? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Aceptarán las comunidades afectadas recibir tratamiento de equipos internacionales? • ¿Aceptarán los profesionales locales a equipos internacionales que colaboren con ellos o junto a ellos? • ¿Aceptarán los comandantes militares a un equipo internacional en las zonas que controlan? • ¿Quién recoge y atiende a las personas heridas y enfermas? ¿Lo hacen con respeto y dignidad?
<p>4. DIH: acceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Concederán al equipo, las comunidades afectadas y los comandantes militares el acceso necesario a las personas heridas y enfermas de ambos bandos y sin obstáculos? • ¿Las personas heridas y enfermas tendrán acceso al equipo? ¿De ambos bandos? Si no, ¿es posible ejercer alguna influencia? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Concederán al equipo, las comunidades afectadas y los comandantes militares el acceso necesario a las personas heridas y enfermas de ambos bandos y sin obstáculos? • ¿Las personas heridas y enfermas tendrán acceso al equipo? ¿De ambos bandos? Si no, ¿es posible ejercer alguna influencia? • ¿Quién tiene la potestad de otorgar autorizaciones temporales a los profesionales de la salud internacionales?

Principios básicos	Pensamiento crítico en un equipo nacional	Pensamiento crítico en un equipo internacional
5. DIH: seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede ofrecer la misión suficientes garantías de seguridad para el personal y los pacientes? ¿Cómo evolucionará esta situación? • ¿Qué consecuencias habrá para los pacientes, para el equipo y para la respuesta humanitaria en general en caso de sufrir un ataque u otros daños? • ¿Se considerará al equipo como parte en el conflicto por razón de su origen étnico? ¿Por su religión? • ¿El personal local tendrá acceso seguro? • ¿Existe o se puede establecer un mecanismo de derivación seguro? • ¿Existe un mecanismo de coordinación civil y militar? ¿Hay otras plataformas? • ¿Se puede evacuar o reubicar al equipo y a los pacientes si es necesario? • ¿Entienden los miembros del equipo la importancia de su conducta individual en relación con los protocolos de seguridad y protección? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede ofrecer la misión suficientes garantías de seguridad para el personal y los pacientes? ¿Cómo evolucionará esta situación? • ¿Qué consecuencias habrá para los pacientes, para el equipo y para la respuesta humanitaria en general en caso de sufrir un ataque u otros daños? • ¿El personal internacional tendrá acceso seguro? • ¿Existe o se puede establecer un mecanismo de derivación seguro? • ¿Se considerará que el equipo toma partido por la percepción que se tenga del país responsable o del lugar de origen del equipo? • ¿Existe una cadena clara de mando militar en ambos bandos? • ¿La percepción que se forme la población local puede verse influida por la nacionalidad, el pasaporte, la etnia, la religión, los comentarios expresados en las redes sociales y la postura del gobierno? ¿Harán que el equipo sea visto como parte del conflicto? • ¿Existe un mecanismo de coordinación civil y militar? ¿Hay otras plataformas? • ¿Se puede evacuar o reubicar al equipo y a los pacientes si es necesario? • ¿Entienden los miembros del equipo la importancia de su conducta individual en relación con los protocolos de seguridad y protección?
6. Imparcialidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Nos pedirán que discriminemos y tratemos a un grupo y no a otro? • ¿Nos obligarán a hacer declaraciones y a priorizar a las personas heridas y enfermas de un único bando? • ¿Tenemos alguna influencia sobre los responsables de tomar las decisiones? • Si tratamos a todos las personas heridas y enfermas sin distinción, ¿corremos el riesgo de que nos procesen por vía judicial o nos estigmaticen en los medios de comunicación locales o nacionales? • ¿Tenemos una estrategia para lidiar con esta estigmatización y garantizar que nuestro acceso no se vea afectado? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Nos veremos obligados a discriminar y tratar a un único grupo y no al otro en función del lugar donde se ubique el equipo? ¿Tendremos que denegar el acceso a las personas necesitadas? • ¿Nos veremos obligados a priorizar en función del uniforme de un bando y no del otro o por las simpatías percibidas? • ¿Tenemos alguna influencia sobre los responsables de tomar las decisiones? • A nuestro regreso, ¿corremos el riesgo de que nos procesen judicialmente por ayudar a facciones consideradas "radicales", "extremistas" o "terroristas"? • ¿Estaremos obligados a revelar la identidad de los pacientes para que los detengan las autoridades en virtud de la legislación nacional? ¿Cómo protegeremos el secreto médico de nuestros pacientes? • A la hora de garantizar que la atención responda solo a las necesidades, ¿cómo podemos estar seguros de que los pacientes no han obtenido prioridad, en la cadena de derivaciones, por su etnia o afinidad política?

Principios básicos	Pensamiento crítico en un equipo nacional	Pensamiento crítico en un equipo internacional
7. Neutralidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Entendemos el contexto? • ¿Hay agentes internacionales presentes o en camino? • ¿Cómo son los servicios médicos en este momento, en uno y otro bando? • ¿Tendremos acceso a los dos bandos (o a todos)? • ¿Qué se puede y qué no se puede comunicar/compartir sobre este conflicto y con quién? • ¿Nos percibirán como parte en el conflicto? ¿Podemos modificar esta percepción? • ¿Qué se puede y qué no se puede comunicar o compartir sobre este conflicto? ¿Y con quiénes? • ¿Qué pautas hay que seguir respecto a los medios de comunicación y las redes? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Entendemos el contexto? • ¿Cómo son los servicios médicos en este momento, en uno y otro bando? • ¿Cómo han respondido los demás? (CICR, MSF, Naciones Unidas, ONG locales, ministerios de salud, etc.) • ¿Las Naciones Unidas han declarado formalmente su postura? • ¿Tendremos acceso a los dos bandos (o a todos)? • ¿Atenderemos a las personas heridas y enfermas de un solo bando? ¿Podrán llegar hasta nosotros voluntariamente? • ¿La percepción que se forme la población local puede verse influida por mi nacionalidad, etnia, religión, los comentarios expresados anteriormente en las redes sociales y la postura del gobierno? ¿Harán que me vean como parte en el conflicto? ¿Se puede modificar esta situación? ¿Y si no? • ¿Qué se puede y qué no se puede comunicar o compartir sobre este conflicto? ¿Y con quiénes? • ¿Qué pautas hay que seguir respecto a los medios de comunicación y las redes sociales?
8. Independencia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Forma parte el equipo de una estructura estatal gubernamental, no gubernamental o semigubernamental? • ¿El anuncio forma parte de una estrategia gubernamental o militar? • ¿Nos percibirán como parte en el conflicto? • ¿Quién financia? • ¿Quién aporta el personal? • ¿Qué nivel de autonomía operativa tendrá el equipo sobre las decisiones asistenciales, la ubicación de la misión y el parque móvil, en su caso? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién moviliza las respuestas médicas y de socorro? • ¿Qué agenda tienen los donantes? • ¿El anuncio forma parte de una estrategia gubernamental o militar? • ¿Quién financia? • ¿Quién aporta el personal? • ¿Qué nivel de autonomía operativa tendrá el equipo sobre las decisiones asistenciales, la ubicación de la misión y el parque móvil, en su caso?
9. Consideraciones especiales	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de violencia sexual y de género? • ¿Qué implicaciones hay para las habilidades y el material del equipo? • ¿Cuáles son los temas prohibidos o tabú? • ¿Se han cometido atrocidades o es probable que se cometan? ¿Quiénes las han cometido? ¿El equipo tendrá que denunciar o aportar pruebas? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de violencia sexual y de género? ¿Qué implicaciones hay para las habilidades y el material del equipo? • ¿Cuáles son los temas prohibidos o tabú? ¿Con quién se pueden hablar? • ¿Se han cometido atrocidades o es probable que se cometan? ¿Quiénes las han cometido? ¿El equipo tendrá que denunciar o aportar pruebas?

1.5 Consecuencias e implicaciones de apartarse de los principios

Los equipos médicos siempre deben respetar los cuatro principios humanitarios básicos y guiarse por ellos. Garantizar que el comportamiento y proceder de los equipos se base en los principios pertinentes y se enmarque en el DIH requiere acciones decididas y meditadas, así como una conciencia sobre las consecuencias a corto y largo plazo de tales acciones. Para ello, hay que vigilar el contexto cambiante en el que operan los equipos. Es posible, además, que se necesite una estrategia persuasiva para influir en los actores y las autoridades principales y recordarles que deben cumplir las obligaciones contraídas en virtud del DIH: proporcionar asistencia médica a las personas heridas en el campo de batalla y no “instrumentalizar” a las organizaciones que prestan dicha atención, ya sean humanitarias o no, para desentenderse de sus propias obligaciones. Como fuente de este pensamiento crítico, se pueden entablar conversaciones con la población y el personal local, las autoridades competentes, los pacientes, las instalaciones, la prensa y las redes sociales. En ningún caso debe darse la impresión de que los jefes de equipo desdeñan comentarios u opiniones; al contrario, deben escuchar activamente, observar y reflexionar. Los equipos tampoco son inmunes a las consecuencias persistentes de las acciones de otros, ni de las suyas propias, por lo ocurrido en misiones anteriores (la reputación sigue y persigue a los equipos). La población y las comunidades no siempre distinguen, a veces porque no son capaces, entre los diversos grupos y misiones, y tienden a generalizar (positiva o negativamente) lo que se oye y se ve. En muchas situaciones, esto puede requerir comunicaciones externas para resolver rumores y percepciones que no sean fieles a la misión. Todas las comunicaciones externas se deben gestionar con suma minuciosidad, deben coordinarse bien y deben estar controladas, para evitar transmitir mensajes contradictorios o ambiguos, que den pie a malentendidos.

En ocasiones, se obliga a los equipos nacionales a hacer declaraciones o realizar actos que las partes en conflicto perciben como una toma de partido, lo cual supone un incumplimiento del DIH (como cuando se utiliza un hospital con fines no clínicos) y de algunos principios humanitarios básicos. Aunque los equipos nacionales no tengan otra opción que acatar las órdenes políticas y militares, también pueden gozar de cierta ventaja crítica, ya que son capaces de influir discretamente en los líderes y comandantes militares para que modifiquen su conducta y se adhieran al DIH, mientras continúan negociando el acceso y cierta autonomía o independencia operativa. Los equipos no siempre tienen el control absoluto sobre quiénes acceden

a sus instalaciones, pero sí pueden garantizar una atención humanitaria e imparcial desde el momento del ingreso y durante su tratamiento, sin dejar de abogar por un acceso irrestricto para todas las personas que necesiten atención médica.

También puede existir la percepción de que los equipos no cumplen los principios simplemente por su nacionalidad, por su etnia o por los idiomas que hablan. Esos factores deben tenerse en cuenta en la planificación previa; llegado el caso, se puede recomendar que un equipo no participe en una misión si hay factores ajenos a su control que planteen riesgos y responsabilidades en el ámbito de las operaciones.

Los ejemplos anteriores ilustran lo importantes que son los principios en el éxito de la misión médica. En este proceder, son ineludibles la colaboración, el liderazgo pragmático, el pensamiento flexible, la conciliación en la toma de decisiones y la ponderación de percepciones de todas las partes interesadas y de la comunidad. Estas decisiones pueden requerir ajustes periódicos en el transcurso de la misión y una comunicación frecuente y bien coordinada con las partes en conflicto, los líderes comunitarios, las autoridades locales y otras personas y entidades, a fin de garantizar el acceso y la seguridad. Las acciones de “unas pocas personas” afectarán a “muchas personas” y, por lo tanto, todos los equipos médicos deben actuar siguiendo los principios pertinentes, como una comunidad de práctica y no solo como un grupo aislado o independiente.’

Con el cuadro siguiente, sin ánimo de exhaustividad, se pretende ayudar a los equipos a tomar decisiones y planificar una misión en un conflicto armado, así como su interacción con diversos actores. Hay que recordar que los equipos y los jefes de equipo tienen la tarea diaria inexcusable de mantenerse al corriente de la situación y la evolución del conflicto en todo momento.

Es fundamental mantener una acción humanitaria basada en principios incluso bajo estas presiones, aunque sea difícil lograrlo.

Cuadro 9. Consecuencias de apartarse de los principios

Requisitos del equipo médico	Justificación	Posibles consecuencias del incumplimiento
<ul style="list-style-type: none"> Participar activamente en el cuidado, el acompañamiento y la derivación de pacientes según las necesidades de orden clínico. 	Humanidad y neutralidad	Las categorías de riesgo atañen a la protección, la seguridad, la confianza, el acceso, la reputación y la angustia moral.
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar atención médica y un triaje que no favorezca (ni parezca que favorece) a un grupo, una religión o una etnia en detrimento de otros grupos. 	Imparcialidad	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de ataques directos o indirectos contra la instalación, el equipo o los pacientes.
<ul style="list-style-type: none"> No restringir el acceso a tratamientos, dispositivos y medicamentos esenciales, ni priorizar a los miembros extranjeros del equipo.²¹ 	Imparcialidad	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de perder la aceptación de las personas heridas y enfermas, que no acudirán al equipo y preferirán sufrir u optarán por otras formas de atención que tengan a su alcance.
<ul style="list-style-type: none"> Evitar, en la medida de lo posible, instalar la unidad en estrecha cercanía de las fuerzas militares de una de las partes beligerantes, o en sus propios recintos. En todo caso, no es responsabilidad del equipo médico estar siempre apartados de objetivos militares, ya que pueden ser inevitables si se encuentran cerca del frente o en un entorno urbano. 	Neutralidad	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de perder el acceso físico a las zonas donde se encuentren las personas heridas y enfermas, por ejemplo al bloquear las carreteras que conducen a instalaciones o campamentos, además de posibles amenazas y coacciones.
<ul style="list-style-type: none"> Evitar las escoltas armadas y los guardias uniformados o armados (véanse las directrices de la OCHA) (74). 	Neutralidad e independencia	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de perder la relación confidencial y la influencia sobre los agentes clave que pueden proporcionar acceso o facilitar diversos aspectos de la misión.
<ul style="list-style-type: none"> Abstenerse de expresar opiniones y puntos de vista sobre las partes involucradas en el conflicto armado. Estas manifestaciones pueden revestir muchas formas: reuniones, publicaciones, entrevistas con la prensa, comentarios en redes sociales y charlas con los pacientes y sus familias, con el personal local o con las autoridades locales. Este requisito, en todo caso, no debe impedir denunciar públicamente las infracciones del DIH, de cualquier tipo, y sus repercusiones para la población civil. 	Neutralidad	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de que aumente el nivel de angustia moral (73) en los equipos incapaces de acceder a los pacientes o atenderlos. Riesgo de descrédito, tanto en el área de operaciones como a nivel mundial, ya que el equipo puede adquirir mala reputación o ser visto como una organización oportunista o mercenaria.
<ul style="list-style-type: none"> Abstenerse de expresar simpatía y solidaridad (o lo que pueda parecerlo) hacia uno de los bandos en conflicto, por ejemplo, mediante prendas de vestir, uniformes, símbolos religiosos, logotipos, emblemas, banderas nacionales o por socialización. 	Neutralidad	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de estigmatización y generalizaciones (verídicas o ficticias) que conciernen a la mayoría de los equipos en todo el espacio operativo. Riesgo de procesamiento judicial.

²¹ Aunque tales acciones puedan estar justificadas por legítimos motivos prácticos y de otra índole, y a veces se procede así por los requisitos de cuidado y de las pólizas de seguros, es fundamental que no se comunique abiertamente.

En síntesis (54)

1. Los principios humanitarios deben regir la conducta de los trabajadores humanitarios y de atención de salud.
2. Los actores humanitarios deben entablar un diálogo con todas las partes en conflicto, con fines estrictamente humanitarios. Este diálogo puede comenzar por la oficina del coordinador humanitario en el país afectado y puede consistir también en el contacto y negociación continua con grupos armados estatales y no estatales.
3. El cumplimiento de los principios humanitarios afecta a la credibilidad del equipo y, por ende, a su capacidad para obtener acceso seguro a las personas afectadas. Sin embargo, no basta con recitar de memoria los principios humanitarios: la retórica debe acompañarse de liderazgo y resultados prácticos.
4. Los actores humanitarios sufren grandes presiones para relajar su cumplimiento de los principios, por ejemplo, para que presten ayuda humanitaria dentro de una campaña con fines políticos. Los actores humanitarios deben estar preparados para soportar estas presiones y deben contar con mecanismos que les permitan gestionarlas y responder adecuadamente, sin renunciar a sus principios (75).
5. Los equipos militares o gubernamentales que aporten personal a los EMT deben prestar una atención médica estrictamente imparcial, de conformidad con el DIH y la ética médica, y deben ser conscientes del efecto de sus acciones sobre la percepción de neutralidad e independencia de la operación médica en su conjunto.
6. Prestar atención médica en el campo de batalla, en sus proximidades o en la línea del frente es responsabilidad de las partes en conflicto, mientras que los equipos civiles y de otro tipo son los más adecuados para brindar atención a lo largo de la vía de derivación.
7. Cuando varios equipos médicos se ofrecen para participar en la respuesta a un conflicto, se debe dar preferencia a los que tengan antecedentes comprobados de independencia operativa, lo cual aumentará sus posibilidades de aceptación y acceso a la población afectada.

1.6 Negociaciones humanitarias

El jefe del equipo tiene el cometido crucial de marcar el tono, la actitud y los parámetros de la misión médica, comunicar las prioridades, los riesgos y los planes y señalar los deberes y las prohibiciones. Aunque no todos los miembros del equipo negocien con contrapartes, muchos participarán en comunicaciones y negociaciones, a varios niveles y con diversos actores. Por lo tanto, es imperativo que todos tengan nociones sólidas de los aspectos fundamentales, como la comunicación con los habitantes del lugar, de todos los orígenes y profesiones.

Es esencial que todos los integrantes del equipo posean, a fin de potenciar la negociación y la comunicación, aptitudes y competencias interpersonales básicas, en las que se incluye lo siguiente: el compromiso de cuidar a las personas, la autoconciencia y la capacidad de colaborar con el prójimo de manera efectiva en diferentes idiomas y culturas, las habilidades de liderazgo y la capacidad de cumplir instrucciones, la toma de iniciativa, la profesionalidad y el compromiso ético, buenas habilidades de escucha y comunicación, y una sensibilidad cultural excepcional. Se ha dicho que el despliegue es diplomacia (76) y, en este sentido, las aptitudes interpersonales permiten ejercer una influencia sutil para lograr los objetivos de la misión. Es difícil ofrecer una fórmula prescriptiva o universal sobre cuáles deben ser estas aptitudes, pero la experiencia demuestra que se obtienen mejores resultados si hay humildad, empatía, paciencia, sensibilidad y respeto en el trato. Esto no significa abandonar los principios y los objetivos de la misión, que igualmente se pueden lograr con firmeza, determinación y perseverancia.

1.6.1 Negociaciones humanitarias

La negociación humanitaria se define como:

“Un conjunto de interacciones entre organizaciones humanitarias y partes en un conflicto armado, así como otros agentes pertinentes, destinada a establecer y mantener la presencia de estas organizaciones en entornos conflictivos, para asegurar el acceso a grupos vulnerables y facilitar la prestación de asistencia y las actividades de protección. Las negociaciones pueden suponer tanto actores estatales como no estatales. Incluyen un componente relacional centrado en generar confianza en las contrapartes a lo largo del tiempo y un componente transaccional centrado en determinar y convenir las condiciones y logística específicas de las operaciones humanitarias”.

Manual del CCHN sobre negociación humanitaria (79).

Para que una negociación resulte exitosa, entendiendo por éxito el acceso irrestricto y seguro a las personas heridas y enfermas, se requiere un liderazgo maduro y experimentado, con habilidades cimentadas en la resolución de conflictos y la creación de consensos.

El éxito de una negociación humanitaria tiene que ver tanto con la calidad de las relaciones personales que se establecen entre el equipo y sus contrapartes como con el aprovechamiento de las respectivas redes de influencia.

A diferencia de las negociaciones en tiempos de paz o en situaciones cotidianas, al contexto de un conflicto armado se suman el alto nivel de estrés, la tensión, las coacciones, el miedo, la inseguridad y el riesgo, así como el potencial de manipulación.

Tal como indica la experiencia de muchos actores humanitarios, existen posibilidades y oportunidades de llegar a acuerdos y encontrar soluciones intermedias o aceptables, por lo que es posible continuar con una misión incluso en los contextos más aciagos y confusos. En la publicación de MSF sobre sus experiencias y casos prácticos (77), se afirma lo siguiente:

Este libro se propone desmontar deliberadamente una serie de mitos que sitúan al humanitarismo por encima de la política. Es un examen franco de las concesiones que ha tenido que hacer MSF, algunas fructuosas y otras no tanto, para tratar de ayudar a las personas que más sufren en el mundo de hoy. Los casos presentados, correspondientes a conflictos recientes como los de Yemen, Sri Lanka y Afganistán, revelan la realidad de la labor de MSF para llegar a las personas más afectadas y explorar cuáles deberían ser los límites de la transigencia. También hay una serie de ensayos monográficos que ahondan en distintos temas, como la utilidad real de las respuestas humanitaria a los desastres de origen natural [traducción oficiosa].

Los miembros y los jefes de equipo tienen que ser capaces de enfrentarse a situaciones críticas, disipar tensiones, aplicar los principios relevantes a las decisiones clave, encontrar decisiones conciliadoras, negociar con múltiples interesados y defender la centralidad del acceso, la atención de calidad al paciente, la seguridad del equipo y la protección de las personas heridas y enfermas.

Hay un manual de campo publicado por el Centro de Competencias de Negociación Humanitaria (CCHN, por su sigla en inglés) (78), institución con sede en Ginebra

fundada por cinco grandes organizaciones humanitarias: el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), Médicos Sin Fronteras (MSF) y el Centro para el Diálogo Humanitario.

En diciembre del 2018, se publicó la primera edición del Manual del CCHN sobre negociación humanitaria, que se puede descargar ⁽⁷⁹⁾. Nutriéndose de la experiencia colectiva y la perspectiva de cientos de profesionales humanitarios, el manual ofrece un conjunto de instrumentos y métodos para planificar y preparar procesos de negociación, con el fin de ayudar y proteger a la población afectada por los conflictos armados y otras formas de violencia.

En el manual se propone un “método exhaustivo para realizar la negociación humanitaria de manera estructurada y personalizada” y “una guía paso a paso para planificar e implementar procesos de negociación basados en un conjunto de herramientas prácticas diseñadas con las siguientes finalidades: analizar entornos de negociación complejos; evaluar la posición, los intereses y los motivos de todas las partes interesadas; construir redes y aprovechar la influencia; definir las condiciones de un mandato de negociación y aclarar los objetivos de negociación; fijar límites (líneas rojas) para estas negociaciones”; e “iniciar transacciones de manera efectiva para lograr una implementación adecuada”.

1.6.2 Participación comunitaria

En los equipos médicos se suele depositar un alto grado de confianza cuando responden a emergencias relacionadas con la salud, por lo que sus integrantes se convierten en personas potencialmente muy influyentes, algo que pueden aprovechar para fomentar comportamientos saludables en las comunidades. Sin embargo, en el contexto de un conflicto donde se infringe el derecho internacional humanitario, el caos imperante, las suspicacias y la confusión pueden engendrar desconfianza en los equipos médicos y en la acción humanitaria en general. La población verá las misiones médicas a través de su propio conjunto de valores y creencias, de sus experiencias y de los rumores circulantes, y puede tener expectativas bajas o altas. Por lo tanto, la comunicación activa con la comunidad deviene un elemento crítico para reconstruir la confianza y la aceptación, asegurar el acceso y manejar las expectativas.

Ejemplo 1. Participación de la comunidad en un brote epidémico, durante un episodio de violencia política aguda

A raíz de unas elecciones muy reñidas, un núcleo urbano importante vive un episodio de violencia y criminalidad que se prolonga varias semanas y al que se añade una epidemia grave de cólera. El miedo al contagio estalla en una serie de ataques contra las personas enfermas y los equipos médicos, a los que se impide instalarse en las comunidades y se deniega el acceso en general; esto significa que no hay aceptación ni confianza, y sí un alto grado de inseguridad. Algunos políticos y líderes religiosos condenan a las personas con cólera, clamando que la enfermedad es un “castigo divino” y “obra del diablo”. Se mueven en convoyes con altavoces, exhortando a las comunidades a “expulsar a las personas enfermas” y “no dejar que las vean los médicos”.

Ejemplo 2. Participación de la comunidad en una epidemia de cólera, en una época de gran inseguridad

Cuando la epidemia alcanza su punto álgido y miles de personas se ven afectadas, el gobierno solicita asistencia internacional (pero es incapaz de obligar a las comunidades a aceptar a los equipos). Para entrar a un barrio importante de la ciudad e instalar un centro de tratamiento del cólera, un equipo internacional decide con premura involucrar a más de 30 líderes comunitarios, entre ellos figuras políticas, municipales, religiosas, así como escuelas, mujeres, jóvenes, empresas y la representación local de la Cruz Roja. En una serie de reuniones concertadas en el lugar y la hora que decidieron estos grupos, el equipo explica en qué consiste la enfermedad, cuáles son las causas, cómo se trata, cómo funciona el hospital de campo y quiénes componen el equipo médico que se pretende instalar, cuánto tiempo durará la misión, cuáles serán los beneficios y por qué se necesita la participación de la comunidad en el empeño por encontrar las fuentes y difundir mensajes sobre prevención. Se pidió su ayuda, a continuación, para encontrar una ubicación adecuada y aceptable. Las reuniones se prolongaron durante más de cinco días y requirieron una considerable paciencia y mucho respeto. En este proceso de diálogo, el equipo expuso datos epidemiológicos que ilustraban los mecanismos de propagación de la enfermedad, los sitios afectados, la importancia de su función y el grado de urgencia. Mientras tanto, la violencia continuó durante semanas, se dictaron toques de queda, se bloquearon carreteras y se quemaron neumáticos en muchas esquinas.

Cuando la violencia amainó hasta un nivel aceptable, la mayoría de los líderes comunitarios (no todos) dieron su visto bueno para que el equipo se instalara en la localidad. Hubo transparencia y acuerdos para manejar asuntos como los cadáveres,

la gestión de residuos, el estado de la tierra al finalizar la operación, la capacitación de la población local y la colaboración en la campaña de prevención.

El centro de tratamiento abrió ocho días después de la llegada del equipo al país; en las primeras horas, las 80 camas se llenaron de mujeres, niños y niñas, y hombres. En los días siguientes, se invitó a los líderes a que vieran cómo se trata el cólera y se cura a los pacientes. Muchos se mostraron complacidos y convencidos.

Sin embargo, en algunos altavoces del convoy se siguen escuchando alocuciones en contra del cólera. El equipo decide entonces invitar a los políticos que lideran esa campaña negativa (a través de la iglesia local), y estos aceptan. De nuevo, les mostraron la instalación, los pacientes y el personal local (médico y no médico) que colaboraba en el centro de tratamiento, así como las tareas de capacitación para los miembros de la comunidad sobre prevención y determinación de peligros. Al día siguiente, los altavoces cesaron. El equipo continuó tratando a las personas enfermas los siguientes cinco meses.

Cuando se decidió cerrar y dejar la labor en manos del personal local, el político que había dirigido la campaña hostil acudió en persona a las instalaciones y le rogó al equipo que no se marchara: "Si se van, nuestra gente se va a morir. Por favor, quédense", les pidió. En respuesta, se le aseguró que la situación estaba bajo control y que la comunidad local y la Cruz Roja se las arreglarían bien a partir de ese momento.

Los ataques contra las unidades y el personal médico también hacen que las comunidades, los líderes comunitarios y los trabajadores de salud locales vacilen a la hora de solicitar u ofrecer atención. Esta inseguridad general plantea dificultades tanto para la población que intenta acceder a los servicios de salud como para los agentes que intentan llegar a la población necesitada. Un bloqueo, un corte de carretera o un puesto de control militar pueden paralizar cualquier intento de ofrecer atención médica. A veces, las misiones médicas han sido objeto de ataque (80).

El compromiso directo y abierto con la población, los líderes comunitarios y los trabajadores de salud locales ayuda a generar confianza y adaptar la atención clínica a los problemas y morbilidades propias de la población. Lo mejor es que la participación comunitaria la encabezen los grupos y entidades civiles, ya que conocen bien a las comunidades locales. Esto no sustituye, no obstante, el compromiso de los equipos médicos, para el cual los integrantes deben poseer

competencias como técnicas de entrevista, trabajo con intérpretes, resolución de dilemas éticos y sensibilidad a las dinámicas de poder y de género. Calibrar las percepciones y determinar la mejor manera de granjearse la aceptación de una comunidad implica entablar relaciones y comunicaciones frecuentes, en un marco de escucha activa, aptitudes interpersonales, humildad, respeto, civismo, empatía, transparencia y sensibilidad a las cuestiones género y las normas culturales. Cierta grado de apertura y predisposición a aprender de los prestadores locales de servicios de salud y su sabiduría, así como la voluntad de aceptar críticas, reflexionar y actuar, también contribuyen a generar confianza, preservar la dignidad y fortalecer la aceptación de la comunidad local. Cabe señalar que los equipos médicos de adscripción militar o gubernamental que operan en situaciones de conflicto armado deben actuar con cautela en este ámbito, ya que se los percibirá como parte de los programas políticos o de seguridad.

En un estudio realizado por Humanitarian Policy Group (81), se afirma acertadamente que, muchas veces, cuando se produce un quiebre de las reglas e instituciones de gobernanza, las ONG se arrojan la autoridad apelando a valores impersonales como la libertad, la igualdad, la salud y la seguridad, ya que sus equipos de expertos internacionales descienden sobre una crisis local, imponen sus normas y aplican procedimientos estandarizados a su intervención. Al hacerlo, niegan la soberanía del Estado anfitrión y despersonalizan y descontextualizan las relaciones comunitarias, reduciendo los actores sociales a meros cuerpos humanos.

En gran medida, el personal humanitario de hoy está bien informado sobre los principios básicos y las estrategias de comunicación de sus organizaciones, en las que confluyen declaraciones de misión, cartas, códigos de conducta y mandatos. Además, suelen estar informados sobre el contexto de las operaciones. Con todo, en un contexto bélico, los equipos médicos se enfrentan a nuevos desafíos y dilemas, así como a la necesidad de encontrar un delicado equilibrio: idealmente, el equipo médico debe situar los servicios lo más cerca posible de la comunidad, pero este ideal no siempre se cumple, dadas las hostilidades activas y los peligros inherentes a la guerra.

Numerosas organizaciones recurren a las redes sociales y otras aplicaciones digitales para compartir información vital y transmitir mensajes de salud pública en comunidades de difícil acceso, o bien para escuchar a una población y conocer sus necesidades. De esta forma, los equipos médicos con “preparación digital” pueden ofrecer servicios de mejor calidad y más responsables a las personas afectadas por las crisis. La interacción digital, sin embargo, no está exenta de riesgos de seguridad y protección de datos, los cuales requieren una cuidadosa consideración (82).

1.7 Notas de orientación

<p>Primero, no hacer daño</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los equipos médicos y los jefes de equipo deben analizar continuamente el contexto y sus sutilezas, dentro de las zonas y territorios en los que se despliegan, aplicando una "perspectiva de sensibilidad con respecto al conflicto", para evitar hacer daño involuntariamente. 2. Los equipos médicos deben plantearse seriamente la opción de no acudir a una misión y, si lo hacen, deben examinar con detenimiento la ubicación cuando no se den las condiciones mínimas de seguridad, imparcialidad y acceso a las personas heridas y enfermas. 3. Los equipos médicos deben llegar hasta los pacientes con una conducta basada en principios. El acceso requiere la aceptación de las comunidades y todos los interesados directos. La aceptación se erige sobre la confianza, que también confiere mayor seguridad. 4. Los equipos médicos deben conocer el DIH vigente y los cuatro principios básicos de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia, para lo cual deben recibir capacitación práctica antes de la misión (e impartirla sobre el terreno al personal local). 5. Los equipos médicos deben poseer excelentes dotes interpersonales para el contexto de la misión prevista. <p>Los módulos de capacitación práctica en DIH pueden integrarse en los programas docentes (83) y en ellos pueden participar el personal local y los equipos rotativos.</p>
<p>El DIH y los principios humanitarios básicos en acción</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Los equipos médicos deben guiar su actuación de conformidad con el DIH y los principios humanitarios básicos. Deben obrar con acciones comprobables, de forma que se los perciba como neutrales e independientes, y deben ser capaces de comprender en qué casos se pueden hacer excepciones, como contar con escoltas militares, y en cuáles no, sin dejar de ser plenamente conscientes de las consecuencias. 7. Los equipos médicos, siempre y cuando sea posible y seguro, deben entablar un contacto coordinado con todas las partes en conflicto y tratar a todas las personas heridas y enfermas sin discriminación. 8. Las realidades, complejidades y riesgos asociados al trabajo de un equipo médico en el entorno de un conflicto armado exigen resiliencia, liderazgo experimentado y capacidad de moverse por la situación, con un planteamiento pragmático y centrado en los pacientes. 9. Los jefes de equipo necesitan capacitación y orientación especiales para transitar por la realidad turbulenta y caótica de un conflicto armado. 10. Los equipos únicamente deben plantearse usar escoltas y guardias armados como último recurso (74), ya que ello puede tener un efecto nefasto para su imagen de neutralidad.
<p>Negociaciones humanitarias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Los equipos y jefes de equipo deben tener competencias y habilidades de resolución de conflictos, creación de consensos y aptitudes interpersonales, que deben aplicar con humildad, respeto, paciencia y sensibilidad cultural y religiosa, como facilitadores críticos para lograr objetivos.
<p>Participación comunitaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Los equipos médicos deben entablar un diálogo con las comunidades, con total transparencia y apertura, en un marco de respeto, empatía, escucha activa y sensibilidad hacia las cuestiones culturales y de género. 13. Puede considerarse (con cautela) la posibilidad de usar las plataformas digitales y las redes sociales para comunicarse con la población afectada y otros profesionales médicos, a fin de transmitir mensajes prácticos y consejos sobre salud y peligros.

Referencias

- 1 Comité Internacional de la Cruz Roja. ¿Cuál es la definición de "conflicto armado" según el derecho internacional humanitario? Documento de opinión. Ginebra: CICR; 2008. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-es.pdf>.
- 2 Norton I, Schreeb V J, Aitken P, Herard P, y Lajolo C. Classification and Minimum Standards for Medical Teams in Sudden Onset Disasters. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/classification-and-minimum-standards-for-foreign-medical-teams-in-sudden-onset-of-disasters>.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres. Washington, D.C.: OPS; 2003. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52160>.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Emergency Medical Teams Initiative. Disponible en: <https://extranet.who.int/emt/content/about-us>.
- 5 Advanced Life Support Group. Major Incident Medical Management and Support The Practical Approach at the Scene. Tercera edición. Blackwell Publishing Ltd; 2012 (p.11). Disponible en: <https://healthindisasters.com/images/Books/Major-Incident-Medical-Management-and-Support-Third-Edition.pdf>.
- 6 The New Humanitarian. In Militarised Mali, Humanitarian Responders say Aid is an Afterthought. 11 de marzo del 2019. Disponible en: <https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2019/03/11/militarised-mali-humanitarian-responders-say-aid-afterthought>.
- 7 Comité Internacional de la Cruz Roja. International Armed Conflict. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://casebook.icrc.org/glossary/international-armed-conflict>.
- 8 Comité Internacional de la Cruz Roja. Classification of conflict. Ginebra: CICR; 2019. Disponible en: <https://casebook.icrc.org/glossary/classification-conflict>.
- 9 Doswald-Beck, L. y Henckaerts, J. M. Normas consuetudinarias del derecho internacional humanitario. Normas 25, 26, 28, 29, 109, 110 y 111. Oxford: Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR); 2009. Versión completa disponible en inglés en: <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/customary-international-humanitarian-law-i-icrc-eng.pdf>. Versión resumida en español disponible en: <https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/customary-law-rules-spa.pdf>.
- 10 Geneva Call. Humanitarian engagement with armed non-state actors. 2019. Disponible en: <https://www.genevacall.org/>.
- 11 Geneva Call. Deed of Commitment under Geneva Call for the Protection of Health Care in Armed Conflict. 2018. Disponible en: <https://www.genevacall.org/wp-content/uploads/2023/07/Official-DoC-Protecting-health-care-in-armed-conflict.pdf>.
- 12 Giannou C, Baldan M. Cirugía de guerra: trabajar con recursos limitados en conflictos armados y en otras situaciones de violencia - Volumen 1. Segunda edición. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR); 2022. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/publication/cirugia-de-guerra-trabajar-con-recursos-limitados-en-conflictos-armados-y-en-otras-volumen-1>.
- 13 Comité Internacional de la Cruz Roja. Medical Personnel. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://casebook.icrc.org/glossary/medical-personnel>.
- 14 Organización Mundial de la Salud. WHO Global Outbreak Alert & Response Network (GOARN). Disponible en: <https://web.archive.org/web/20220119013231/https://extranet.who.int/goarn>.
- 15 Estándares Esfera. Disponible en: <https://www.spherestandards.org/es/>.
- 16 El Manual Esfera. 2018. Disponible en: <https://handbook.spherestandards.org/es/sphere/#ch003>.
- 17 Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011;15(2):63-69. doi:10.7812/tpp/10-148.
- 18 Comité Permanente entre Organismos, Grupo de Acción Sanitaria de Naciones Unidas. Civil-military Coordination During Humanitarian Health Action. Febrero del 2011. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/civil-military-coordination-during-humanitarian-health-action>.
- 19 Bennett, C. ODI Planning from the future: is the humanitarian system fit for purpose? ODI; 2017. Disponible en: <https://www.odi.org/publications/10694-planning-future-humanitarian-system-fit-purpose>.
- 20 ALNAP. El estado del sistema humanitario. Reino Unido: ALNAP. Disponible en: <https://sohs.alnap.org/about-8/what-is-the-state-of-the-humanitarian-system-report>.
- 21 McGoldrick, C. The future of humanitarian action: an ICRC perspective, 31-12-2011 Article, International Review of the Red Cross, No. 884. 2011. Disponible en: <https://international-review.icrc.org/sites/default/files/irc-884-mcgoldrick.pdf>.
- 22 Comité Internacional de la Cruz Roja. Engaging with People Affected by Armed Conflicts and other Situations of Violence Taking Stock Mapping Trends, Looking Ahead, Recommendations for Humanitarian Organizations and Donors in the Digital Era. Ginebra: CICR; 2020. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/publication/engaging-people-affected-armed-conflicts-and-other-situations-violence>.
- 23 Watkin, K. Medical Care in Urban Conflict. International Law Studies Series. US Naval War College, Vol. 95, pp. 49. 2019. Disponible en: <https://digitalcommons.usnwc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1729&context=iils>.
- 24 Macaulay, T. y Magee, T. The Future of Technology in Warfare: From Drone Swarms to VR Torture. 2018.
- 25 Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. Humanitarian Deconfliction Mechanism for Humanitarian Organisations Operating in Syria. Türkiye: OCHA; 2018. Disponible en: https://www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/deconfliction_syria_for_static_non_static_feb2018_eng.pdf.
- 26 Smith KF, Goldberg M, Rosenthal S, Carlson L, Chen J, Chen C, Ramachandran S. Global rise in human infectious disease outbreaks. J R Soc Interface. 2014 Dec 6;11(101):20140950. doi:10.1098/rsif.2014.0950.
- 27 Luterbacher, C. How drones are transforming humanitarian aid. Suiza: 2018. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/eng/sci-tech/-dronefrontier-how-drones-are-transforming-humanitarian-aid/44141254>.
- 28 James, E. y James, L. 3D printing humanitarian supplies in the field. Humanitarian Practice Network; 2016. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20200724193651/https://odhpn.org/magazine/3d-printing-humanitarian-supplies-in-the-field/>.
- 29 Agenda for Humanity 2016. The World Humanitarian Summit- Core Commitments. Disponible en: <https://agendaforhumanity.org/core-commitments.html>.
- 30 The New Humanitarian. Ten humanitarian crises and trends to watch in 2019. The New Humanitarian; 2019. Disponible en: <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2019/01/02/ten-humanitarian-crises-and-trends-watch-2019>.
- 31 de Castellarnau, M. y Stoianova, V. Bridging the Emergency Gap: Reflections and a call for action after a two-year exploration of emergency response in acute conflicts. Ginebra: MSF; 2018. Disponible en: <https://arhp.msf.es/wp-content/uploads/2023/07/FULL-REPORT.pdf>.
- 32 Spiegel, PB et al. The Mosul Trauma Response: A case Study. Johns Hopkins Center for Humanitarian Health; 2018. Disponible en: http://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/Mosul_Report_FINAL_Feb_14_2018.pdf.
- 33 Duffield, M. Humanitarianism is in crisis. Digital innovation won't fix it. The New Humanitarian; 2019. Disponible en: <https://www.thenewhumanitarian.org/opinion/2019/01/07/humanitarianism-crisis-digital-innovation-won-t-fix-it>.
- 34 The New Humanitarian. Humanitarian Technology. The New Humanitarian; 2018. Disponible en: <https://www.thenewhumanitarian.org/in-depth/humanitarian-technology>.
- 35 Médicos Sin Fronteras. The Practical Guide to Humanitarian Law. Ginebra: MSF. Disponible en: <https://guide-humanitarian-law.org/content/index/>.
- 36 Comité Internacional de la Cruz Roja. IHL databases search. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20220621045735/https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-search.nsf/content.xsp?key=intro>.
- 37 Cruz Roja Danesa. Handbook on the practical use of International Humanitarian Law. Versión revisada del 2008. Disponible en: https://www.rodekors.dk/sites/rodekors.dk/files/2018-03/handbook_on_ihl.pdf.
- 38 Comité Internacional de la Cruz Roja. Aplicación de DIH: el derecho internacional humanitario al alcance de su mano. Ginebra: CICR; 2019. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/document/aplicacion-de-dih>.
- 39 Asistencia De Salud en Peligro. EL PROYECTO: Una iniciativa mundial. Disponible en: <https://healthcareindanger.org/es/hcid-project-3/>.
- 40 Asociación Médica Mundial. Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. 65.ª Asamblea General de la AMM. Durban: AMM; 2014. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/principios-eticos-de-la-asistencia-de-salud-en-tiempo-de-conflicto-armado-y-otras-situaciones-de-emergencia/>.
- 41 Iniciativa de equipos médicos de emergencia. Guidelines and Publications. OMS. Disponible en: <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>.
- 42 Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia (Libro azul). Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57880>.
- 43 Reychter, L. Humanitarian aid for sustainable peace building. Gibbons & Piquard, Working in conflict - Working on conflict: Humanitarian dilemmas and challenges (pp. 135-154). Bilbao: Humanitarian Net; 2006. Disponible en: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/hnet/hnet17.pdf>.

- 44 Montanaro, L. Evaluation in hard to reach areas: Conflict sensitivity- a criterion for evaluations in the contexts of violent conflicts. Bruselas: ESS Conference; 2019. Disponible en: https://capacity4dev.europa.eu/projects/devco-ess/info/cycle-conferences-evaluation-hard-reach-areas_en.
- 45 Gillon, R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184-188. doi:10.1136/bmj.309.6948.184.
- 46 Organización Mundial de la Salud. Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/196326>.
- 47 Comité Internacional de la Cruz Roja. Principios éticos comunes de la asistencia de salud en conflictos y otras situaciones de emergencia. Ginebra: CICR; 2015. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/document/common-ethical-principles-health-care-conflict-and-other-emergencies>.
- 48 Comité Internacional de la Cruz Roja. Recuerdo de Solferino. Ginebra: CICR; 2017. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/publication/recuerdo-de-solferino>.
- 49 Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido. Humanitarian Emergency Response Review. Reino Unido: DFID; 2011. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67579/HERR.pdf.
- 50 Comité Internacional de la Cruz Roja. ¿Qué es el derecho internacional humanitario? Ginebra: CICR; 2004. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/dih.es.pdf>.
- 51 Comité Internacional de la Cruz Roja. States Party to the Geneva Convention and Their Additional Protocols. Ginebra: CICR; 2014. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/annual-report/current-icrc-annual-report-map-conven-a3.pdf>.
- 52 Asistencia de Salud en Peligro. Una cuestión humanitaria de importancia crítica. Disponible en: <https://healthcareindanger.org/es/the-issue/>.
- 53 Comité Internacional de la Cruz Roja. Bases de datos de DIH: Bases de datos de derecho internacional humanitario. Disponible en: <https://ihl-databases.icrc.org/es/customary-ihl/v1>.
- 54 Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. What are Humanitarian Principles. OCHA. Disponible en: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/OOM_Humanitarian%20Principles_Eng.pdf.
- 55 Comité Internacional de la Cruz Roja. Bases de datos del CICR sobre derecho internacional humanitario. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://ihl-databases.icrc.org/es>.
- 56 Médicos Sin Fronteras. The Practical Guide to Humanitarian Law. Ginebra: MSF. Disponible en: <https://guide-humanitarian-law.org/content/index/>.
- 57 Comité Internacional de la Cruz Roja. Rules for Behaviour in Combat. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/publication/0381-behaviour-combat-rules-behaviour-combat>.
- 58 Comité Internacional de la Cruz Roja. Action by the International Committee of the Red Cross in the event of violations of international humanitarian law or of other fundamental rules protecting persons in situations of violence. Ginebra: CICR. Disponible en: https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/irrc_858_violations_ihl.pdf.
- 59 Comité Internacional de la Cruz Roja. Comentario sobre los principios fundamentales de la Cruz Roja. Ginebra: CICR; 1979. Disponible en: <https://international-review.icrc.org/es/articulos/comentario-sobre-los-principios-fundamentales-de-la-cruz-roja-j>.
- 60 Comité Internacional de la Cruz Roja. Bases de datos de derecho internacional humanitario, Norma 59. Uso indebido de los emblemas distintivos establecidos en los Convenios de Ginebra. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://ihl-databases.icrc.org/es/customary-ihl/v1/rule59>.
- 61 Comité Internacional de la Cruz Roja. Bases de datos de derecho internacional humanitario, Norma 30. Personal y bienes que ostenten los signos distintivos. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://ihl-databases.icrc.org/es/customary-ihl/v1/rule30>.
- 62 Asociación Médica Mundial. Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. 65.ª Asamblea General de la AMM. Durban: AMM; 2014. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/principios-eticos-de-la-asistencia-de-salud-en-tiempo-de-conflicto-armado-y-otras-situaciones-de-emergencia/>.
- 63 Médicos Sin Fronteras. The challenges of localised humanitarian aid in armed conflict 2016. Ginebra: MSF; 2016. Disponible en: <https://arhp.msf.es/wp-content/uploads/2023/07/Emergency-gap-the-challenges-of-localised-humanitarian-aid.pdf>.
- 64 ODI. UK counterterrorism travel ban could criminalise humanitarian assistance. ODI; 2018. Disponible en: <https://www.odi.org/blogs/10709-uk-counterterrorism-travel-ban-could-criminalise-humanitarian-assistance>.
- 65 Parlamento Europeo. Directrices para los Estados miembros destinadas a impedir la penalización de la ayuda humanitaria (resolución del 5 de julio del 2018). Estrasburgo: Parlamento Europeo; 2018. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2018-0314_ES.html.
- 66 Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Resolución 2462 (documento S/RES/2462). Nueva York: Naciones Unidas; 2019. Disponible en: <https://www.un.org/securitycouncil/es/content/sres24622019>.
- 67 Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Resolución 2482 (documento S/RES/2482). Nueva York: Naciones Unidas; 2019. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/225/01/PDF/N1922501.pdf?OpenElement>.
- 68 Comité Internacional de la Cruz Roja. Bases de datos de derecho internacional humanitario, Norma 30. Personal y bienes que ostenten los signos distintivos. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://ihl-databases.icrc.org/es/customary-ihl/v1/rule30>.
- 69 Comité Internacional de la Cruz Roja. Bases de datos de derecho internacional humanitario, Norma 59. Uso indebido de los emblemas distintivos establecidos en los Convenios de Ginebra. Ginebra: CICR. Disponible en: <https://ihl-databases.icrc.org/es/customary-ihl/v1/rule59>.
- 70 Comité Internacional de la Cruz Roja. Emblems of humanity [presentación]. Disponible en: <https://slideplayer.com/slide/13726970/>.
- 71 Comité Internacional de la Cruz Roja. Emblemas de humanidad. Ginebra: CICR; 2016. Disponible en: [https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/0876_emblems_of_humanity_spa\(web\).pdf](https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/0876_emblems_of_humanity_spa(web).pdf).
- 72 Comité Internacional de la Cruz Roja. Los emblemas. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/document/los-emblemas>.
- 73 Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1.
- 74 Comité Permanente entre Organismos. IASC Non-Binding Guidelines on the Use of Armed Escorts for Humanitarian Convoys. IASC; 2013. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiv-vRQueJAXUJCFIkFHeT8KwUjDFnoECBSAQ&url=https%3A%2F%2Finteragencystandingcommittee.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmigrated%2F2021-03%2FIA_SCC%2520Discussion%2520Paper%2520and%2520Non-Binding%2520Guidelines%2520on%2520the%2520Use%2520of%2520Military%2520Or%2520Armed%2520Escorts%2520for%2520Humanitarian%2520Convoys.pdf&usq=A0vVaw28SRJAVJiah9MLONGBg0&opi=89978449.
- 75 Egeland, J, Harmer, A, y Stoddard, A. Quedarse y cumplir: buenas prácticas para trabajadores humanitarios en entornos de seguridad complejos. Reino Unido: ALNAP; 2021. Disponible en: <https://www.alnap.org/help-library/to-stay-and-deliver-good-practice-for-humanitarians-in-complex-security-environments>.
- 76 National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC). Soft Power Deployment is Diplomacy. En: revista trimestral del NCCTRC; 2017.
- 77 Magone, S., Neuman, M. y Weissman, F. Humanitarian Negotiations Revealed: the MSF experience. París: MSF; 2012. Disponible en: <https://www.msf-crash.org/en/publications/humanitarian-negotiations-revealed-msf-experience>.
- 78 Frontline Negotiations. Aprender desde la experiencia. Dar forma a una comunidad mundial. Ginebra: Frontline Negotiations. Disponible en: <https://frontline-negotiations.org/es/>.
- 79 Centro de Competencias de Negociación Humanitaria (CCHN), Frontline Negotiations. Manual del CCHN. Ginebra: Frontline Negotiations; 2021. Disponible en: <https://frontline-negotiations.org/es/home/resources/field-manual/>.
- 80 Organización Mundial de la Salud. Attacks on Health Care Dashboard. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20220326114458/https://www.who.int/emergencies/attacks-on-health-care/attacks-dashboard-2018-full.pdf?ua=1>.
- 81 Collinson, S. (Humanitarian Policy Group). Constructive deconstruction: making sense of the international humanitarian system. ODI; 2016. Disponible en: <https://odi.org/en/publications/constructive-deconstruction-making-sense-of-the-international-humanitarian-system/>.
- 82 Comité Internacional de la Cruz Roja. Manual sobre Protección de Datos en la Acción Humanitaria. Ginebra: CICR; 2020. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/publication/manual-sobre-proteccion-de-datos-en-la-accion-humanitaria>.
- 83 ALNAP, IHL and Core Humanitarian Principles: Humanity, Neutrality, Impartiality and Independence. ALNAP; 2015. Disponible en: <https://www.alnap.org/help-library/ihl-and-core-humanitarian-principles-humanity-neutrality-impartiality-and-independence>.
- 84 Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas. United Nations Security Management System: Security Policy Manual. UNDS5; 2017. Disponible en: https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms_policy_ebook.pdf.

Capítulo 2

Gestión de riesgos, seguridad y protección

2 Gestión de riesgos, seguridad y protección

Objetivos del capítulo

1. Adoptar, a nivel del equipo médico, un enfoque integral para la gestión de los riesgos de seguridad en situaciones de conflicto.
2. Detectar las amenazas para la seguridad del equipo asociadas con los conflictos armados.
3. Considerar medidas de seguridad apropiadas para proporcionar atención en conflictos armados (incluidas las amenazas químicas, biológicas, radiológicas y nucleares).
4. Adoptar, a nivel del organismo u organización, unos requisitos mínimos para una preparación sólida en cuanto a la salud mental de los trabajadores.
5. Facilitar el acceso a los manuales y materiales de referencia más relevantes.
6. Poder ofrecer a los equipos médicos atención física y psicológica integral cuando se produzcan adversidades.

2.1 Introducción

Para salvar vidas e intervenir, los equipos médicos pueden tener que operar cerca de las hostilidades en curso. Esto exige un alto nivel de atención a la gestión de riesgos y la colaboración con representantes de todas las partes implicadas.

En este capítulo se detallan los medios y medidas propuestos que deben tener en cuenta y planificar los equipos (independientemente de su tipo o afiliación) a fin de proteger la misión médica y responder a las agresiones deliberadas o indirectas. Se presentan y destacan las mejores prácticas, las formas de proceder y lo que se debe y no se debe hacer, citando una selección de trabajos de las ONG, el CICR, MSF y la OMS. En respuesta a los ataques contra los trabajadores de la salud, muchas de las grandes organizaciones de este campo han publicado directrices y manuales prácticos, como el sistema de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas (84). Muchas de ellas han puesto en marcha iniciativas para prevenir ataques, como la de Asistencia de Salud en Peligro (85) y el marco Acceso más seguro para salvar vidas (86) del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la publicación *Saving Lives and Staying Alive* de MSF (87), y el sitio de la OMS sobre ataques contra la atención sanitaria (80).

Las organizaciones que despliegan equipos médicos tienen la obligación legal y moral de procurar un nivel práctico de precaución y diligencia que permita

salvaguardar la seguridad y el bienestar de los miembros desplegados, y de otros implicados en la actividad del equipo (pacientes y casos derivados, familias, trabajadores de salud locales, proveedores y contrapartes).

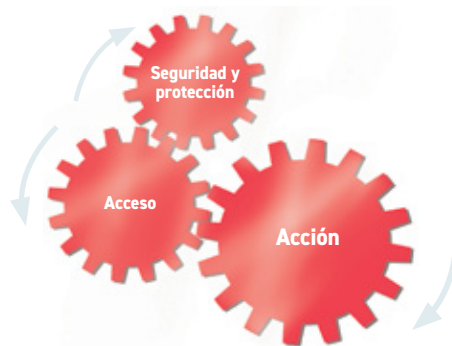
La pregunta elemental que debe hacerse el EMT es: ¿vale la pena arriesgar el bienestar de alguien, o incluso su vida, para cumplir con los objetivos de la organización y ofrecer una atención segura a los pacientes? Para decidir si el equipo acude a una misión, cómo permanecerá *in situ* y si sigue manteniendo una presencia directa en el terreno a pesar de que aumente el peligro, debe seguirse un proceso de gestión de riesgos exhaustivo y sistemático.

**Los conflictos armados pueden evolucionar rápidamente
y sin previo aviso: los equipos deben reevaluar
la situación continuamente y actuar.**

Si bien los mismos principios de gestión de riesgos de seguridad son válidos para todas las misiones de emergencia, su aplicación requiere mayor cuidado y urgencia en situaciones de violencia armada. Si no gozan de suficiente seguridad, los equipos médicos no pueden, y no deben, obtener un acceso sostenible a la comunidad mientras se desarrollan las hostilidades, cuando no es posible prestar una atención médica significativa y de calidad.

Ninguno de estos elementos (seguridad, acceso y prestación de servicios médicos) es estático ni independiente. Esta relación dinámica se ilustra en la figura 2. Como se puede apreciar, la seguridad facilita el acceso, sin el cual la programación médica no puede tener lugar (88).

Figura 2. La seguridad y la protección en el engranaje del acceso seguro



Por otro lado, si los equipos médicos no abordan los problemas de seguridad de manera ética y siguiendo unos principios, pueden parecer parciales e incluso ser

objeto de instrumentalización, cuando se considera que conceden una ventaja militar o política a uno de los bandos del conflicto.

En el Libro azul se describe en detalle lo que deben tener en cuenta todos los equipos médicos, incluidos los que operan en conflictos, en la gestión de los riesgos de seguridad. El enfoque integral requiere la adopción de medidas en tres niveles:

- A nivel institucional, se debe introducir una política, una cultura y un marco de seguridad que demuestren un compromiso explícito y una división nítida de funciones, en consonancia con el apetito de riesgo de la organización. Por lo general, las organizaciones que trabajan en áreas de violencia armada deben aceptar un umbral de riesgo más alto y comunicarlo abiertamente a sus gerentes y a su fuerza laboral, a través de un diálogo basado en el consentimiento informado, y luego invertir en estrategias adicionales que permitan obtener un resultado lo más seguro posible.
- A nivel de la gestión sobre el terreno, deben aplicarse sistemáticamente los pilares interconectados de evaluación de los riesgos, planificación de la seguridad y gestión de incidentes críticos, de acuerdo con el contexto local y la naturaleza particular de la actividad médica. Los jefes de equipo deben tener la capacidad de acción y decisión, así como los recursos apropiados, para abordar los riesgos de seguridad prioritarios, eligiendo y poniendo en práctica las medidas que estimen más adecuadas. Las buenas prácticas aconsejan contar con el apoyo de un coordinador especializado que se dedique a las cuestiones de seguridad.
- A nivel individual, cada uno de los miembros del equipo debe recibir capacitación e información regular sobre cómo reducir los riesgos para su integridad física y psíquica; para ello, se deben conocer y respetar los procedimientos operativos estandarizados que haya acordado el equipo y se deben hacer planes de contingencia. Se deben seguir parámetros claros para un comportamiento seguro, tanto en horas de servicio como de descanso, con protocolos relativos al uso de las redes sociales. Para garantizar el cumplimiento de estos protocolos, los miembros del equipo firmarán un código deontológico.

Tradicionalmente, las organizaciones de ayuda humanitaria tienden a centrarse exclusivamente en los efectos negativos de los riesgos de seguridad. Sin embargo, un enfoque sistemático e integral de la gestión de riesgos también puede tener efectos positivos (89). Algunos ejemplos de los beneficios de aceptar y gestionar los riesgos de seguridad pueden ser, para los EMT:

- mejorar su reputación;
- reforzar la relación con las comunidades afectadas y ganarse su confianza;
- fomentar el *esprit de corps*²² entre los miembros del equipo;
- mejorar la coordinación de la seguridad y la planificación de la respuesta;
- mejorar las condiciones para un posterior acceso en el futuro;

²² Expresión francesa que denota un sentimiento de orgullo, moral alta y mutua lealtad de los miembros de un grupo.

- mejorar la resiliencia de la organización;
- obtener una cobertura positiva de los medios locales e internacionales (especialmente en relación con la atención prestada a todas las personas que la necesitan).

2.2 Amenazas de seguridad específicas

Cuando una emergencia de salud coexiste con la violencia armada, generalmente hay que tener en cuenta las características especiales del tipo de armamento que se esté utilizando y que alteran el entorno de seguridad, como por ejemplo los explosivos. Con la quiebra del orden legal que acarrea el conflicto armado, el crimen y los disturbios civiles acrecientan aún más el nivel de amenaza.²³

La clasificación de las amenazas varía según el método empleado para evaluarlas, pero por lo general se deben tener en cuenta las siguientes categorías:

Cuadro 10. Categorías de amenazas (adaptado del sistema de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas)

Conflicto armado	Violencia radical	Delincuencia	Agitación social	Amenazas
Ataques con armas pequeñas	Artefactos explosivos improvisados	Secuestros (móvil económico)	Protesta pacífica ²⁴	Colisiones de tránsito
Ataque aéreo	Secuestros (móvil político o militar)	Agresiones sexuales y de género	Manifestaciones violentas	Enfermedades
Minas terrestres (contra el personal)	Homicidios	Robo de vehículos	Saqueos	Desastres de origen natural
Minas terrestres (contra vehículos)	Atentados suicidas	Robo con allanamiento	Agresiones a los pacientes	Incendios en el hospital
Artefactos sin detonar de un ataque químico, biológico, radiológico y nuclear (QBRN)	Ataque QBRN	Hurtos		Seguridad de la instalación eléctrica

²³ La diferencia entre una amenaza y un riesgo es que una amenaza es un incidente negativo en sí mismo, mientras que un riesgo es el incidente negativo combinado con la probabilidad de que ocurra y su repercusión.

²⁴ Por la gran concentración de personas, suelen producirse traumatismos aunque la protesta sea pacífica. Por ejemplo, puede haber aplastamientos si un gran número de personas se mueve de repente en una misma dirección, a menudo espoleadas por el pánico, para huir de un peligro.

Como parte de la gestión de riesgos, el equipo médico debe sopesar todas sus vulnerabilidades en relación con las amenazas detectadas, incluidos los ataques deliberados contra sus instalaciones y actividades, por un lado, y los peligros indirectos por hallarse en mal lugar y mal momento. Téngase en cuenta que las decisiones no deben tomarse (y las medidas de seguridad no deben introducirse) únicamente en función de la amenaza, sino del riesgo. En otras palabras, es completamente posible enfrentarse a un nivel alto de amenaza pero que represente un riesgo bajo para el EMT, en un área determinada, según el perfil de vulnerabilidad del EMT.

2.3 Medidas de seguridad específicas

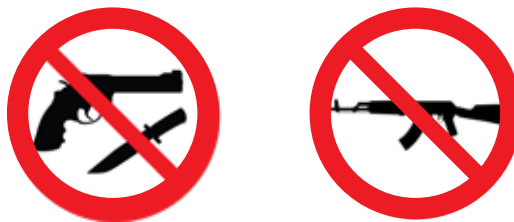
Como parte de su enfoque de gestión de riesgos, los equipos médicos deben sopesar todas sus vulnerabilidades en relación con cada amenaza identificada, incluidos los ataques deliberados a establecimientos de salud, actividades del equipo y peligros indirectos causados por estar en el lugar equivocado en el momento equivocado. Es importante tener en cuenta que las decisiones no deben tomarse (y las medidas de seguridad no deben ser introducidas) únicamente en función de la amenaza, sino más bien del riesgo. En otras palabras, es totalmente posible encontrarse con un nivel de amenaza alto que represente un riesgo bajo para el EMT en una determinada área, dependiendo del perfil de vulnerabilidad del EMT.

Tras una evaluación exhaustiva de los riesgos y un análisis contextual, además de las medidas habituales en cualquier misión, habrá que prever controles especiales para reducir la exposición del equipo médico a las amenazas propias del conflicto. Algunos de estos controles son los que se indican a continuación, a título no exclusivo.

1. Evitar los lugares y las horas del día donde sean más probables los episodios de violencia armada.
2. Negociar con las partes en conflicto y los portadores de armas y acordar protocolos de acceso seguro.
3. Fortalecer el empeño del equipo por demostrar su neutralidad e imparcialidad, prestando especial atención a la vestimenta, el uso de emblemas, la actitud personal, el comedimiento al socializar con las partes en conflicto, las restricciones en los comentarios a la prensa y en redes sociales y el trato respetuoso a todas las personas.
4. Incrementar la coordinación y el intercambio de información entre bastidores sobre los riesgos de seguridad relacionados con el conflicto.
5. En función de la evaluación de riesgos, considerar la posibilidad de cercar la instalación médica o el campamento.

6. Aumentar la distancia entre el cerco y las zonas de la instalación que acumulen más presencia de personal.
7. Mejorar los controles de acceso, como obstáculos artificiales para frenar vehículos, y los elementos de protección para los guardias desarmados.
8. Incluir una infraestructura protectora contra explosiones en las instalaciones fijas, como elementos duros, y amurallar las zonas que contengan sustancias inflamables, como los depósitos de combustible y oxígeno.
9. Colocar protectores contra ondas de choque en las ventanas (tipo 3M).
10. En caso de alto riesgo de secuestro o intrusión violenta, es imperativo disponer de cámaras blindadas y botones de pánico con soporte de emergencia.
11. Designar una sala segura para el personal y los pacientes en caso de bombardeo.
12. Usar vehículos protegidos contra explosiones para el transporte de personal y pacientes.
13. Almacenar equipos de protección personal (EPP) aptos para la amenaza armada, incluidos los ataques directos e indirectos previstos en los planes de contingencia, y realizar simulacros de evacuación, hibernación y reubicación.
14. Incorporar las amenazas derivadas del conflicto en el sistema de gestión de incidentes críticos, con protocolos especiales para incidentes de alto riesgo como secuestros o captura de rehenes.
15. Instituir protocolos para el tratamiento médico de personas heridas de guerra, con líneas de triaje separadas por bandos y, cuando corresponda, protocolos para amenazas químicas, biológicas, radiológicas y nucleares (QBRN).
16. Prohibir expresamente la presencia de armas en la instalación médica y comunicar la prohibición claramente tanto a los visitantes armados como a los combatientes heridos. Las armas pequeñas, las municiones y las armas blancas se guardarán en unos depósitos seguros, siguiendo los protocolos, y se colocarán rótulos pictográficos en las instalaciones y los vehículos.

Figura 3. Ejemplos de rótulos indicativos de la prohibición de portar armas en instalaciones y vehículos



El contexto importa, y cabe subrayar, una vez más, que no hay dos situaciones iguales. Es necesario adoptar una actitud equilibrada e informada, ponderando las medidas de aceptación, robustecimiento²⁵ y disuasión en grados proporcionales al contexto de riesgo y de conformidad con el mandato y las capacidades internas del equipo médico. Aunque el EMT tenga una inclinación natural hacia un perfil de seguridad más estricto o más laxo, los que mantienen con éxito una presencia operativa en entornos de conflicto reconocen que es necesario combinar métodos y son partidarios de mezclar las mejores herramientas disponibles para cada misión.

Es necesario adoptar una actitud equilibrada e informada, ponderando las medidas de aceptación, robustecimiento y disuasión en grados proporcionales al contexto de riesgo y de conformidad con el mandato y las capacidades internas del equipo médico.

Además, cuando se introduce una nueva medida de reducción de riesgos, el equipo médico debe controlar cómo influye en la efectividad de las demás medidas. A veces, un equipo que se protege más contra una amenaza se hace, sin querer, más vulnerable a otra. Debe prestarse la debida atención a garantizar el mejor resultado posible para el personal local, los pacientes y las familias.

Ejemplos de cuestiones de seguridad y protección

Ejemplo 3. En un conflicto interno de carácter extremista

Un equipo médico cuya estrategia de seguridad dependa en gran medida de la confianza y la imagen de compromiso positivo con las comunidades circundantes estará menos expuesto a las amenazas de tipo criminal o a episodios puntuales de violencia tumultuaria. Sin embargo, si el equipo depende únicamente de su aceptación, también puede parecer un blanco fácil de posibles ataques “extremistas”, incluidos los de naturaleza criminal, lo cual puede conllevar un mayor riesgo incluso para las comunidades, por su asociación con la organización médica.

²⁵ Las medidas de robustecimiento están concebidas para dificultar que una amenaza llegue a los activos esenciales del EMT, erigiendo una barrera física.

Ejemplo 4. Escoltas armados

La vulnerabilidad al robo de automóviles con fines delictivos se redujo en un equipo médico, desplegado en un campamento de refugiados durante un período prolongado, gracias a que todos los desplazamientos humanitarios llevaban escolta policial. Sin embargo, al viajar junto a las fuerzas de seguridad oficiales, en realidad aumentaron sus probabilidades de encontrar artefactos explosivos, colocados en la carretera por los militantes contrarios al gobierno anfitrión.

Ejemplo 5. Transporte en situaciones de violencia criminal

En una organización nacional que ofrece primeros auxilios y transporte a las víctimas de violencia y actividades delictivas graves, los miembros del equipo han sufrido amenazas y hostigamiento tanto en persona como por radiocomunicaciones. La organización continúa maniobrando en busca del delicado equilibrio necesario para posicionarse como neutral en los enfrentamientos en curso.

En algunas ocasiones, las pandillas han ido a buscar a los médicos a sus casas y los han llevado “escoltados” a atender a los pandilleros heridos. También han asaltado ambulancias (con y sin médicos) para desviarlas adonde se encontraban las víctimas de la violencia.

La organización ha recurrido al uso de radiocomunicaciones digitales para garantizar la privacidad y confidencialidad de sus desplazamientos y la ubicación del personal. Después de considerar y sopesar todas las opciones, algunas personas heridas fueron transportadas con escolta policial.

A pesar del peligro, el personal y las ambulancias no han sido asaltados. Según la organización, ha sido gracias a un largo diálogo con todos los actores, en el que se ha analizado la naturaleza de la misión médica y el respeto que merece, y se ha asegurado que la acción sería transparente, neutral e imparcial.

Para la mayoría de los actores médicos internacionales que trabajan en emergencias derivadas de conflictos, solo se recomienda contar con protección armada como último recurso, ante la disyuntiva de suspender la asistencia vital. Como regla general, las instalaciones médicas y los convoyes no deben llevar escolta armada por motivos de seguridad. Partiendo de la premisa de que la protección armada

afecta negativamente a la imagen de imparcialidad, el comportamiento de cada agente en particular influirá en la percepción que tenga toda la comunidad humanitaria.

Por lo tanto, los equipos médicos deben dar preferencia a las alternativas siguientes antes que a la escolta armada (74):

- moverse con discreción;
- utilizar programas compatibles con dispositivos remotos y digitales;
- negociar el acceso;
- concientizar a los grupos armados sobre el DIH (véase el capítulo 1);
- solicitar la seguridad en la zona, por ejemplo despejando y patrullando las carreteras, manteniendo una presencia en la zona, pero sin ser visible ni acompañar al convoy, y realizando patrullas aéreas;
- participar en el sistema de notificación (evitación de conflictos) (90)²⁶ para las actividades militares y humanitarias, a fin de separar claramente a los actores que coexisten en el mismo espacio (véase la sección 3.4.10);
- establecer pausas humanitarias o corredores para atravesar la zona de conflicto (aunque no sea una opción idónea).

La cuestión de la distribución y el traspaso de los riesgos también adquiere mayor importancia para los equipos que trabajan en situaciones de conflicto. El traspaso puede producirse en los casos siguientes:

- cuando dos o más equipos médicos (con diferentes afiliaciones) están instalados en el mismo lugar o efectúan operaciones conjuntas;
- cuando los trabajadores de salud locales se integran en la instalación del equipo médico, o viceversa;
- cuando un equipo médico traspasa su actividad a otra entidad hacia el final de la misión;
- cuando la situación se deteriora hasta tal punto que el equipo médico se ve obligado a marcharse apresuradamente, dejando la prestación de los servicios en manos de los trabajadores locales, que seguirán trabajando de forma autónoma o con cierto grado de asistencia telemática.

²⁶ "Evitación de conflictos" es un término militar para referirse al intercambio de información y planes, entre los agentes humanitarios y los agentes militares, a fin de prevenir o resolver conflictos entre los dos conjuntos de objetivos, eliminar obstáculos para la acción humanitaria y evitar peligros potenciales para el personal humanitario. Consiste, entre otras cosas, en negociar treguas, declarar un alto el fuego o el cese temporal de las hostilidades y notificar la ubicación de las dotaciones médicas y los corredores para el suministro de ayuda.

El equipo debe recordar que, aunque una amenaza de seguridad sea igual antes y después del traspaso,²⁷ pueden variar las vulnerabilidades de los diferentes equipos, los miembros o el personal de salud. Por ejemplo, en función de diversos factores, una clínica atendida por trabajadores locales puede estar expuesta a un riesgo mayor o menor de asalto violento que si la misma clínica la gestiona un equipo médico internacional.

Siempre que un equipo médico o una organización —ya sea por voluntad propia o por necesidad— toma una decisión como retirarse o reubicarse, que en esencia transfiere el riesgo al equipo que continúa prestando los servicios, existe un imperativo moral y práctico de facilitar la continuidad del servicio. Será preciso comparar los respectivos perfiles de vulnerabilidad y compartir abiertamente los conocimientos especializados para garantizar que se respete un plan de gestión de riesgos razonable, con la mayor fluidez que se pueda, dentro de las limitaciones impuestas.

2.4 Seguridad del paciente

El equipo debe velar por la seguridad de las personas heridas y enfermas para garantizar el acceso y la protección de los pacientes y las familias (91).

Cuadro 11. Cuestiones de seguridad de los pacientes

Acceso, ingreso, derivación y alta	Analizar
<p>A. Antes del ingreso:</p> <p>¿Las personas heridas y enfermas pueden acceder libremente a las instalaciones?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué riesgos hay en las carreteras que conducen a la instalación médica? Considerar puntos de control, peligros, amenazas, etc. 2. ¿Qué medidas de mitigación se han adoptado? 3. ¿Los pacientes y sus familias disponen de medios de transporte seguros hasta la instalación? 4. ¿Los alrededores de la instalación son seguros para que la familia se quede allí? 5. ¿Se tienen en cuenta los riesgos en el régimen de consultas?

²⁷ Cuando la organización decide gestionar, reducir o traspasar un riesgo a otra organización, existe una estrategia de control de riesgos por traspaso. (Los riesgos también se pueden repartir entre diferentes activos o procesos de la red.) Es decir, en lugar de tratar de manejar el riesgo, se traspasa a otra persona.

Acceso, ingreso, derivación y alta	Analizar
<p>B. Atención médica dentro de la instalación:</p> <p>¿Está protegida y marcada la instalación?</p> <p>¿Se ha recabado el consentimiento informado de las partes en conflicto?</p>	<p>6. ¿Reconocen todas las partes en conflicto la protección, imparcialidad y neutralidad de la instalación médica? ¿Qué medidas se han adoptado para lograrlo?</p> <p>7. ¿Qué acuerdos se han tomado con el ejército o las fuerzas policiales para proteger a los combatientes hospitalizados? ¿Qué mecanismos hay para resolver disputas?</p> <p>8. ¿Se han colocado medidas de protección física para la instalación? (P. ej., vallas, sacos de arena, robustecimiento de paredes y salas, protectores contra ondas de choque en las puertas, protección contra roturas de vidrios, etc.).</p> <p>9. ¿Qué aspectos de la atención deben transmitirse cuidadosamente al paciente con respecto al tratamiento para evitar una falsa percepción de parcialidad o falta de ética?</p>
<p>C. Vía de derivación y alta:</p> <p>¿Es posible derivar a los pacientes de manera segura a otras instalaciones?</p>	<p>10. ¿Los vehículos médicos que se utilizan son conocidos y respetados por todas las partes? ¿Qué medidas son necesarias para garantizar este respeto?</p> <p>11. ¿Es seguro para la víctima derivarla o darle el alta (carreteras, modos de transporte, centro a la que se deriva)? ¿Se plantea derivarla también por una cuestión de seguridad para la víctima?</p> <p>12. ¿Hay algo que pueda hacer el equipo de salud para reducir activamente los riesgos para los pacientes y sus familias en el momento del alta? (p. ej., entregarles un informe adecuado sobre la atención dispensada).</p>
<p>D. En todo momento</p>	<p>13. ¿Se hace una evaluación continua de los riesgos a los que se exponen los pacientes y sus acompañantes? ¿Se incluye en la evaluación la opinión autónoma e informada de los pacientes y sus acompañantes con respecto a los riesgos que corren?</p>

2.5 Evacuación de los miembros del equipo por razones médicas

Si los miembros del equipo sufren un traumatismo o contraen una enfermedad, en ocasiones será necesario evacuarlos. Si se decide que la evacuación es una medida necesaria por una razón médica, el EMT debe actuar con celeridad y evaluar los posibles riesgos y beneficios para el profesional que se propone evacuar y para el equipo en su conjunto. Debe haber protocolos de evacuación establecidos, claros y bien comunicados al equipo; debe nombrarse un responsable delegado y debe hacerse una buena coordinación con las partes implicadas a nivel externo, según sea necesario. Como guía general, existen textos de referencia sobre el transporte de pacientes críticos (92) y sobre su transporte aéreo (93).

- Por norma general, el transporte terrestre (ambulancias y utilitarios) es el principal medio para llevar a las personas heridas desde las zonas de emergencia al punto de atención médica más cercano y seguro.
- Pueden plantearse también las vías ferroviarias, fluviales y marítimas, que quizá ofrezcan ventajas a la carretera. Normalmente, en los pasos finales de la evacuación puede ser necesario contar con un avión civil o militar con equipamiento médico especializado (como último recurso).
- El equipo debe asegurarse de que los evacuados viajen con toda la documentación médica pertinente. En casos de enfermedades infecciosas o sospecha de contaminación QBRN, se deben adoptar medidas especiales, además de determinar, de antemano, las vías de derivación adecuadas (teniendo en cuenta las capacidades de tratamiento de las unidades receptoras). Estas gestiones deben coordinarse con el organismo que dirija las labores de respuesta o con las autoridades competentes, respetando las pautas y protocolos locales, incluidos los territorios de tránsito y de destino final.
- Se deben observar las precauciones elementales para garantizar la seguridad, incluida la notificación y el consentimiento de las partes en conflicto, el uso acordado del emblema y la coordinación con los prestadores médicos a lo largo de la vía de derivación.
- En las gestiones para la evacuación médica subcontratada a empresas especializadas, será preciso verificar que la organización desplegada haya leído en detalle la "letra pequeña", entienda exactamente qué incluye la cobertura y conozca a fondo las capacidades y limitaciones del contrato.
- Si la persona que va a ser evacuada no puede comunicarse, se considerará la posibilidad de hablar directamente con la familia o los contactos de emergencia, ya sea por parte del responsable de la evacuación o de los coordinadores. Hay que tener presente siempre el respeto por la confidencialidad médica durante la evacuación con auxiliares no médicos.

2.6 Salud mental y apoyo psicosocial para el equipo

Responder a las necesidades de la población afectada por un conflicto armado puede ser una experiencia muy gratificante, que aporta significado y sentido de pertenencia a un equipo, pero también constituye un riesgo laboral para la salud mental. Además de traumatismos físicos, trabajar en conflictos entraña el riesgo de estrés (94).

Las respuestas a una emergencia son tremendamente estresantes. Los equipos deben hacer frente a un padecimiento humano atroz, necesidades apabullantes, escasez de material, horarios larguísimos sin suficiente descanso, condiciones físicas difíciles, una organización subóptima del trabajo y la distancia de amigos y familiares, con pocas oportunidades para mantenerse en contacto. Estas son solo algunas de las dificultades que afectan a la salud mental del profesional. Además, un conflicto armado tiene otras características especiales que pueden repercutir gravemente en el personal, como presenciar o experimentar lo siguiente:

- la crueldad (incluido el uso de la violencia sexual y de género como arma de guerra);
- las agresiones y violaciones contra quienes son más vulnerables (población infantil, mujeres, personas ancianas, personas enfermas, etc.);
- amenazas directas al personal de salud, ataques o agresiones físicas contra ellos o contra la instalación;
- amenazas o violencia directa contra el personal local y sus familias (sobre todo cuando se los acusa de “curar al bando opuesto”);
- facciones armadas que deniegan la atención a ciertos grupos o les dificultan el acceso.

Al tratar de atender a las personas heridas y enfermas en un conflicto armado, es probable que el personal médico (local e internacional) experimente fuertes emociones y angustia,²⁸ las cuales se verán acentuadas por la naturaleza de la emergencia, la rapidez con la que deben actuar, el cansancio, los propios miedos y la inmersión en la violencia en todas sus formas. El panorama acostumbra a ser desgarrador. El personal será testigo del sufrimiento de las víctimas y la vida diaria en entornos operativos peligrosos. Además del peligro que representa el conflicto armado, hay combatientes indisciplinados que no respetan las leyes o la ética y se

²⁸ Por estrés se entiende una respuesta psicológica que suele caracterizarse por preocupación, ansiedad, abatimiento o agotamiento, o bien por una sensación de depresión o de ineptitud. A menudo, estos sentimientos se somatizan en forma de dolor y otros problemas físicos.

multiplican los atentados, los secuestros, los brotes epidémicos y la tenencia de armas en la comunidad para usarlas en actos criminales, entre otras amenazas potenciales (95). El estrés (cuando es moderado y manejable) no es necesariamente negativo, ya que puede ayudar a la persona a mantenerse alerta, segura y trabajando bien en circunstancias difíciles. Sin embargo, si empeora o se prolonga, la persona puede sentirse abrumada o incapaz de seguir adelante.

Para mitigar los efectos adversos sobre el personal y prevenir consecuencias duraderas para su bienestar emocional, todas las organizaciones que despliegan EMT deben elaborar y aplicar políticas para las siguientes áreas (94):

- una batería confidencial de pruebas, realizada antes y después del despliegue, para evaluar la capacidad de todo el personal de responder a los factores estresantes previstos;
- preparación adecuada antes de la misión y capacitación en el manejo del estrés;
- supervisión periódica de la respuesta del personal sobre el terreno;
- capacitación y asistencia continuas para ayudar al personal a lidiar con los factores estresantes en el día a día;
- apoyo específico y culturalmente apropiado para el personal y los equipos que sufran incidentes críticos o traumáticos o se vean expuestos a fuentes inhabituales o inesperadas de estrés grave;
- apoyo práctico, emocional y culturalmente apropiado para el personal al término de la misión o contrato;
- apoyo continuo para el personal que sufra efectos negativos del estrés, traumas o enfermedades durante la misión.

A nivel individual, cada miembro del equipo debe reflexionar y plantearse con sinceridad las preguntas siguientes (96):

- ¿Tiene la paciencia suficiente para superar las inevitables y frustrantes trabas comunicativas que surgen en la interacción con una cultura distinta?
- ¿Tiene apertura mental y creatividad para enfrentarse a problemas inesperados?
- ¿Puede aplicar con facilidad medios constructivos para afrontar el estrés, la ansiedad y la frustración?
- ¿Está dispuesto a renunciar a parte de su libertad por la inseguridad en algunas zonas?

- ¿Ha pensado cómo responderá ante el sufrimiento extremo y las privaciones que caracterizan la realidad cotidiana de muchas personas en las zonas de conflicto armado?
- ¿Es sincero consigo mismo sobre su motivación para hacer este tipo de trabajo? ¿es realista en las expectativas?

Existe una autoevaluación sencilla de 10 preguntas titulada *Humanitarian Action and Armed Conflict: Coping with Stress* [acción humanitaria y conflicto armado: cómo sobrellevar el estrés], que puede resultar útil (95).

2.6.1 Salud y bienestar del personal

Antes del despliegue

La organización debe preparar bien a los miembros del equipo para hacer frente al inevitable estrés. Los coordinadores de la emergencia deben adoptar las medidas siguientes durante la fase previa al despliegue y, en su caso, extenderlas a las diferentes etapas de la misión (97).

- garantizar que los miembros del equipo se familiaricen con el sistema general de respuesta a emergencias y las funciones y responsabilidades de los principales equipos que intervienen, incluidos los propios;
- sentar líneas claras de autoridad y responsabilidad a fin de minimizar el estrés, eliminando las confusiones sobre quién obedece a quién;
- impartir capacitación periódica sobre técnicas de manejo del estrés;
- diseñar un plan de evacuación de la instalación y practicar simulacros periódicos;
- proporcionar capacitación continua para garantizar que los equipos estén completamente familiarizados con los procedimientos y las políticas de seguridad;
- elaborar directrices para ayudar a los equipos a prepararse para el despliegue;
- llevar una lista actualizada con los datos de contacto de la familia de cada miembro del equipo.

Durante el despliegue

Alimentos y agua. Según lo indicado en el Libro azul, los equipos deben ser autosuficientes en el abastecimiento de alimentos y deben tener la capacidad de producir agua potable para su propio consumo con rapidez. Si se desea complementar las raciones preenvasadas con alimentos frescos y hay suficiente

comida en la localidad para no afectar al abastecimiento de la población, el equipo debe asegurarse de que las fuentes de obtención sean confiables; además, un encargado de logística deberá controlar la cadena de suministro en todo momento.

Descanso y ocio. Es poco probable que el equipo pueda acceder a actividades de descanso y ocio fuera del recinto hospitalario, por lo que se debe pensar en proveerse para estas actividades. La organización puede contar con una política general que contemple unas semanas de trabajo antes de conceder tiempo libre, pero en estos casos no siempre se prevé cómo evitar el agotamiento del personal en un ambiente de alta tensión. El personal debe poder socializar lo más lejos posible del entorno laboral, aunque la distancia no sea física. Algunas de las preguntas que se deben plantear son: si se cumplirá el requisito de socializar en el tiempo libre y, en ese caso, cómo; si se permitirá beber alcohol, en caso de que sea culturalmente apropiado; si se permitirá ausentarse del complejo, siempre que sea seguro, y en qué circunstancias. Sea cual sea la política adoptada, debe explicarse claramente al personal, preferiblemente antes de la salida y, si no, lo antes posible al llegar.

Se puede consultar información valiosa sobre cómo minimizar el estrés durante y después de la crisis en la guía de la OMS titulada *Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia* (94).

Debe garantizarse que el personal reciba ayuda durante la misión en caso de presentar problemas de salud psíquica o física, a través de prestadores médicos internos o externos (95). El personal debe saber bien con quién contactar y en qué situaciones. Debe posibilitarse la evacuación por motivos de salud mental.

Después del despliegue

Con demasiada frecuencia, se da menos prioridad al bienestar del personal a largo plazo, después de la misión, que durante las fases inmediatamente anterior y posterior a la misión. La capacidad y voluntad de un miembro del equipo de salir en misiones posteriores a menudo depende de la experiencia que tuviera al regresar. Aunque este apoyo beneficia al profesional a título individual, si la organización no lo gestiona bien puede ver afectada su reputación y menguada su cartera de profesionales disponibles. Para que las misiones tengan éxito, conviene combinar los profesionales más experimentados con nuevas incorporaciones, pero la organización no podrá hacerlo si constantemente se marchan los más veteranos por sentir que no recibieron apoyo al regresar de una misión.

Es importante brindar al personal el tiempo y el apoyo que necesiten para reponerse por completo de un problema físico o del sufrimiento psíquico. Para ello puede ser necesario ayudarles a sufragar gastos médicos, concederles tiempo de licencia sin que se sientan presionados para regresar enseguida, facilitar su reincorporación con apoyo o adaptar las condiciones laborales al regreso, por ejemplo reduciendo los días o el horario si corresponde. La percepción de solidaridad como parte de la cultura institucional es esencial para el profesional que regresa (que puede o no aprovechar las medidas de ayuda ofrecidas) y le infunde confianza y tranquilidad. Para los miembros de la reserva que no tengan contrato permanente con la organización, es necesario contar con un sistema sólido de seguimiento al que se pueda acceder fácilmente. Debe instaurarse un sistema transparente para gestionar los reclamos presentados durante cualquier etapa de una misión; este sistema debe entenderse como una oportunidad de aprender y no como un trámite molesto.

Los problemas psíquicos surgidos a raíz de una misión pueden ser difíciles de detectar si no se hace un seguimiento organizado y, por lo tanto, si no se ofrece un apoyo eficaz, especialmente entre el personal no permanente que apenas tenga contacto con la organización entre una misión y la siguiente. Los síntomas pueden surgir meses después del despliegue y la persona no necesariamente los atribuirá a esa experiencia, al menos al principio. Los profesionales a veces son reticentes a solicitar o aceptar ayuda para los problemas mentales, por distintas razones de índole cultural o de género o por sus percepciones, por nombrar algunas. Si el personal se expone a un incidente potencialmente traumático, deben articularse las medidas adecuadas para ofrecerle los primeros auxilios psicológicos de inmediato (pero no realizar una sesión informativa sobre psicología). Posteriormente, transcurridos entre uno y tres meses del incidente, se hará una evaluación del personal a cargo de un profesional de la salud mental, para determinar si requiere atención adicional (96).

Después de la epidemia de ébola en África occidental, entre el 2013 y el 2016, se observó que el personal que regresaba era reacio a contactar con el programa puesto en marcha para hacer seguimiento de su salud mental y ofrecerles apoyo, ya que creían que ello afectaría negativamente a sus oportunidades de volver a salir en misiones posteriores.²⁹ La organización debe abordar este problema activamente y desestigmatizarlo con campañas educativas internas y modelos, a nivel de la gerencia media y de dirección.

²⁹ Revisión interna del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido sobre la aceptación de la asistencia psicológica posterior a la misión, entre el personal que participó en el programa desplegado por el consorcio del Sistema Nacional de Salud para South London and Maudsley NHS Foundation Trust.

Las campañas para reducir el estigma son importantes porque el público sabe que los trabajadores de la salud, por su actividad laboral, corren mayor riesgo de contraer enfermedades, como la fiebre hemorrágica del Ébola, por lo que acostumbran a sufrir estigmatización y aislamiento social. En algunos casos se estigmatiza incluso a las familias de los trabajadores, y los amigos y conocidos los rehúyen. Por eso, deben emprenderse campañas integrales de educación pública que aborden el estigma social y el repudio contra los trabajadores de la salud por el miedo excesivo de contagio o contaminación, así como otras ideas corrientes. Estas campañas deben alentar al público a valorar el papel de los hombres y las mujeres que se colocan en la primera línea de la lucha contra una epidemia, para que se sientan orgullosos de sus actos. Pueden organizarse como parte de las campañas de movilización social en caso de un brote epidémico.

2.7 Amenazas químicas, biológicas, radiológicas y nucleares

Accidentales o deliberados, los peligros o ataques de tipo químico, biológico, radiológico o nuclear (QBRN)³⁰ son amenazas graves para los equipos médicos desplegados en situaciones de conflicto armado y entornos inseguros. Por este motivo, antes de desplegarse, el EMT debe evaluar sus necesidades y analizar los posibles peligros y amenazas QBRN, siguiendo una metodología de gestión de riesgos. La información y los datos que sustenten la evaluación deben recabarse de fuentes competentes y fiables, tanto antes como durante el despliegue.

En el perfil de riesgos debe incorporarse la posibilidad de percepciones o rumores sobre la liberación de un agente QBRN, los cuales pueden convertirse en una situación tan difícil para un EMT como un incidente QBRN real. El caos y el pánico que se desatan ante tales sospechas o rumores dificultan en extremo el proceso de triaje, además de detraer recursos, ya de por sí escasos, de otras áreas prioritarias de atención médica.

Asimismo, los materiales de protección QBRN, como EPP, detectores, soluciones de descontaminación y medicamentos especializados, suelen estar regulados con licencias de exportación a zonas en conflicto armado. Dichas restricciones pueden afectar tanto a la capacidad de despliegue como a la velocidad y la escala de la respuesta.

³⁰ La sigla QBRN también se conoce como QBRNE o QBRNe, donde la letra e mayúscula o minúscula significa "explosivo" o "energético", en alusión a los dispositivos de dispersión rápida de agentes QBRN. Normalmente, la sigla "QBRN" se refiere a lo mismo que "QBRNE" y "QBRNe".

Los EMT no actúan de forma independiente o aislada, sino que forman parte de una estructura de respuesta más amplia, dirigida por un líder claramente definido (nacional o internacional). El proceso de toma de decisiones, en todas sus fases (evaluación de riesgos, mitigación, preparación y toma de decisiones durante la respuesta real), debe coordinarse estrechamente con este líder, quien también tiene la responsabilidad de que la respuesta se estandarice, armonice y coordine con los diferentes EMT desplegados.

Si el riesgo de amenazas QBRN es demasiado alto en un lugar o contexto determinado, el EMT no debe desplegarse allí. Los EMT que se desplieguen en contextos donde exista un riesgo QBRN limitado y manejable deben haber recibido capacitación específica sobre sensibilización, comportamiento seguro y escape; además, deben contar con suficientes equipos de protección para el escape durante todo el despliegue. También puede ser necesario que haya capacitación sobre descontaminación prehospitalaria, así como dotar al EMT de equipos de protección especiales (98). Por otro lado, es necesario establecer una unidad coordinadora de gestión informativa, a nivel nacional y regional, para que pueda transmitirse la información de manera correcta, en el momento oportuno y entre las instituciones o ubicaciones indicadas, antes del despliegue. De esta forma, las derivaciones se pueden hacer correctamente y se pueden activar los sistemas de alerta.



Hipótesis de trabajo para los equipos médicos que trabajan en contextos con riesgos QBRN:

1. Los riesgos QBRN pueden darse, potencialmente, en todos los escenarios de violencia generalizada; mediante la evaluación de riesgos antes del despliegue, se determina el riesgo en un contexto específico.
2. La contaminación QBRN puede estar causada por:
 - a. material industrial tóxico de tipo químico, biológico o radiológico;
 - b. armas químicas, biológicas o radiológicas.
3. Los contaminantes QBRN pueden hallarse en diferentes formas: sólidos, vapores y aerosoles (rocío de gotas).
4. Los EMT no deben operar en un área contaminada o con presencia de contaminantes. Si se produce una situación en la que el equipo médico se encuentra en un área contaminada, los pasos a seguir son: cerrar la instalación, refugiarse en el interior prohibiendo salir al exterior, proteger al personal y a los pacientes, iniciar la descontaminación de emergencia, y evacuar cuando sea posible y de manera segura.
5. Los EMT que se encuentren fuera del área contaminada seguramente recibirán pacientes contaminados (esté o no previsto), que llegarán por distintas vías, con lo que se genera un riesgo real de contaminación cruzada para la instalación y el personal. Los EMT deben tener un plan de acción ensayado para tales circunstancias (98) y, como se indicó antes, deben haber recibido capacitación sobre descontaminación preclínica y haber desplegado el equipo necesario.
6. La detección de una presunta contaminación química dependerá de los signos y síntomas de las víctimas; no hará falta esperar la confirmación de los detectores técnicos. La detección de los casos contaminados activará la descontaminación obligatoria. No se prestará tratamiento hasta después de descontaminar con EPP. Si se trata al paciente sin EPP, se considerará que el miembro del EMT ha estado expuesto, por lo que deberá someterse a descontaminación y revisión médica.
7. El tratamiento de los pacientes con una presunta intoxicación química dependerá de sus signos y síntomas (toxidromo),³¹ ya que se trata de una patología temporal. No se debe retrasar el tratamiento en espera de los resultados analíticos (los laboratorios necesitan equipamiento específico y experiencia técnica, que normalmente no existirá en la instalación del EMT ni en las proximidades), ni de los resultados y análisis de las lecturas de los detectores técnicos.
8. Las partículas radiactivas se pueden detectar en los pacientes con detectores apropiados, que debe utilizar personal capacitado. Cuando un paciente sufre un traumatismo potencialmente mortal y se sospecha de una contaminación radiactiva, lo primero es tratarlo (véase a continuación).

³¹ Un toxidromo es un cuadro característico de signos y síntomas que presenta un paciente cuando se expone a una toxina con efectos determinados.

9. La presencia de un contaminante biológico únicamente puede ser confirmada por los laboratorios apropiados y las autoridades competentes de salud pública. Hasta que se hagan tales declaraciones, el personal del EMT usará EPP, de acuerdo con las directrices de la OMS (99-101).

En el caso de los equipos internacionales, el CICR afirma que “desplegar una respuesta humanitaria eficaz a un incidente químico, biológico, radiológico o nuclear (QBRN), sobre todo si esa respuesta se emprende en forma ad hoc, sería extremadamente difícil y plantearía numerosos riesgos para los actores humanitarios” (102).

Todos los EMT desplegados en un entorno de inseguridad generalizada, en el que existe una amenaza QBRN patente, deben ser capaces de:

1. Acometer una evaluación de riesgos, abordando específicamente las amenazas QBRN. Esta capacidad incluye el acceso a asesoramiento experto a distancia.
2. Capacitar a todo el personal (internacional y local) sobre riesgos QBRN, procedimientos y EPP de escape.
3. Determinar el mecanismo de coordinación de EMT en el país, contactar con él y coordinar el plan de contingencia QBRN para el EMT (como otros planes de seguridad), acordar con la coordinación de EMT en tiempo real, durante un incidente sospechoso.
4. Colaborar con los mecanismos de coordinación locales para garantizar la distribución en tiempo real, entre los actores clave, de informaciones sobre el posible uso de agentes QBRN, amenazas o rumores.
5. Proporcionar EPP adecuado para todo el personal que deba administrar tratamientos (enfermedades infecciosas, otra contaminación, etc.) y descontaminar a los pacientes (no es necesario que todo el personal del EMT participe (103) en estas actividades). El equipo constará, como mínimo, y adaptándolo según la evaluación de riesgos, de una máscara facial ajustada al usuario, incluidas las gafas si lleva (o una solución motorizada con purificador de aire, que pueda ajustarse sin realizar pruebas previas y permita usar gafas) con cartuchos químicos apropiados, vestimenta de protección, guantes (incluidos guantes interiores de algodón), botas o cubrecalzado. Todo el material debe ceñirse a una norma de protección química internacional, como las del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) y La Asociación Nacional de Prevención de Incendios (NFPA) de Estados Unidos.
6. Velar por que todo el personal que vaya a usar EPP haya pasado una revisión médica, esté autorizado para usarlo (teniendo en cuenta el clima donde se usará el EPP) y haya recibido la debida capacitación para ponérselo y sacárselo.

7. Preparar un plan de contingencia para el supuesto de que la instalación de EMT quedase dentro de un área contaminada. Este plan debe incluir los elementos siguientes:
 - a. Procesos de toma de decisiones, en colaboración con el coordinador nacional de EMT.
 - b. Notificación (interna y externa).
 - c. Cierre de la instalación.
 - d. Evacuación: habrá que evacuar a todas las personas; pueden establecerse zonas temporales de refugio, dentro de la instalación, para facilitar un procedimiento de evacuación seguro.
 - e. Descontaminación de emergencia para el personal y los pacientes que se encuentren en la instalación del EMT.
 - f. Tratamiento de emergencia para las víctimas que estén dentro de la instalación del EMT.

8. Preparar un plan de contingencia para los pacientes que lleguen a la instalación y se sospeche que estén contaminados. Este plan incluirá, como mínimo:
 - a. Zona de triaje, en el exterior del recinto, con control del movimiento de vehículos y de personas, teniendo en cuenta el pánico asociado a un incidente.
 - b. Algoritmo de triaje simple.
 - c. Personal equipado y capacitado en el uso de EPP, que pueda realizar el triaje y la descontaminación rápida de emergencia, con infraestructura física y procesos apropiados.
 - d. Capacidad de descontaminación rápida de emergencia para las personas heridas ambulantes y no ambulantes. El procedimiento de descontaminación de emergencia puede ser de tipo húmedo o seco.
 - e. Algoritmo de tratamiento definido para los contaminantes considerados "posibles" en la evaluación de riesgos.
 - f. Vía de derivación definida y clara para los pacientes, las personas contaminadas que no han sido ingresadas y tratadas por el EMT y las que sí (incluida la documentación del paciente).
 - g. Procedimiento para gestionar y proteger a los pacientes descontaminados.
 - h. Procedimiento para gestionar a los pacientes declarados como "fallecidos al llegar" que no hayan sido descontaminados.
 - i. Procedimiento definido para descontaminar la instalación y eliminar los materiales contaminados de forma segura. Se deben incluir la descontaminación de los vehículos en los que se trasladó a los pacientes y las zonas utilizadas en el exterior del EMT para clasificar y tratar a los pacientes.

9. Procedimiento claro para reanudar la actividad “normal” después de tratar a los pacientes contaminados.
10. Cadena de suministro para la reposición del equipamiento y los artículos utilizados.
11. Traspaso apropiado a otras rotaciones e intercambio de conocimientos con otros EMT desplegados.
12. Evaluación de riesgos para el despliegue de EMT ante una epidemia en un entorno de inseguridad.
13. Un plan claro de apoyo psicológico y psicosocial para el personal, los familiares del personal, los pacientes y sus acompañantes, que debe tener en cuenta el impacto específico de un incidente QBRN y el miedo asociado (104, 105).

Los EMT especializados pueden optar al reconocimiento como EMT-QBRN

Algunos gobiernos, autoridades y fuerzas militares cuentan con equipos especializados en incidentes QBRN y les indican cuándo deben desplegarse. Estos equipos, compuestos por especialistas, requieren grandes inversiones, preparativos, capacitación y equipamiento (106).

2.8 Notas de orientación

1. Los equipos médicos deben garantizar la seguridad propia, la seguridad del lugar y la seguridad de las personas sobrevivientes (“las tres S”).
2. Los equipos médicos desplegados en un conflicto armado deben contar con planes de gestión de riesgos de seguridad y protección que sean específicos del contexto y la zona. Debe impartirse capacitación, antes y durante el despliegue, a todo el personal, al personal local y a los equipos rotativos.
3. Los equipos médicos asumen la responsabilidad expresa, plasmada en su política, del deber de cuidado para con su personal, así como las obligaciones legales de garantizar la seguridad y el bienestar del equipo, lo cual incluye la salud mental, los planes de evacuación médica y el consentimiento informado.
4. Los equipos médicos deben tener en cuenta algunas cuestiones especiales en relación con los peligros y amenazas QBRN: protocolos específicos, equipamiento especializado, capacitación y planes, en función de las evaluaciones de riesgos.

Referencias

- 85 Asistencia de Salud en Peligro. Centro de recursos. Disponible en: <https://healthcareindanger.org/es/resource-centre-3/>.
- 86 Comité Internacional de la Cruz Roja. Acceso más seguro para salvar vidas: carpeta de recursos prácticos. Ginebra: CICR; 2015. Disponible en: <https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/es/assets/files/publications/icrc-003-4226.pdf>.
- 87 Médicos Sin Fronteras. Humanitarian Challenges: Saving Lives and Staying alive. Ginebra: MSF; 2016. Disponible en: <https://www.msf.org/saving-lives-and-staying-alive>.
- 88 Merkelbach, M. y Daudin, P. From Security Management to Risk Management: Critical Reflections on Aid Agency Security Management and the ISO Risk Management Guidelines. Ginebra: SMI; 2011. Disponible en: https://www.files.ethz.ch/isn/137850/SMI_views_risk_management_-_May_2011.pdf.
- 89 Parker, R. ISO 31000: The Next Step in the Evolution of Humanitarian Security Risk Management? GISF; 2018. Disponible en: <https://gisf.ngo/blogs/iso-31000-the-next-step-in-the-evolution-of-humanitarian-security-risk-management/>.
- 90 Egeland, J., Harmer, A. y Stoddard, A. Quedarse y cumplir: buenas prácticas para trabajadores humanitarios en entornos de seguridad complejos. Reino Unido: ALNAP; 2021. Disponible en: <https://www.alnap.org/help-library/to-stay-and-deliver-good-practice-for-humanitarians-in-complex-security-environments>.
- 91 Comité Internacional de la Cruz Roja. Promoción de prácticas operacionales militares que mejores la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios médicos. Ginebra: CICR; 2015. Disponible en: <https://shop.icrc.org/download/ebook?sku=4208/003-ebook>.
- 92 Australian and New Zealand College of Anaesthetists & Faculty of Pain Medicine. Guideline for transport of critically ill patients. Disponible en: <https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PG52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-2024-PILOT>.
- 93 Vijay, M.N., Ravi P.R. y Pathania A. Critical Care Air Transport: Experiences of a Decade; JMR 2018; 4(1): 53-58 January- February; ISSN: 2395-7565. Disponible en: http://www.medicinarticle.com/JMR_20181_12.pdf.
- 94 Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud. Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia. Ginebra: OIT y OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333780?sequence=1&isAllowed=y>.
- 95 Comité Internacional de la Cruz Roja. Humanitarian Action and Armed Conflict: Coping with Stress. Ginebra: CICR; 2020. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/publication/0576-humanitarian-action-and-armed-conflict-coping-stress>.
- 96 Médicos Sin Fronteras. Essential Criteria. Disponible en: <https://msf.org.au/join-us/essential-criteria>
- 97 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Tips for Preparing to Deploy. Maryland: SAMHSA; 2022. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/dtac/disaster-responders/preparing-deployment-tips>.
- 98 Comité Internacional de la Cruz Roja. Guidelines for the pre-hospital management of persons contaminated with chemical agent during armed conflict and other violence. Ginebra: CICR; 2020. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/publication/4414-guidelines-pre-hospital-management-persons-contaminated-chemical-agent-during-armed>.
- 99 Organización Mundial de la Salud. Laboratory biosafety manual, 4.^a edición. Personal protective equipment. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011410>.
- 100 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Personal Protective Equipment (PPE). Atlanta: CDC; 2022.
- 101 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings. Atlanta: CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Strive-PPE101-508.pdf>.
- 102 Revista Internacional de la Cruz Roja. Incidentes químicos, biológicos, radiológicos o nucleares: el marco de la respuesta humanitaria del Comité Internacional de la Cruz Roja. 2016. Disponible en: <https://international-review.icrc.org/es/articulos/incidentes-quimicos-biologicos-radiologicos-o-nucleares-el-marco-de-la-respuesta>.
- 103 Comité Internacional de la Cruz Roja. Guidelines for the pre-hospital management of persons contaminated with chemical agent during armed conflict and other violence. Ginebra: CICR; 2020. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/publication/4414-guidelines-pre-hospital-management-persons-contaminated-chemical-agent-during-armed>.
- 104 Organización Mundial de la Salud. A framework for mental health and psychosocial support in radiological and nuclear emergencies. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015456>.
- 105 Organización Mundial de la Salud. Mental Health of Populations Exposed to biological and Chemical Weapons. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-of-populations-exposed-to-biological-and-chemical-weapons>.
- 106 Hon, Z., Österreicher, J. y Navrátil, L. Depleted Uranium and Its Effects on Humans. Sustainability 2015, 7, 4063-4077. doi:10.3390/su7044063. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2071-1050/7/4/4063/pdf>.
- 107 Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. Guidelines on The Use of Military and Civil Defence Assets To Support United Nations Humanitarian Activities in Complex Emergencies. Revisión del 2006. OCHA; 2006. Disponible en: <https://acortar.link/HuSBuN>





Capítulo 3

Plataformas y modalidades de coordinación

3 Plataformas y modalidades de coordinación

Objetivos del capítulo

1. Mejorar el conocimiento y la comprensión de los equipos y jefes de equipo sobre la importancia de las plataformas y modalidades de coordinación en los conflictos armados y entornos inseguros.
2. Entender mejor las funciones y responsabilidades propias del equipo, para participar y contribuir a las plataformas de coordinación.
3. Poner en práctica, por parte de los jefes de equipo, el enlace funcional con los demás prestadores, los agentes militares, el personal de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas y los demás actores implicados que se encuentren en el territorio.
4. Profundizar la familiaridad y la comprensión de los equipos sobre las directrices y los manuales de coordinación existentes.
5. Facilitar el acceso a los manuales y materiales de referencia más relevantes.

Los conflictos plantean importantes dificultades para la asistencia humanitaria. Con frecuencia, los agentes humanitarios, al igual que los demás actores implicados, se encuentran con que sus motivaciones, sus propósitos y su metodología son objeto de percepciones positivas o negativas entre las partes en conflicto y en la población receptora.

El objetivo de la acción humanitaria internacional y el propósito de su coordinación es satisfacer las necesidades de las personas afectadas, con medios que sean confiables, seguros, eficaces e inclusivos, y que respeten los principios humanitarios. Esta coordinación también permitirá prestar a los pacientes una atención de mejor calidad, que abarque las cadenas de derivación, la continuidad asistencial, el intercambio de recursos, la protección y la estandarización de datos.

Como se vio en el capítulo 2 en relación con el DIH y los principios fundamentales en los conflictos armados:

- Los gobiernos y sus ejércitos, así como los agentes no estatales (durante los conflictos), tienen obligaciones claras, en virtud del DIH, de proporcionar atención médica a las personas heridas y enfermas.
- Las percepciones de sesgo político son especialmente difíciles de prevenir y corregir. Muchas veces, las partes en conflicto verán a los actores locales y externos a través de la lente de su situación política y pueden percibir las intervenciones humanitarias como actos abiertamente políticos.

En un conflicto, es importantísimo mantener una estrecha coordinación entre todos los actores de salud, para garantizar la armonización de las intervenciones y la claridad de la voz colectiva, al tiempo que se evita dar la impresión de estar trabajando con o para una de las partes beligerantes. Si se detectan este tipo de percepciones, habrá que tomar medidas para rectificar la situación, a fin de que las partes en conflicto y las personas afectadas vean que la actuación del equipo médico se ciñe en todo momento a los principios humanitarios. Esto requiere un seguimiento y un diálogo constantes con todos los actores implicados.

Mantener un marco sólido de acción humanitaria colectiva, basada en los principios, garantiza que siga percibiéndose la verdadera naturaleza humanitaria de los equipos médicos (no militares) y, por lo tanto, que se los vea como agentes legítimos y debidamente autorizados a acceder a las comunidades afectadas.

La composición y el origen de un equipo médico o EMT clasificado, así como su método de actuación, pueden tener un efecto positivo o negativo sobre ellos mismos y sobre la comunidad humanitaria en su conjunto, en un contexto determinado.

3.1 Objetivos de la coordinación humanitaria en una situación de conflicto

Son claros los motivos por los que es preciso coordinarse con otros actores en una misión humanitaria a fin de garantizar la eficacia, la eficiencia en el uso de los recursos y capacidades, y la prevención de deficiencias, duplicidades, malgasto de esfuerzos e intervenciones inadecuadas. Es importante reiterar que las partes en conflicto, en las zonas afectadas, son los primeros responsables de prestar asistencia humanitaria. Cuando los agentes estatales o no estatales no tienen la voluntad o la capacidad de proporcionarla, entran en juego las organizaciones humanitarias.

La coordinación es más importante, si cabe, para los equipos médicos que intervienen en situaciones de conflicto, en donde tiene un peso adicional y un propósito específico.

3.1.1 Marco sólido de principios para la acción

La coordinación durante el despliegue en un conflicto debe guiar la colaboración colectiva y respaldar la acción basada en principios. La adhesión a los principios humanitarios es una responsabilidad fundamental de cada grupo u organización. La coordinación facilita el debate y la exploración e interpretación colectivas de cuestiones de gran complejidad. Además de aportar comprensión y reflexión, garantiza cierto grado de armonización que resulta crucial.

3.1.2 Imparcialidad y neutralidad colectivas

Mantener la imparcialidad y neutralidad institucionales puede ser sumamente difícil en un conflicto. Siempre se ciernen sobre los actores humanitarios las sutilezas y percepciones de sesgo político, y es solo a través de plataformas de coordinación que pueden debatir y fijar una posición común clara.

La naturaleza colectiva de los órganos coordinadores evita que se vea socavada la postura o intervención individual. Ahora bien, esto puede tener costos. Es necesario participar plenamente de los mecanismos de coordinación y sopesar bien las intervenciones, calibrando su impacto para la imparcialidad y la neutralidad de la respuesta humanitaria en conjunto, no solo para un determinado actor. Como se remarcó en el capítulo 2, hay que tener presente siempre que las acciones de un equipo, y la imagen que se gane, afectarán a la totalidad de los equipos médicos.

3.1.3 Imparcialidad en el acceso y la atención

Los mecanismos de coordinación deben ser capaces de detectar y señalar las dificultades de acceso en un contexto dado. Este punto reviste especial importancia allí donde los grupos marginados puedan carecer de acceso incluso a los servicios más básicos por obstáculos físicos y psicológicos, ya sean reales o imaginados. En tales circunstancias, el posicionamiento y el respaldo colectivos son esenciales.

Los argumentos de los organismos que actúan por sí solos tienen menos posibilidades de éxito en el trato con las partes en un conflicto que una postura

colectiva respaldada por principios humanitarios. Esto es especialmente cierto cuando las partes en conflicto consideran que la asistencia proporcionada a ciertas comunidades constituye un acto hostil y forma parte de la campaña bélica.

3.1.4 Seguridad colectiva

Los mecanismos de coordinación también representan un foro fundamental para la seguridad colectiva. La información, el análisis y la solidaridad que aporta una buena coordinación pueden mantener la seguridad de los equipos que trabajan en entornos de enorme complejidad.

Los mecanismos de coordinación permiten hablar con una misma voz y emprender una acción colectiva. En este sentido, se designa un único interlocutor ante las partes en conflicto para negociar las condiciones o el financiamiento de seguridad, o bien para pactar métodos compartidos a fin de mejorar la seguridad, como convoyes, operaciones conjuntas o, en circunstancias extremas, la evacuación o reubicación conjunta de los servicios.

Esta unidad de acción, en respaldo del acceso basado en principios, es indispensable para mantener las intervenciones humanitarias en zonas de gran inseguridad. Cabe destacar que la coordinación de seguridad también puede hacerse "entre bastidores", sin comprometer necesariamente la independencia del equipo médico.

3.1.5 Protección

Las cuestiones de protección se encuentran entre las principales dificultades de la respuesta humanitaria en una situación de conflicto. Suelen ser cuestiones complejas y politizadas. Denunciar la desprotección y las dificultades que afectan a los grupos o individuos vulnerables es un componente relevante de la respuesta basada en principios. Sin embargo, en el entorno de alta tensión de un conflicto armado, mencionar públicamente los problemas de desprotección conlleva cierto riesgo y puede precipitar la reacción de las partes en conflicto.

Los mecanismos de coordinación pueden impulsar el imperativo humanitario, que es crucial para la protección de los más vulnerables. Constituyen una plataforma y un marco importantes para aclarar y destacar las prioridades de protección, ganar influencia colectiva y detectar a los grupos de población invisibles y a los más expuestos.

3.1.6 Defensa de la causa humanitaria

La causa humanitaria se puede defender de múltiples formas, como componente de cualquiera de los asuntos tratados hasta ahora. Una forma es hacer manifestaciones en privado o en público, generalmente destinadas a paliar las dificultades en el acceso a las comunidades afectadas, o bien para denunciar los problemas que sufren. Actuar como defensor, ya sea en privado o en público, también puede comportar acusaciones y sospechas de parcialidad política y falta de neutralidad, que pueden afectar negativamente a la persona y a la respuesta humanitaria en su conjunto. Por lo tanto, estas iniciativas deben pensarse bien y deben estar muy meditadas. Las plataformas de coordinación pueden ser el escenario idóneo para hacer una defensa sutil y buscar consensos.

Aunque un actor puede manifestarse a título individual y denunciar problemas concretos, la voz colectiva puede tener más peso y visibilidad cuando proviene de un órgano coordinador y se enmarca en el contexto de los principios humanitarios. También puede sustentar las declaraciones de las organizaciones y los gobiernos en busca de soluciones diplomáticas, ampliación de la acción humanitaria e influencia sobre los responsables de la toma de decisiones.

3.2 Consideraciones previas al despliegue

El análisis profundo del conflicto, antes del despliegue, debe incluir el contacto con algunos de los grupos coordinadores, para comprender mejor el entorno en el que trabajan.

Es importantísimo que los equipos médicos se coordinen entre sí; para ello, deben definir qué mecanismos de coordinación les resultan esenciales para colaborar y cuál es la mejor manera de hacerlo una vez estén en el territorio. Los EMT deben plantearse también las preguntas siguientes:

- ¿Qué mecanismo de coordinación permitirá acceder mejor a la población afectada, siguiendo los principios pertinentes y durante toda la misión?
- ¿Incorporarse a un mecanismo de coordinación determinado implicará la renuncia a algún principio humanitario (y a cuáles) o hará que se vea al equipo como un agente parcial o sin principios, potencialmente durante todo el despliegue?

3.3 Tipos de mecanismos de coordinación

Hay muchos factores en juego a la hora de determinar qué plataformas de coordinación activar (y dónde). En cualquier caso, el equipo médico tendrá que analizar el horizonte operativo e integrarse en dichas plataformas siguiendo unos principios, como se ha explicado anteriormente. Algunas plataformas de coordinación están radicadas en la capital del país o de la región, en el campo de operaciones o en un país vecino, mientras que otras están dispersas por todo el mundo. Su cometido es abordar una serie de cuestiones y funciones relacionadas con el financiamiento, las orientaciones estratégicas, la armonización de posturas y los aspectos operativos. La colaboración del equipo médico en la coordinación debe priorizar las necesidades de la población, el acceso, la atención de salud de calidad, la seguridad y la protección. Los equipos también pueden presenciar tensiones y desavenencias entre varios mecanismos. El foco debe mantenerse siempre sobre la misión humanitaria basada en principios, la atención de calidad a los pacientes y el acceso seguro a las personas heridas y enfermas. Es importante destacar que la población afectada y algunas partes en conflicto quizá no comprendan bien, cuando soliciten atención médica sobre el terreno, las diferentes categorías de equipos y sus afiliaciones.

3.3.1 Gobierno anfitrión

Las autoridades locales tienen el mandato primordial de responder a la población afectada. Por lo general, aportan algún tipo de mecanismo de coordinación, formal o informal. La colaboración del equipo médico con el gobierno anfitrión es esencial, como se ha indicado en el capítulo 2, y debe gestionarse cumpliendo los principios pertinentes y cuidando mucho las percepciones de las comunidades afectadas y las partes en conflicto.

Los organismos ejecutores deben ser conscientes de que todos los conflictos difieren en su contexto, lo cual incluye también la actitud de los gobiernos anfitriones hacia los actores internacionales que acuden a su territorio. Es casi inevitable que el gobierno nacional sea actor o parte en el conflicto y, por lo tanto, tendrá sus propios intereses, un punto de vista arraigado y un posicionamiento político y militar.

Es preciso entender y tener en cuenta los factores citados, sin olvidar que el gobierno anfitrión es el garante de los deberes, responsable de satisfacer las necesidades básicas de sus ciudadanos. No obstante, en algunos casos, el gobierno

anfitrión no puede (o no desea) facilitar el acceso a determinadas categorías de personas afectadas dentro de sus fronteras. Para cerrar esta brecha, la asistencia humanitaria local o internacional, basada en principios, puede ser la solución.

3.3.2 Ministerio de salud del país anfitrión

El ministerio de salud debe tener la iniciativa en la coordinación de las actividades de salud. Las organizaciones ejecutoras deben darse a conocer ante el ministerio de salud. Habrá que tramitar permisos y autorizaciones para que el equipo médico pueda ejercer en el país, y habrá que familiarizarse con los funcionarios coordinadores, los procesos y las reuniones. En esos contextos, los equipos deben saber percatarse si los están dirigiendo o manipulando.

3.3.3 Organismo nacional encargado de la respuesta a los desastres y coordinación humanitaria nacional

Como en cualquier emergencia humanitaria, el organismo nacional encargado de la respuesta a los desastres (si hay uno) será, con toda probabilidad, un actor principal en la coordinación de dependencias del gobierno nacional. Los equipos médicos tendrán que coordinarse con dicho organismo, o al menos darse a conocer, directamente o a través de sus dependencias o mecanismos de despliegue. También en este contexto deben saber percatarse si los están dirigiendo o manipulando.

3.3.4 Coordinación de ejército a ejército

También se establecerán mecanismos de coordinación entre ejércitos. Los EMT militares deben coordinarse adecuadamente a través de una plataforma de coordinación civil-militar y militar-militar, tal como se describe en las directrices de la OCHA sobre el uso de recursos militares y de defensa civil para actividades humanitarias de las Naciones Unidas en emergencias complejas (107). Los equipos médicos militares deben saber percatarse si los están dirigiendo o manipulando en contextos de conflicto armado y deben ser conscientes del efecto que pueden tener sus acciones sobre los actores humanitarios de salud que operan sobre el terreno o en cualquier otro lugar del entorno humanitario.

3.3.5 Grupos armados no estatales

La expresión “agentes no estatales” se utiliza en referencia a diversas personas, grupos y organismos. Los agentes no estatales y sus grupos armados pueden adoptar formas muy diversas (108). Una característica de los conflictos modernos es la proliferación de agentes no estatales que controlan el territorio y, por consiguiente, el acceso a la población. El equipo médico debe prestar mucha atención para acometer y mantener un análisis cabal del contexto, de modo que pueda actuar de forma segura, obtener y conservar el acceso, evitar la manipulación, disipar tensiones, cobrar conciencia del riesgo de criminalización, tomar medidas de mitigación y proceder siempre de acuerdo con sus principios.

3.3.6 Las Naciones Unidas en el plano mundial

El Secretario General Adjunto de Asuntos Humanitarios y Coordinador del Socorro de Emergencia (SGA/CSE) es responsable de supervisar todas las emergencias que requieren asistencia humanitaria por parte de las Naciones Unidas y también actúa como enlace central para las actividades de socorro gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales (con algunas excepciones para el Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, según se detalla en la sección 3.3.11). El Coordinador del Socorro de Emergencia también dirige el Comité Permanente entre Organismos (IASC, por su sigla en inglés), un foro interinstitucional para la coordinación, el desarrollo de políticas y la toma de decisiones en el que participan asociados humanitarios clave de las Naciones Unidas, tanto los que pertenecen al sistema como los que no. El Coordinador del Socorro de Emergencia preside el IASC. La mayoría de las herramientas de coordinación humanitaria y muchas directrices humanitarias se elaboran a nivel mundial a través del IASC.

3.3.7 Las Naciones Unidas en el plano nacional

El equipo humanitario en el país está presidido por el coordinador humanitario e integrado por un número limitado de organizaciones humanitarias, a fin de permitir una toma de decisiones efectiva. El principal criterio de pertenencia es la relevancia operativa. Los miembros representan a sus respectivas organizaciones al más alto nivel (representante del país o equivalente), así como a los sectores temáticos o grupos sectoriales que estén dirigiendo su organismo.

En el plano de nacional, la estructura de coordinación humanitaria puede resumirse de la siguiente manera:

- nivel estratégico: equipo humanitario, liderado por el coordinador humanitario;
- nivel operativo: unidad de coordinación entre grupos sectoriales;
- nivel técnico: sectores o grupos sectoriales.

En la estructura de coordinación humanitaria, el CICR tiene condición oficial de observador (véase la sección 3.3.11) y MSF también suele participar como observador.

Si se envía una misión de las Naciones Unidas a un país, quien actúa como máximo representante de las Naciones Unidas es el Representante Especial del Secretario General (RESG). En ese caso, el coordinador residente suele ser el Representante Especial Adjunto del Secretario General (REASG). Además de ser el REASG y el coordinador residente, ese mismo funcionario también suele ser nombrado coordinador humanitario, de modo que asume la triple función de REASG, coordinador residente y coordinador humanitario.

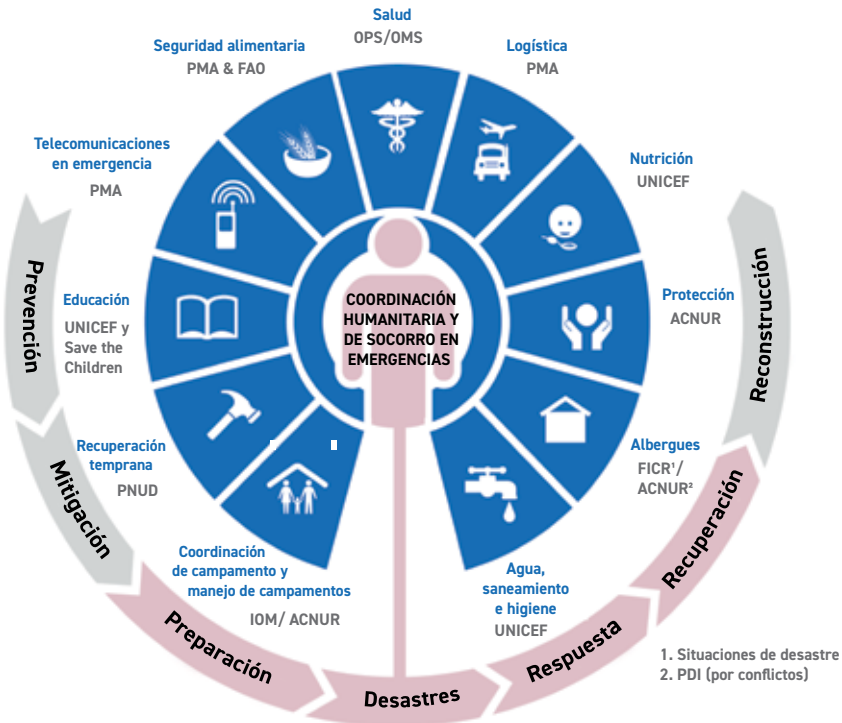
3.3.8 Sistema de grupos sectoriales de las Naciones Unidas

El sistema de grupos sectoriales tiene por objeto fortalecer la asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, aclarando la división de las tareas entre las organizaciones de asistencia, evitando deficiencias y garantizando la uniformidad de actuación.

Los grupos sectoriales pueden activarse oficialmente cuando los mecanismos de coordinación existentes estén saturados o vean mermada su capacidad para responder a las necesidades detectadas, de conformidad con los principios humanitarios. Los grupos colaboran en la prestación de asistencia humanitaria coordinando, ejecutando y supervisando proyectos, y realizan evaluaciones conjuntas de las necesidades, así como análisis de deficiencias sobre el terreno. También hacen aportaciones a la toma de decisiones estratégicas del coordinador o equipo humanitario, a través de la planificación sectorial y la formulación de estrategias. Hay once grupos sectoriales mundiales (véase el diagrama en la figura 4), que se componen por grupos de organizaciones humanitarias, algunas pertenecientes a las Naciones Unidas y otras no, de cada uno de los grandes ámbitos de acción humanitaria, como el agua, la salud y la logística. Los designa el IASC y tienen responsabilidades claras de coordinación. En respuesta a una emergencia se pueden poner en marcha hasta once grupos sectoriales. A cada uno le corresponde un organismo rector en el sistema de Naciones Unidas (el grupo de salud lo dirige la OMS). Es importante señalar que el sistema de grupos

sectoriales está diseñado para apoyar a las autoridades nacionales, incluidas las de las zonas no controladas por el gobierno, para desplegar una respuesta efectiva. En el contexto de un conflicto armado, especialmente en una guerra civil o una revuelta, el grupo puede actuar sobre una población o una región geográfica concreta.

Figura 4. Grupos de coordinación sectorial de las Naciones Unidas y organismos rectores



En la guía del grupo sectorial de salud (*Health Cluster Guide*) se recomienda cómo pueden trabajar juntos el organismo rector, el coordinador del grupo y los asociados durante una crisis humanitaria, a fin de lograr los objetivos de reducir la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables y restablecer, lo antes posible, la atención de salud preventiva y curativa y el acceso equitativo a la misma. Destaca los principios clave de la acción humanitaria en materia de salud y describe cómo la coordinación y la colaboración de los actores del sector pueden potenciar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones de salud. Se basa en documentos del IASC y otros informes (109), pero también incluye las enseñanzas extraídas de la experiencia sobre el terreno.

La guía puede descargarse del sitio web del Grupo de Acción Sanitaria Mundial y contiene detalles prácticos para los equipos (110). Es importante destacar que el *Grupo de Acción Sanitaria Mundial* ha publicado un documento de posición sobre la coordinación civil y militar durante la acción humanitaria en salud (18). En el documento figura una matriz de evaluación de riesgos vinculada a la participación militar en la acción humanitaria. La matriz se organiza partiendo de dos supuestos:

1. por regla general, la asistencia de salud directa la prestarán únicamente los organismos civiles humanitarios;
2. cuanto más se involucren los actores militares en la dinámica del conflicto, más se deben mantener separados los dos mundos —militar y humanitario— para salvaguardar la imparcialidad real y percibida de las acciones humanitarias.

3.3.9 Célula de información y coordinación de EMT

Cuando no hay un conflicto, los EMT normalmente son coordinados por el COE del gobierno del país afectado ([Libro azul](#)); en cambio, en casos de conflicto activo, los EMT se coordinan a través de una comisión de casos clínicos o traumatología, que actúa bajo la dirección del grupo sectorial de salud o de otra plataforma independiente, como el centro de coordinación de operaciones in situ (OSOCC). Se puede activar una plataforma en línea a través del OSOCC virtual (111), que puede proporcionar información útil y ayudar con las decisiones del despliegue. No todas las plataformas estarán presentes automáticamente, por lo que es preciso que los equipos exploren el espacio operativo y determinen cuál es el mejor curso de acción.

El mecanismo de coordinación que se describe en el [Libro azul](#) para los EMT es el siguiente:

La coordinación de los EMT debe hacerse dentro de los marcos de respuesta a emergencias existentes y, si es posible, deben dirigirla las divisiones de atención clínica o respuesta a emergencias del ministerio de salud, dentro del pilar de operaciones de salud del COE. Este centro sirve como punto coordinador para obtener y analizar las informaciones básicas en relación con el desastre, como los daños a la infraestructura de salud y la alteración de los servicios, a fin de fundamentar las decisiones estratégicas y operativas. Para esta función puede ser preciso contar con expertos de la OMS que ayuden a los EMT en su arribo, con miembros del Equipo de las Naciones Unidas para la Evaluación y Coordinación en Casos de Desastre (UNDAC) o con expertos enviados directamente por los países

vecinos en cooperación bilateral. Algunos organismos y ONG internacionales pueden desplegar EMT y otros expertos en salud y otras especialidades en ámbitos como refugios, violencia de género o agua, saneamiento e higiene (WASH, por su sigla en inglés). Es fundamental que entre las plataformas coordinadoras haya una intensa comunicación y coordinación a nivel interno. La coordinación de EMT es un campo especializado que requiere capacitación, idealmente a través del curso de la célula de coordinación (CICOM) de la OMS. Si no se dispone de un coordinador nacional, se encomendará esta tarea a un funcionario de emergencias del ministerio de salud, quien deberá contar con la ayuda intensiva de un coordinador de EMT experto de la OMS o de los canales citados anteriormente.

3.3.10 Coordinación humanitaria civil-militar de las Naciones Unidas

La coordinación humanitaria civil-militar de las Naciones Unidas (ONU CMCoord) es una de las funciones básicas de la OCHA.³² ONU CMCoord promueve la coherencia y uniformidad en la interacción con militares y otras facciones armadas, mejorando su comprensión y respeto por la acción humanitaria. La OCHA es el organismo custodio de las directrices de ONU CMCoord y los documentos conexos.

El alcance y el carácter de la interacción entre los actores humanitarios, los ejércitos y otros agentes armados dependen siempre del contexto. En desastres de origen natural, tecnológicos o ambientales, el uso de recursos militares con fines humanitarios y su coordinación con el ejército tiene por objeto mejorar la eficacia y la eficiencia de la colaboración. En un entorno de inseguridad, como es un conflicto armado, el término que mejor describe la relación entre los actores humanitarios y el ejército suele ser "coexistencia". La coordinación se centra en reducir al mínimo la competencia y las incoherencias y garantizar la separación entre los objetivos y las estrategias de las organizaciones humanitarias y del ejército. Así, se garantiza que la acción humanitaria se considere neutral, imparcial e independiente. En el manual de campo de ONU CMCoord (112) se ofrecen orientaciones sobre este tema.

Uno de los principios básicos de las directrices de coordinación civil-militar de las Naciones Unidas es el de último recurso. En los desastres sobrevenidos en tiempos de paz, los recursos militares extranjeros (RME) o recursos militares y de defensa civil (RMDC³³) únicamente deben intervenir cuando no exista una alternativa civil

³² La Sección de Coordinación Civil-Militar (CMCS) de la OCHA es la unidad de enlace designada, dentro del sistema de Naciones Unidas, para la coordinación humanitaria civil-militar. Presta asistencia en actividades y operaciones a nivel operativo y administrativo.

³³ El término "recursos militares y de defensa civil" (RMDC) se utiliza en las directrices globales de ONU-CMCoord, pero hoy en día es más habitual el término "recursos militares extranjeros" (RME). La definición comprende al personal y las organizaciones militares extranjeras, los bienes y servicios prestados por agentes militares (incluidos, entre otros, los de logística, transporte, seguridad, asistencia médica, ingeniería, comunicaciones, suministros y equipamiento) y el financiamiento, la contratación comercial, el material y el apoyo técnico proporcionado por agentes militares.

equiparable en cuanto a velocidad o capacidad de acción para atender una necesidad humanitaria crítica. En entornos complejos inseguros, el concepto es aún más importante: los activos militares, entre los que se incluyen los EMT, solo deben utilizarse si son el último recurso para responder a una situación crítica en la que haya vidas en peligro. Sin embargo, los EMT y el apoyo logístico que brinde un ejército extranjero pueden fortalecer la respuesta médica militar del Estado afectado a través de acuerdos bilaterales, con miras a reducir los efectos indirectos sobre la infraestructura civil de salud. Por cuestión de principios, no deben utilizarse para colaborar en actividades humanitarias a los RME de fuerzas beligerantes que estén participando activamente en el combate. Los responsables de las decisiones deben sopesar el riesgo para los trabajadores humanitarios y su capacidad de acceso a la población, a fin de operar de manera efectiva en el presente y en el futuro, frente a la inmediatez de las necesidades de la población afectada y la necesidad del uso de RME.

Por lo general, la mayoría de los actores humanitarios prefieren no recurrir a escoltas armadas. En circunstancias excepcionales, puede ser necesario, pero solo como último recurso para permitir la acción humanitaria. Antes de decidir si se hace una excepción, deben analizarse las consecuencias y las posibles alternativas. Entre las posibles consecuencias del uso de escoltas armadas está la cooperación (percibida) con un agente armado, lo cual puede minar la neutralidad, la imparcialidad y la independencia (reales o percibidas) de la organización o de toda la comunidad humanitaria. Si se coopera con agentes armados o se da la apariencia de cooperar con ellos, los convoyes pueden volverse más vulnerables a los ataques de las facciones contrarias. El uso de escoltas armadas por parte de un actor humanitario puede afectar negativamente a la seguridad de los demás agentes que no las utilicen. Depender de un agente armado menoscaba la sostenibilidad de la operación humanitaria. La cooperación con un agente armado puede hacer que sea imposible o inseguro operar en un territorio controlado por otra facción.

Aunque no está explícitamente previsto en la Carta de las Naciones Unidas, el mantenimiento de la paz es una de las principales herramientas del Consejo de Seguridad para preservar el orden y la seguridad internacionales.³⁴ Tradicionalmente, las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas se ponían en marcha para respaldar un proceso político, como el cumplimiento de un alto el fuego o de un acuerdo de paz. En las últimas décadas, se han ampliado significativamente los objetivos de estas misiones, dada la naturaleza cambiante de los conflictos. Algunas resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas establecen mandatos taxativos, por los que las Naciones Unidas se convierten en parte en un conflicto. Cabe

³⁴ La base jurídica se encuentra en los capítulos VI, VII y VIII de la Carta de las Naciones Unidas. El capítulo VI trata del "arreglo pacífico de controversias"; el capítulo VII contiene disposiciones relativas a la "acción en caso de amenazas a la paz, quebrantamientos de la paz o actos de agresión"; y en el capítulo VIII se prevé la participación de acuerdos y organismos regionales en los asuntos relativos al mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales.

recordar que las misiones de mantenimiento de la paz persiguen objetivos políticos y militares. A fin de preservar el espacio humanitario, los actores deben mantener la independencia visible respecto de las estructuras políticas y militares.

El papel de CMCoord es esencial, a la hora de colaborar con la misión de mantenimiento de la paz, para promover los objetivos humanitarios y los requisitos operativos. En varios países con operaciones de mantenimiento de la paz, se han elaborado orientaciones específicas para cada contexto, que pueden ser firmadas por el coordinador residente o humanitario, el Representante Especial del Secretario General y el Comandante de la Fuerza (113). Pueden incluir disposiciones relativas a la evacuación de personas enfermas, heridas y fallecidas con fines humanitarios y con la participación de personal ajeno a las Naciones Unidas, con la coordinación de actores humanitarios sin la participación de las misiones de mantenimiento de la paz. Solo en determinadas circunstancias, en las que la comunidad humanitaria no puede prestar apoyo por razón de su mandato o sus recursos, la OCHA puede solicitar, en última instancia, la asistencia de la misión (114). Las orientaciones contextuales específicas de las misiones de mantenimiento de la paz también incluyen disposiciones en torno a los proyectos de efecto rápido³⁵. Puede haber actividades de "tipo humanitario", incluida la atención clínica directa, pero no deben confundirse con las actividades humanitarias reales que desempeñan los agentes humanitarios de conformidad con los principios humanitarios.³⁶ Los proyectos de efecto rápido deben coordinarse con la comunidad humanitaria; en particular, se debe recabar el consentimiento del coordinador humanitario para los que emprendan las misiones de mantenimiento de la paz en relación con el desarrollo y la asistencia humanitaria (112).

Pueden activarse los mecanismos del sistema de notificación humanitaria³⁷ o de evitación de conflictos³⁸ (25, 75). Los equipos deben asegurarse de estar conectados

³⁵ Los proyectos de efecto rápido son proyectos pequeños y baratos que planifican y ejecutan en poco tiempo los agentes militares. Se llevan a cabo principalmente a través de actores del territorio, incluidas las autoridades locales, las organizaciones no gubernamentales y las de base. En este sentido, la ejecución del proyecto permite desarrollar las capacidades de gestión de la comunidad, al tiempo que amplía el alcance de una misión a nivel local.

³⁶ Véase también la referencia n.º 129. En primera instancia, la labor humanitaria deben hacerla las organizaciones humanitarias. Puesto que las organizaciones militares también tienen una función en el apoyo a la labor humanitaria, deben dedicarse sobre todo a fomentar un ambiente seguro, que permita la acción humanitaria y la protección de la población civil. Por poner un ejemplo concreto, la Misión de las Naciones Unidas en Sudán del Sur (UNMISS) tiene la prohibición expresa de participar en actividades directas de socorro destinadas a conquistar el apoyo popular. Además, si la población civil le pregunta por cuestiones humanitarias, la UNMISS debe remitirla a la OCHA o al organismo presente más indicado. Si existe la necesidad extraordinaria de colaborar en actividades de socorro, deberá consultarse antes a la OCHA. Para solicitar ayuda de la UNMISS (p. ej., transporte de bienes, escoltas armadas, reparación de carreteras, instalación de redes de comunicación, etc.), los actores humanitarios deben seguir los protocolos pactados a tal efecto, según se indica en el punto "utilización de activos, escoltas armadas y protección militar de la UNMISS".

³⁷ Para evitar confusiones y distorsiones, se recomienda que los actores humanitarios utilicen un término más neutral, como "sistema de notificación humanitaria", en vez de "evitación de conflictos".

³⁸ "Evitación de conflictos" es un término militar para referirse al intercambio de información y planes, entre los actores humanitarios y los agentes militares, a fin de prevenir o resolver conflictos entre los dos conjuntos de objetivos, eliminar obstáculos para la acción humanitaria y evitar peligros potenciales para el personal humanitario. Consiste, entre otras cosas, en negociar treguas, declarar un alto el fuego o el cese temporal de las hostilidades y notificar la ubicación de las dotaciones médicas y los corredores para el suministro de ayuda.

a un sistema de notificación humanitaria que sea complementario a otras funciones de ONU-CMCoord, como las de entablar, propiciar y mantener el diálogo entre los actores humanitarios y el ejército. El intercambio de información con las partes en conflicto no es algo nuevo. El establecimiento de sistemas de notificación formales,³⁷ sistematizados y estructurados es resultado del aumento de las operaciones aéreas dirigidas por una coalición o un Estado que no despliega efectivos en el terreno.

Pueden activarse mecanismos de notificación. Sin embargo, tal como se advirtió anteriormente, la evitación de conflictos también conlleva, como solución general, ciertos problemas:

1. descargar a las partes en conflicto de cierta responsabilidad a la hora de cumplir sus obligaciones para con los trabajadores humanitarios;
2. generar una falsa dicotomía entre personas o bienes “excluidos” y “no excluidos” del conflicto, cuando el DIH no protege únicamente a las personas y bienes “excluidos”.

Existe la creencia errónea de que incluir bienes de carácter civil en un mecanismo de notificación humanitaria garantiza o mejora su protección. Según el DIH, un bien de carácter civil puede convertirse en “objetivo militar” si por su utilización contribuye eficazmente a la acción militar o cuya destrucción total o parcial, captura o neutralización ofrezca en las circunstancias del caso una ventaja militar definida. Además, el DIH tolera cierto nivel de daño incidental a bienes de carácter civil en virtud de la norma de proporcionalidad. Por lo tanto, es importante señalar que la inclusión de un bien de carácter civil como parte de un mecanismo de notificación no lo hace inmune ni le otorga una protección reforzada en virtud del DIH.

Diretrizes importantes del IASC (113):

1. Diretrizes sobre la utilización de recursos militares y de la defensa civil en apoyo de las actividades humanitarias de las Naciones Unidas en situaciones de emergencia complejas (diretrizes sobre RMDC del 2003, actualizadas en el 2006).³⁹
2. Relación entre los componentes civil y militar en las emergencias complejas (documento de referencia del IASC, 2004).
3. Diretrizes no vinculantes sobre la utilización de escoltas armadas para convoyes humanitarios (2013).

³⁹ Entre las disposiciones importantes figuran las siguientes: el acceso humanitario a los grupos poblacionales vulnerables; la coordinación civil y militar debe facilitar, asegurar y mantener el acceso humanitario; la percepción de la acción humanitaria: la prestación de asistencia humanitaria a todos los grupos poblacionales que la necesiten debe realizarse sin condiciones políticas o militares; la distinción entre civiles y militares: debe mantenerse la distinción entre combatientes y no combatientes en la acción humanitaria; la independencia operativa de la acción humanitaria: los actores humanitarios deben ostentar en todo momento el papel rector en la realización y dirección de las actividades humanitarias; la seguridad del personal humanitario: la seguridad de tipo militar debe ser el último recurso.

3.3.11 El CICR y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (conocido como “el Movimiento”) está integrado por tres grandes componentes (114): el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) y, a nivel nacional, las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Cada componente tiene distintas atribuciones y experiencia, pero todos se rigen por los mismos principios fundamentales (115). Cada componente también tiene sus propios equipos médicos, que están certificados y coordinados por los mecanismos del propio Movimiento, no por el mecanismo de EMT. De todas maneras, los equipos médicos del Movimiento se coordinan con los EMT para maximizar el efecto humanitario y evitar duplicidades y omisiones.

La FICR coordina los equipos médicos desplegados internacionalmente desde las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (a través de los mecanismos propios del Movimiento) en situaciones de desastres de origen natural y otras emergencias en las que se sigue lo indicado en el Libro azul, mientras que en los conflictos armados es el CICR es el que dirige la respuesta internacional del Movimiento, actuando como coordinador general.⁴⁰ Por lo general, el CICR integra los equipos médicos en sus propias operaciones y los coordina junto con la sociedad nacional del país afectado, mediante su mecanismo interno, el “mecanismo de despliegue rápido”, que es el equivalente para conflictos del marco de respuesta a emergencias de la FICR, tal como se explica a continuación.⁴¹

El CICR tiene un mandato especial, en virtud del DIH, que otorga a la organización un estatuto jurídico internacional, distinto del de las ONG y análogo al de las organizaciones intergubernamentales internacionales como las Naciones Unidas. Gracias a los acuerdos que mantiene con los gobiernos, el CICR goza de ciertas protecciones jurídicas; por ejemplo, inmunidad frente a determinados procesos judiciales y protección de sus dependencias, documentos y datos contra el acceso a efectos de procesamiento penal.

⁴⁰ Las unidades de respuesta de emergencia se despliegan con la supervisión del CICR en los conflictos armados y de la FICR en los desastres de origen natural.

⁴¹ Esta función del CICR está reconocida en el artículo 5, párrafo 4, epígrafe b, de los estatutos del Movimiento, que estipula que “en las situaciones previstas en el párrafo 2 d) del presente artículo y que requieran una coordinación de la asistencia proporcionada por las Sociedades Nacionales de otros países, el Comité Internacional se encarga, en colaboración con la Sociedad Nacional del país o de los países concernidos, de dicha coordinación de conformidad con los acuerdos concertados con la Federación”.

Debido a este mandato especial, el CICR tiene una relación particular con el sistema de coordinación de las Naciones Unidas, en el cual se lo reconoce como observador pero sin ser miembro de pleno derecho. En resumen, el CICR se coordina con los mecanismos dirigidos por las Naciones Unidas pero no con la coordinación de estos. Tanto en el terreno como en el plano institucional, el CICR procura mantener contactos periódicos con las Naciones Unidas y otras organizaciones a fin de mejorar la respuesta humanitaria general.

Más allá de su mandato especial en virtud del DIH, la razón de ser del CICR radica en sus conocimientos especializados y en su experiencia operativa en conflictos, así como en su forma de gestionar las cuestiones de seguridad a través del diálogo con las partes en conflicto, para que todas lo acepten y perciban como una entidad neutral, independiente e imparcial. Así, el CICR se esfuerza por ser un punto de referencia para una acción humanitaria pertinente, oportuna y eficaz en los conflictos, de conformidad con los principios humanitarios.

Los equipos de las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja desplegados en misiones internacionales deben cumplir las normas y los procedimientos del Movimiento, que comprenden sus principios y normas fundamentales y un amplio corpus de políticas que regulan la coordinación y cooperación entre las propias sociedades y con otros agentes. Asimismo, tienen el mandato de coordinarse con la sociedad nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja del país afectado. En un conflicto armado, los equipos médicos de las sociedades nacionales (capacidades de emergencia) los despliega y gestiona el CICR directamente, en el marco de su mecanismo de despliegue rápido. Ante un desastre de origen natural o una epidemia, en cambio, es en el marco de respuesta de la FICR que se despliegan los equipos médicos y las unidades de emergencias de las sociedades nacionales. El personal de la sociedad nacional también puede desplegarse como parte de sus EMT nacionales.

Por lo que concierne a las sociedades nacionales, suelen ser las primeras en responder y se coordinan con los numerosos actores, actores humanitarios y comunidades afectadas. Su personal y sus personas voluntarias suelen situarse en primera línea, integrados en las comunidades y coordinándose con muchos otros implicados directos, de conformidad con las normas y los principios del Movimiento. Se les suele encargar que ayuden a las comunidades afectadas y en general se ocupan de los primeros auxilios, entre otras tareas.

Estas particularidades explican por qué el despliegue de equipos médicos de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja está sujeto a las normas específicas del Movimiento y debe ser coordinado por el CICR, en un conflicto armado, y por la FICR, en un desastre o una epidemia (las dos organizaciones se coordinan entre sí en las crisis híbridas, en las que concurren tanto los conflictos armados como los desastres de origen natural y los brotes epidémicos), en lugar de hacerlo por mecanismos dirigidos por la iniciativa EMT y las Naciones Unidas.

3.4 Implicaciones para las categorías de equipos desplegados

Los equipos médicos tienen distintas afiliaciones, nacionalidades, capacidades y organizaciones responsables. En cualquier caso, es fundamental coordinar y conocer bien sus capacidades y recursos generales, habilidades, ubicación, planes, acuerdos de derivación, volumen de casos y tipos de enfermedades y traumatismos. Estas informaciones críticas solo se pueden recopilar si los equipos informan regularmente y trabajan con las plataformas coordinadoras. Como se describe en el capítulo 1, no todos los equipos pueden ser independientes o tener una imagen de neutralidad, pero todos los equipos nacionales e internacionales tienen una función importante que cumplir y disponen de espacios para desempeñarla. Es el caso particular de algunos equipos militares y gubernamentales. En la base de datos de DIH, puede consultarse un comentario exhaustivo sobre las definiciones de organizaciones y actores imparciales (116).

Cuadro 12. Categorías de equipos y cuestiones especiales

Categoría de equipo	Libro azul Desastres de origen natural, emergencias y epidemias. Todos deben respetar los principios de humanidad e imparcialidad.	Libro rojo Emergencias de salud en conflictos armados y otros entornos inseguros: todos deben cumplir el DIH, además de los principios de humanidad e imparcialidad.
1. EMT civil clasificado ⁴² 1.a ONG civiles nacionales 1.b ONG civiles internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares. • El ministerio de salud coordina la operación de respuesta (con el apoyo de la OMS). • Algunos equipos pueden ser contratados por organismos de las Naciones Unidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares. • La OMS coordina el despliegue. • Si el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas ha tomado partido, se verá afectada la función de la OMS. • Si la ONG es local: puede ser difícil mantener la neutralidad y la independencia.
2. EMT gubernamental 2.a Ministerio de salud (no procede clasificarse) 2.b Internacional, clasificado	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares. • El ministerio de salud coordina la operación de respuesta (con el apoyo de la OMS). • No se clasifican los equipos de ministerios de salud cuyo ámbito de actuación sea nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir determinados estándares. • Puede ser difícil mantener la neutralidad y la independencia. • No se clasifican los equipos de ministerios de salud cuyo ámbito de actuación sea nacional.

⁴² Se incluye entre los equipos clasificados a los que se encuentren en proceso de mentoría y verificación experta.

<p>3. EMT gubernamental</p> <p>4. EMT militar</p> <p>4.a Nacional (no procede clasificarse)</p> <p>4.b Internacional, clasificado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares. • Se coordina a través de la organización contratante. <ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares. • Despliegues bilaterales • El ministerio de salud o de defensa coordina la operación de respuesta (con el apoyo de la OMS). • No se clasifican los equipos de ministerios de defensa cuyo ámbito de actuación sea nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser difícil mantener la neutralidad y la independencia. <ul style="list-style-type: none"> • Despliegues bilaterales • Puede ser difícil mantener la neutralidad y la independencia. • No se clasifican los equipos de ministerios de defensa cuyo ámbito de actuación sea nacional.
<p>5. Equipos médicos militares, nacionales o internacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares. • El ministerio de salud no siempre les otorga acceso ni permisos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir determinados estándares. • Puede ser difícil mantener la neutralidad y la independencia.
<p>6. Equipos médicos de la Cruz Roja o la Media Luna Roja</p> <p>6.a Sociedad nacional local</p> <p>6.b FICR (catástrofes naturales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los clasifica la FICR siguiendo los canales y los estándares del Movimiento (los estándares están en consonancia con los de los EMT). • La sociedad nacional es la coordinadora principal (con apoyo de la FICR). • Deben seguir otros estándares del Movimiento (116) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los clasifica el CICR siguiendo los canales y los estándares del Movimiento. • El CICR coordina la respuesta internacional del Movimiento. • Deben seguir otros estándares del Movimiento: el riesgo que comporta la actuación de las sociedades nacionales como auxiliares de las autoridades locales se equilibra con su obligación de respetar el principio de independencia.
<p>7. Equipos médicos privados, con fines de lucro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares • El ministerio de salud no siempre les otorga acceso ni permisos. • Algunos equipos pueden ser contratados por organismos de las Naciones Unidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deben seguir los estándares. • Los planes de la parte contratante pueden representar un problema. • Puede ser difícil mantener la neutralidad y la independencia.
<p>8. Equipos médicos militares, nacionales o internacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Despliegues bilaterales • Deben seguir los estándares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Despliegues bilaterales • Puede ser difícil mantener la neutralidad y la independencia. • Deben seguir otros estándares.

3.4.1 EMT militares, nacionales e internacionales

EMT militares nacionales

En muchos Estados, el ejército o las unidades de defensa civil intervienen en la respuesta nacional a los desastres y las crisis que se producen en el territorio, y a veces incluso la dirigen. Los Estados afectados tienen la responsabilidad de utilizar todos los medios a su alcance para responder a las necesidades de sus ciudadanos. El ejército puede ser el órgano mejor equipado y posicionado para responder. Las directrices sobre recursos militares extranjeros (RME) o recursos militares y de defensa civil (RMDC) (107) y el principio de último recurso no se aplican al ejército ni a las unidades nacionales de defensa civil que responden a una catástrofe o una crisis dentro su territorio.⁴³ No obstante, en la gestión de esos activos, los Estados afectados pueden encontrar útiles algunos de los principios y conceptos previstos en dichas directrices.

Despliegue médico militar bilateral

Muchas solicitudes de asistencia por parte de los Estados, ya sean por cauces civiles o militares, comienzan como solicitudes bilaterales, a nivel regional o entre países vecinos, con acuerdos sobre el tipo de asistencia solicitada u ofrecida (en algunos casos preexistentes) entre los Estados afectados y los Estados que asisten. En tales circunstancias, sin embargo, se aconseja que los Estados prestadores y los Estados afectados sigan los principios y procedimientos previstos en las directrices de RMDC.

Equipos médicos militares internacionales

En las situaciones de conflicto, hay equipos médicos militares que prestan servicios muy necesarios en las misiones internacionales. Muchos se guían extraoficialmente por el Libro rojo, ya que no se despliegan con el mecanismo que gestiona la OMS. Esto es así porque algunas poblaciones receptoras y las partes en conflicto no los perciben como unidades independientes y neutrales (o incluso imparciales). La situación puede afectar a la percepción, la neutralidad y la imparcialidad de la actividad humanitaria más amplia, ya que las poblaciones (y las partes en conflicto) no siempre distinguen entre los varios equipos desplegados, ni cabe esperar que entiendan bien quién es quién entre la cantidad de afiliaciones, logotipos y emblemas que verán (véase la sección 1.3 sobre el uso del emblema). Ello, a su vez, puede afectar a la seguridad del personal y la eficacia de otros EMT en cuanto a su capacidad para acceder de manera segura a la población necesitada, sin escoltas armadas. Para evitar confusiones, los

⁴³ Hoy en día es más habitual el término "recursos militares extranjeros" (RME). Los RME y los RMDC comprenden al personal y las organizaciones militares extranjeras, los bienes y servicios prestados por agentes militares (incluidos, entre otros, los de logística, transporte, seguridad, asistencia médica, ingeniería, comunicaciones, suministros y equipamiento) y el financiamiento, la contratación comercial, el material y el apoyo técnico proporcionado por agentes militares.

EMT militares pueden analizar el método y la ubicación de la misión y, por lo tanto, cómo deben coordinarse mejor.

Si bien se debe dar prioridad a los activos civiles (directrices RMDC; véase la sección sobre ONU-CMCoord), los EMT militares pueden recibir el mandato de sus gobiernos, de conformidad con las obligaciones del DIH, de proporcionar atención médica a las personas heridas y enfermas (incluida la atención de primera línea). En una situación de conflicto, los equipos militares en misión internacional que tengan consideración de RMDC pueden tener problemas y dificultades de acceso y aceptación. No obstante, los Estados afectados pueden considerar útiles algunos de los principios y conceptos previstos en dichas directrices para gestionar esos activos.

Lo ideal es que todo equipo militar se haga las siguientes preguntas antes del despliegue:

- ¿Constituye el despliegue del equipo la opción de último recurso? ¿Es indispensable y apropiada la misión para tratar a víctimas civiles (en su mayoría, mujeres y niños)?
- ¿Debería limitarse la misión a prestar apoyo a los combatientes heridos?
- ¿Son parte en el conflicto los países que ofrecen RMDC o EMT gubernamentales?
- Según la necesidad, ¿hay RMDC o un EMT gubernamentales capaz de asumir la tarea?
- ¿Durante cuánto tiempo será necesaria la misión? ¿Y cómo puede evolucionar el conflicto?
- ¿Se puede desplegar sin portar armas o sin fuerzas de seguridad adicionales?
- ¿Cómo afectará la afiliación gubernamental a la seguridad del personal de las Naciones Unidas y de otros trabajadores humanitarios?
- ¿Cómo afectará esto a la imagen de neutralidad e imparcialidad de las Naciones Unidas?
- ¿Cuáles son las plataformas de coordinación óptimas?
- ¿Cómo y cuándo se logrará un plan de salida o transición hasta que la población civil asuma nuevamente la responsabilidad?
- ¿Qué consecuencias habrá para la población, para otros actores humanitarios y para las operaciones humanitarias, a medio y largo plazo, si se percibe que el equipo forma parte de la campaña bélica?

3.4.2 EMT gubernamentales o del ministerio de salud

Los EMT adscritos al gobierno o al ministerio de salud suelen ser los primeros en desplegarse. Los EMT que establece y coordina el gobierno también pueden tener que analizar el método de coordinación y la ubicación de la misión dentro de una zona en conflicto. A estos equipos (nacionales o internacionales) también les puede resultar difícil cumplir todos los principios humanitarios, en especial los de independencia y neutralidad.

Además, los equipos médicos gubernamentales deben plantearse si la misión entrañará un riesgo directo o afectará negativamente a otros actores humanitarios. Por ejemplo, si actúa bajo el estandarte o emblema de un gobierno, el equipo corre el riesgo potencial de convertirse en blanco directo de un ataque, en concreto en las circunstancias siguientes:

- cuando se entiende o se sospecha que el gobierno responsable de la misión tiene un fuerte interés estratégico en el resultado del conflicto o cuando hay vínculos históricos que pueden generar percepciones adversas;
- cuando hay agentes armados directamente contrarios a los intereses del gobierno responsable de la misión;
- cuando el ejército del gobierno responsable participa activamente en el conflicto o se ha manifestado a favor de una de las partes.

En tales circunstancias, el EMT puede considerar la posibilidad de no acudir a la misión o de instalarse en lugares donde sí pueda acceder a las personas heridas y enfermas con garantías de seguridad. De lo contrario, las percepciones en torno al EMT pueden conllevar amenazas para el personal, para las instalaciones y para la respuesta humanitaria en conjunto.

3.4.3 ONG y actores locales

Los equipos médicos de ONG locales son idóneos para hacer frente a un pico repentino de demanda de atención de salud, acceder a una población necesitada, asesorar a los grupos internacionales y, posiblemente, conseguir la plena aceptación por parte de la población. No obstante, en un conflicto interno, la confianza y la aceptación pueden verse erosionadas si la ONG no tiene una imagen de imparcialidad, neutralidad e independencia respecto de las partes en conflicto. De la misma manera, puede producirse un daño reputacional si la ONG o el actor local es aliado tradicional del gobierno o de otras partes, o bien si tiene dicha fama o

consideración. Como se describe en el capítulo 2, estos problemas deben abordarse por adelantado, para tomar las decisiones apropiadas a fin de garantizar el acceso seguro y la aceptación de las comunidades y las autoridades. También hace falta que haya coordinación a nivel interno de las plataformas que operan. La ONG o el actor local pueden optar por limitar ellos mismos los lugares a los que accedan de manera segura.

3.4.4 Contratistas privados

Los equipos médicos privados, fundados y gestionados por una sociedad comercial (con fines de lucro), deben considerar hasta qué punto pueden o están dispuestos a adoptar plenamente los principios humanitarios. Un contratista privado capaz de operar de conformidad con los principios humanitarios será considerado un actor humanitario (no una organización) y deberá integrarse plenamente en los mecanismos coordinadores. Esto puede representar costos y capacitación adicional del personal, factores que debe tener en cuenta la entidad contratante.

Por otro lado, para los contratistas privados puede ser muy difícil actuar con total independencia respecto de la agenda de las entidades adjudicadoras. En este sentido, es probable que se perciba al contratista como un actor de la parte contratante. Para las ONG, también las de ámbito internacional, la acción conjunta y la participación frecuente en grupos informales es un componente primordial del trabajo en conflictos armados, e igualmente lo será para un contratista privado.

3.4.5 Equipos médicos de ONG internacionales

Los EMT de ONG internacionales ya deberían conocer la metodología de coordinación y estar plenamente preparados para operar siguiendo los principios humanitarios. Muchas de estas organizaciones han operado en numerosas zonas de conflicto y tienen gran experiencia. Para los que aún no han operado dentro de un conflicto, un período de colaboración con ONG internacionales del ramo les resultará informativo y les ayudará a establecer relaciones. No se puede presuponer que una amplia experiencia en la respuesta a desastres de origen natural y emergencias nacionales implique que estas habilidades sean extrapolables a otros contextos. No es preparación suficiente para responder a un conflicto armado.

3.4.6 Equipos médicos de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Dadas las particularidades del Movimiento Internacional, como se ha explicado en la sección 3.3.11, el despliegue de equipos médicos de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja está sujeto a su normativa propia y debe coordinarse con el CICR en los conflictos armados y con la FICR en desastres de origen natural y epidemias (los dos órganos se coordinan entre sí en las crisis híbridas, en las que concurren calamidades de uno y otro tipo).

3.5 Notas de orientación

1. Todos los equipos médicos desplegados tienen la obligación de contribuir y participar en la coordinación de la atención médica con un enfoque basado en principios y cimentado en el DIH.
2. Allí donde los mecanismos coordinadores puedan percibirse como parte de una campaña bélica, los equipos deben reforzar su sensibilidad y sus estrategias. Puede ser necesario, para ello, abortar un despliegue o cambiar la ubicación.
3. Los equipos nacionales e internacionales deben coordinarse, pero ser conscientes de su imagen de independencia y neutralidad a la hora de tomar decisiones.
4. Será indispensable comunicarse y coordinarse con todas las partes en conflicto, siempre y cuando sea posible.
5. Los equipos médicos deben invertir y capacitar al personal antes del despliegue en relación con los mecanismos de coordinación.
6. Los sistemas de notificación humanitaria (o evitación de conflictos), cuando se activan, pueden aportar una capa adicional de seguridad, pero no son una garantía absoluta de seguridad para el equipo o los pacientes.
7. Los equipos deben conocer los elementos más importantes del manual de ONU-CMCoord y las dificultades asociadas.
8. Es posible que los equipos gubernamentales y militares deban ponerse límites en cuanto a los emplazamientos y las áreas de población a las que pueden acceder de manera segura.

Referencias

- 108 Comité Internacional de la Cruz Roja. El origen de las restricciones en la guerra. Ginebra: CICR; 2018. Disponible en: <https://shop.icrc.org/download/ebook?sku=4352/003-ebook>.
- 109 Comité Permanente entre Organismos. IASC Reference Module for Cluster Coordination at Country Level, revisado en julio del 2015. IASC; 2015. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-cluster-coordination-country-level>.
- 110 Organización Mundial de la Salud. Health Cluster Guide. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334129>.
- 111 Naciones Unidas y Comisión Europea. Virtual OSOCC. Disponible en: <https://vosocc.unocha.org/>.
- 112 Sección de Coordinación Civil-Militar, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. ONU-CMCoord Coordinación Humanitaria Civil y Militar de las Naciones Unidas, Manual de Campo versión 2.0 (2018). Ginebra: CMCS; 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1nQwvPYFkxTw3r54dmHK4WfksFX0QY6MA/view>.
- 113 Humanitarian // Military Dialogue. Resource Library. Disponible en: <https://www.dialoguing.org/resource-centre/resource-library>.
- 114 Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios. Guidelines for the Coordination between Humanitarian Actors and the United Nations Mission in South Sudan. Disponible en: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/dms/Documents/A05%20Guidelines%20for%20the%20Coordination%20between%20Humanitarian%20Actors%20and%20the%20UNMISS.pdf>.
- 115 Comité Internacional de la Cruz Roja. Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Ginebra: CICR; 2016. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/document/principios-fundamentales-del-movimiento-internacional-de-la-cruz-roja-y-de-la-media-luna>.
- 116 Comité Internacional de la Cruz Roja. Commentary of 2015. Article 9: Activities of the ICRC and other impartial humanitarian organizations. Disponible en: <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Comment.xsp?documentId=3074EE1C685CFDBDC1257F7D00360B7B&action=OpenDocument>.
- 117 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Principios y Normas de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para la asistencia humanitaria. Ginebra: IFRC; 2013. Disponible en: https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-07/Principles_and_Rules_RCRC_Humanitarian_Assistance_SP%5B1%5D.pdf.
- 118 Comité Permanente entre Organismos. Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC; 2015. Disponible en: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/TAG-health-08_26_2015.pdf.
- 119 Corte Penal Internacional. Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional; Crímenes de guerra. 2011. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/rome-statute-international-criminal-court>.



Capítulo 4

Violencia sexual y de género: orientaciones y protección



4 Violencia sexual y de género: orientaciones y protección

Objetivos del capítulo

1. Destacar la importancia y las atribuciones de los equipos médicos en el manejo de la violencia sexual y de género.
2. Describir las medidas especiales de prevención, protección y atención, incluidas las obligaciones jurídicas nacionales e institucionales en relación con la prevención, la denuncia y la respuesta a la violencia sexual y de género.
3. Aportar ejemplos concretos de medidas de sensibilización sobre la violencia sexual y de género.
4. Incorporar el fortalecimiento de las capacidades como pilar de apoyo del equipo médico.
5. Facilitar el acceso a los manuales y materiales de referencia más relevantes.

La violencia sexual y de género es un problema de salud pública muy extendido y constituye, además, un grave atentado contra los derechos humanos, motivado por la desigualdad entre los sexos, que afecta particularmente a las mujeres y las niñas.⁴⁴ En este concepto, no obstante, también se incluye la violencia contra hombres y niños, y contra las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género (118). Los conflictos y las emergencias humanitarias complejas acrecientan los riesgos de violencia sexual y de pareja por la desarticulación de las estructuras familiares y sociales, el aumento de la militarización, la impunidad de los agresores, el desplazamiento, la falta de protección comunitaria y estatal, la escasez de recursos, la mutación de las normas culturales y de género, la interrupción de los servicios y el debilitamiento de las infraestructuras. La violencia sexual está reconocida, asimismo, como una táctica bélica (119).

Durante los conflictos, las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género suelen ver amenazadas su seguridad e integridad físicas de forma persistente, debido a las restricciones de circulación, la presencia de agentes armados y las advertencias de represalias por parte de los agresores. En estas circunstancias, los equipos médicos deben proporcionarles servicios de salud accesibles, seguros, competentes y confidenciales, como parte de la respuesta a la emergencia, a fin de atender sus necesidades de salud física, psíquica y reproductiva. Los equipos médicos deben estar preparados para tratar o derivar, de forma adecuada y en plazos urgentes, a las mujeres con un embarazo no deseado y complicaciones gestacionales, infecciones de transmisión sexual (ITS) —en particular por el VIH—, dolor pélvico, infecciones urinarias, fístulas y afecciones crónicas. También deben

⁴⁴ La violencia sexual y de género engloba cualquier acto perjudicial que se realiza contra la voluntad de una persona y se basa en las diferencias socialmente atribuidas a mujeres y hombres, niñas y niños (es decir, en el género). Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacciones y otras formas de privación de la libertad. Estos actos pueden producirse en público o en privado. Las mujeres y las niñas se ven afectadas de manera desproporcionada por la violencia sexual y de género, dada la desigualdad sistémica mundial que hay entre los sexos. De todas maneras, el término violencia sexual y de género también puede utilizarse para describir la violencia de género contra hombres y niños, así como contra personas pertenecientes a colectivos minoritarios sexuales y de género.

responder al estado psicológico de las víctimas, que pueden presentar reacciones de estrés agudo, trastornos de estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad y trastornos del sueño, además de comportamientos autolesivos y suicidas.

La documentación confidencial es esencial para la seguridad de una persona que ha sufrido o está sufriendo violencia, de modo que el equipo médico debe ceñirse a unos estrictos principios de privacidad, confidencialidad y seguridad (120).⁴⁵ Estos principios son fundamentales para proteger a la víctima de daños ulteriores, como el estigma, la discriminación o las represalias de los agresores.

4.1 Lo que debe saber el equipo médico antes de prestar servicios

Al establecer un servicio para las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género y preparar un protocolo de tratamiento, es necesario abordar las preguntas y problemas que se desarrollan a continuación, así como elaborar procedimientos estandarizados para ponerlo en práctica en el contexto local. La legislación y las políticas nacionales serán las que determinen, en su caso, qué opciones de tratamiento se pueden ofrecer —como anticonceptivos de urgencia, aborto seguro y profilaxis posterior a la exposición (PEP, por su sigla en inglés)— y cuáles son las obligaciones y los requisitos legales que se deben seguir (p. ej., en materia de documentación). De no haber políticas o protocolos nacionales, el equipo médico deberá consultar las directrices y recomendaciones de tratamiento de la OMS (121, 122, 123).

No le corresponde al equipo médico abordar, confrontar o modificar las normas y prácticas sociales, sino sensibilizar a líderes y personas influyentes de la localidad, en defensa de las personas sobrevivientes y siempre de forma confidencial.

4.1.1 Legislación y políticas

- ¿Qué formas de violencia sexual y violencia doméstica o de pareja están tipificadas como delito en la legislación vigente?
- ¿Están penadas las relaciones homosexuales?
- ¿Qué dice la legislación nacional, y qué prácticas sigue la comunidad para abordar las posibles consecuencias de una violación (por ejemplo, anticonceptivos de urgencia, aborto, detección y prevención de la infección por el VIH)?

⁴⁵ En un conflicto armado, la capacidad de recopilar y procesar pruebas forenses suele ser sumamente limitada. El objetivo principal de la exploración será, pues, determinar qué atención médica requiere la persona.

- ¿Qué requisitos legales deben cumplir los prestadores de atención médica a la hora de denunciar casos de violencia sexual o de pareja?
- ¿Establece la ley quién puede proporcionar atención clínica a las personas sobrevivientes? Por ejemplo, si la persona desea denunciar su caso a las autoridades, la ley del país puede exigir que sea un médico colegiado, acreditado o autorizado quien se encargue de la atención y cumplimente los informes oficiales.
- ¿Qué requisitos legales hay que seguir respecto a las pruebas forenses? ¿Quién puede recogerlas? ¿Hay laboratorios disponibles y accesibles para analizar las pruebas forenses?⁴⁶
- ¿Qué servicios jurídicos existen o están poniéndose en marcha? ¿Qué canales pueden seguir las personas sobrevivientes para recibir asistencia?

4.1.2 Recursos y servicios médicos disponibles

- ¿Ya existen protocolos nacionales o subnacionales para gestionar la atención a las personas sobrevivientes de la violencia sexual?
- ¿Existe un protocolo nacional de tratamiento de las ITS, un protocolo de PEP o un calendario de vacunación?
 - ¿Qué vacunas hay disponibles?
 - ¿Hay anticonceptivos de urgencia disponibles?
 - ¿Hay prestaciones integrales para la interrupción del embarazo? ¿En qué circunstancias?
- ¿Qué servicios de salud mental y apoyo psicosocial están disponibles?
- ¿Qué estructuras de apoyo social o comunitario están disponibles?
- ¿Qué posibilidades hay de derivación a los siguientes servicios?
 - centro de salud de nivel secundario;
 - servicio especializado;
 - otro equipo médico desplegado que pueda dispensar la atención necesaria, por ejemplo, cirugía, pediatría, obstetricia, ginecología o atención especializada a la violencia sexual y de género.
- ¿Qué medios hay para el diagnóstico de las ITS, en particular de la infección por el VIH?
- ¿Hay medios para documentar, recopilar y guardar las pruebas forenses? ¿Hay un laboratorio disponible para hacer análisis forenses, como ADN y fosfatasa ácida? (véase el anexo 3).

⁴⁶ En un conflicto armado, la capacidad de recopilar y procesar pruebas forenses suele ser sumamente limitada. El objetivo principal de la exploración será, pues, determinar qué atención médica requiere la persona sobreviviente.

4.1.3 Capacitación del personal

- Se debe garantizar que los miembros del equipo médico y los prestadores locales — personal facultativo, enfermería, partería y demás auxiliares— estén capacitados para ofrecer la atención adecuada, incluido el modelo ANIMA de apoyo de primera línea y la derivación, siempre y cuando sea posible, y que disponga de los medicamentos y el instrumental necesarios (124).
- Se debe dar prioridad a la capacitación de las profesionales mujeres (y también de los hombres, si se solicita); ahora bien, que no haya mujeres capacitadas no será impedimento para que el servicio no atienda a las personas sobrevivientes. Si la exploración clínica la practica un hombre, debe haber una mujer presente que acompañe a la persona sobreviviente.
- Todos los demás empleados, como los de limpieza y administración, también deben recibir capacitación para respetar la confidencialidad y comunicarse con las personas sobrevivientes con compasión y sin discriminación.

4.1.4 Coordinación con otros prestadores

- Las derivaciones, con el consentimiento de la persona, son esenciales para satisfacer todas sus necesidades y garantizar que los profesionales no se sientan abrumados ante un caso de violencia sexual y de género. Esto es particularmente importante en un conflicto armado, donde los integrantes del equipo médico disponen de poco tiempo y las necesidades de protección y atención psicosocial de la persona sobreviviente son más complejas.
- Se debe garantizar la posibilidad de derivar a las personas sobrevivientes a otros servicios pertinentes, donde puedan atender sus necesidades, y siempre con su consentimiento. Aquí se incluyen los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, protección y seguridad, servicios legales y en materia de justicia y, posiblemente, ayudas económicas.
- Es esencial contar con un coordinador de derivaciones, dentro del equipo, para que la persona sobreviviente llegue al servicio asistencial de destino correctamente y con garantías de seguridad.
- Se debe confeccionar u obtener un directorio de referencia en el que consten los coordinadores y contactos de cada servicio, la ubicación y el procedimiento para derivar a las pacientes y comunicarse información. Aquí se deben señalar también las opciones de derivación especiales para los hombres, la población infantil y otros perfiles de personas sobrevivientes, como las personas con discapacidad o las pertenecientes a minorías sexuales y de género.
- En un contexto humanitario, puede haber un subgrupo sectorial o de trabajo sobre violencia sexual y de género (véase el capítulo 3, sobre plataformas y modalidades de coordinación) u otro órgano coordinador que ponga a disposición del equipo una vía de derivación activa.

4.2 Los componentes de la respuesta médica a la violencia sexual y de género

Los equipos médicos y los prestadores locales de atención médica pueden ser el primer punto de contacto para las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género, y a veces el único. En un conflicto, debe proporcionarse un conjunto mínimo de servicios de salud (123)⁴⁷ para la violencia sexual y de género a todos los niveles: equipos móviles de emergencia; centros de atención primaria; hospitales de nivel secundario y de referencia. Este conjunto debe integrarse en los servicios de salud existentes.⁴⁸ Las personas sobrevivientes que presenten traumatismos graves o potencialmente mortales deben ser derivadas de inmediato (después de prestarles la atención médica de urgencia) a un centro especializado, donde puedan dispensarles la atención necesaria, por ejemplo una intervención quirúrgica más compleja. Si se deriva a la persona, se debe garantizar el seguimiento de su evolución clínica además de su seguridad y protección.

Los centros de salud y los hospitales de campo deben estar equipados con la infraestructura, el equipamiento y los insumos adecuados para proporcionar una atención de calidad a las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género. Hará falta contar con espacios privados para la consulta (fundamental para la seguridad y la comodidad), protocolos clínicos, medicamentos e insumos esenciales y mecanismos confidenciales para la documentación y la derivación (121). Se nombrará a una responsable de violencia sexual y de género dentro del equipo —idealmente una mujer, aunque puede ser un hombre si así lo solicita la persona sobreviviente—, que haya recibido capacitación para dispensar atención clínica a las personas sobrevivientes y garantizar su consentimiento informado para el tratamiento; esta responsable puede ser médica, enfermera o partera.⁴⁹

4.2.1 Atención centrada en la persona y apoyo de primera línea

Ante un caso de violencia sexual o de pareja, se debe brindar a la persona sobreviviente atención confidencial y desprejuiciada, sin ningún tipo de

⁴⁷ Los medicamentos e insumos esenciales para tratar las consecuencias de la violencia sexual están disponibles en el manual *Kits interinstitucionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia n.º 3* (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Manual%20202011_ES_0.pdf) y el módulo adicional de PEP del kit interinstitucional del 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279428?locale-attribute=es&>).

⁴⁸ Muchas mujeres cuya salud se ve afectada por la violencia de pareja o doméstica son atendidas por primera vez en el ámbito de la atención primaria, especialmente en los departamentos o servicios donde acuden las mujeres y la población infantil (p. ej., atención prenatal o posnatal, planificación familiar o clínicas de VIH), aunque es posible que no hablen voluntariamente de su situación. Los servicios de urgencias también acostumbran a ser puntos de entrada al sistema, sobre todo en el caso de mujeres con traumatismos o sobrevivientes de una agresión sexual.

⁴⁹ La capacitación se impartirá prioritariamente a las profesionales. Ahora bien, que no haya mujeres capacitadas no será impedimento para que el servicio no atienda a las personas sobrevivientes. Si la exploración clínica la practica un hombre, debe haber una mujer presente que acompañe a la persona sobreviviente. A los hombres que hayan sufrido agresiones sexuales, también se les dará la posibilidad de elegir que los atienda otro hombre o una mujer. Cabe señalar, no obstante, que los hombres también suelen preferir que los atiendan mujeres.

discriminación, respetando las decisiones que tome y teniendo en cuenta su edad, sexo y necesidades particulares, con total independencia de las creencias o los valores institucionales del equipo médico. El equipo médico debe atender las necesidades de seguridad, salud física y salud psicoemocional, tanto las inmediatas como las que serán más duraderas. Un componente esencial en este proceso es el apoyo de primera línea, que consiste en responder a la persona que acude por una situación de violencia arropándola, ayudándola a cubrir sus necesidades y priorizando su seguridad sin inmiscuirse en su ámbito privado (122).⁵⁰

El modelo ANIMA de apoyo de primera línea consta de los pasos siguientes:

- Atención al escuchar a la persona sobreviviente, con empatía y sin juzgarla. No presionarla para que hable ni juzgar lo que ha hecho o cómo se siente.
- No juzgar y validar: preguntarle qué necesita y qué la preocupa. Valorar las diversas necesidades y temores de la persona sobreviviente en el plano emocional, físico, social y práctico; darle una respuesta. Formular preguntas abiertas como: "¿Me puede contar un poco más?"
- Informarse sobre las necesidades y preocupaciones. Mostrarle a la persona sobreviviente que la entendemos y le creemos. Asegurarle que la culpa no es suya. Reiterarle que no es culpable de lo sucedido y que no tiene la culpa de que le agredieran.
- Mejorar la seguridad. Garantizar que el equipo médico conozca las vías de derivación existentes a servicios de protección. Esbozar un plan para proteger a la persona sobreviviente de agresiones ulteriores si se produce nuevamente episodio violento.
- Apoyarla, orientándola para que acceda a la información, los servicios y las prestaciones sociales que necesite. Preguntarle si tiene alguien de confianza que pueda ayudarla o con quien pueda hablar. Averiguar qué más necesita preguntándole: "¿Qué te ayudaría más si pudiésemos hacerlo ya mismo?"

4.2.2 Atención clínica a una violación

Las personas sobrevivientes de una violación requieren atención médica urgente. Se debe comenzar con el apoyo de primera línea, tras lo cual se seguirán los pasos siguientes, una vez recabado el consentimiento informado para la anamnesis, la exploración física y la obtención de pruebas forenses, si corresponde (191).⁵¹

⁵⁰ Los pasos para proporcionarlo son escuchar a la persona sobreviviente, preguntarle qué necesita y qué la preocupa, validar sus sentimientos y experiencias, ocuparse de las cuestiones de protección, y conectarla con la información, los demás servicios y las prestaciones sociales que necesite.

⁵¹ El consentimiento informado es indispensable para la exploración, el tratamiento y la comunicación de datos a terceros, como la policía y los juzgados, en su caso.

- ✓ **Anamnesis.** La anamnesis se divide en cuatro partes: 1) datos generales, como antecedentes o problemas de salud actuales, alergias y medicamentos; 2) narración de la agresión, pidiéndole con delicadeza a la persona sobreviviente que verbalice someramente lo ocurrido y aclarándole que no tiene que relatar nada que no quiera; 3) datos ginecológicos (antecedentes de salud anorrectal, si procede); y 4) evaluación del estado psíquico. Es importante limitar las preguntas a lo necesario.
- ✓ **Exploración física de la zona anogenital.** Las exploraciones se realizan con la finalidad de determinar qué tipo de atención médica necesita la persona sobreviviente. Aunque la persona (sea mujer u hombre) no consienta la exploración o no se vea capaz de terminarla, se le debe ofrecer tratamiento según la anamnesis de lo ocurrido.⁵² Para la práctica de una exploración completa tras una violación, véase la lista de verificación que figura en el anexo 4. La persona sobreviviente puede mostrarse muy sensible a que la exploren o la toquen, particularmente en la zona anogenital, así que hay que avanzar con calma, explicando cada paso y pidiendo permiso cada vez.
- ✓ **Tratamiento.** El tratamiento dependerá del tiempo transcurrido desde la agresión.

Cuadro 13. Protocolo de tratamiento en un caso de violencia sexual y de género

	Tratamiento	Cronograma y detalles
Prioridad en un plazo de 72 horas	Tratamiento de los traumatismos físicos	Para la atención urgente de traumatismos potencialmente mortales, derivar a la persona sobreviviente de inmediato. Limpiar y tratar los traumatismos menos graves in situ.
	Profilaxis posterior a la exposición (PEP) contra la infección por el VIH	Proporcionar la PEP en cuanto sea posible y, en todo caso, no más tarde de 72 horas después de la posible exposición. Entregar el curso completo para 28 días en la primera consulta, ya que la persona sobreviviente quizá no pueda regresar luego. Si han pasado más de 72 horas, proporcionar todas las demás intervenciones esenciales y derivar a la persona sobreviviente para el diagnóstico y el tratamiento de la infección por VIH.
	Anticoncepción de urgencia	Proporcionar la anticoncepción de urgencia en cuanto sea posible, hasta 120 horas (cinco días) después del incidente. Los monoprogramados de levonorgestrel funcionan mejor y provocan menos náuseas y vómitos que los esquemas combinados. Dispensar una única dosis de 1,5 mg de levonorgestrel. Todas las mujeres pueden tomar la píldora anticonceptiva de urgencia, sin necesidad de descartar problemas de salud o de hacer una prueba de embarazo.

⁵² Los profesionales de atención médica pueden documentar la exploración y la atención que dispense, pero no les corresponde determinar si ha habido una violación. La violación es un término tipificado penalmente y no es necesario hacer esta determinación para proporcionar la atención adecuada.

	Tratamiento	Cronograma y detalles
Prioridad en un plazo de 72 horas	Profilaxis contra las ITS	En cuanto resulte posible, proporcionar tratamiento contra la gonorrea, la sífilis y las clamidiasis. Utilizar el curso más corto que haya, según el protocolo local o nacional. Si ya han pasado varias semanas del incidente, tratar según el modelo sindrómico o el diagnóstico de laboratorio.
	Profilaxis antitetánica	Proporcionar según el riesgo y los antecedentes de vacunación.
	Profilaxis contra la hepatitis B	Vacunar según el protocolo, a menos que la persona ya esté vacunada.
	Embarazo no deseado	Asesorar a la persona sobreviviente y explicarle las opciones que tiene. Ofrecerle un aborto seguro si es legal o derivarla a otros servicios conexos, como los de la adopción, si los hay.

- ✓ **Controles posteriores.** No siempre es factible, en un conflicto armado, realizar un seguimiento de la persona sobreviviente, por lo que los profesionales deben procurar ofrecerle toda la información y la asistencia esenciales en la primera consulta. Se le preguntará si tiene alguien de confianza que pueda ayudarla después de la consulta inicial. Téngase en cuenta que la familia quizá no apoye a la persona sobreviviente; al contrario, su agresor puede estar precisamente en el ámbito familiar; por lo tanto, es importante que sea la propia persona quien decida a quién recurrir. Si es posible, se concertará una cita dos semanas después, para dar continuidad al apoyo de primera línea y evaluar su estado psicológico, comprobar que haya seguido correctamente el tratamiento indicado, realizar una prueba de embarazo y evaluar la presencia de ITS, según corresponda.
- ✓ **Apoyo psicosocial y psicológico.** La atención médica para las personas que han sufrido una violación o violencia de pareja comprende la evaluación de problemas psicoafectivos, la asistencia psicológica básica y, si es necesario, la derivación a otros profesionales que puedan tratar las afecciones de salud mental frecuentes, el consumo de sustancias psicoactivas, los comportamientos de riesgo y otros problemas sociales o de salud mental (125,126).⁵³
- ✓ **Derivación a un servicio especializado o de salud mental.** Garantizar que la persona sobreviviente tenga acceso a servicios de seguridad, protección y atención psicosocial, siguiendo la vía de derivación. Los traumatismos que supongan riesgo vital o requieran intervención quirúrgica deben atenderse en un centro especializado.

⁵³ En algunos casos no habrá sintomatología traumática, mientras que en otros la sintomatología desaparecerá con el tiempo. Sin embargo, si persisten los problemas afectivos, cognitivos o conductuales y la persona sobreviviente es incapaz de desenvolverse en la vida cotidiana, puede ser indicio de afecciones más graves.

4.2.3 Cuestiones especiales en la violencia de pareja

Las mujeres (y las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género) (99) que sufren violencia de pareja (también llamada violencia doméstica o violencia en el hogar) pueden presentar traumatismos físicos u otras secuelas que requieran tratamiento médico. Es habitual que no hablen voluntariamente de su situación, ya sea por vergüenza, por temor a que ser juzgadas o por el miedo a su pareja. Aunque la persona sobreviviente no verbalice nada, es importante atender sus necesidades de salud al tiempo que se le pregunta y se le ofrece el apoyo de primera línea.

4.2.4 Cuestiones especiales en la violencia contra niñas y niños

En el caso de la población infantil, ante todo debe primar el interés superior de la niña o el niño. Para ello es fundamental proteger la seguridad, la intimidad y la confidencialidad de la persona sobreviviente.

El equipo médico debe estar capacitado para ofrecer atención sensible a las niñas y los niños que puedan haber sufrido abusos: adaptar los procedimientos de consentimiento informado; preparar al menor para la exploración física; realizar la exploración; y administrar el tratamiento según la edad, el sexo y la etapa de desarrollo (121, 127). El equipo médico debe conocer las normas internacionales sobre los derechos infantiles a la protección, la intimidad, la participación y la salud, así como la incorporación de estas normas en el ordenamiento jurídico nacional y su aplicación en el contexto local (127).

4.2.5 Autocuidado para equipos médicos que atienden a personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género

Trabajar con personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género puede ser muy gratificante, especialmente cuando se aprecia un efecto positivo de la asistencia (véase también el capítulo 2, sección 2.6.1, y el [Libro azul](#)), pero, al mismo tiempo, los casos de violencia sexual y de género pueden ser difíciles, exigentes y agotadores en el aspecto emocional. Ser testigos del sufrimiento de las personas sobrevivientes y escuchar los detalles escabrosos de un incidente traumático puede generar angustia e incluso despertar recuerdos de experiencias personales. Si no

se atienden las demandas emocionales de este trabajo, el equipo médico se arriesga a sufrir problemas relacionados con el estrés, como agotamiento profesional, fatiga por compasión o un trauma secundario. Estos riesgos pueden agravarse si el equipo aplica una política que contradice o amplía la interpretación legal nacional de la violencia sexual y de género, si se considera que es inadecuada e injusta. Los equipos médicos deben ser conscientes de estos riesgos e instaurar mecanismos estandarizados y sistemáticos para salvaguardar el bienestar y la seguridad del personal (128).

- Ser conscientes de la carga de trabajo y garantizar que se dedique tiempo suficiente a los casos complejos, como son los de violencia sexual y de género.
- Ofrecer supervisión a los miembros del equipo que trabajen directamente con las personas sobrevivientes, para que cuenten con el apoyo y la información necesarios.
- Adoptar un modelo de gestión de riesgos diferenciados, particularmente entre el personal nacional e internacional, a la hora de determinar qué integrante del equipo se encargará del tratamiento.
- Informar sobre técnicas para reducir el estrés, como la respiración lenta, los ejercicios de reconexión con la realidad física o la relajación muscular progresiva (se debe buscar la técnica que funcione mejor para cada persona).
- Garantizar que el equipo médico tenga tiempo para relajarse, que pueda realizar actividad física y que mantenga un horario regular de sueño.

No es fácil cuidarse en el contexto de un conflicto, pero hasta las acciones más pequeñas reducen el riesgo de trastornos relacionados con el estrés cuando se trabaja con personas sobrevivientes de la violencia.

4.3 Protección, mitigación de riesgos y sensibilización

4.3.1 Riesgos de seguridad para las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género

Incluso después de un episodio de violencia sexual y de género, muchas personas sobrevivientes siguen expuestas al riesgo que suponen para ella su agresor, su propia familia, la comunidad o los agentes armados: su integridad y su vida misma pueden estar en peligro. En un conflicto, así como en otros entornos de inseguridad, los servicios de protección y asistencia jurídica pueden ser limitados, y puede haber menguado el apoyo familiar y comunitario. El personal de salud debe ayudar a la persona sobreviviente

analizar los riesgos inmediatos de violencia y tomar medidas para que pueda ponerse a salvo y recibir ayuda. Las principales preguntas que deben hacerse son:

- ¿Dispone la persona sobreviviente de un lugar seguro adónde ir?
- ¿Tiene hijos u otros dependientes a su cargo? ¿Podrá seguir ocupándose de ellos? Algunas personas sobrevivientes no podrán ocuparse de sus tareas cotidianas habituales después de un episodio de violencia.
- ¿Cuenta con familiares, amigos o parientes que la ayuden con el cuidado de los hijos y la acompañen a los controles de seguimiento? Algunas personas sobrevivientes son repudiadas por su familia después de sufrir un episodio de violencia sexual y de género, por lo que habrá que atender sus necesidades materiales y emocionales.

Si no es seguro para la persona sobreviviente volver a su casa, o si tiene dificultades en su actividad cotidiana, habrá que explorar las vías de derivación para encontrarle un referente (local) que pueda ayudarla, dentro de un servicio de protección o atención psicosocial.

4.3.2 Mitigación de riesgos y violencia sexual y de género

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de salvaguardar la intimidad y confidencialidad de todas las personas atendidas (99). En un conflicto, además, deben tomar medidas adicionales para evitar otros daños contra los pacientes y las personas sobrevivientes. La privacidad, la confidencialidad y la seguridad son principios esenciales (120) que sustentan el desarrollo de sistemas de información y vigilancia epidemiológica, a fin de documentar los episodios de violencia y supervisar los programas oportunos. Al inicio de la misión, debe adoptarse una política de privacidad y confidencialidad (120). Además, deben introducirse procedimientos de protección de datos, vigentes durante toda la misión, para evitar poner en peligro a las personas sobrevivientes, y también a los prestadores de asistencia, en caso de quebranto de la confidencialidad.

En un conflicto, es posible que la persona sobreviviente no pueda presentar una denuncia, aun queriendo, por la desarticulación de los mecanismos estatales, la inseguridad, los riesgos para su propia vida, la impunidad de los agresores o la incapacidad de identificarlos. Sin embargo, si es necesario, las exploraciones físicas pueden servir más adelante para completar la documentación forense. Independientemente de la reparación legal o de las obligaciones de denunciar, la prioridad será siempre la seguridad y la prestación de atención médica vital a la persona sobreviviente.

Orientaciones para garantizar la confidencialidad, la seguridad y la privacidad de la persona sobreviviente (121).

- Recabar siempre el consentimiento informado de la persona sobreviviente antes de comunicar cualquier información sobre ella. Si es obligatorio denunciar, comprobar que la persona sobreviviente conozca los límites de la confidencialidad, para que pueda decidir qué información desea facilitar.
- Decidir quién se responsabilizará de recopilar y documentar la información.
- Determinar dónde y cómo se recopilará, registrará y almacenará la información.
- Proteger la historia clínica con un sistema de anonimato y conservar los documentos en papel en un lugar seguro, como un archivador cerrado con llave, o bien transferirlos a un soporte electrónico con protección por contraseñas.
- Si se estima que el riesgo es demasiado alto para conservar documentación en papel, se puede obtener el consentimiento verbalmente y proceder a la exploración y el tratamiento. Si no es posible poner por escrito la información para la derivación, ofrecer que alguien de confianza acompañe a la persona sobreviviente al servicio indicado.
- Cuando se entregue la historia clínica (tratamiento y atención) a la persona sobreviviente o su custodio legal, no se debe incluir información sobre el episodio de violencia.

4.3.3 Sensibilización

Los equipos médicos pueden encontrar oportunidades de hacer una labor de sensibilización, accediendo a los responsables de tomar decisiones como líderes locales, funcionarios del gobierno y jefes militares, a través de los cuales se pueda fortalecer las respuestas a la violencia sexual y de género. Muchos equipos afirman que sus gestiones han dado frutos cuando han alertado a comandantes militares y cargos gubernamentales sobre los problemas de violencia sexual y de género.

Algunos ejemplos de estas labores de sensibilización son:

- Subrayar las necesidades del sector de la salud para garantizar que los sobrevivientes de la violencia sexual y de género dispongan de servicios de calidad.
- Hablar con miembros de la comunidad, líderes locales y ONG de la zona que trabajen en los mismos temas para determinar si se pueden tomar medidas a fin

de promover un entorno más protector para las mujeres, la población infantil, las minorías sexuales y de género u otros grupos vulnerables, así como para apoyar a las personas sobrevivientes en el regreso a su comunidad.

- Hablar con funcionarios públicos para generar conciencia sobre la violencia sexual y de género, y cultivar la voluntad política de fortalecer la respuesta.

Los equipos médicos pueden transmitir el mensaje clave de que la violencia sexual y de género es un problema grave y prevenible que afecta a la salud y bienestar de la persona sobreviviente y a la ética de la sociedad. Pueden aportar para ello datos estadísticos mundiales, pero también su propia experiencia asistencial, aunque sin revelar nunca datos particulares de una persona sobreviviente. Los jefes de equipo deben analizar en qué casos son necesarias estas labores de sensibilización, sopesando cuidadosamente los riesgos de hablar sobre la violencia sexual y de género. La seguridad de las personas sobrevivientes y del equipo médico será en todo caso primordial, y siempre estará en el centro de toda decisión en este sentido.

4.4 Los medios de comunicación y la violencia sexual y de género

Los medios de comunicación suelen interesarse por las historias de violencia sexual y de género durante un emergencia. Aunque la cobertura mediática tenga una influencia decisiva en las tareas de concientización, las personas sobrevivientes pueden correr riesgos si no se aplican algunos principios éticos y de seguridad básicos, a saber:

- ✓ Todas las solicitudes de los medios deben ser coordinadas y autorizadas por la dirección del equipo médico o el organismo responsable. Los miembros del equipo médico no accederán nunca a hablar ante la prensa o la televisión sin la autorización previa de la dirección. La estrategia de comunicación y sensibilización es competencia del jefe de equipo, no de cada uno de los integrantes.
- ✓ Habrá que contar con el consentimiento plenamente informado de las personas sobrevivientes para cualquier noticia sobre su experiencia. Es importante que las personas sobrevivientes conozcan todo lo que implicará su participación en una noticia.
- ✓ En ningún caso se darán a conocer detalles como el nombre, la imagen u otro dato identificativo de las personas sobrevivientes, su familia ni los profesionales que la han atendido, salvo que sea con su consentimiento informado. Hay que vigilar que nadie presione a la persona sobreviviente y que, en todo caso, esta sea plenamente consciente de los riesgos que asume al figurar en la noticia.

- ✓ Si se valora la posibilidad de aportar información o un análisis sobre la violencia sexual y de género a los medios de comunicación, habrá que sopesar muy bien los riesgos y beneficios. La sensibilización sobre la violencia sexual y de género es importante y la interacción con los medios puede servir para concientizar al público de la existencia de este problema. Sin embargo, también puede poner en entredicho la percepción de neutralidad e independencia del equipo, haciendo peligrar su seguridad; puede suponer un riesgo para los servicios y los profesionales, especialmente si se da a conocer que la unidad o el equipo están tratando a las personas sobrevivientes, por lo que podrían tener datos sobre los presuntos agresores. Poner el foco en los servicios de atención a la violencia sexual y de género también puede afectar a la accesibilidad de esos mismos servicios, por ejemplo en lugares donde prevalecen los estigmas y se culpabiliza a las personas sobrevivientes. Habrá que ponderar muy bien los riesgos que corre el servicio y, si se decide hacer declaraciones, habrá que prepararse ante un posible problema de seguridad, como puede ser la exigencia de facilitar información, entregar las historias clínicas o clausurar el servicio.

4.5 Marcos jurídicos y de seguridad

La violencia sexual puede constituir un crimen de guerra en virtud del Estatuto de Roma y es objeto de siete resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (1820, 1888, 1960, 2106, 2122, 2242 y 2247), en las cuales se reclaman servicios para las personas sobrevivientes y herramientas para combatir la impunidad, incluso con mecanismos de vigilancia. Además, las agresiones sexuales, las violaciones y la violencia de pareja están tipificadas como delitos en el código penal de la gran mayoría de los países.

Ante el clamor cada vez mayor por terminar con la impunidad de los agresores sexuales, en particular en el contexto de un conflicto armado, los equipos médicos deben ser conscientes de su función en la recopilación de pruebas forenses o medicolegales. Es más, incluso si no se pueden recopilar pruebas forenses, los profesionales tienen la responsabilidad de garantizar la documentación adecuada de los casos de violencia sexual y de género. Para ello, deben registrar de forma exhaustiva y completa el relato de la persona sobreviviente (129), dejar constancia de todos los traumatismos, consignar lo observado en la exploración física, y conservar cualquier resto de sangre y ADN.

Únicamente se recopilarán las pruebas medicolegales que puedan recogerse, almacenarse, analizarse y utilizarse, y solo con el consentimiento pleno e informado de la persona sobreviviente. Lo ideal es que el examen forense se realice al mismo tiempo que se presta la atención médica. El personal de salud debe recibir capacitación específica y debe tener experiencia supervisada para realizar los exámenes médico-forenses. Aun cuando no sea posible recopilar pruebas forenses, el equipo médico debe documentar bien la exploración y el tratamiento. La documentación de la exploración puede resultar útil más adelante si la persona sobreviviente decide denunciar al agresor.

En los casos de violación, la atención a la persona sobreviviente incluye la elaboración de un parte médico (129), que es un requisito legal en la mayoría de los países. El miembro del equipo que examina a la persona sobreviviente debe asegurarse de que se complete dicho parte. Se trata de un documento confidencial que entregará el profesional a la persona sobreviviente y del cual se archivará una copia. Constituye un elemento probatorio y en muchos casos es la única prueba material que tendrá la persona sobreviviente, aparte de su relato. Su expedición debe ser gratuita: nunca se le debe cobrar a la persona sobreviviente.

4.5.1 Consejos para documentar la violencia sexual y de género

Los equipos médicos pueden encontrar oportunidades de hacer una labor de sensibilización, accediendo a los responsables de tomar decisiones como líderes locales, funcionarios del gobierno y jefes militares, a través de los cuales se puedan fortalecer las respuestas a la violencia sexual y de género. Muchos equipos afirman que sus gestiones han dado frutos cuando han alertado a comandantes militares y cargos gubernamentales sobre los problemas de violencia sexual y de género.

- Documentar la entrevista y la exploración de manera ordenada, exhaustiva, objetiva y sin prejuicios.
- Documentar los hallazgos sin sacar ninguna conclusión sobre la violación. No es responsabilidad del equipo médico ni de los profesionales de la salud locales determinar si la mujer ha sido violada o no. Recuérdese que muchas violaciones no dejan signos clínicos.
- Evaluar y documentar íntegramente el estado físico y psicológico de la persona sobreviviente.

- ✓ Documentar todos los traumatismos de manera clara y sistemática, sirviéndose de la terminología habitual y describiendo sus características. Anotar los hallazgos en pictogramas. Los trabajadores de salud que no hayan sido capacitados para interpretar traumatismos deben limitarse a describir los traumatismos con el mayor detalle posible, sin hacer conjeturas sobre la causa, ya que estas suposiciones pueden tener profundas consecuencias para la persona sobreviviente y el acusado de la agresión.
- ✓ Anotar las aseveraciones más importantes que haga la persona sobreviviente, con precisión y en sus propias palabras, por ejemplo las amenazas que refiera haber recibido del agresor. No hay que tener miedo de hacer constar el nombre del agresor, pero en todo caso se puntualizará con expresiones como "según afirma la paciente" o "la paciente refiere".
- ✓ Evitar en el escrito la expresión "presunto", ya que podría interpretarse como que la persona sobreviviente exagera o miente.
- ✓ Anotar todas las muestras recogidas como prueba.

Los equipos médicos también deben ser conscientes de su responsabilidad de proteger la información de la persona sobreviviente y garantizar la confidencialidad. Nunca se deben ceder los datos de una persona sobreviviente a los funcionarios de organismos u órganos de las Naciones Unidas, a mecanismos de vigilancia ni al sector jurídico o a las fuerzas de seguridad del país sin el consentimiento de dicha persona. Comunicar datos sin consentimiento es un quebranto de la confidencialidad y puede comportar un riesgo grave para la seguridad de la persona sobreviviente.

4.6 Notas de orientación

1. Los equipos médicos deben estar capacitados, preparados y equipados para gestionar todos los aspectos de atención clínica, seguridad, protección y sensibilización de la violencia sexual y de género a nivel operativo.
2. Los equipos médicos deben ser conscientes de la confidencialidad y los métodos de mitigación de riesgos, con consideraciones especiales en el caso de la población infantil.
3. Los equipos médicos deben conocer los recursos de autocuidado cuando trabajan con personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género.
4. Los equipos médicos deben incorporar un enfoque de fortalecimiento de las capacidades cuando trabajen con profesionales y equipos locales.
5. Los equipos médicos y los jefes de equipo deben disponer de fácil acceso a los manuales y materiales de referencia más relevantes.

Referencias

- 120 Organización Mundial de la Salud. Annex 11: Privacy and confidentiality in documentation. En: Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A manual for health managers. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489>.
- 121 Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354575>.
- 122 Organización Panamericana de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31381>.
- 123 Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual. Manual para gerentes de salud. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52483>.
- 124 Organización Panamericana de la Salud. Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud. Washington, D.C.: 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496>.
- 125 Organización Mundial de la Salud. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788>.
- 126 Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418>.
- 127 Organización Mundial de la Salud. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147>.
- 128 Organización Mundial de la Salud y Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados. mhGAP module Assessment Management of Conditions Specifically Related to Stress. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-module-assessment-management-of-conditions-specifically-related-to-stress>.
- 129 Organización Mundial de la Salud. Annex 1: Sample sexual violence examination record. En: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788>.
- 130 Organización Mundial de la Salud. Emergency Trauma Response to the Gaza Mass Demonstrations 2018-2019 - "A One-Year Review of Trauma Data and the Humanitarian Consequences". Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/who_emergency_trauma_response_to_gaza_demonstrations_2018_2019.pdf?ua=1&ua=1.



Capítulo 5

Atención clínica esencial y rehabilitación en una emergencia

5 Atención clínica esencial y rehabilitación en una emergencia

Una respuesta médica basada en principios se compone de una serie de intervenciones, tanto clínicas como operacionales, que se rigen por estándares fundamentales y un enfoque centrado en los pacientes, con especial atención a la calidad, la seguridad y la protección.

Objetivos del capítulo

1. Proporcionar información sobre las diferencias en el número de casos y los cuadros clínicos entre una zona que vive un conflicto armado y otra que no a la hora de responder a una emergencia o epidemia.
2. Informar a los equipos médicos del impacto que tiene un conflicto armado y otras situaciones de inseguridad para los servicios de salud y el acceso por parte de los pacientes.
3. Adaptar la atención, la composición y el material de los equipos médicos ante los cuadros traumáticos agudos, las enfermedades no transmisibles (ENT) y transmisibles, y los problemas de salud maternoinfantil.
4. Garantizar el conocimiento de las habilidades médicas y los protocolos necesarios para atender traumatismos agudos y complejos, brotes epidémicos, amenazas QBRN, quemaduras e incidentes con un gran número de víctimas.

5.1 Introducción y contextualización

En este capítulo se describen las mejores prácticas disponibles en la atención clínica a los problemas de salud de la población civil en un conflicto armado y otros entornos inseguros. Contiene notas de orientación para prestar la atención clínica siguiendo un enfoque humanitario basado en principios y se centra en la población civil. Tiene una perspectiva centrada en los pacientes y abarca la atención médica y los cuidados de enfermería, así como la rehabilitación física, en los ámbitos comunitario, prehospitario, hospitalario y especializado. No es un texto independiente, sino que debe entenderse como complemento al capítulo clínico del [Libro azul](#), pero añade cuestiones específicas en relación con la actividad clínica en conflictos armados y otros entornos inseguros.

Los conflictos armados y otras situaciones de inseguridad generan necesidades especiales que requieren servicios de salud adicionales y exigen que los agentes humanitarios amplíen su repertorio de habilidades, más allá de las requeridas en desastres y epidemias en un entorno de paz. En el cuadro 14 a continuación, se destacan las principales diferencias entre los dos contextos con respecto a las necesidades de atención de salud, los cuadros clínicos y los aspectos operacionales.

Cuadro 14. Principales diferencias en los servicios clínicos entre el contexto del Libro azul y el del Libro rojo

		Libro azul	Libro rojo
Contexto general		Estabilidad relativa; el impacto del desastre ya se ha producido. Posibles daños a la infraestructura de salud.	Inestabilidad, cambios de ubicación de los frentes, violencia cíclica e incidentes masivos con un gran número de víctimas; limitaciones de acceso, degradación del sistema de salud y posibles daños a las instalaciones de salud.
Necesidades de atención de salud	ENT	Significativas. Varían según el contexto; puede haber descompensaciones debido al desastre.	Igual que en el Libro azul , pero dependerá del contexto: algunos pacientes no recibirán atención para las ENT durante años o verán interrumpida la continuidad asistencial.
	Enfermedades transmisibles	Significativas y agudas si hay carencias de agua, saneamiento e higiene y malas condiciones de vida.	Significativas y crónicas, por causa de la degradación permanente de las instalaciones de agua, saneamiento e higiene, las malas condiciones de vida y el colapso de los programas de salud pública y vacunación preventiva.
	Lesiones y traumatismos	Sobre todo fracturas cerradas de las extremidades, traumatismos por aplastamiento y, en muchas ocasiones, heridas infectadas.	Sobre todo fracturas abiertas y contaminadas; en muchos casos, politraumatismos penetrantes complejos, de carácter severo, principalmente en las extremidades, por balas, fragmentos de metralla y explosiones. Heridas propensas a infectarse, como en un desastre. Traumatismos graves del tronco si el transporte es rápido (de lo contrario, podrían ser mortales).
	Salud materna y reproductiva	Continuas; dependen de la tasa de natalidad.	Continuas; dependen de la tasa de natalidad y del efecto que tenga el contexto sobre el programa.
	Salud infantil	La población pediátrica puede ser grande en entornos de ingresos bajos. Posibles desplazamientos y propensión a contraer enfermedades transmisibles.	Los niños pueden ser más propensos a sufrir heridas (exposición a artefactos explosivos improvisados; órganos grandes y sensibles a los traumatismos por explosión). El desplazamiento de la población y la falta de vacunación aumentan los riesgos para este grupo vulnerable.

	QBRN	Improbable, excepto en accidentes industriales por causa del desastre.	Necesidad potencial, especialmente si se combina con un incidente masivo.
	Epidemias	Ocasionales	Pueden ser frecuentes y requieren consideración especial.
Presentación de los casos	Velocidad de despliegue	El equipo médico llega horas o días después del desastre, por lo que tratará traumatismos anteriores además de cuadros agudos de otras afecciones.	El equipo médico estará en un entorno de violencia continua y habrá un flujo incesante de traumatismos nuevos y cuadros agudos de otras afecciones. El acceso puede ser un problema crítico si demora la llegada de las personas.
	Gravedad	Sobre todo, traumatismos anteriores y problemas de falta de acceso a medicamentos crónicos.	Dependerá de la distancia respecto al frente. Cuanto más cerca esté, más graves serán los traumatismos que requieran tratamiento avanzado.
	Incidentes masivos	Ocasionales	Frecuentes; sobre todo heridas penetrantes, quemaduras y traumatismos por explosión, pero también puede haber agresiones QBRN.
Cuestiones operativas	Rehabilitación	Seguimiento difícil; demandas abrumadoras en un plazo muy ajustado. Debe considerarse la posibilidad pronto.	Seguimiento difícil, inseguridad, restricciones de movimiento, potencial carga a largo plazo de las necesidades de rehabilitación y casos complejos.
	Cadena de derivación	La destrucción de las infraestructuras y la ausencia de transporte pueden limitar la derivación. Quizá no se pueda derivar al centro de referencia.	Inseguridad, ausencia de transporte, restricciones de movimiento y de medios, dificultades constantes a medida que el frente avanza o se aleja de la instalación. Quizá no se pueda derivar al centro de referencia.
	Historias clínicas	Se seguirán los estándares recogidos en el Libro azul .	Posible problema de seguridad para el paciente. Cesión de datos del paciente únicamente con permiso; conservación con garantías de seguridad. Llevarse la documentación en caso de evacuación. Únicamente consignar datos anonimizados.
	Vigilancia	Notificar brotes epidémicos y datos para contribuir a la respuesta general de salud pública. Cumplimentar la documentación de los pacientes.	Notificar brotes epidémicos y datos en formato anónimo. Es importante documentar con claridad los cuadros clínicos (características de los traumatismos) para estudiar la conducción de las hostilidades con posterioridad.
	Infraestructura	Un campamento con tiendas puede ser adecuado.	Se requiere una estructura protectora más firme.

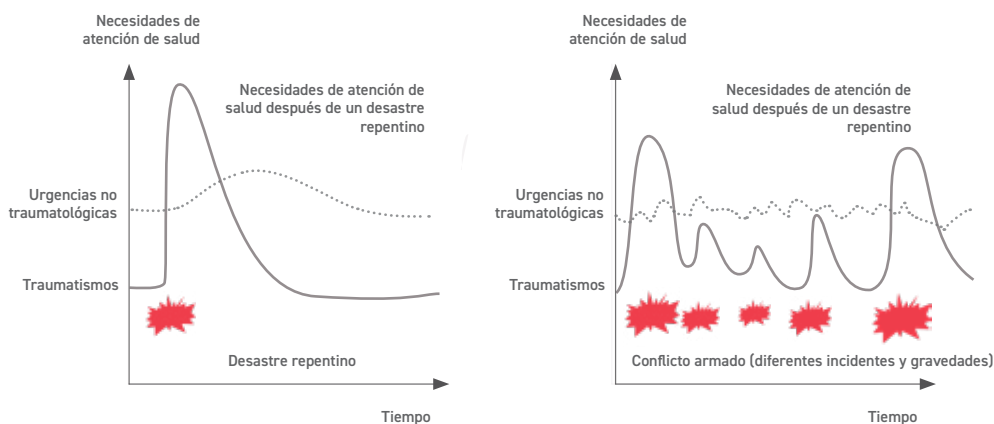
5.2 Necesidades de atención de salud que debe ser capaz de cubrir el equipo médico

Además de los traumatismos relacionados con el conflicto, los pacientes también presentarán las afecciones que ya eran prevalentes en la zona y que dependerán del nivel socioeconómico. Por ejemplo, la carga de enfermedad en los países de ingresos medianos está dominada más por las ENT, en comparación con los países de ingresos bajos. Sin embargo, el desorden social causado por un conflicto puede hacer que emerjan nuevamente algunas enfermedades transmisibles.

La duración y la intensidad de la crisis determinarán su impacto en el sistema de salud y en la desarticulación de los servicios ordinarios de salud pública, como la vacunación y los programas preventivos, así como los de agua y saneamiento, alojamiento y alimentación, lo cual provocará problemas de salud que no estaban presentes antes del conflicto. Para la atención clínica en un conflicto armado u otros entornos de inseguridad, revisten especial relevancia las deficiencias de acceso a los pacientes por parte de los equipos o servicios, ya sea por la inseguridad, el cierre de centros de salud o los ataques contra las instalaciones, o por el miedo entre el personal de salud nacional e internacional, que los disuade de acudir a trabajar. Es indispensable que el equipo médico evalúe, antes del despliegue, las necesidades de atención de salud que deberá cubrir, haciendo un análisis crítico del contexto y la evolución del conflicto, junto con los efectos directos e indirectos para la salud. El análisis también incluirá la duración del conflicto, la demografía, las tasas de mortalidad y natalidad, las coberturas vacunales, el nivel de desnutrición, la carga de enfermedad y las capacidades y coberturas existentes del sistema de salud. Los resultados servirán para preparar y guiar el diseño del despliegue, la estrategia operativa, la configuración física de la instalación, la titulación del personal y el material necesario. A fin de obtener mejores resultados clínicos —como reducir la morbilidad y mortalidad, hacer seguimientos planificados y ofrecer rehabilitación—, la duración de la misión del EMT prevista en el Libro rojo es considerablemente más larga que en los contextos del Libro azul: debe ser de al menos tres meses y, a ser posible, más.

Dada la enorme imprevisibilidad de los conflictos armados, los equipos médicos de tipo 1, 2 o 3 deben poder atender tanto los traumatismos relacionados con la contienda como brindar atención general de urgencia a la población civil, incluidos los cuadros agudos de afecciones maternoinfantiles y enfermedades transmisibles y no transmisibles. La experiencia demuestra que los equipos no son capaces de controlar qué tipo de pacientes acuden a ellos. Por ejemplo, igualmente acudirán pacientes con cuadros asmáticos agudos que mujeres parturientas, y ambos perfiles requerirán una atención urgente.

Figura 5. Diferencias en las necesidades de atención de salud entre el contexto del Libro azul y el del Libro rojo (Von Schreeb, 2019)



El flujo de casos que se presentan a la instalación dependerá de lo que se tarde en trasladar a los pacientes. En el caso de las urgencias traumatológicas y de otra índole, este tiempo es crítico y no dependerá solo de la distancia respecto del conflicto, sino también de la disponibilidad de vehículos, la situación de seguridad, la cantidad de puestos de control y las condiciones viales. Las personas heridas que deba atender en un momento dado el equipo, en un conflicto armado, vendrán en oleadas esporádicas y su número dependerá de la intensidad de la contienda, la cual, a su vez, puede modificar el acceso a las instalaciones y provocar movimientos de población. Durante la respuesta a conflictos recientes, como el de Iraq, se dispensó atención traumatológica mucho más cerca del frente y hubo muchos más prestadores que en conflictos anteriores, pero los traslados seguían demorando demasiado (33). Algunos datos indican que, si el equipo se instala más cerca del conflicto, los pacientes con traumatismos más graves sobreviven mejor hasta llegar a la instalación. En aquel conflicto se atendió a pacientes con politraumatismos agudos, complejos y de tipo penetrante, además de heridas múltiples por artillería, balas y explosiones (130). El sistema complejo de derivación que se puso en marcha, con más niveles asistenciales compartidos entre más proveedores, ha sido elogiado, pero su relación costo-beneficio y su configuración requieren una evaluación crítica adicional.

Los conflictos recientes han planteado desafíos nuevos y diferentes para una respuesta efectiva en traumatología y requieren la actualización de viejos paradigmas, incluido el tipo y el nivel de los servicios traumatológicos que se prestarán y los sistemas para las derivaciones. La experiencia reciente de civiles

que prestaron atención traumatológica avanzada en un conflicto marca una nueva era, en la que han entrado más proveedores con estrategias innovadoras, contribuyendo a salvar más vidas (33). Una de las principales dificultades para un EMT civil que presta atención traumatológica en una zona que sufre un conflicto activo es la seguridad del personal, los pacientes y las instalaciones. Por ahora, hay poca información sobre el incremento de los riesgos de seguridad para los EMT que trabajan en dichos contextos y sobre cómo garantizar una protección suficiente. La preparación del equipo para el triaje y el manejo de grandes flujos de víctimas, con ejercicios de capacitación previos al despliegue, es esencial ante un incidente masivo. La situación se complica, en un conflicto armado, por la posibilidad de que haya pacientes con exposiciones QBRN como parte de un incidente masivo. La ingente cantidad de pacientes contaminados puede abrumar al equipo médico, además de exponerlos al riesgo de contaminación. Hay varios sistemas de triaje que se pueden utilizar para las víctimas de una exposición QBRN. Como no hay un sistema estandarizado a nivel mundial, es importante adoptar un procedimiento de priorización y descontaminación que sea fácil de seguir y apropiado para los recursos médicos disponibles, el número de víctimas y la gravedad de los traumatismos. Los hospitales deben disponer de protocolos de descontaminación y tratamiento, además del material especializado.

Debe haber planes de preparación ante un incidente masivo que comporte la afluencia repentina de una gran cantidad de pacientes; dichos planes incluirán protocolos de triaje traumatológico que se deberán practicar de antemano, con una asignación de funciones y responsabilidades a todo el personal. En caso de un incidente QBRN, el personal debe contar con protocolos de triaje para el reconocimiento y la clasificación inicial, además de equipos de protección y antídotos. Debe haber suficiente espacio y el equipamiento necesario para la descontaminación segura fuera de la instalación; para ello habrá que prever, por ejemplo, cuestiones como la retirada adecuada de la ropa y el suministro de agua.

Los brotes epidémicos, en un conflicto armado y otros entornos inseguros, plantean problemas importantes y complejos. Como ejemplos recientes se pueden mencionar las epidemias causadas por agentes patógenos de graves consecuencias en África central y el elevado número de casos de cólera y enfermedades diarreicas durante los conflictos armados en Oriente Medio, que han menoscabado gravemente la capacidad de las autoridades de salud locales y las organizaciones internacionales para desplegar una respuesta clínica y de salud pública "normal". La respuesta a una epidemia debe ser multifacética; en ella se debe conceder la misma importancia a las medidas de salud pública de vigilancia, a la detección activa de casos y a la seguridad y dignidad de las prácticas funerarias. Los mensajes de salud pública y la participación de la comunidad,

junto con los servicios de laboratorio que tienen una vertiente más clínica, contribuyen al tratamiento y aislamiento de los pacientes, la prevención y el control de infecciones en los centros de salud y la continuidad de los servicios de salud, como los partos seguros y la atención a las ENT y a otras enfermedades transmisibles no relacionadas con la epidemia. El uso tradicional del DIH para respaldar la atención a la población civil herida por las facciones beligerantes está bien descrito en las demás secciones de este libro, pero la función concreta de las partes en respuesta a una epidemia requiere una atención especial. En muchos casos se ha interpretado el DIH entendiendo que “prestar atención” a la población civil también incluye los brotes epidémicos, pero no es esta la interpretación que han hecho las fuerzas militares en los ejemplos citados. La violencia intraestatal, en la que intervienen las fuerzas gubernamentales contra agentes no estatales, y la complejidad adicional de la acción directa de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, dificultan la actuación de otros organismos de las Naciones Unidas, especialmente cuando están alineadas con el bando gubernamental.

Para que la respuesta a una epidemia sea eficaz tanto en la faceta clínica como en la de salud pública, más que en cualquier otra forma de intervención de salud, es preciso que las comunidades la perciban como neutral e imparcial, ya que de lo contrario pueden ignorarla o rechazarla. La atención traumatológica, como la cirugía, el tratamiento de heridas y el manejo de la vía respiratoria, así como los servicios obstétricos quirúrgicos o invasivos, entrañan, en una zona afectada por una epidemia, un riesgo particularmente alto para el personal (como ocurrió en el brote de ébola del 2019, en el que se produjeron muertes intrauterinas y complicaciones sépticas por las que hubo que operar a pacientes con ébola). Por otro lado, en medio del caos desatado por un incidente con un gran número de víctimas, el personal está más expuesto a fluidos corporales e instrumentos punzantes. Los nuevos avances en cuanto al EPP, la inmunización contra agentes patógenos como el virus del ébola y la mejora en el diseño de los quirófanos durante la respuesta al ébola han mitigado estos riesgos, pero no los han eliminado.

5.3 Cuestiones operacionales especiales

Un entorno inseguro y cambiante afecta a todos los aspectos de la atención clínica, entre los que cabe destacar, a título meramente indicativo, la configuración física del campamento, las vías de derivación, el material médico, los medicamentos esenciales y la planificación de casos quirúrgicos y su puesta en práctica. Por ejemplo, en un entorno muy peligroso, quizá sea necesario reubicar la instalación para acercarse o alejarse de los combates, lo cual exige un equilibrio entre las necesidades de los pacientes y la seguridad del personal humanitario. Se debe mantener la continuidad asistencial sin reducir los estándares clínicos a lo largo de la cadena de derivación.

Como principio rector, el nivel de atención prestado durante el transporte aspirará a ser, como mínimo, igual al del punto de derivación, y debe preparar al paciente para la recepción en el servicio de llegada. Si ello no es posible por las limitaciones en las capacidades de los vehículos médicos —habilidades del personal, equipamiento o medicamentos—, el equipo que deriva evitará iniciar una atención cuyo nivel no se pueda mantener durante el traslado. Es esencial prepararse y vigilar las enfermedades transmisibles y los brotes: enfermedades diarreicas epidémicas y enfermedades muy contagiosas, como las fiebres hemorrágicas víricas y la gripe.

Un problema crítico es el mantenimiento y almacenamiento de los expedientes clínicos, ya que en un conflicto armado pueden constituir una amenaza para la seguridad del paciente. Según se indica en el Libro azul, los pacientes deben disponer de una copia de su historia clínica o, en casos de atención compleja, al menos un informe de alta. Otras identificaciones hospitalarias, como las pulseras, generalmente deben retirarse antes del alta, por si pudieran representar un riesgo para los pacientes si luego las reconocen los grupos armados. Los expedientes clínicos, en un conflicto armado, son una fuente potencial de información para las partes en conflicto. Los equipos médicos deben garantizar que se respete siempre la confidencialidad de los datos identificativos y que no se comuniquen nunca, a ninguna de las partes, sin el consentimiento expreso del paciente, y en todo caso tras analizar muy bien las posibles consecuencias para los pacientes, que luego pueden sufrir represalias (directas e indirectas). Esta es una diferencia clara entre el Libro rojo y el Libro azul. Si los pacientes aceptan el traslado a otra instalación, la historia clínica y las anotaciones deben ir con ellos. Toda la documentación electrónica, los partes de vigilancia diarios y los informes del conjunto mínimo de datos (131) deben estar anonimizados. Habrá que gestionar meticulosamente los discos duros y las contraseñas para computadoras seguras, en tanto que los planes de contingencia para una evacuación urgente deben contemplar cómo se protegerá la seguridad e integridad de los expedientes clínicos y los datos de los pacientes.

5.4 Orientación clínica según el nivel de atención

Para atender correctamente a pacientes con afecciones agudas y graves, debe haber una cadena interconectada de niveles de atención, cada uno de los cuales es igualmente importante. Esto implica conocer qué servicios de salud y vías de derivación están disponibles donde se ha instalado el equipo. Así pues, el equipo debe saber bien qué capacidades y medios tienen las instalaciones donde reciben a los pacientes y a las cuales los derivan. Tal como se describe en el Libro azul, la primera respuesta, en un conflicto armado, a menudo la dan las personas que

están presentes en el lugar de los hechos, como los familiares y otras víctimas, que no tienen capacitación para ello, además de como socorristas con capacitación en primeros auxilios y, ocasionalmente, personal de ambulancia. Todos los tipos de EMT (tipo 1 móvil y fijo, tipo 2 y tipo 3), además de los equipos especializados, tienen cabida en un conflicto armado, aunque no todos los pacientes serán atendidos necesariamente en todos los niveles. En la sección siguiente se describen las adaptaciones a la tipología normal de los equipos médicos que deben hacerse para una misión en un conflicto armado. Todos los miembros del equipo deben conocer los principios del DIH y velar por que se comprenda, se respete y se siga la ética médica. Todo el personal del EMT debe estar titulado en su área de especialidad, debe contar con un permiso para ejercer en vigor en el país donde esté colegiado (o el equivalente nacional) y debe estar autorizado para ejercer en el país afectado.

El diseño, la dotación de personal, el equipamiento material y el área de especialidad de los equipos médicos desplegados en conflictos armados y otros entornos inseguros pueden variar en función del contexto y el tiempo de traslado de las víctimas. Sin embargo, hay unas funciones básicas que deben tener los equipos dondequiera que se encuentren, de conformidad con los estándares en el Libro azul. Una instalación ambulatoria de tipo 1, por ejemplo, atenderá cuadros urgentes de ENT y enfermedades transmisibles, traumatismos y afecciones de salud materna, incluido el parto normal.

5.4.1 Prestación de socorro en la comunidad

Como se indicó anteriormente, las primeras personas que atienden a las personas heridas, y que tienen el potencial de salvarlas, son las que se encuentren en el lugar del incidente, como los vecinos y los familiares. Por ejemplo, pueden apartar a las personas heridas del peligro directo, a rastras si hace falta, y proporcionarles auxilios básicos antes de que las trasladen a un centro médico. Las tres pautas básicas de seguridad (seguridad propia, seguridad del lugar y seguridad de las personas sobrevivientes) ⁽⁵⁾ deben guiar a las personas que ofrezcan socorro, además de las instrucciones de primeros auxilios que se den a la población civil ⁽¹³²⁾ (véase el cuadro 14).

El traslado hasta el lugar donde pueda dispensarse atención clínica vendrá determinado por el tipo de conflicto, el grado de inseguridad y las distancias a recorrer. En función del contexto, habrá ambulancias y prestadores de atención prehospitalaria o asistentes médicos capacitados que, sin retrasar innecesariamente el traslado, pueden aplicar una compresión externa para cohibir una hemorragia, proteger la vía respiratoria y, si es necesario, inmovilizar una fractura ⁽¹³³⁾.

5.4.2 Atención ambulatoria prehospitalaria (tipo 1)

La atención clínica ambulatoria se puede proporcionar en consultorios fijos o móviles. Debe evaluarse bien, antes de la misión, la necesidad de uno u otro y las limitaciones de cada uno.

5.4.2.1 Equipos de tipo 1 móvil

Los equipos móviles pueden agregar valor en los contextos cubiertos tanto por el Libro azul como por el Libro rojo, aunque el efecto general para abordar las necesidades de salud sigue estando, en gran medida, sin documentar. La estrategia de hacer consultas esporádicas e irregulares con los equipos móviles en zonas con atención insuficiente puede ser eficaz, pero la cobertura seguirá siendo limitada, especialmente para responder a urgencias agudas (obstétricas y otro tipo de cuadros agudos), porque dichos servicios pasan poco tiempo en un mismo lugar. Conviene esforzarse más por proporcionar un servicio regular que la comunidad local acepte bien. Las unidades móviles deben verse como una estrategia de último recurso para llegar a los grupos aislados que no tienen acceso a servicios de salud (134).

En conflictos recientes se han usado más equipos móviles de diversos orígenes. Es importante que se establezca y se mantenga la coordinación entre los sistemas médicos pertinentes para garantizar la equidad entre las comunidades, para no dejar a ninguna desatendida u olvidada, y para no descompensar el servicio en las comunidades de fácil acceso con visitas reiteradas y potencialmente contradictorias.

5.4.2.2 Equipos de tipo 1 fijo

Estos equipos, aun siendo de tipo fijo, deben tener cierto grado de movilidad por si es necesario evacuar debido a amenazas de seguridad o por los movimientos de la población. Pueden establecerse en campamentos de desplazados internos y refugiados, o cerca de la población directamente afectada por el conflicto. Una unidad de tipo 1 fijo puede tener que dedicarse a la atención traumatológica y asumir las funciones de un punto de estabilización de traumatismos, aunque la verdadera estabilización solo se logrará con la intervención quirúrgica definitiva. Los puntos de estabilización, cuando se han desplegado en conflictos, han proporcionado reanimación y estabilización de urgencia, con control de la vía respiratoria, hemorragias y fracturas. También son importantes en el triaje, ya que reconocen

traumatismos menos importantes y remiten rápidamente las más graves a un nivel asistencial superior. Para que el beneficio sea máximo, se debe poder acceder a la unidad dentro de los 10 minutos siguientes a que se produzca el traumatismo. Estas unidades no practican intervenciones quirúrgicas (133). En todo caso, deben adaptarse al contexto, teniendo en cuenta el tiempo que se tarda en trasladar a los pacientes al siguiente nivel asistencial y los medios disponibles durante el traslado, pero deben contar con las intervenciones siguientes.

Cuadro 15. Reanimación inicial en el punto de estabilización de traumatismos

[Vía] Aérea	Manejo básico de la vía aérea. Puede plantearse el manejo avanzado, con intubación según los protocolos consensuados, únicamente si es posible trasladar al paciente intubado de manera segura y si la unidad receptora ofrece respiración mecánica continua.
[Respiración] Básica	Oxígeno suplementario y, si es necesario, descompresión torácica, parches oclusivos para traumatismos torácicos y drenajes pleurales.
Circulación	Control de hemorragias mediante apósitos de presión y, si es necesario, aplicación de torniquetes, faja pélvica inmovilizadora o férula femoral. Reanimación con colocación de vía intravenosa e intraósea, infusión limitada de cristaloides, según protocolos consensuados y según la duración del transporte, y ácido tranexámico cuando esté indicado.
Discapacidad	Reconocimiento y protección para prevenir daños adicionales y derivación de lesiones medulares y otras urgencias neurológicas, incluidos los traumatismos oculares.
Exposición	Prevenir la hipotermia. Valoración secundaria rápida. Véase la sección sobre riesgos QBRN, en la que se detalla la gestión de estas exposiciones.

El punto de estabilización también debe estar preparado para recibir urgencias agudas no traumatológicas, ya que suele emplazarse cerca de una población extremadamente vulnerable, con múltiples necesidades médicas insatisfechas (véase el cuadro 17).

En la estrategia terapéutica del punto de estabilización influirán el tiempo de traslado al centro de atención definitiva y el nivel y la cartera de servicios que estén disponibles allí.

Es más probable sobrevivir a una hemorragia grave cuando el traslado al hospital es rápido, cuando no se demora la atención prehospitalaria y cuando el centro receptor tiene las habilidades y la capacidad adecuadas (véase el capítulo sobre cuestiones de seguridad).

Cuadro 16. Guía de primeros auxilios (5)

Seguridad propia	Sin EPP y sin la debida capacitación, se corre el peligro de convertirse en otra víctima y empeorar la situación. El traumatismo o la muerte de un miembro del equipo médico entraña el riesgo de tener que poner fin a la misión en su conjunto. La seguridad propia y la del equipo deben estar por encima de todo lo demás. Hay que preguntarse si uno está capacitado para trabajar en una posición tan expuesta y con un nivel de riesgo tan alto.
Seguridad del lugar	¿Es seguro el lugar de los hechos? ¿Hay dispositivos secundarios y artefactos explosivos improvisados? ¿Hay tiradores, francotiradores o residuos de contaminantes QBRN? ¿Está afectada la estabilidad estructural del edificio? En contra del instinto natural de muchos actores humanitarios, mientras haya amenazas, la situación representa una crisis de seguridad antes que una crisis médica.
Seguridad de las personas sobrevivientes	Ya es posible poner a salvo a pacientes y sobrevivientes, y dar comienzo al tratamiento. ¿Se les puede pedir a las víctimas que se retiren por sí mismas en lugar de adentrarse uno en el lugar de los hechos? Primero hay que situarse a una distancia segura e indicarles verbalmente que se sitúen en un lugar seguro. Si obedecen, es que conservan la perfusión encefálica y la movilidad, una primera observación vital para el triaje. Las personas que permanezcan acostadas en el suelo pueden estar muertas o heridas de gravedad. Si es seguro, se les dispensarán los primeros auxilios iniciales antes de llevarlas a un punto de triaje o un EMT de tipo 1.

5.4.2.3 Cuestiones clínicas en el ámbito prehospitalario

Atención traumatológica

Para clasificar y priorizar a las personas heridas, el equipo debe seguir un sistema de triaje (como la herramienta interinstitucional de triaje integral elaborada conjuntamente por la OMS, el CICR y MSF) y debe haberlo practicado con antelación. Para la valoración y estabilización se debe seguir la secuencia de "ABCDE" (134), en la que se incluirá el control de las hemorragias agudas (p. ej., vendaje compresivo o torniquetes, si es necesario), el manejo básico de las vías respiratorias (p. ej., sonda nasofaríngea), la aplicación de la posición de recuperación, las infusiones intravenosas (cristaloides limitados y como parte de un protocolo acordado) y la prevención de la hipotermia (135). Si se ha llevado a cabo un procedimiento vital avanzado, los pacientes deben estar acompañados durante el trayecto por personal médico capacitado para mantener la intervención. Se puede plantear la atención traumatológica inicial avanzada, incluida la intubación endotraqueal y la inserción de un drenaje torácico, para estabilizar temporalmente a los pacientes con traumatismos críticos antes de trasladarlos a un nivel de atención más alto (tipos 2 o 3). Sin embargo, para no desperdiciar recursos limitados, solo deben instaurarse

dichas intervenciones cuando haya suficientes recursos humanos y técnicos para trasladar al paciente de manera segura y cuando la instalación pueda continuar el nivel de atención iniciado. Se evitarán las intervenciones inútiles y se garantizará el acceso a cuidados paliativos o terminales adecuados.

¿ABCDE o c-ABCDE? (12)

En términos estadísticos, la hemorragia periférica es la principal herida mortal en un conflicto armado, pero las hemorragias son controlables. Varios estudios indican que muchos más soldados mueren por hemorragias periféricas que por obstrucción de las vías aéreas o insuficiencia respiratoria. Por lo tanto, a la secuencia ABCDE se puede anteponer una “c” (que refiere a una hemorragia catastrófica, es decir, mortal), simplemente porque la hemorragia es lo más frecuente.

Una vez descartada la hemorragia externa, que es bastante obvia (en la inmensa mayoría de los casos), sí se procederá de inmediato a la secuencia habitual de ABCDE.

En el caso de traumatismos penetrantes y por explosión, las posibilidades de supervivencia estarán determinadas por la posibilidad de que haya un traslado rápido al hospital. La intensidad de las maniobras de reanimación dependerá de los servicios disponibles en la unidad a la que se deriva y del tiempo que demore el traslado. Será preciso adaptar estos criterios, además, en un incidente masivo. Se debe actuar con cautela al intentar reanimar a pacientes gravemente heridos sin probabilidad de supervivencia, en particular los que presenten traumatismos craneoencefálicos complejos, para evitar un desperdicio de recursos valiosos. Recuérdese que las hemorragias internas solo se estabilizan eficazmente con una intervención quirúrgica practicada en el hospital. No se debe retrasar el traslado al hospital con intervenciones innecesarias, prolongando en exceso los intentos de estabilización. Se pueden aplicar torniquetes para controlar la hemorragia externa, pero se debe actuar con precaución cuando el traslado vaya a ser largo. Los torniquetes son dolorosos y, si se dejan durante demasiado tiempo, provocan lesiones isquémicas, lo cual podría llevar a una amputación. Si se aplica, se anotará sobre el mismo la hora en que debe retirarse (en dos horas) (136) y siempre debe haber un acompañante que sepa retirarlo en caso de retrasos inevitables.

Los traumatismos superficiales no complicados sin signos de penetración se pueden tratar en instalaciones médicas prehospitalarias. Para este nivel de atención se seguirán escrupulosamente los protocolos establecidos, con valoración y manejo de los traumatismos, administración de inmunoglobulinas vacunas antitetánicas, analgesia, seguimiento y rehabilitación (12, 137). En el cuadro 17 se detallan otras consideraciones sobre la atención traumatológica en el ámbito prehospitalario.

Quemaduras

Las quemaduras requieren una atención especial. Pueden presentarse individualmente o como parte de un incidente masivo. La atención inicial en la fase prehospitalaria (rescate) consiste en la estabilización básica del quemado. Las nuevas guías sobre quemaduras en incidentes masivos recalcan el valor de la analgesia, la oclusión y la no administración de fluidos en el ámbito prehospitalario, mientras que la atención en un equipo de tipo 1 móvil o fijo debe ser igualmente esencial y básica (138). Es muy difícil determinar, en el ámbito prehospitalario, la profundidad y superficie de las quemaduras, y muchas veces el cálculo será erróneo, por lo que se puede subestimar o exagerar la extensión y gravedad entre un 10% o un 20%. Sin embargo, toda quemadura con una superficie estimada del 5% o más debe remitirse a instalaciones de tipo 2 donde se haga el desbridamiento y se administre fluidoterapia y cuidados adicionales. También puede haber una sobreestimación cuando se valoran personas con quemaduras muy graves; por lo tanto, no deben tomarse decisiones sobre supervivencia o cuidados paliativos en el entorno prehospitalario, sino después de la revisión por parte de especialistas con experiencia en quemaduras, que harán una determinación definitiva de la superficie total quemada. Se han elaborado instrucciones especiales para el tratamiento de quemaduras por parte de los EMT (139).

Brotos epidémicos

Todos los EMT deben tener la capacidad de reconocer las enfermedades con potencial epidémico y contar con protocolos para pacientes infecciosos: áreas de espera separadas, espacios de aislamiento temporal, EPP, medidas de control de infecciones, traslado a centros de atención apropiados, vigilancia de antecedentes y envío de notificaciones. Los equipos de tipo 1 móvil y fijo deben poder prestar atención básica a los pacientes que tengan enfermedades transmisibles y deben poder actuar como unidad de tratamiento del cólera, por ejemplo, o como punto de rehidratación oral en caso de producirse un brote.

Incidentes masivos

Es esencial contar con un sistema de triaje bien ensayado. Hay varios tipos y los equipos deben elegir uno, asegurándose de que todos los miembros del equipo y lo conozcan bien probándolo bien en ejercicios de grupo.

Incidentes QBRN

Los aspectos de seguridad y protección ante un incidente QBRN, incluida la descontaminación, se tratan en la [sección 2.7](#) del presente documento. Después de la descontaminación, los equipos de tipo 1 deben tener personal capaz de reconocer los síntomas clínicos de la intoxicación y proporcionar atención de apoyo básica. Se debe administrar un antídoto conocido, como la atropina, cuando se disponga de él

y trasladar a los pacientes rápidamente a niveles más altos de atención. Únicamente se administrará tratamiento después de la descontaminación. Si no es posible descontaminar, la seguridad del personal del EMT será lo primero. Puede consultarse más información sobre la gestión de los riesgos químicos y radiológicos para la salud en situaciones de emergencia [en la página web de la OMS](#) [en inglés], mientras que los protocolos de atención para las personas expuestas a las armas químicas pueden

5.4.3 Derivación

Los equipos de tipo 1 son el primer eslabón en la cadena de supervivencia de la atención traumatológica. Deben garantizar un sistema sólido de evacuación de pacientes, ya que la derivación de mala calidad afecta a sus posibilidades de supervivencia. Muchas veces, en un conflicto armado no será posible disponer de ambulancias, ya que las carreteras habrán sido bombardeadas, el combustible escasea y faltan los propios vehículos. El transporte aéreo puede ser la única opción viable, pero tampoco está disponible siempre y lleva tiempo organizarlo. Es fundamental que el herido viaje acompañado por personal capacitado hasta el punto de atención definitiva. Al igual que en entornos de paz, el equipo clínico que deriva seguirá siendo responsable del paciente hasta la recepción en el siguiente nivel asistencial. En consecuencia, las capacidades y los medios disponibles durante el proceso de evacuación condicionan las intervenciones clínicas en el entorno prehospitalario. Solo los pacientes que requieren un mayor nivel de atención deben ser trasladados al centro definitivo. Las derivaciones entre equipos de tipo 1 y tipo 2 pueden mejorarse con una unidad coordinadora especial y una "línea directa". En un conflicto, las derivaciones pueden demorar horas, incluso en distancias cortas. Estas demoras son especialmente relevantes cuando se han aplicado torniquetes, que en algún momento deben aflojarse temporalmente. Análogas consideraciones caben hacer sobre las técnicas avanzadas para el manejo de la vía aérea: solo se procederá a la intubación endotraqueal de las personas heridas en estado crítico si el traslado será lo suficientemente corto para permitir la ventilación manual continua y segura durante todo el trayecto (91).

5.4.4 Atención hospitalaria: EMT de tipo 2 y 3

El cometido principal del primer hospital en la cadena de derivación traumatológica (tipo 2) y del hospital de referencia (tipo 3) es atender a los pacientes con quemaduras, traumatismos penetrantes, complejos y múltiples, practicar las intervenciones quirúrgicas definitivas y tratar y estabilizar las urgencias médicas. La diferencia entre el tipo 2 y el tipo 3 está en que el tipo 3 dispone de más camas y de una unidad de cuidados intensivos (UCI) (véase el [Libro azul](#)). En un conflicto armado, es probable que el tipo 2 se encuentre más cerca del frente y reciba miembros con traumatismos

complicados que, una vez controladas quirúrgicamente, pueden derivarse a un tipo 3. También puede ocurrir que un tipo 2 necesite derivar por falta de camas o amenazas a su seguridad, por ejemplo a un hospital que esté más lejos del frente. Es necesario dotarse pronto de planes integrales de contingencia. La experiencia en conflictos recientes demuestra que los equipos de tipo 2 de primera línea no siempre tienen el espacio ni los medios necesarios para ofrecer el tratamiento quirúrgico definitivo, por lo que ha sido preciso derivar rápidamente a pacientes recién operados, ejerciendo una presión considerable sobre los servicios de transporte y los hospitales receptores, que a veces recibían estos pacientes sin previo aviso.

La necesidad de intervención quirúrgica suele ser la razón para derivar al paciente a un centro de atención de mayor nivel. No se trata solo de reparar traumatismos agudos, sino también de proporcionar la atención de las urgencias quirúrgicas generales que tiene cualquier población, como las obstétricas, los síndromes de abdomen agudo y los traumatismos no relacionados con el conflicto. Las intervenciones quirúrgicas no urgentes, en cambio, no son competencia del EMT en la respuesta a una emergencia. Por otro lado, se procurará no instaurar tratamientos que estén fuera de las capacidades del sistema de salud existente. Puede haber equipos especializados que ofrezcan reconstrucción quirúrgica específica y permanezcan desplegados durante un período significativo, teniendo en cuenta la complejidad de esta cirugía y la larga rehabilitación que requiere. Los equipos deben tener la capacidad de manejar las complicaciones y la atención posoperatoria de los pacientes que tratan. Es importante destacar que los tipos 2 y 3 deben colaborar y coordinarse con los servicios prehospitalarios y de rehabilitación, para mantener la continuidad asistencial. Antes de iniciar el tratamiento avanzado de pacientes con traumatismos graves, hay que tener en cuenta una serie de cuestiones éticas y culturales importantes. Además de obtener el consentimiento y facilitar una información culturalmente apropiada al paciente, se deben evitar las intervenciones clínicamente inútiles. A la larga, la atención dispensada al paciente, incluida la rehabilitación, vendrá determinada por los recursos disponibles en el lugar al que finalmente se lo derive. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los equipos deben esforzarse por proporcionar la más alta calidad de atención que puedan. Los estándares técnicos y las capacidades relativas a los equipos de tipo 2 y 3 están definidas en el [Libro azul](#).

5.4.4.1 Cuestiones clínicas en el ámbito hospitalario

El hospital (equipos de tipo 2 y 3) debe contar siempre con servicios médicos, atención de enfermería y servicio de rehabilitación física, con protocolos correspondientes

para tratar las exacerbaciones agudas de las ENT, las enfermedades transmisibles y las urgencias obstétricas. El personal debe recibir capacitación en apoyo psicosocial básico, el cual comprende primeros auxilios psicológicos y otras intervenciones. En el Libro azul se describen con mayor detalle los estándares que deben cumplirse al prestar esa atención. En el cuadro 18 se destacan las principales problemas operativos pertinentes a los contextos abordados por el Libro rojo.

Atención traumatológica

La atención clínica en un conflicto estará centrada en el tratamiento de heridas de balas, explosiones y fragmentos de metralla. Es preciso tener un conocimiento elemental de balística y del tipo y la complejidad de las lesiones en los órganos que causan las armas de fuego y los explosivos, además de experiencia clínica. Los principios básicos del tratamiento de estas lesiones están descritos en los manuales del CICR y otras entidades asociadas (12, 137). La reanimación de control de daños mejora la supervivencia de las personas heridas en estado crítico. Se trata de un conjunto de intervenciones estructuradas que se inician durante la atención al traumatismo, en el propio lugar del incidente: control mecánico enérgico de las hemorragias, reanimación limitada con cristaloides, administración proporcionada de hemoderivados, prevención de la hipotermia, uso de complementos prohemostáticos como el ácido tranexámico y pronta progresión a la cirugía de control de daños (141).

Las hemorragias son la principal causa de muerte prevenible en los traumatismos. Sin embargo, en un conflicto, la falta de acceso inmediato a los hemoderivados y a las transfusiones es un severo impedimento logístico, administrativo y clínico. La disponibilidad de sangre es un factor limitante que puede ser difícil de subsanar. Cuando no existe un suministro regular de sangre para transfusiones, se debe instituir un “banco de sangre ambulante”, con donaciones voluntarias, o proceder a la autotransfusión, por ejemplo en casos de hemotórax masivo (142).

El presente documento no contiene detalles técnicos del manejo clínico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que todo EMT desplegado en un conflicto armado debe contar con cirujanos y anestesiólogos que conozcan bien los principios y conceptos de control de daños (143), a saber: 1) reducción de los tiempos quirúrgicos, limitados a controlar las hemorragias y la contaminación; 2) corrección de alteraciones fisiológicas; y 3) reparación quirúrgica definitiva.

Existen protocolos clínicos establecidos para el manejo de lesiones penetrantes en zonas de conflicto de escasos recursos, en los que se tiene en cuenta el cuidado de heridas y extremidades, la cirugía ortopédica y la atención básica a lesiones neurológicas y medulares (144, 137).

Fracturas

Las fracturas son frecuentes y suelen presentarse abiertas y en asociación con otras lesiones. Predominan en la actividad de los equipos de tipo 2 o tipo 3 y exigen gran inversión de recursos, en especial habilidades ortopédicas especializadas en traumatismos, además de rehabilitación activa y temprana. El manejo básico comprende el desbridamiento quirúrgico y la estabilización adecuada con yeso, tracción o fijación externa, pero nunca la fijación interna como tratamiento inicial. Se puede consultar un manual que contiene descripciones más detalladas del manejo de fracturas (137).

Quemaduras

Las quemaduras pueden suponer una importante demanda para los servicios de salud en los conflictos armados, ya que exigen muchos recursos (véase la orientación de la OMS sobre la atención especializada de quemaduras). En función de su gravedad, a las personas con quemaduras normalmente se las deriva a una unidad especializada, donde se siguen protocolos de mejores prácticas, pero casi nunca se da esta posibilidad en el marco de un conflicto armado, por lo que serán los equipos de tipo 2 y 3 los que deban tratar estos traumatismos. Todos estos equipos deben tener los medios para el manejo inicial de personas con quemaduras, incluso en incidentes masivos. La atención comprenderá el triaje secundario, la estabilización y reanimación, el lavado de la herida, la escisión laminar y la aplicación de apósitos. El triaje terciario y el cálculo del porcentaje definitivo de superficie quemada facilita la distribución adecuada de las personas con quemaduras a las unidades especializadas. Las quemaduras que no superen el 20% de superficie corporal y los pacientes que no vayan a sobrevivir y requieran cuidados paliativos serán atendidos en los tipos 2 y 3 (145). El grupo de trabajo técnico de la OMS sobre quemaduras ha elaborado descripciones detalladas sobre cómo manejar un número significativo de quemaduras en el entorno de los EMT (146).

Agresiones químicas, biológicas, radiológicas y nucleares

La atención de los equipos de tipo 2 y 3 en un incidente QBRN depende de la descontaminación completa de los pacientes antes de su ingreso en la instalación. Dichos equipos deben contar con medios de soporte escalonados según la gravedad de los síntomas, hasta el nivel de UCI si los efectos del agente QBRN se consideran reversibles y no hay peligro para el personal. Puede consultarse más información sobre la gestión de los riesgos químicos y radiológicos para la salud en situaciones de emergencia [en la página web de la OMS \(147\)](#), mientras que los protocolos de atención para las personas expuestas a las armas químicas pueden obtenerse de la publicación de la OMS sobre manejo clínico inicial de los pacientes expuestos a armas químicas (140).

Brotos epidémicos

Al igual que en el [Libro azul](#), en todas las instalaciones de tipo 2 y tipo 3 se debe poder clasificar y reconocer los cuadros muy infecciosos, como los de tuberculosis, difteria y cólera; deben disponer de líneas de triaje separadas y pabellones en los que tratar las enfermedades transmisibles, además de los EPP apropiados para el personal. Según el contexto, no siempre será posible derivar los pacientes a un centro especializado. Los centros de tratamiento de determinadas enfermedades epidémicas, como el cólera o la enfermedad por el virus del Ébola, se consideran equipos especializados y siguen los mismos estándares descritos en el [Libro azul](#), pero con requisitos adicionales de participación comunitaria, como ya se indicó en este capítulo.

Incidentes masivos

El equipo médico que brinde atención en conflictos y otros entornos inseguros debe tener planes definidos para incidentes masivos, en los que se produce una gran número de víctimas, y debe haberlos ejercitado. A diferencia de los desastres de origen natural repentinos, los incidentes masivos son más frecuentes en las zonas de conflicto, generan cuadros más agudos y son, por naturaleza, esporádicos y recurrentes. Los equipos de tipo 2 y 3 deben estar preparados para afrontar el pico de pacientes en todas sus etapas: ingreso en la instalación, cirugía de control de daños, atención posquirúrgica y evacuación. Los tipos 1 y 2 deben trabajar en coordinación con otros recursos avanzados, como los hospitales locales, desarrollando planes y estrategias de ayuda mutua para la evacuación rápida de los pacientes.

5.4.5 Equipos de atención especializada

El despliegue de equipos de atención especializada en conflictos armados y otros entornos inseguros debe hacerse en respuesta a una solicitud concreta, para atender necesidades específicas. Estos equipos deben estar preparados para una misión prolongada. Las unidades especializadas más relevantes en un conflicto armado son las de cirugía ortopédica y maxilofacial, salud materno-infantil, rehabilitación, tratamiento de quemaduras y gestión de brotes epidémicos. Deben estar bien preparados y ya verificados por la OMS antes del despliegue. Es poco probable que actúen de forma independiente, sino que se incorporarán como servicio adjunto de un equipo de tipo 2 o 3, integrados en un hospital local. Los equipos de tratamiento de brotes epidémicos, como los del cólera o de la enfermedad por el virus del Ébola, pueden desplegarse para dar cobertura a centros existentes, pero también pueden ser autónomos si cuentan con todos los medios necesarios. [El Libro azul](#) contiene más información sobre los equipos de atención especializada.

Cuadro 17. Preguntas y respuestas sobre cuestiones clínicas

Pregunta o afirmación	Respuesta
¿Se debe transfundir sangre en el ámbito prehospitalario?	Las transfusiones de sangre salvan vidas. Sin embargo, transfundir a un paciente hemorrágico en el ámbito prehospitalario es una tarea compleja y peligrosa. Si se puede administrar de manera segura y sin demorar el ulterior traslado a un nivel superior de atención, se puede considerar siempre que haya una planificación cuidadosa. En todo caso, lo más importante es controlar enseguida las hemorragias y evacuar al paciente cuanto antes.
¿Se debe administrar ácido tranexámico en el ámbito prehospitalario?	Los estudios actuales indican que la administración temprana de ácido tranexámico puede salvar la vida de un paciente hemorrágico. Sin embargo, el tiempo es crítico y es posible que se necesiten dosis adicionales. Antes de administrarlo, los protocolos de ácido tranexámico deben ser acordados y aceptados en todo el sistema de derivación.
¿Se debe practicar una toracotomía de urgencia?	No se debe practicar la toracotomía de urgencia para reanimar a un paciente sin pulso, ya que tiene mal pronóstico a largo plazo y representa riesgos elevados, a menos que haya una UCI disponible (tipo 3).
¿Se pueden insertar drenajes torácicos en el entorno prehospitalario?	Las técnicas invasivas como los drenajes torácicos conllevan riesgos y solo deben plantearse si su objetivo es estrictamente el de salvar la vida del paciente (neumotórax a tensión). En tal caso, debe procederse sin demora, en un equipo de tipo 1 fijo o punto de estabilización traumatológica, y no en el exterior de la instalación.
Nuestro equipo es un punto de estabilización de traumatismos y solo presta atención traumatológica.	Todos los equipos médicos desplegados en una zona de conflicto deben ser capaces de manejar cualquier tipo de cuadro agudo, además de los traumatológicos.
Somos paramédicos, trabajamos sin médicos.	Todos los equipos médicos deben contar con un médico responsable de la atención dispensada. La atención solo debe proporcionarse con una autorización para ejercer la medicina clínica. Los paramédicos constituyen un grupo heterogéneo de profesionales que en algunos países tienen una capacitación limitada y no disponen de licencia para ejercer.
¿Se deben aplicar fijaciones internas?	No se deben aplicar fijaciones internas, ya que comportan riesgos significativos sobre el terreno: alta transferencia de energía, lesiones extensas de los tejidos blandos, contaminación y falta de esterilidad. En relación con el manejo de fracturas complejas y abiertas, véase la referencia 137.

5.5 Enfermería

La enfermería es parte integral de la atención clínica y todos los equipos deben contar con suficiente personal de enfermería, con las competencias y habilidades relevantes. Las labores de enfermería, en un EMT desplegado en un conflicto armado o en otros entornos inseguros, comprenderán más habilidades y competencias que las propias de muchos sistemas de salud de países de ingresos altos. En el equipo de enfermería del EMT también pueden concurrir profesionales de diversas nacionalidades, junto con personal de enfermería local que haya recibido una capacitación diferente, según el plan de estudios de cada país. Algunos procedimientos se incluyen en las competencias de enfermería de algunos países, pero no en otros. Se recomienda, por lo tanto, indicar los procedimientos clínicos que realizará el personal de enfermería después de haber recibido capacitación específica, verificando que correspondan a su práctica habitual. Es importante que en la administración del EMT participe personal de enfermería experimentado y que se dediquen reuniones a temas de enfermería, además de las sesiones clínicas interdisciplinarias, durante toda la misión.

Es fundamental seguir protocolos escritos para facilitar las decisiones de enfermería y la continuidad asistencial cuando hay rotación de personal entre enfermeros y médicos internacionales, así como la aplicación sistemática de la atención clínica y de enfermería basada en la evidencia.

5.6 Rehabilitación

La OMS y sus asociados reconocen la rehabilitación como parte integral de la respuesta a una emergencia (148). Igualmente, es una pieza capital de la atención clínica en conflictos armados y emergencias complejas, indispensable para mitigar el brutal legado de discapacidad que dejan los traumatismos y las exacerbaciones de afecciones crónicas (149, 150, 151), cuyas consecuencias para las personas, las familias y las comunidades son gravísimas si no tienen acceso suficiente a la rehabilitación (33, 145).

Los EMT que ofrecen servicios de rehabilitación en conflictos se enfrentan a secuelas muy diversas en la población, tanto en el plano físico como psíquico, en un entorno marcado por la escasez de medios nacionales de rehabilitación, la devastación de infraestructuras, la merma de la fuerza laboral, la suspensión de los servicios públicos y la afectación de los mecanismos de adquisición y coordinación. Estos equipos pueden incorporarse a un EMT de tipo 1, tipo 2 o tipo 3, o actuar como parte de un EMT de atención especializada integrado en otra instalación.

Atendiendo a las características de los traumatismos que se produzcan en el conflicto, será necesario adaptar la práctica y los protocolos quirúrgicos y de rehabilitación. El personal rehabilitador asumirá diferentes tareas, según el acceso que tenga a servicios de reconstrucción ortopédica de extremidades; algunas de estas tareas son las intervenciones para mantener la calidad del tejido y favorecer la movilidad en espera de la reparación definitiva, así como ejercicios de movilización y respiración, por ejemplo, después de una laparotomía o toracotomía. Las amputaciones, por su parte, producen discapacidad, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, por lo que siempre se debe intentar preservar la extremidad, consultando a un especialista en rehabilitación antes de la intervención, para garantizar resultados y una rehabilitación óptimos. Se han formulado estándares de rehabilitación, que deben seguirse (148). Pese a todo, es posible que el sistema de salud local no reconozca la importancia de la fisioterapia perioperatoria.

Los EMT que trabajen en contextos afectados por conflictos armados deben buscar vías de derivación o profesionales del lugar que puedan completar la rehabilitación de los pacientes después de que finalice la misión.

5.7 Salud mental y apoyo psicosocial

De acuerdo con las directrices internacionales (152), estos servicios son necesarios a varios niveles, desde la asistencia básica hasta la clínica, y la atención psicológica debe ofrecerse de inmediato a quienes presentan determinados problemas urgentes de salud mental, como parte de la respuesta general de salud (153).

- Casi todas las personas afectadas por una situación de emergencia presentan alguna forma de sufrimiento psíquico, cuya gravedad, en la mayoría de los casos, disminuye con el tiempo.
- Una de cada once personas que han vivido una guerra u otro conflicto en el último decenio (9%) presentará un problema de salud mental moderado o grave.
- Una de cada cinco personas que viven en una zona de conflicto (22%) sufre depresión, ansiedad, TEPT, trastorno bipolar o esquizofrenia.
- La depresión tiende a ser más frecuente en las mujeres que en los hombres.
- La depresión y la ansiedad también son más frecuentes con la edad.
- Las personas que sufren problemas graves de salud mental son especialmente vulnerables durante una emergencia y deben disponer de acceso a la atención psicológica y otras prestaciones básicas.

En cualquier emergencia importante, los equipos deben prever (153) que se enfrentarán a una serie de problemas sociales y de salud mental.

Problemas de salud mental:

- afecciones de salud mental preexistentes, como depresión, esquizofrenia o alcoholismo;
- afecciones causadas por la emergencia: duelo, reacciones agudas al estrés, consumo nocivo de alcohol y drogas, depresión, ansiedad y TEPT;
- afecciones causadas por la respuesta humanitaria: ansiedad por la falta de información sobre la distribución de alimentos o la manera de obtener otros servicios básicos.

Problemas sociales:

- problemas preexistentes, como pobreza y discriminación de grupos marginados;
- problemas causados por la emergencia: separación de familias, inseguridad, pérdida de medios de subsistencia, descomposición del entramado social y disminución de la confianza y los recursos;
- problemas causados por la respuesta humanitaria: hacinamiento, falta de intimidad y pérdida del apoyo comunitario o tradicional.

5.7.1 Prevalencia

Las situaciones de emergencia causan un gran sufrimiento psíquico que se manifiesta en forma de ansiedad y tristeza, desesperanza, insomnio, cansancio, irritabilidad, ira y dolores somáticos.

Estos efectos son habituales y suelen disminuir con el tiempo. Aun así, la morbilidad psicológica en la población afectada por conflictos es elevadísima. La OMS llevó a cabo una revisión de 129 estudios en 39 países y constató que una de cada cinco personas que han pasado por una guerra o un conflicto en los últimos 10 años (22%) tendrá depresión, ansiedad, TEPT, trastorno bipolar o esquizofrenia.

Según el estudio de la OMS, la prevalencia puntual de las formas leves de depresión, ansiedad y TEPT en las zonas afectadas por conflictos es del 13%, mientras que la prevalencia de las formas moderadas es del 4%. En cuanto a los problemas graves (esquizofrenia, trastorno bipolar y casos graves de depresión, ansiedad y TEPT), la prevalencia alcanza el 5%. Se calcula que una de cada 11 personas (9%) que ha vivido bajo un conflicto bélico en algún momento de los 10 años anteriores presenta un trastorno mental moderado o grave.

En los entornos afectados por conflictos, la depresión y la ansiedad aumentan con la edad. Además, la depresión se diagnostica más frecuentemente en las mujeres.

Las personas que presentan problemas graves de salud mental son especialmente vulnerables durante una emergencia y deben contar con acceso a la atención psicológica y otras prestaciones básicas. En una revisión publicada en el 2014 sobre un sistema de información epidemiológica utilizado por 90 campamentos de refugiados en 15 países de ingresos medianos y bajos, se observó que, de todas las consultas por problemas neuropsiquiátricos o consumo de sustancias psicoactivas, el 41% eran por epilepsia o crisis convulsivas, el 23% por trastornos psicóticos y el 13% por formas moderadas y graves de depresión, ansiedad o TEPT.

Los integrantes del EMT generalmente no serán especialistas en salud mental. Sin embargo, deben poseer un conjunto mínimo de habilidades para afrontar los problemas de salud mental que suelen darse en las situaciones de conflicto armado y otros entornos inseguros, por lo que deben haber recibido capacitación en los siguientes temas

Apoyo psicosocial básico, como los primeros auxilios psicológicos. Deben ofrecerlos quienes actúen en el terreno —profesionales de la salud, docentes o personas voluntarias capacitadas para ello— a fin de brindar un apoyo afectivo y práctico, en primera instancia, a las personas que presentan un sufrimiento psíquico agudo debido a un incidente reciente (73, 95).

Atención clínica básica de salud mental. Debe cubrir problemas prioritarios como la depresión, las psicosis, la epilepsia, el consumo nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, las autolesiones y el suicidio. Se ofrecerá en todos los centros de atención médica a cargo de personal de salud general capacitado y supervisado (153).

Protección y promoción de los derechos de las personas con problemas graves de salud mental y discapacidad psicosocial o intelectual. En el caso de los EMT, puede ser necesario hablar con las autoridades sobre cómo fortalecer las consultas, el seguimiento y el apoyo en centros psiquiátricos y residencias con atención especializada.

Vínculos y sistemas de derivación entre los especialistas en salud mental, los médicos generalistas, los profesionales de la salud que trabajan fuera de los centros y otros servicios como las escuelas, los servicios sociales y la ayuda humanitaria de emergencia, que proporcionen alimentos, agua, cobijo o vivienda. El establecimiento de estos vínculos requiere colaborar con los actores de salud mental y apoyo psicosocial a nivel nacional, desde diferentes grupos sectoriales y grupos de trabajo técnicos, para coordinar y determinar los servicios y recursos

existentes. El grupo de referencia en apoyo psicosocial y salud mental del IASC mantiene una lista actualizada de todos los grupos de trabajo activos en esta área, que puede solicitarse en mhpss.refgroup@gmail.com.

Por último, las directrices internacionales sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia, refrendadas por la OMS (96), recomiendan prestar estos servicios a varios niveles, desde la asistencia básica hasta la clínica. Cabe señalar que la atención clínica a la salud mental deben prestarla profesionales especializados, como enfermería psiquiátrica, psicología o psiquiatría, o bien bajo la supervisión de dichos especialistas.

Las emergencias de salud pública, como de la COVID-19 y la del virus del Ébola, acarrear consecuencias psicosociales para la población. Existen recursos específicos para abordar las necesidades de salud mental de la población afectada (154,155).

Si el EMT tiene la capacidad adecuada, puede realizar intervenciones psicológicas (156) para las personas afectadas por un problema psíquico persistente, pero deben ofrecerlas especialistas o trabajadores comunitarios capacitados en el sector social y de salud, con supervisión.

5.8 Notas de orientación

<p>Analizar el contexto antes de la misión</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El equipo médico y la dirección deben acometer un análisis crítico del contexto para conocerlo bien, fijándose en la carga de enfermedad y traumatismos y los demás tipos de afecciones que deberán tratar, así como en el DIH.
<p>El equipo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Un equipo multidisciplinario debe adaptarse a la carga de enfermedad prevista y respetar todas las disciplinas: medicina clínica, cirugía y enfermería, así como rehabilitación.
<p>Atención traumatólogica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Seguir la secuencia "ABCD" y adaptarse a los recursos disponibles. 4. Prestar servicios adaptados al nivel de atención más bajo que esté disponible en la cadena de derivación traumatólogica. 5. Ofrecer rehabilitación temprana en todos los niveles. 6. Adoptar un plan de triaje y contingencia ante incidentes masivos y ejercitarlo bien. 7. Garantizar la seguridad para el personal, incluidos los equipos de protección.

Referencias

- 131 EMT MDS Gateway. Disponible en: <https://www.mdsgateway.net/>.
- 132 Comité Internacional de la Cruz Roja. Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia. Ginebra: CICR; 2013. Disponible en: https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/es/assets/files/other/icrc_003_0870.pdf.
- 133 Wren SM, Wild HB, Gurney J, Amirtharajah M, Brown ZW, Bulger EM, Burkle FM Jr, Elster EA, Forrester JD, Garber K, Gosselin RA, Groen RS, Hsin G, Joshipura M, Kushner AL, Norton I, Osmer I, Pagano H, Razek T, Sáenz-Terrazas JM, Schussler L, Stewart BT, Traboulsi AA, Trelles M, Troke J, VanFosson CA, Wise PH. A Consensus Framework for the Humanitarian Surgical Response to Armed Conflict in 21st Century Warfare. *JAMA Surg.* 2020 Feb 1;155(2):114-121. doi: 10.1001/jamasurg.2019.4547. PMID: 31722004; PMCID: PMC6865259.
- 134 Comité Internacional de la Cruz Roja. Las unidades móviles de salud: enfoque metodológico. Ginebra: CICR; 2006. Disponible en: <https://shop.icrc.org/download/ebook?sku=0886/003-ebook>.
- 135 Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Duranteau J, Filipescu D, Hunt BJ, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. *Crit Care.* 2016 Apr 12;20:100. doi: 10.1186/s13054-016-1265-x. PMID: 27072503; PMCID: PMC4828865. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828865/>.
- 136 Lee C, Porter KM y Hodgetts TJ. Tourniquet use in the civilian prehospital setting. *Emerg Med J.* 2007;24(8):584-587. doi:10.1136/emj.2007.046359
- 137 Organización Mundial de la Salud, Comité Internacional de la Cruz Roja y AO Foundation. Management of Limb Injuries during disasters and conflicts. Ginebra: CICR; 2016. Disponible en: https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/A_3%20Field%20Guide.pdf.
- 138 European Burns Association. Mass Burn Casualty incidents. Disponible en: <https://www.euroburn.org/wp-content/uploads/Draft-EBA-guidelines-for-transportation-of-patients.pdf>.
- 139 Hughes A, Almeland SK, Leclerc T, Ogura T, Hayashi M, Mills JA, Norton I y Potokar T. Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. *Burns.* 2021 Mar;47(2):349-370. doi: 10.1016/j.burns.2020.07.001. Epub 2020 Jul 13. PMID: 33041154; PMCID: PMC7955277. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599>.
- 140 Organización Mundial de la Salud. Initial clinical management of patients exposed to chemical weapons. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329541?locale-attribute=es&>.
- 141 International Association for Trauma Surgery and Intensive Care. Definitive Surgical Trauma Care (DSTC™) Courses. Zürich: IATSIIC. Disponible en: <https://iatsic.org/DSTC/>.
- 142 Sjöholm, A., Ålgå A y Schreeb, J von. A Last Resort When There is No Blood: Experiences and Perceptions of Intraoperative Autotransfusion Among Medical Doctors Deployed to Resource-Limited Settings. *World J Surg* 44, 4052–4059 (2020). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05749-y>.
- 143 Hsu JM, Pham TN. Damage control in the injured patient. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2011;1(1):66-72. doi:10.4103/2229-5151.79285
- 144 Orthopaedic Trauma in the Austere Environment: A Practical Guide to Care in the Humanitarian Setting. Disponible en: <https://www.springer.com/gp/book/9783319291208>.
- 145 Organización Panamericana de la Salud. Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57880>.
- 146 Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599>.
- 147 Organización Mundial de la Salud. Managing environmental health risks in emergencies. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/activities/managing-environmental-health-risks-in-emergency>.
- 148 Organización Mundial de la Salud. Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252809>.
- 149 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Ginebra: OMS y BM; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>.
- 150 Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/rehabilitation-in-health-systems-guide-for-action>.
- 151 Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>.
- 152 Comité Permanente entre Organismos. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-on-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>.
- 153 Organización Mundial de la Salud. La salud mental en las situaciones de emergencia. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>.
- 154 Comité Permanente entre Organismos. IASC Mental Health and Psychosocial Support - Resources for COVID-19. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-resources-covid-19>.
- 155 Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas. Mental Health and Psychosocial Support in Ebola Virus Disease Outbreaks: A Guide for Public Health Programme Planners. Ginebra: IASC; 2015. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/sierra-leone/mental-health-and-psychosocial-support-ebola-virus-disease-outbreaks-guide>.
- 156 Organización Mundial de la Salud. Scalable psychological interventions. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: https://web.archive.org/web/20210507230127/https://www.who.int/mental_health/management/scalable_psychological_interventions/en/.
- 157 Escuela Superior del Personal del Sistema de las Naciones Unidas. Safe and Secure Approaches in Field Environments (SSAFE) for Surge Deployment. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20210124112219/https://www.unssc.org/courses/safe-and-secure-approaches-held-environments-ssafe-surge-deployment-october/>.



Capítulo 6

Cuestiones de operatividad en la respuesta

6 Cuestiones de operatividad en la respuesta

Objetivos del capítulo

1. Comprender los requisitos de preparación y despliegue en relación con los recursos de la organización y la adaptación de sistemas y procesos de logística, recursos humanos, finanzas, administración, planificación, relevos, documentación, seguimiento y evaluación.
2. Incorporar el fortalecimiento de las capacidades como pilar de apoyo del equipo médico.
3. Facilitar el acceso a los manuales y materiales de referencia más relevantes.

En última instancia, el éxito o fracaso de una plataforma operativa que preste servicios médicos en un entorno de gran inseguridad dependerá tanto de la preparación previa como de la flexibilidad para adaptarse con prontitud a las circunstancias cambiantes durante la misión.

En este capítulo se esbozan las mejores prácticas para las fases de preparación y despliegue, así como después de la misión, de una plataforma operativa en un conflicto armado. No es un texto independiente, sino que retoma la orientación del [Libro azul](#), así como los capítulos anteriores, para que los equipos médicos tengan en cuenta los aspectos esenciales y estén preparados para cumplir su misión. En el cuadro 18 se comparan las principales similitudes y diferencias entre el entorno previsto en el Libro azul y el del Libro rojo.

Cuadro 18. Cuestiones tratadas en el Libro azul y el Libro rojo respecto durante las operaciones

	Libro azul	Libro rojo
Contexto general	Estabilidad relativa; el impacto del desastre ya se ha producido. El entorno operativo es mayormente seguro, aunque pueda haber algún elemento manejable de inseguridad.	Inestabilidad, movimiento de los frentes de guerra, violencia cíclica y limitaciones de acceso. El entorno operativo es sumamente inseguro e incluso hostil.
Administración y gestión organizativa	Los EMT mantendrán sistemas administrativos y financieros que les permitan desplegar equipos de forma rápida y segura, sin perder la asistencia centralizada desde la base de operaciones, durante toda la misión.	Válido en gran medida también para el contexto del Libro rojo, pero habrá que tener en cuenta una póliza de seguro adecuada y con suficiente cobertura. Gestión operativa segura del efectivo y mecanismos seguros de transferencia de efectivo.

	Libro azul	Libro rojo
Recursos humanos	Los EMT contarán con un sistema para garantizar que el personal esté listo para el despliegue, con los procesos de contratación y selección pertinentes. El personal debe tener acceso a medidas preventivas para disminuir el riesgo de enfermedad durante la misión; debe haber planes que prevean la atención médica para los miembros durante la misión y su repatriación y posterior tratamiento, en caso necesario. Las políticas relativas a los recursos humanos, además, deben facilitar la protección de las personas vulnerables mediante la comprobación de antecedentes policiales y otras medidas.	Válido igualmente para el contexto del Libro rojo, pero habrá que tener en cuenta también todo lo relativo a las nacionalidades y etnias de los integrantes del equipo, sea cual sea su pasaporte o identificación oficial. La dirección y el propio equipo deben ser capaces de reconocer el estrés extremo y afrontarlo (véase el capítulo 2). La duración de la misión dependerá de las dificultades previstas. Seguimiento regular de las condiciones y los peligros.
Capacitación de los equipos	Los EMT deben contar con un programa de capacitación y aprendizaje, ya sea imparténdolo directamente al personal o combinando la capacitación interna con capacitadores externos y reconocimiento de títulos anteriores. También deben tener un sistema de mentoría para los miembros que vayan a asumir más adelante el cargo de jefe de equipo o dirigir componentes de la respuesta, asumiendo mayor complejidad y autoridad (según lo validado por el proceso de verificación de EMT).	Capacitación práctica de jefes de equipo y miembros en relación con los cinco capítulos anteriores: <ol style="list-style-type: none"> 1. DIH y principios humanitarios básicos; 2. seguridad, gestión de riesgos y autocuidado; 3. coordinación; 4. violencia sexual y de género; 5. atención clínica para las personas que son heridos de guerra; 6. capacitaciones sobre trabajo consciente en ambientes hostiles (también conocido como HEAT, por su sigla en inglés) o sobre medidas de seguridad y protección en entornos sobre el terreno (SSAFE, por su sigla en inglés); 7. capacitación en resiliencia física y mental.
Conducta profesional	Los EMT deben contar con sistemas para garantizar que todo el personal esté autorizado para las tareas que desempeñará en la misión. Deben poder tramitar reclamos, e investigar y corregir los resultados. Deben concertar un seguro de responsabilidad civil para todo el personal clínico.	Igualmente válido en los contextos del Libro rojo.

<p>Gestión y operaciones sobre el terreno</p>	<p>Los EMT deben ser capaces de gestionar el día a día de su actividad sobre el terreno, lo cual incluye su propia seguridad, los incidentes críticos y el enlace con las autoridades locales y los medios de comunicación.</p>	<p>Igualmente válido para el Libro rojo, pero debe reforzarse. Deben tenerse en cuenta los riesgos y peligros asociados con ataques directos o indirectos, saqueos e incidentes QBRN, para los que deben elaborarse planes oportunos (véase el capítulo 2). Los planes de gestión de crisis deben actualizarse en función del contexto particular y respetarse.</p>
<p>Documentación</p>	<p>Los EMT consignarán en la historia clínica de los pacientes, con carácter confidencial, todas las intervenciones, la monitorización clínica y las posibles complicaciones de la atención dispensada; los pacientes podrán solicitar una copia de su historia. Además, el EMT enviará informes regulares, y en todo caso un último informe antes de la partida, a las autoridades de salud locales, utilizando el formulario nacional o, en su defecto, el conjunto mínimo de datos acordado para los EMT. No se acometerá ninguna investigación científica sin el consentimiento adecuado del paciente y de las autoridades nacionales.</p>	<p>La advertencia sobre investigaciones científicas del Libro azul también es válida en este contexto. Se protegerá la confidencialidad de la historia clínica con un sistema de anonimización y se conservarán los documentos en papel en un lugar seguro, como un archivador cerrado con llave, o en soporte electrónico con protección por contraseñas. Los documentos de consentimiento del paciente y el uso posterior de datos con fines analíticos constituyen una dificultad. Puede haber restricciones al uso de los datos clínicos. Puede ser difícil obtener el consentimiento del paciente antes de una maniobra vital, cuando el equipo lo atiende in extremis por heridas penetrantes y sin que estén presentes sus familiares. La observancia de los principios humanitarios es fundamental.</p>

6.1 Antes de la misión

6.1.1 Capacitación

Hay varios cursos y módulos de capacitación que deben recibir los miembros del equipo antes de salir a una misión.

Capacitación técnica. Se presupone que, para una misión a un conflicto armado, el personal médico contratado ya posee las competencias técnicas necesarias, pero se debe ofrecer capacitación adicional sobre los tipos de lesiones y traumatismos que encontrarán allí (véase el capítulo 5). Algunos ejemplos son las capacitaciones sobre habilidades traumatológicas en cirugías definitivas (DSTS, por su sigla en inglés), apoyo vital avanzado en trauma (ATLS) y apoyo vital avanzado en trauma en el campo de batalla, cirugía en ambientes hostiles (HEST), cirugía en ambientes austeros (STAE), atención traumatológica con anestesia definitiva (DATC), Curso Europeo de Trauma (ETC), y el seminario sobre cirugía de guerra del CICR.

Capacitación para entornos peligrosos. Es indispensable que todo el personal que vaya a acudir a la misión haya superado una capacitación sobre el despliegue en entornos peligrosos y se actualice periódicamente. El objetivo principal es garantizar la seguridad del personal desplegado, pero también puede ser una exigencia de las compañías aseguradoras. Algunos ejemplos son el curso HEAT, sobre trabajo consciente en ambientes hostiles, y el curso SSAFE, sobre medidas de seguridad y protección en entornos sobre el terreno (157). Muchas entidades imparten cursos de este tipo, pero se recomienda encargar un curso a medida de lo que necesite el equipo médico, ya que los que se ofrecen con un contenido estándar están dedicados en gran parte a cuestiones de primeros auxilios traumatológicos, que no serán de interés para el personal clínico.

Capacitación para lidiar con el estrés. Los equipos deben tener en cuenta la salud mental de su personal cuando trabajan en entornos frágiles o manifiestamente hostiles, para lo cual deben seguir las orientaciones sobre salud mental y apoyo psicosocial recogidas en el capítulo 2. Si bien la prevención de los problemas de salud mental en el trabajo abarca distintas facetas de acción a nivel gerencial e institucional, también existe la posibilidad de preparar al personal para que desarrolle sus estrategias personales de afrontamiento, a título individual, con la ayuda mutua de los compañeros o en forma de ayuda al personal supervisado. En este sentido, puede recurrirse a la guía de la OMS titulada *En tiempos de estrés, haz lo que importa*, pensada como manual para aprender estrategias de afrontamiento (158). Por otro lado, la guía del IASC *Habilidades psicosociales básicas: Guía para personal de primera línea de respuesta a la COVID-19* contiene orientaciones

prácticas no solo para apoyar al público con las técnicas aprendidas sino también a los compañeros y al personal supervisado (95).

La resiliencia física también es importante: el equipo debe procurar mejorarla siempre que sea posible. Se puede plantear la posibilidad, por ejemplo, de capacitar al equipo en ambientes climatizados, como adiestramiento ante períodos prolongados de trabajo en las condiciones de estrés térmico del EPP (véase el capítulo 2), lo cual generalmente no es necesario para una misión en desastres de origen natural. Los equipos móviles, en particular, deben tener en cuenta la fortaleza física de los miembros, especialmente si se disponen a cubrir grandes distancias a pie en terrenos difíciles. Si bien este tipo de misiones únicamente debería realizarse en lugares cuya seguridad ha sido verificada, los miembros deben ser capaces de llegar a destino en condiciones físicas adecuadas para llevar a cabo sus tareas.

6.1.2 Preparación del personal

Revisión previa. Es probable que el personal incluido en la reserva ya deba pasar una revisión médica anual o bienal, pero aun así se recomienda que la organización efectúe un reconocimiento físico y psicológico antes de la partida. Se puede realizar en el lugar de encuentro o en el aeropuerto de salida y sirve para comprobar que todos los integrantes se mantengan en las mismas condiciones físicas y mentales que en la última revisión.

Vacunación y profilaxis. Según lo indicado en el Libro azul, todos los miembros del personal deben haber recibido la serie completa de vacunas que les permita desplazarse en una misión a la mayoría de los países del mundo. También deben administrarse las profilaxis necesarias para una misión en particular. En este caso, suele ser más barato administrárselas en el punto de encuentro o en el aeropuerto de salida, en lugar de repartir las dosis para que las conserve el personal de reserva, ya que es fácil que caduquen entre una misión y la siguiente.

Pólizas de seguro. El equipo debe contar con diversas pólizas en vigor antes de la misión, para proteger tanto al personal como a la organización. En el caso del personal, las pólizas deben cubrir, como mínimo, lo siguiente:

- Salud: habrá que comprobar que la póliza sea válida para países frágiles y afectados por conflictos.
- Desplazamiento: debe incluir la evacuación médica, pero habrá que verificar que estén cubiertos los países frágiles y afectados por conflictos.
- Responsabilidad civil por acto médico (perjuicios puramente económicos).

- Zona de guerra: este punto es particularmente importante si las autoridades del país emisor desaconsejan viajar al lugar de la misión. Muchas aseguradoras ofrecen este tipo de póliza, pero es probable que requieran coberturas especiales, para las que será necesario abonar, además de la prima convencional, una prima adicional según las condiciones concretas de la misión.

Las organizaciones pueden encontrar una póliza a todo riesgo, con cobertura mundial, que proteja la infraestructura en tránsito. Habrá que comprobar, en todo caso, qué países están cubiertos, y habrá que añadir los países frágiles y afectados por conflictos si no están incluidos. Todo ello, por supuesto, requerirá una prima adicional, por lo que se recomienda concertar un producto confeccionado a medida que se active para un país determinado solo cuando sea necesario.

6.1.3 Gastos operativos

Por muy autosuficiente que sea el equipo, habrá gastos operacionales inevitables en el día a día, como pueden ser el combustible, el suministro de agua o la remuneración del personal local. Será preciso adoptar una política para conciliar la necesidad de hacer estos gastos con el riesgo de llevar dinero encima o de guardar grandes sumas de efectivo en el campamento (instalaciones de salud o viviendas). Los administradores deben conocer las cantidades de divisas, los tipos de pago y las denominaciones necesarias para los costos operativos del hospital, con un cálculo diario, semanal y mensual —que no equivaldrán simplemente a multiplicar el gasto diario por 7 o por 30— y hacer los planes consiguientes.

Algunas estrategias de mitigación de riesgos serían que el personal entrante traiga menos cantidad de divisas en las rotaciones, que utilicen tarjetas de débito prepago si la infraestructura local lo permite, y que se emplee la red local de transferencias. Las estrategias de transferencia deben ser lo suficientemente flexibles para poder modificarlas según indique el equipo desplegado, por lo que será necesario involucrar al personal de finanzas de la sede central, a fin de que los sistemas sean capaces de adoptar dicha flexibilidad y asumir los riesgos.

6.1.4 Contratación de personal local

En los casos en que sea necesario contratar personal local, es importante que el equipo desplegado acuerde cómo proceder con los responsables de recursos humanos de la sede central. ¿Cómo se contratará al personal? ¿Qué obligaciones

contractuales y jurídicas contraen en virtud de la legislación laboral del país? ¿Cómo se les pagará? ¿Qué comprobaciones de seguridad se llevarán a cabo antes de contratarlos? ¿Cómo se comunicarán los códigos deontológicos de la organización al personal local? ¿Qué tipo de capacitación laboral será necesario ofrecerles? ¿Se denunciarán a las autoridades las infracciones graves de estos códigos que acarreen el despido? ¿Conoce el equipo la legislación laboral del país afectado? ¿Cómo afectará a las políticas de empleo de la organización? ¿Se aceptará a personal “recomendado” por las autoridades locales o las milicias? ¿Cómo se aplica el deber de cuidado al personal local? ¿Qué acceso tendrán los empleados locales a los datos confidenciales de los pacientes? ¿Conocerán el mecanismo y el lugar de la lesión o el traumatismo?

Resulta útil contar con una política institucional clara, plasmada por escrito en un documento con membrete oficial, para que los equipos desplegados puedan exhibirla como “cláusula de exclusión” en caso de recibir presiones para contratar a personal que no consideren adecuado.

6.1.5 Planificación de las estrategias de salida

Es importante que las organizaciones hayan previsto las estrategias de salida con la mayor antelación posible antes del despliegue. Con este conocimiento, el equipo podrá comunicarse claramente con las autoridades locales, la población local y su propio personal en relación con la duración de la misión, el objetivo primordial y la demarcación de unas líneas rojas. La dirección del equipo y el personal superior de la sede deben tener muy claro lo siguiente: cuánto tiempo durará la misión; quién relevará al equipo cuando se marche (dato que necesariamente se actualizará cuando comience el trabajo y se tenga una idea mejor de lo que ocurre en el terreno); en qué condiciones estará dispuesto el equipo a alargar la misión; qué circunstancias harían que el equipo acortase la misión; cómo y qué partes del plan de salida se comunicarán a los actores pertinentes.

6.2 Despliegue

6.2.1 Historias clínicas, continuidad asistencial y monitoreo de datos agregados

Los datos de salud (159) y los datos personales de los pacientes se consideran datos sensibles (160).⁵⁴ A la hora de procesar este tipo de datos personales, hay que tener en cuenta dos escenarios principales.

Cuando los datos se utilizan para asegurar la continuidad asistencial, por ejemplo, en la derivación de pacientes o el relevo del equipo, el **Libro azul** estipula que la organización, los pacientes y las autoridades médicas locales deben disponer de una documentación exhaustiva de los tratamientos dispensados. En entornos de gran inseguridad o afectados por conflictos, se debe analizar con sumo cuidado si las autoridades médicas podrán acceder a los expedientes clínicos. A la hora de procesar datos de los pacientes, hay que cumplir una serie de requisitos (82). A continuación se mencionan, sin ánimo de exhaustividad, algunos de estos requisitos; aparte de reforzar la confidencialidad, su objetivo también es prevenir los daños que pueden sufrir los titulares si se hace un mal uso de sus datos, por ejemplo represalias y estigmatización si se divulga una posible violación o un caso de violencia de género:

- Los datos de salud deben mantenerse separados de otros datos personales.
- Deben adoptarse medidas técnicas y organizativas de seguridad. Por ejemplo, los datos personales contenidos en la historia clínica, así como el documento en sí, deben ir seudonimizados.⁵⁵ Por ejemplo, se puede usar un sistema numérico, en el que la clave para identificar a los pacientes la conserve la organización. Además, solo el personal de atención médica humanitaria autorizado debe tener acceso a los expedientes clínicos. Sea cual sea el sistema adoptado, los expedientes deben mantenerse en un lugar seguro y deben hacerse planes para gestionarlos en caso de una evacuación de emergencia.

⁵⁴ Datos relativos a la condición física o psíquica de una persona, que revelan información sobre su estado de su salud. Los datos personales relativos a la salud incluyen, en particular: datos referidos a la salud física o mental de un titular de los datos; información sobre su registro para acceder a servicios de salud; un número o símbolo atribuido a un individuo que sirva de identificación única de esa persona para fines de salud; información obtenida de la prueba o examen de una parte del cuerpo o sustancia corporal, incluidos datos genéticos y muestras biológicas; toda información respecto de una enfermedad, incapacidad, trastorno de salud mental o psicosocial, riesgo de enfermedad, historia clínica o tratamiento médico, o información sobre el estado fisiológico o biomédico del titular de los datos; toda información respecto de una experiencia traumática que haya tenido un impacto negativo en la salud mental del titular de los datos o le haya provocado problemas psicosociales.

⁵⁵ La "seudonimización" (diferente de la anonimización) es el tratamiento de datos personales de manera tal que esos datos ya no puedan atribuirse a una persona específica sin utilizar información adicional, siempre que esa información adicional sea conservada aparte y se le apliquen medidas técnicas y organizativas para garantizar que los datos personales no se atribuyan a una persona física identificada o identificable. Este procedimiento podría suponer el reemplazo de los datos anagráficos presentes en un conjunto de datos por un número. El intercambio de números de registro o de identificación en vez de nombres es una práctica idónea, pero no constituye una anonimización.

- Los expedientes clínicos únicamente deben traspasarse a prestadores de atención médica de confianza con el fin de proporcionar atención médica humanitaria y garantizar la continuidad asistencial. ¿Es posible garantizar que las historias clínicas cedidas no se utilicen indebidamente para atacar a los pacientes y al personal? Si la respuesta es negativa, quizá proceda abstenerse de traspasar la documentación clínica.

Los datos también se pueden utilizar para vigilar, cartografiar o detectar emergencias de salud regionales o mundiales, por ejemplo, para pandemias. En estos casos, los datos deben estar anonimizados;⁵⁶ por ejemplo, se pueden usar datos agregados, en la medida en que sea pertinente y posible, de modo que no puedan considerarse datos personales. Esto significa, en la práctica, que no consten datos personales en el conjunto utilizado para el seguimiento y que no sea posible reidentificar a los pacientes ni a otras personas afectadas.⁵⁷ Por ejemplo, es importante asegurarse de que los conjuntos de datos no revelen la ubicación real de grupos vulnerables poco numerosos, por ejemplo, al asociar datos como el país de origen, la religión o vulnerabilidades específicas con las coordenadas geográficas donde se encuentran las personas concernidas.

6.2.2 Puesta en práctica de las estrategias de salida y relevo

Por muy bien planificada que esté la estrategia de salida y relevo, a menudo habrá que modificarla cuando el equipo ya esté desplegado y tenga una idea más concreta del contexto y las necesidades. En el fragor de la actividad diaria, es fácil que el equipo olvide hablar de cómo y cuándo se marchará, pero es importante dedicar tiempo a actualizar la estrategia de salida. Puede haber presiones para que el equipo se quede o se vaya, provenientes de muchos lados: la nación anfitriona, los actores externos y la propia sede de la organización; por lo tanto, los jefes de equipo deben tener argumentos claros y concisos para justificar su plan de actuación, si bien la decisión final corresponderá a la dirección de la operación, normalmente a nivel de la sede.

⁵⁶ El término "anonimización" abarca técnicas que permiten convertir datos personales en datos anónimos. Al anonimizar los datos, es indispensable garantizar que los conjuntos de datos que contengan datos personales sean convertidos en anónimos de manera total e irreversible. Los procesos de anonimización son complejos, en especial cuando existen conjuntos de datos voluminosos que contienen una gran cantidad de datos personales y que pueden suponer un mayor riesgo de reidentificación.

⁵⁷ El término "reidentificación" describe el proceso que consiste en reconvertir datos presuntamente anonimizados en datos personales mediante la utilización de técnicas de verificación de datos u otras similares. Si se determina que el riesgo de que ocurra una reidentificación es razonablemente probable, la información debe ser considerada como datos personales y quedará sujeta a todos los principios y las orientaciones establecidas en este manual. El riesgo de que ocurra una reidentificación puede resultar muy difícil de determinar con absoluta certeza.

6.3 Después del despliegue

6.3.1 Donación de material

En ocasiones se solicita al equipo que ceda parte de la infraestructura, o su totalidad, a una entidad local. Estas donaciones deben sopesarse con detenimiento, planteando varias preguntas:

- ¿Es posible que un pequeño grupo de capacitadores se quede en el territorio para que la entidad local aprenda a manejar el equipamiento y desenvolverse correctamente dentro de la infraestructura? En caso afirmativo, de manera realista, ¿cuánto tiempo podrán permanecer allí una vez que el equipo principal se haya ido?
- ¿Hay que retirar logotipos y letreros de aparatos, tiendas de campaña y embalajes antes de la cesión?
- ¿Dispone la entidad beneficiaria de fondos suficientes para manejar el equipamiento? ¿Deberá recibir financiamiento por parte de la organización donante? En este último caso, ¿durante cuánto tiempo se puede proporcionar esta financiación?
- ¿En qué situación se halla ahora el país en cuanto a su estabilidad? ¿Qué certeza tiene la organización de que el material cedido no se utilizará con fines contrarios a la atención médica basada en principios? Esta pregunta es importantísima en términos reputacionales, sobre todo si el material sigue viéndose como perteneciente a la organización que desplegó la misión.
- Es importante brindar apoyo a las acciones médicas impulsadas desde la comunidad local, para que no se interrumpa la atención de calidad basada en principios. Los equipos deben tener en cuenta estas acciones en sus planes y garantizar cierto nivel de continuidad.

6.3.2 Aprender de la experiencia

Con las notables excepciones de organismos como MSF y el CICR, el despliegue de EMT en un conflicto armado puede ser, para muchas organizaciones, una novedad. Por eso es tan importante que se adopte un procedimiento sólido de aprendizaje en todas las etapas de la misión. Aunque la planificación de la primera misión sea exquisita, las enseñanzas que se extraigan y las conclusiones prácticas que se deriven serán lo más importante para el éxito de la segunda misión. Esto es cierto no solo para un equipo o una rotación específica, sino para todos los equipos. Las enseñanzas deben compendiarse en un formato que sea accesible para todos, siempre que sea posible, asegurando que no afecte negativamente a la organización.

6.4 Notas de orientación

1. Al extender los estándares mínimos del Libro azul al contexto de un conflicto armado, las organizaciones y los equipos médicos deben garantizar que se cumpla una serie de políticas y requisitos operativos (y se asignen los recursos pertinentes) antes, durante y después del despliegue: logística, recursos humanos, bienestar del equipo, finanzas, administración, planificación, relevos, documentación, seguimiento y evaluación.
2. Los equipos deben asegurarse de disponer de la capacidad y los sistemas necesarios para el tratamiento confidencial de los datos de los pacientes, a fin de protegerlos y no causarles ningún daño.
3. Los equipos médicos y los jefes de equipo deben recibir capacitación especializada y deben contar con material más amplio para prepararse adecuadamente ante un conflicto armado.

Referencias

- 158 Organización Mundial de la Salud. En tiempos de estrés, haz lo que importa: Una guía ilustrada. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336218/9789240009561-spa.pdf>.
- 159 Comité Internacional de la Cruz Roja. Normas del CICR en materia de protección de datos personales. Ginebra: CICR; 202. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/publication/normas-del-cicr-en-materia-de-proteccion-de-datos-personales>.
- 160 Comité Internacional de la Cruz Roja. Manual sobre Protección de Datos en la Acción Humanitaria. Ginebra: CICR; 2020. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/publication/manual-sobre-proteccion-de-datos-en-la-accion-humanitaria>.
- 161 Adaptado de Sección de Coordinación Civil-Militar, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. CoordCM-ONU Coordinación Humanitaria Civil y Militar de las Naciones Unidas, Una guía para militares (v 1.0). Ginebra: CMCS; 2014. Disponible en: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/dms/Documents/OCHA%20on%20Message_Civ_Mil_vSP.pdf.





© OMS/Iraq

Anexos



7 Anexos, referencias y bibliografía

Anexo 1. Lista de verificación de la preparación del equipo ante un conflicto armado u otros entornos inseguros

Este capítulo se basa en la lista de verificación del Libro azul y la amplía.

Listado de verificación para el despliegue de EMT en conflictos armados

Nota importante

1. Esta lista no es independiente, ya que se basa en la lista de verificación del Libro azul.
2. Las menciones a capacitaciones no deben entenderse necesariamente como cursos separados, sino que pueden integrarse como módulos en la capacitación existente, y pueden ser cursos en línea o especializados. El modelo concreto dependerá de la formación de base, las habilidades y conocimientos que ya posea el público objetivo.

Categoría	Comprobación	X √
1. Deber de cuidado	Para la organización	
	1. Se han adoptado políticas específicas en relación con el aspecto jurídico del deber de cuidado, que contemplan la seguridad, la protección, las medidas de salud y la concertación de pólizas de seguro.	1
	2. Se han confeccionado modelos de consentimiento informado para el personal desplegado en el conflicto armado y otros entornos inseguros, con plena transparencia y marcos claros de rendición de cuentas.	2
	3. Se han adoptado políticas y medidas de atención y apoyo para el equipo de la sede en relación con la fase previa al despliegue, durante el despliegue y la fase posterior al despliegue.	3
	4. Los jefes de equipo y el personal incluido en la reserva han recibido capacitación para contextos de conflicto armado, incluidos los temas del Libro rojo.	4
	5. Los jefes de equipo y todos los integrantes han recibido capacitación sobre autocuidado y manejo del estrés.	5
	6. Se ha comunicado la política adoptada sobre prevención de la explotación y el abuso sexuales; se contempla un mecanismo confidencial de denuncia.	6
	7. Se ha comunicado la política adoptada sobre la denuncia de infracciones deontológicas y abusos sobre el terreno.	7
	8. Se ha redactado y comunicado el perfil de los jefes del equipo y de todos los miembros.	8
	9. En caso necesario, se han adoptado mecanismos de colaboración con grupos análogos que tengan experiencia en conflictos; estos mecanismos están documentados y son válidos tanto durante el despliegue como en las fases previas.	9
	10. Se ha adoptado un código de conducta que todos los miembros del equipo han entendido y firmado en manifestación de conformidad.	10
	11. Se han redactado y se han comunicado los protocolos y planes de evacuación del equipo (que luego se adaptarán en función de la misión).	11
12. Se han adoptado protocolos relativos a los familiares y las parejas en caso de lesiones, traumatismos, defunción, secuestro, desaparición, incomunicación y otras circunstancias graves.	12	

Categoría	Comprobación	X ✓
	13. Se ha establecido un plan de apoyo médico y psicosocial para después de la misión.	13
	14. Se ha redactado una política relativa al deber de cuidado para con el personal local, en la cual se contemplan todas las cuestiones de protección, remuneración, seguro y capacitación.	14
	En el terreno, para el equipo médico 15. Los jefes de equipo y todos los miembros aplican los principios del deber de cuidado durante las operaciones; las correspondientes listas de verificación de campo son parte de la capacitación y los materiales.	15
2. DIH y principios humanitarios básicos	Para la organización 16. Se ha comunicado la política relativa al cumplimiento del DIH.	16
	17. Se ha comunicado la política relativa al cumplimiento de los principios humanitarios básicos (humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia).	17
	18. Los jefes de equipo y todos los miembros han recibido capacitación práctica sobre el DIH.	18
	19. Marcas del equipo: se han acordado de antemano y ya están impresos los logotipos, la vestimenta y los emblemas protectores para las instalaciones, el personal y los vehículos, con instrucciones claras para los jefes de equipo y todos los integrantes en relación con el uso adecuado de los mismos.	19
	20. Se han repasado y acordado los protocolos (internos y externos) de comunicación (que comprenden tanto los medios tradicionales como las redes sociales).	20
	21. Los jefes de equipo y todos los miembros han recibido capacitación sobre técnicas y modelos de participación comunitaria.	21
	22. Los jefes de equipo han recibido capacitación sobre negociaciones humanitarias.	22
	En el terreno, para el equipo médico 23. Los jefes de equipo y los miembros se han comprometido a cumplir el DIH y los principios humanitarios básicos y se ha previsto un mecanismo para gestionar las infracciones.	23
	24. Los jefes de equipo actuarán como guardianes, responsables y personas influyentes en relación con las políticas y los planteamientos de esta lista; se habrá previsto un mecanismo para gestionar las infracciones.	24
	3. Seguridad, protección y bienestar del equipo	Para la organización 25. Se han adoptado procedimientos operativos estandarizados y protocolos redactados ex profeso en relación con la seguridad y la gestión de riesgos sobre el terreno, incluida la gestión de incidentes críticos.
26. Los jefes de equipo y todos los miembros han recibido capacitación sobre gestión de riesgos en conflictos armados y otros entornos inseguros.		26
27. Se han redactado ex profeso políticas relativas al uso de emblemas y logotipos por parte del equipo y en las instalaciones (adaptadas al contexto).		27
28. Se han adoptado medidas y se dispone de los materiales necesarios para la protección de la instalación: vallas, revestimientos, extintores, sacos de arena, iluminación y telecomunicaciones.		28
29. Se dispone de las señales de prohibición de portar armas en las instalaciones y los vehículos.		29
30. Se ha redactado una política en relación con el uso de escoltas y guardias armados como último recurso (salvo en el caso de equipos militares o de defensa civil).		30
31. Se han adoptado protocolos de evacuación médica y el equipo sabe cómo activarlos (incluido el personal de la sede central).		31

Categoría	Comprobación	X ✓	
Seguridad, protección y bienestar del equipo	32. Salud mental y apoyo psicosocial: se ha seleccionado personal especializado y se han realizado las sesiones informativas sobre la respuesta a conflictos y la capacitación en afrontamiento.	32	
	33. Amenazas QBRN: se han realizado planes de análisis de contexto, se ha impartido capacitación especializada y se dispone de material especializado.	33	
	En el terreno, para el equipo médico		
	34. El equipo ha nombrado a un coordinador o coordinadora de seguridad que ha recibido capacitación especial y posee las habilidades adecuadas para hacer de enlace con los agentes armados.	34	
	35. Se ha adoptado el compromiso formal (también por parte del personal local) de cumplir los protocolos de seguridad; las infracciones comportarán la suspensión del trabajo sobre el terreno y la imposición de medidas disciplinarias.	35	
	36. Precauciones QBRN: se han adoptado planes de vigilancia continua, sesiones informativas y simulacros o revisiones in situ sobre el uso de EPP; se han acordado planes correspondientes (incluida la gestión de rumores).	36	
	37. Salud mental y apoyo psicosocial: se vigilan los niveles de estrés del equipo y cómo los afronta; se ofrece apoyo en el terreno si es necesario.	37	
4. Coordinación	Para la organización		
	38. Los jefes de equipo y todos los miembros han recibido capacitación práctica sobre la importancia y los métodos de coordinación en conflicto armado y otros entornos inseguros.	38	
En el terreno, para el equipo médico			
39. Se ha adoptado un mecanismo de seguimiento y garantía de las contribuciones a las plataformas coordinadoras, la representación y el cumplimiento cuando esté indicado, con medidas precautorias para evitar dar una imagen de parcialidad o de ser parte en el conflicto.	39		
5. Violencia sexual y de género	Para la organización		
	40. Se ha adoptado y comunicado la política sobre la gestión de la violencia sexual y de género en el terreno.	40	
	41. Los jefes de equipo y todos los miembros han recibido capacitación para atender a las víctimas, con consideraciones especiales en relación con los menores de edad.	41	
	42. Se ha desplegado todo el material médico necesario para atender a las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género y de una violación.	42	
	43. Se ha adoptado una política de documentación confidencial y los correspondientes planes de actuación sobre el terreno, con modelos de consentimiento informado.	43	
	44. Los jefes de equipo y todos los miembros han recibido capacitación sobre sensibilización y protección confidenciales, incluidas las declaraciones a los medios de comunicación.	44	
	En el terreno, para el equipo médico		
45. Se garantiza el cumplimiento por parte del equipo y del personal local con la gestión de la violencia sexual y de género, prestando atención a la sensibilidad a la confidencialidad, la protección y la legislación local.	45		

6.

Categoría	Comprobación	X √
Atención clínica esencial de urgenciae	Para la organización	
	46. La organización cuenta con módulos específicos para la atención de las personas que son heridos de guerra y de problemas clínicos generales, según el tipo de misión.	46
	47. Los miembros del equipo médico tienen experiencia y titulación en su área de especialidad, han recibido la correspondiente capacitación e idealmente tienen experiencia en traumatología de guerra (cuando se despliegan como punto de estabilización traumatológica, tipo 2 o tipo 3, o como equipo especializado para la atención de las personas que son heridos de guerra).	47
	48. El equipo ha hecho planes para la consulta a otros especialistas, como teleconsultas para tratar casos complejos, en particular los que requieran reconstrucción y rehabilitación prolongada.	48
	49. El equipo cuenta con el personal, el equipamiento y el material fungible necesarios para facilitar la rehabilitación del paciente, no solo su atención aguda.	49
	En el terreno, para el equipo médico	
	50. El equipo y el personal actúan siempre dentro de los límites de sus competencias y derivan los pacientes según sea necesario y factible. Deben abogar por los pacientes y por su derecho a ser atendidos en niveles superiores de complejidad, derivándolos a centros de atención terciaria si es necesario, sea cual sea su procedencia o bando en el conflicto.	50
	51. A pesar de hallarse en medio de un conflicto, el equipo respeta y respalda siempre los servicios y el personal de salud del país, ayudando a capacitar al personal local si es posible, para que este asuma las funciones del equipo internacional, siguiendo los protocolos y estándares locales siempre que sea posible y apropiado en aras de la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.	51
	52. El equipo respeta los deseos de los pacientes que, por causa del miedo o de las amenazas, prefieran quedarse en el lugar en vez de ser derivados. Puede ser necesario hacer un esfuerzo especial y buscar soluciones clínicas novedosas, aprovechando los medios virtuales, para recibir ayuda de otros equipos que estén en el país o en el extranjero, sin dejar de proteger la confidencialidad del paciente en todo momento.	52
	Operaciones	Para la organización
53. Capacidad de analizar y evaluar el contexto de la misión, la propia preparación y la aptitud, la preparación ante los riesgos, las implicaciones jurídicas, la financiación y los recursos.		53
54. Materiales y suministros para ser autosuficientes durante el período previsto que vaya a durar la respuesta.		54
55. Material especial de documentación para pacientes, con confidencialidad y anonimato.		55
56. Inclusión de aspectos de sensibilidad cultural y de género en los planes de composición del equipo.		56
57. Política sobre rotación de equipos (por escrito y comunicada).		57
58. Preparación para las cuestiones siguientes: energía, iluminación, agua, saneamiento, alojamiento, residuos, informática, cocina, lavandería, climatización, refrigeración y esterilización, incluidas las medidas de protección física necesarias sobre el terreno.		58
59. Política y logística de reabastecimiento.		59
60. Capacitación en manejo de cadáveres y material especial.		60
61. Política y capacitación en medicina forense.		61

7.

Categoría	Comprobación	X ✓
Operaciones	En el terreno, para el equipo médico	
	62. Conocimiento detallado de los módulos, el material y el instrumental.	62
	63. Actitud y capacidad para desenvolverse sobre el terreno y tratar a la población local con dignidad, respeto, civismo y empatía.	63
	64. Capacidad de dirimir conflictos y dilemas éticos dentro del equipo, y con otros equipos.	64
65. Capacitación de los miembros con cursos y módulos técnicos, sobre seguridad y sobre resiliencia, en relación con las funciones asignadas y el contexto.	65	
8. Otras cuestiones	Para la organización	
	66. Política y orientaciones claras en relación con los medios de comunicación (locales e internacionales): contenido de las declaraciones, personas de contacto autorizadas y resolución de problemas, incluidas todas las redes sociales.	66
En el terreno, para el equipo médico		
67. Política y orientaciones claras en relación con los medios de comunicación (locales e internacionales): contenido de las comunicaciones, personas de contacto en el equipo, comunicaciones con la sede central, coordinación con otros equipos y gestión de problemas, incluidas todas las redes sociales.	67	

Anexo 2. Guía resumida para el despliegue y las operaciones ⁽¹⁶¹⁾

Cuestiones que se deben tener en cuenta a nivel de gerencia institucional y dirección del equipo sobre el terreno:

1. Evaluar el contexto y la situación del conflicto (y su evolución). Aprovechar los datos de las evaluaciones, que suelen compartirse abiertamente a través de la coordinación humanitaria y los portales y herramientas de información. Si no es así, contactar con los responsables de confianza asociados con el posible despliegue.
2. Seguir los principios. Las presiones políticas y de los medios de comunicación para actuar con rapidez deben equilibrarse con la necesidad de proporcionar una atención médica segura, específica y de calidad a todas las partes, lo cual tendrá mayor repercusión.
3. Seguir los estándares fundamentales. El caos de la guerra no es excusa para no prestar una atención ética y de calidad, solicitar el consentimiento de todas las partes y trabajar dentro de las competencias y el mandato de la praxis.
4. Coordinarse con los actores locales, nacionales e internacionales para suplir carencias, evitar duplicidades y ampliar la cobertura.
5. Evaluar la situación local de seguridad y los peligros del lugar; adoptar y comunicar los planes correspondientes, modificándolos según sea necesario.
6. Adoptar mecanismos de derivación con otros equipos y garantizar el seguimiento.
7. Hacer partícipes a las comunidades. Los líderes de la comunidad local, como los funcionarios municipales, los líderes religiosos, las entidades de mujeres, las escuelas, los empresarios y los grupos juveniles, conocen la situación del lugar y pueden suplir la falta de información, proporcionar asesoramiento sólido y ayudar a evitar errores costosos.
8. Comunicar. Hay que informar a las personas de cuándo y dónde podrán recibir asistencia médica. Hay que comunicarse con las organizaciones locales, los líderes comunitarios y los funcionarios gubernamentales, quienes a su vez pueden dirigirse directamente a las personas afectadas.
9. Capacitarse y aprender. Los trabajadores de salud de la localidad pueden aportar conocimientos y habilidades valiosos sobre las prácticas locales. Hay que integrar el fortalecimiento de capacidades y la capacitación para los trabajadores locales.
10. Proteger. Todas las sociedades tienen grupos vulnerables y los conflictos exponen a las personas a grandes sufrimientos y crueldades. La presencia de los equipos médicos puede ofrecerles cierto nivel de protección, apoyo y defensa de sus derechos, a fin de minimizar el impacto.
11. Planear la estrategia de salida. Habrá que tener en cuenta los posibles indicadores para la salida, los sistemas de seguimiento para medir el progreso hacia las condiciones de salida, la identificación de capacidades que se desarrollarán y el traspaso de las tareas asistenciales a otros profesionales.

Anexo 3. Materiales, medicamentos y otros artículos esenciales para la exploración clínica en casos de violencia sexual y de género

Los equipos médicos también deben asegurarse de que cuentan con todos los requisitos básicos para la exploración y el tratamiento de las personas sobrevivientes de violencia sexual, ya sean hombres o mujeres, así como adultos o niños. En la lista siguiente se indican los elementos esenciales (los marcados con un asterisco son los requisitos mínimos).

Lista de verificación para proporcionar atención clínica de calidad a las personas sobrevivientes de una violación o de violencia de pareja	
1. Protocolo	¿Disponible?
Protocolo médico redactado en el idioma del profesional*	
2. Recursos humanos (téngase en cuenta el sexo)	¿Disponible?
Profesionales de salud (locales) capacitados (cuando sea posible, es ideal disponer de un sistema de guardia las 24 horas)*	
Lo mejor es que haya una profesional que hable el mismo idioma que la persona sobreviviente. Si no es posible, durante la exploración debe estar presente una acompañante que elija la paciente, o bien otra trabajadora social o de salud* (es posible que los hombres prefieran que los atienda otro hombre)	
3. Mobiliario y entorno	¿Disponible?
Consultorio limpio, tranquilo, apto para niños y accesible, con acceso a un inodoro o letrina y con una puerta, cortina o biombo como protección de la intimidad*	
Mesa de exploración*	
Lámpara, preferiblemente fija (las linternas pueden asustar a los niños)*	
Lupa (o colposcopio)	
Acceso a un autoclave para esterilizar el material*	
Acceso a un laboratorio o microscopio y a un miembro del personal técnico capacitado	
Báscula y tabla de altura por edad para pacientes pediátricos	
4. Materiales	¿Disponible?
Espéculos* (solo tamaño adulto)	
Cinta métrica o regla para medir hematomas, laceraciones, etc.*	
Jeringas y agujas* (con aletas para niños) y tubos para las extracciones de sangre	

Material para precauciones universales (guantes, jabón, recipiente para eliminación de objetos contaminados y cortopunzantes)*	
Equipo de reanimación.*	
Instrumental estéril (kit) para reparación de desgarros y material de sutura*	
Depresor lingual (para inspección de los frenillos y lesiones bucales)	
Ropa (bata, tela, sábana) para tapar a la persona sobreviviente durante la exploración*	
Vestimenta para reemplazar la ropa rota o que se guarde como prueba forense	
Artículos higiénicos (toallas desechables o de tela)*	
Pruebas de embarazo	
Gestograma para determinar la edad gestacional	
Otros insumos que puedan ser necesarios para recoger o documentar pruebas forenses	
Peine para recoger material extraño atrapado en el vello púbico	
Hisopos de algodón, aplicadores o compresas para recoger muestras	
Portaobjetos de vidrio para líquido o preparaciones en seco (semen)	
Recipientes de laboratorio para el transporte de hisopos	
Hoja de papel para recoger restos mientras la persona se desviste	
Bolsas de papel para recoger pruebas	
Cinta de papel para sellar y etiquetar recipientes y bolsas	
5. Medicamentos (con dosis apropiadas según la edad)	¿Disponible?
Para el tratamiento de las ITS según el protocolo del país*	
Para la profilaxis posterior a la exposición al VIH*	
Píldora anticonceptiva de urgencia* o dispositivo intrauterino de cobre	
Toxoide tetánico, inmunoglobulina antitetánica*	
Vacuna contra la hepatitis B*	
Analgésicos* (p. ej., paracetamol)	
Ansiolíticos (p. ej., diazepam)	
Sedantes pediátricos (p. ej., diazepam)	

Anestesia local para las suturas*	
Antibióticos para heridas*	
6. Materiales administrativos	¿Disponible?
Formulario de consulta médica que incluya gráfico con pictogramas*	
Modelos de certificado médico y de parte medicolegal	
Directorio de derivaciones	
Guía práctica redactada en el idioma del profesional (p. ej., algoritmo terapéutico-asistencial, algoritmo de derivación)	
Modelos de consentimiento*	
Folletos informativos para los cuidados posteriores a la violación (para la persona sobreviviente)*	
Espacio de archivo, con cierre bajo llave y medidas de seguridad, para preservar la confidencialidad de las historias clínicas, o bien computadora protegida por contraseña para los archivos electrónicos*	

Anexo 4. Lista de verificación de la exploración física en caso de violación

Explorar todo lo siguiente	Buscar y documentar
Exploración física	
<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto general • Manos y muñecas, antebrazos, superficie interna de los brazos, axilas • Cara e interior de la cavidad bucal • Orejas y oídos, incluida la parte posterior de los pabellones auriculares • Cabeza • Cuello • Tórax, incluidas las mamas • Abdomen • Glúteos, muslos (incluida la cara interna), piernas, pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias activas o heridas recientes • Hematomas • Eritema o inflamación • Cortes o abrasiones • Signos de arrancamiento del cabello o el vello; signos de pérdida reciente de piezas dentarias • Traumatismos como mordeduras, incisiones o heridas de bala • Signos de lesiones internas y traumáticas en el abdomen • Rotura del tímpano
Exploración de la zona anogenital	
<ul style="list-style-type: none"> • Genitales (externos) • Genitales (internos, con espéculo) • Zona anal (externa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias activas o heridas recientes • Hematomas • Eritema o inflamación • Cortes o abrasiones • Presencia de cuerpos extraños

Anexo 5. Dificultades y dilemas

Véase el manual del Centro de Competencias de Negociación Humanitaria (CCHN) <https://frontline-negotiations.org/wp-content/uploads/2021/02/CCHN-Field-Manual-ES.pdf>.

Dificultades y dilemas

La capacidad de llevar a cabo la actividad médica humanitaria de manera segura requiere cierto grado de negociación, ya sea con autoridades de alto rango o con la propia familia, e incluso con uno mismo, algo que a menudo no es fácil.

La adecuada clasificación de los incidentes puede ser útil para moverse por las tensiones que surgen en una negociación humanitaria. En este sentido, la distinción entre dificultades y dilemas pretende ayudar a los agentes médicos a pasar de la parálisis a la acción, ya que cada uno de ellos implica una reacción y una respuesta diferentes.

Las dificultades se definen como factores inhibidores, obstáculos o barreras que entorpecen el proceso general y se abordan directa o indirectamente. Exigen estrategias de mitigación.

Los dilemas, por otro lado, plantean una elección forzosa entre dos alternativas, que a veces puede parecer imposible de decidir. En el fondo, es una cuestión de estándares frente a pragmatismo. Para resolverlos hay que tomar una decisión consciente, lo cual en muchos casos comporta renunciar a algo.

Anexo 6. Bibliografía

Capítulo

1. Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia, de la Asamblea Médica Mundial:
<https://www.wma.net/es/policias-post/principios-eticos-de-la-asistencia-de-salud-en-tiempo-de-conflicto-armado-y-otras-situaciones-de-emergencia>.

 "Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflict and Other Emergencies", presentación en PowerPoint de Asistencia de Salud en Peligro, con 35 diapositivas, casos prácticos e instrucciones para instructores:
<https://slideplayer.com/slide/12443221>.
2. Norma ISO 31000 "Gestión del riesgo – Directrices", de la Organización Internacional de Normalización:
<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:es>

 Norma HB 167 sobre gestión de riesgos de seguridad, de SAI Global Standards:
<https://infostore.saiglobal.com/en-au/Standards/HB-167-2006-568733>

 Voluntary Guidelines on the Duty of Care to Seconded Personnel, del Centro para Operaciones Internacionales de Paz (ZIF), 2017:
https://www.zif-berlin.org/sites/zif-berlin.org/files/inline-files/Voluntary_Guidelines_on_the_Duty_of_Care_to_Seconded_Civilian_Personnel_Final_170420_5.pdf

 Marco de acceso más seguro del CICR:
<https://www.icrc.org/es/acceso-seguro-para-todas-las-sociedades-nacionales> [en inglés]

 La gestión de cadáveres en situaciones de desastre, del CICR:
<https://shop.icrc.org/download/ebook?sku=0880/003-ebook>

 Incidentes químicos, biológicos, radiológicos o nucleares: el marco de la respuesta humanitaria del Comité Internacional de la Cruz Roja:
<https://international-review.icrc.org/es/articulos/incidentes-quimicos-biologicos-radiologicos-o-nucleares-el-marco-de-la-respuesta>

 El CICR y la seguridad operacional: seguridad del personal en conflictos armados y situaciones de violencia interna:
<https://international-review.icrc.org/es/articulos/el-cicr-y-la-seguridad-operacional-seguridad-del-personal-en-conflictos-armados-y>

 Sistema de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas:
https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms_policy_ebook.pdf [en inglés]

 Servicios de seguridad de la OMS: https://b2315f08-09cf-4a7a-b224-5b9df6403e51.usrfiles.com/ugd/b2315f_59d25533484d4430aede6ad4558aea66.pdf

 Programming in Access Constrained Environments, del Grupo de Acción Sanitaria: <https://library.alnap.org/help-library/programming-in-access-constrained-environments-practical-guidance>

Capítulo

Humanitarian Programming and Monitoring in Inaccessible Conflict Settings: A Literature Review, del Grupo de Acción Sanitaria: https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/humanitarian-programming-and-monitoring-in-inaccessible-conflict-settings.pdf?sfvrsn=c0d0dda3_1

Global Interagency Security Forum (GISF): <https://gisf.ngo>

Good Practice Review on Operational Security in Violent Environments, de HPN: https://odihpn.org/wp-content/uploads/2010/11/GPR_8_revised2.pdf

Gestión de riesgos de seguridad: una guía básica para las ONG pequeñas, de European Interagency Security Forum (EISF): <https://gisf.ngo/wp-content/uploads/2019/05/Gestio%CC%81n-de-riesgos-de-seguridad-Spanish.pdf>

Gestión de la violencia sexual contra el personal humanitario: prevención, preparación, respuesta y atención posterior, de GISF: https://gisf.ngo/wp-content/uploads/2020/07/EISF_Gestio%CC%81n-de-la-violencia-sexual_ES_online-Spanish.pdf

Broken Links: Psychosocial support for people separated from family members: A field guide, de la FICR: <http://pscentre.org/?resource=broken-links-psychosocial-support-for-people-separated-from-family-members-a-field-guide-english&selected=single-resource>

Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies – Delegate Handbook, de la FICR: <http://pscentre.org/?resource=mental-health-and-psychosocial-support-in-emergencies-delegate-handbook>

Marco de seguimiento y evaluación de los programas de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, del IASC: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support-programmes> [en inglés]

Operational Guidance for Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings, de la FICR: <http://pscentre.org/?resource=operational-guidance-for-child-friendly-spaces-in-humanitarian-settings>

Training for Implementers of Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings, de la FICR: <http://pscentre.org/?resource=child-friendly-spaces-tool-kit>

Activity Catalogue Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings, de la FICR: <http://pscentre.org/?resource=activity-catalogue-for-child-friendly-spaces-in-humanitarian-settings>

Assessing Mental health and psychosocial Needs and Resources in Humanitarian Contexts, de la FICR (véanse las herramientas especiales para centros de salud, páginas 42 a 55): <https://pscentre.org/?resource=assessing-mental-health-and-psychosocial-needs-and-resources-toolkit-for-humanitarian-settings>

El cuidado de los voluntarios: Conjunto de herramientas para el apoyo psicosocial, de la FICR: https://pscentre.org/wp-content/uploads/2018/02/volunteers_SP.pdf?wpv_search=true

Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support, del CICR; <https://shop.icrc.org/guidelines-on-mental-health-and-psychosocial-support-pdf-en>

Sexual and Gender-Based Violence – Training Guide, de la FICR: <http://pscentre.org/?resource=sexual-and-gender-based-violence-training>

Psychosocial Social Support for Youth in Post-Conflict Settings – A Trainer’s Handbook, de la FICR: <http://pscentre.org/?resource=psychosocial-support-for-youth-in-post-conflict-situations-manual>

Información, educación y comunicaciones: folletos informativos y otros materiales de la FICR: <https://pscentre.org/spanish/>

Capítulo

3. Plataformas y modalidades de coordinación

4. Minimum Initial Service Package (MISP) Reproductive Health in Crisis Situations, de Women's Refugee Commission (2011): <https://www.unhcr.org/4e8d6b3b14.pdf>

Strengthening the medico-legal response to sexual violence, de la OMS y UNODC (2015): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/197498>

Gestión de programas contra la violencia de género en situaciones de emergencia: Guía complementaria de aprendizaje virtual, del UNFPA: https://web.archive.org/web/20220119041002/https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide_spanish.pdf

5. Husum H., Gilbert M., Wisborg T., Van Heng Y., Murad M. "Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia". *J Trauma*. 2003; 54 (6): 1188-96. doi: 10.1097/01.TA.0000073609.12530.19.

WHO/ICRC Technical Meeting for Global Consensus on Triage (2017): <https://reliefweb.int/report/world/whoicrc-technical-meeting-global-consensus-triage-11-12-january-2017-meeting-report>

Buckner E.B., Anderson D.J., Garzon N., Hafsteinsdóttir T.B., Lai C.K., Roshan R. "Perspectives on global nursing leadership: international experiences from the field". *Int Nurs Rev*. 2014; 61(4): 463-71. doi: 10.1111/inr.12139.

Deeny P. y Davies K. "Nursing in Disasters, Catastrophes and Complex Emergencies Worldwide". En: Veenema T. (ed.): *Disaster Nursing and Emergency Preparedness: for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards* (4.ª edición, pp. 287-298). Springer Publishing Company.

Breakey S., Corless I.B., Meedzan N.L., Nicholas P.K. *Global health nursing in the 21st century*. Springer Publishing Company; 2015: <https://www.springerpub.com/global-health-nursing-in-the-21st-century-9780826118714.html>

Anaesthesia Handbook, del CICR: <https://www.icrc.org/en/publication/anaesthesia-handbook>

Gelb A.W. et al. Estándares internacionales para la práctica segura de la anestesia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA). *Anesth Analg*. 2018; 126 (6): 2047-2055. doi: 10.1213/ANE.0000000000002927. https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/WHO-WFSA-Standards_Spanish.pdf

Charlson F. et al. "WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis". *Lancet* 2019; 20; 394 (10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30934-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext)

El Manual Esfera, 2018: <https://spherestandards.org/es/manual-2018>
(véase la sección sobre salud mental del capítulo "Salud": p. ej., coordinar, evaluar, salud mental en la atención general de salud, primeros auxilios psicológicos, participación de la comunidad, intervenciones psicológicas, reducción de daños y apoyo de las instituciones)

Capítulo

Interagency Emergency Health Kit 2017: <https://www.who.int/emergencies/emergency-health-kits/interagency-emergency-health-kit-2017>

La salud mental en las situaciones de emergencia, página web de la OMS:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

Ensuring a coordinated and effective mental health response in emergencies, página web de la OMS:

<https://www.who.int/activities/ensuring-a-coordinated-and-effective-mental-health-response-in-emergencies>

6.

Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia

("Libro azul"): Disponible en español en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57880>.



Equipos médicos de emergencia
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street NW
Washington, DC 20037 (USA)
Correo electrónico: emt@paho.org

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

www.paho.org

