



ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD
QUE TRABAJA EN CONFLICTOS ARMADOS Y
EN OTRAS EMERGENCIAS

¡NO MÁS VIOLENCIA CONTRA
LA ASISTENCIA DE SALUD!

ES UNA
CUESTIÓN
DE **VIDA**
O MUERTE



CICR



CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
T + 41 22 734 60 01 F + 41 22 733 20 57
shop@icrc.org www.icrc.org
© CICR, mayo de 2013

Portada: André Lihon/CICR

ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

**RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD
QUE TRABAJA EN CONFLICTOS ARMADOS Y
EN OTRAS EMERGENCIAS**

Los autores principales de esta publicación son Robin Coupland y Alex Breitegger, asesores médico y jurídico del CICR, respectivamente. Desean agradecer la colaboración indispensable de la doctora Vivienne Nathanson, jefa de Actividades Profesionales, Asociación Médica Británica; el lugarteniente general retirado Louis Lillywhite, ex cirujano general de las fuerzas armadas británicas; el doctor Adam Kushner, director de Surgeons Overseas; así como los valiosos comentarios sobre las primeras versiones del documento formulados por numerosos colegas del CICR.

ÍNDICE

PREFACIO	7
ACERCA DE ESTA GUÍA	10
DEFINICIONES	12
1. INTRODUCCIÓN	17
1.1. Conflictos armados y otras emergencias: cuando más se necesita al personal de salud	18
1.2. Casos posibles	18
1.3. Responsabilidades y derechos: jurídicamente vinculados	19
1.4. Ver la situación con realismo	20
2. SUS RESPONSABILIDADES	25
2.1. Aspectos generales	26
2.2. Responsabilidades que siempre debe cumplir	26
2.3. Responsabilidades que debería cumplir, de ser posible	28
3. LAS FUENTES DE SUS RESPONSABILIDADES	31
3.1. Aspectos generales	32
3.2. El principio de humanidad	33
3.3. Derecho internacional humanitario	34
3.4. Derecho internacional de los derechos humanos	37
3.5. Ética de la asistencia de salud (ética médica)	39
3.6. Cuando los trabajadores de la salud son testigos de violaciones del derecho internacional	43
4. SUS DERECHOS	45
4.1. Aspectos generales	46
4.2. Sus derechos en los conflictos armados	46
4.3. Sus derechos en otras emergencias	47

5.	LOS EMBLEMAS DE LA CRUZ ROJA, LA MEDIA LUNA ROJA Y EL CRISTAL ROJO	49
5.1.	Tres emblemas distintivos	50
5.2.	Uso protector de los emblemas	50
5.3.	Uso indicativo de los emblemas	52
5.4.	Abuso de los emblemas	52
6.	POR UNA ASISTENCIA DE SALUD DE CALIDAD ADECUADA	55
6.1.	Aspectos generales	56
6.2.	Por una asistencia de salud de calidad adecuada en conflictos armados y en otras emergencias	57
6.3.	Evaluar el desempeño	59
6.4.	Reconocer cuándo la calidad de la asistencia de salud no es aceptable	60
6.5.	Cuándo es imposible prestar asistencia de salud	61
6.6.	Orientaciones generales	62
7.	ASISTENCIA DE SALUD PARA PERSONAS CON VULNERABILIDADES PARTICULARES	65
7.1.	Aspectos generales	66
7.2.	Vulnerabilidades específicas de las mujeres	66
7.3.	Vulnerabilidades específicas de los niños	66
7.4.	Vulnerabilidades específicas de las personas mayores	67
7.5.	Vulnerabilidades específicas de las personas con discapacidades	67
7.6.	Víctimas de violencia sexual	68
8.	IMPORTAR ASISTENCIA DE SALUD DURANTE CONFLICTOS ARMADOS Y OTRAS EMERGENCIAS	71
8.1.	Aspectos generales	72
8.2.	Cuestiones críticas	73

9.	HISTORIAS CLÍNICAS Y TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN RELATIVA A LA ASISTENCIA DE SALUD	77
9.1.	Aspectos generales	78
9.2.	Qué son las historias clínicas y por qué es necesario elaborarl	79
9.3.	Adaptar las historias clínicas al contexto	80
9.4.	Transmisión de información	81
10.	PERSONAS AGONIZANTES, PERSONAS FALLECIDAS Y RESTOS HUMANOS	85
10.1.	Aspectos generales	86
10.2.	El “derecho a saber”	87
10.3.	Sus responsabilidades	87
11.	RECOGER DATOS Y SER TESTIGO DE VIOLACIONES DEL DERECHO INTERNACIONAL	91
11.1.	Aspectos generales	92
11.2.	El “dilema de los datos”	92
11.3.	¿Qué información podría ser “sensible”?	93
11.4.	Pautas para abordar el dilema de los datos	94
12.	LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	97
12.1.	Aspectos generales	98
12.2.	Orientaciones generales	98
13.	SU RESPONSABILIDAD RESPECTO DE SU PROPIA PERSONA	101
13.1.	Consejos generales	102
13.2.	Estrés	102
14.	PARA RESUMIR	105



Please, no weapons of any kind
allowed in the hospital



Thank you
for your
understanding

نشكر تعاونكم
وتفهمكم

رجاءا غير مسموح بحمل الاسلحة
في المستشفى

JUBA TE
الطبي



ICRC

ليب الاحمر

PREFACIO

El cometido del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) es prestar protección y asistencia a las víctimas de conflictos armados y disturbios internos¹, así como “tomar las iniciativas humanitarias que correspondan a su cometido de institución y de intermediario específicamente neutrales e independientes”². Ninguna actividad es más representativa de ese cometido que la prestación o la promoción de asistencia de salud a los heridos y los enfermos, a veces en las circunstancias más difíciles.

Mediante la prestación de asistencia de salud en forma eficaz e imparcial, es posible reducir el sufrimiento y la pérdida de dignidad que afectan a las personas heridas o enfermas en conflictos armados y en otras emergencias. El CICR cuenta con considerable experiencia en diversas actividades de asistencia sanitaria en favor de heridos y enfermos en situaciones de esa índole, como primeros auxilios, atención hospitalaria y rehabilitación física. El personal que ha acumulado esa experiencia no sólo ha prestado asistencia de salud, sino que también ha aprendido que esa prestación en conflictos armados y en otras emergencias da lugar a nuevos dilemas y responsabilidades. Cabe observar que los derechos relativos al personal de salud no son absolutamente inamovibles, sino que pueden variar en función de las circunstancias.

1 Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, art. 5 (2) (d).

2 Al tomar esas iniciativas, debe “estudiar las cuestiones cuyo examen incumba a tal institución”. V. Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, art. 5 (3).

El personal de salud debe conocer exhaustivamente sus responsabilidades y sus derechos y comprender que pueden cambiar en función de si la situación en la que están desplegando sus actividades constituye un conflicto armado o no. Ese conocimiento le permitirá fortalecer el diálogo con las autoridades y los actores armados correspondientes.

En 1982, el CICR publicó un manual sobre *Derechos y deberes del personal sanitario en los conflictos armados*, redactado por la Dra. Alma Baccino-Astrada³. Ese valioso trabajo ha servido como referencia para el personal de salud que trabaja en conflictos armados en todo el mundo. Sin embargo, ahora son poco frecuentes los conflictos armados tradicionales, en los que se enfrentan dos adversarios militares. Por su propia naturaleza, en los conflictos armados contemporáneos y en otras emergencias, como la violencia urbana y los disturbios, participan actores armados y civiles, sobre todo cuando los “insurgentes” se ocultan entre la población. Para los heridos y los enfermos, así sean militares o civiles, puede ser difícil obtener acceso a las instalaciones de salud de las que normalmente dependen. En esos contextos, existe el riesgo de que se violen el derecho de los heridos y los enfermos a una asistencia de salud eficaz e imparcial por razones políticas o de “seguridad”. Por ejemplo, a veces se ordena a médicos y enfermeros que no atiendan a los combatientes heridos de una de las partes en conflicto. Actualmente, los actores armados que participan en numerosos conflictos armados y otras emergencias no respetan ese derecho, si bien deriva de la noción esencial de humanidad, que es la base del derecho internacional humanitario (en adelante, derecho humanitario) y del derecho internacional de los derechos humanos (en adelante, derechos humanos). Paralelamente, el personal de salud debe atender a varias y complejas consideraciones de orden ético. Sin dudas, es necesario contar con una guía actualizada para el personal de salud que trabaja en

3 Baccino-Astrada, Alma, *Derechos y deberes del personal sanitario en los conflictos armados*, CICR, Ginebra, 1982.

conflictos armados y en otras emergencias. El CICR espera que esta guía responda a esa necesidad, aliente al personal de salud a reconocer su papel en lo relativo al respeto del derecho humanitario y los derechos humanos, y contribuya al debate sobre la ética del personal de salud en conflictos armados y en otras emergencias.

Si bien esta guía está destinada al personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias, la cuestión principal es, en última instancia, la violencia, tanto los hechos como las amenazas de violencia, contra el personal y las instalaciones de salud. El personal que presta asistencia de salud no puede solucionar esta cuestión en forma adecuada. Esa responsabilidad recae en las autoridades y en otros actores armados. En efecto, tienen la obligación de garantizar la búsqueda, el traslado, la protección y la atención de los heridos y los enfermos. Y esa responsabilidad abarca también la seguridad de cada uno de los aspectos de la asistencia de salud.

Yves Daccord

Director general del CICR

ACERCA DE ESTA GUÍA

La finalidad de esta guía es ayudar al personal de asistencia de salud a adaptar sus modalidades de trabajo a las exigencias de los conflictos armados y otras emergencias. La prestación de atención médica en esas circunstancias puede dar lugar a numerosos dilemas imprevistos. Esta guía no puede brindar respuestas a esos dilemas, pero sí alimenta la reflexión y el debate, facilita la toma de decisiones e idealmente ofrece orientación sobre la práctica en las circunstancias más difíciles.

Tal vez sea difícil abordar los temas incluidos en la guía durante un conflicto armado u otra emergencia. El personal de salud debe considerar *en forma previa* las responsabilidades que le incumben en los conflictos armados y en otras emergencias, es decir que debe hacerlo antes de asumir la responsabilidad atender a los heridos y los enfermos. Es fundamental conceder tiempo y consideración a estas cuestiones de antemano. Deberían formar parte de la formación y la práctica de todo el personal de salud.

Médicos, enfermeros, paramédicos, fisioterapeutas, odontólogos, administradores de hospitales, conductores de ambulancias, guardias y trabajadores humanitarios: estos son sólo algunos de los destinatarios de esta guía. Este enfoque inclusivo refleja la definición amplia de “personal sanitario” en el derecho humanitario ⁴. Ha de observarse

⁴ El artículo 8 (c) del Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra, del 8 de junio de 1977, establece lo siguiente: “se entiende por personal sanitario las personas destinadas por una Parte en conflicto exclusivamente a los fines sanitarios enumerados en el apartado e), o a la administración de las unidades sanitarias o al funcionamiento o administración de los medios de transporte sanitarios. El destino a tales servicios podrá tener carácter permanente o temporal”.

que esta definición abarca el personal de salud tanto militar como civil. Gran parte del contenido de esta guía también es aplicable a los socorristas.

Esta guía se refiere a la prestación de asistencia de salud eficaz e imparcial a las personas que están heridas o enfermas por haber participado en conflictos armados o en otras emergencias, o por haber resultado directamente afectadas por éstas. *No* abarca las numerosas y complejas cuestiones relativas a la salud de las personas detenidas en esas circunstancias.

Una guía destinada al personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias no estaría completa si no considerara la responsabilidad de los trabajadores de la salud de cuidarse a sí mismos. Y ello responde al sentido común: un trabajador de la salud herido o enfermo, o física y emocionalmente exhausto, no estará en condiciones de prestar asistencia sanitaria.

DEFINICIONES

A los fines de esta guía, se utilizarán las siguientes definiciones.

CONFLICTO ARMADO

Se entiende por conflicto armado internacional toda situación en la que dos o más Estados recurren a la fuerza; son conflictos armados no internacionales los enfrentamientos armados prolongados entre las fuerzas armadas gubernamentales y las fuerzas de uno o más grupos armados, o entre esos grupos, en el territorio de un Estado Parte en los Convenios de Ginebra de 1949.

OTRAS EMERGENCIAS

Situaciones que no alcanzan el nivel de intensidad de un conflicto armado, durante las cuales las medidas de seguridad o los incidentes relativos a la seguridad pueden tener consecuencias graves para las personas que necesitan asistencia de salud eficaz e imparcial. Esas consecuencias pueden ser: muertes, agravamiento de heridas, enfermedades o afecciones, u obstaculización de los programas de salud preventiva. Las medidas o incidentes mencionados adoptan diferentes formas: violencia contra las personas que necesitan asistencia de salud; violencia contra el personal, las instalaciones o los vehículos sanitarios; ingreso de las fuerzas armadas, las fuerzas de seguridad u otros individuos armados en las instalaciones sanitarias con la intención o la consecuencia de interrumpir la prestación de servicios de asistencia de salud; impedimento arbitrario o demora del paso de los vehículos sanitarios en los puestos de control; o simplemente, inseguridad generalizada

en una zona afectada por una situación de emergencia. En esas circunstancias, y en función de la urgencia de las necesidades de ayuda humanitaria, el personal de salud, incluido el personal y los voluntarios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, aunque no sólo ellos, pueden ser convocados para prevenir y aliviar el sufrimiento humano.

Durante esas “otras emergencias”, la violencia es cometida por grandes grupos de personas (que pueden ser representantes del Estado o no) que actúan como entidad colectiva. El término “otras emergencias” no abarca la violencia interpersonal entre, por ejemplo, parejas o instituciones, como escuelas, lugares de culto, cárceles u hospicios.

AUTORIDAD

Toda entidad estatal o no estatal responsable, en el derecho interno o en el derecho internacional, del comportamiento de los actores armados y/o el bienestar de la población.

ACTORES ARMADOS

Personas que portan armas en nombre de una autoridad; por ejemplo, personal militar, personal encargado de mantener el orden, de las fuerzas de seguridad o de grupos armados organizados.

ASISTENCIA DE SALUD

Prevención, diagnóstico, tratamiento o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, así como medidas para garantizar la salud de las madres y los hijos de corta edad.

El término también abarca las actividades para que los servicios de asistencia de salud tengan acceso a los heridos y los enfermos, o para apoyarlo (actividades de búsqueda, recolección o transporte de heridos y enfermos, o administración de instalaciones de salud)⁵.

5 El artículo 8 (c) del Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra, del 8 de junio de 1977, establece lo siguiente: “se entiende por personal sanitario las personas destinadas por una Parte en conflicto exclusivamente a los fines sanitarios enumerados en el apartado e), o a la administración de las unidades sanitarias o al funcionamiento o administración de los medios de transporte sanitarios. El destino a tales servicios podrá tener carácter permanente o temporal”. Esta definición es coherente con lo establecido en el derecho humanitario y en los derechos humanos. El artículo 8 (e) del Protocolo adicional I da la siguiente definición de “fines sanitarios”: “la búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico o tratamiento (incluidos los primeros auxilios) de los heridos, enfermos y náufragos, así como la prevención de las enfermedades”. Una lista prácticamente idéntica se incluye en el artículo 24 del primer Convenio de Ginebra de 1949. El término “heridos y enfermos”, en el artículo 8 (a) del Protocolo adicional I, incluye a todas las personas “que debido a un traumatismo, una enfermedad u otros trastornos o incapacidades de orden físico o mental, tengan necesidad de asistencia o cuidados médicos y que se abstengan de todo acto de hostilidad”, así como a todas las personas que no estén heridas o enfermas en el sentido usual del término, es decir “las parturientas, los recién nacidos y otras personas que puedan estar necesitadas de asistencia o cuidados médicos inmediatos, como los inválidos y las mujeres encintas, y que se abstengan de todo acto de hostilidad”. Además, conforme al derecho humanitario, las personas que, estrictamente hablando, no realizan actividades médicas, como los administradores de hospitales o los conductores de ambulancias, también se consideran parte del “personal médico” (v. el artículo 8 (c) del Protocolo adicional I).

Con respecto al derecho de los derechos humanos, el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12). A fin de cumplir sus obligaciones conforme al mencionado Pacto, los Estados Partes deben tomar todas las medidas necesarias para, *inter alia*, “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” (art. 12 (2) (c)), “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (art. 12 (2) (a)); y “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (art. 12 (2) (d)). Ello abarcaría actividades como búsqueda, recolección y transporte de heridos y enfermos, cuya finalidad sería dar acceso a la asistencia de salud, los insumos médicos y los servicios médicos. El derecho de acceso a las instalaciones sanitarias, los insumos médicos y los servicios médicos sin discriminación alguna ha sido establecido por el Comité de derechos económicos, sociales y culturales en su observación general 14 del año 2000, como una obligación básica inderogable de los Estados Partes en el Pacto.

PERSONAL DE SALUD

Todas las personas que trabajan en el área de la asistencia de salud:

- personas con calificaciones de asistencia de salud profesionales, por ejemplo médicos, enfermeros, paramédicos, fisioterapeutas y farmacéuticos;
- personas que trabajan en hospitales, clínicas y puestos de primeros auxilios, conductores de ambulancias, administradores de hospitales o personal que trabaja en la comunidad a título profesional;
- personal y voluntarios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que participa en tareas de asistencia de salud;
- personal “médico” de las fuerzas armadas;
- personal de organizaciones internacionales orientadas a la salud y de organizaciones no gubernamentales;
- socorristas.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Conflictos armados y otras emergencias: cuando más se necesita al personal de salud

Inevitablemente, en los conflictos armados y en otras emergencias, numerosas personas resultan heridas o enfermas. Cuanto más intensa y generalizada es la violencia, más se necesita al personal de salud. Sin embargo, suele suceder que las mayores necesidades se registran cuando es más difícil prestar asistencia de salud. Para el personal de asistencia de salud que trabaja en entornos inseguros, puede ser particularmente complejo identificar y cumplir sus responsabilidades precisamente cuando es más difícil pensar con claridad acerca de esas responsabilidades. Tal vez sea la primera vez que los trabajadores de la salud se vean obligados a reflexionar sobre sus derechos, e incluso puede suceder que ni siquiera sepan qué derechos les corresponden.

1.2. Casos posibles

Los conflictos armados y otras emergencias plantean numerosos y complejos dilemas al personal que presta asistencia de salud. A continuación se presentan varios casos posibles. ¿Qué haría usted en cada uno de ellos?

- Usted es un médico militar. Tras una serie de intensos enfrentamientos, diez soldados heridos son trasladados a su hospital quirúrgico móvil. Dos de los heridos pertenecen al enemigo; uno de ellos tiene una grave herida abdominal. Un comandante le ordena no atender a los soldados enemigos heridos hasta más tarde.
- Usted es el conductor de una ambulancia de la Cruz Roja y se está dirigiendo a una parte de un poblado donde hay civiles heridos. En un puesto de control, un soldado no le permite pasar. El soldado, que es agresivo, le dice que las ambulancias de la Cruz Roja llevan armas a los insurgentes.
- Usted es el jefe de enfermería de un hospital dirigido por un organismo de socorro orientado a la asistencia de salud. Los medios de comunicación tienen claro interés en el conflicto que está librándose en su zona.

Un colega que desea “mostrar al mundo lo que está sucediendo” permite el ingreso de un equipo de cámaras de la televisión a su sala de urgencias para captar imágenes del sufrimiento de los heridos y del trabajo del hospital, exigido más allá de su capacidad.

- Usted es farmacéutico del principal hospital público de su localidad, adonde ha ingresado un alto número de personas que resultaron heridas durante la violencia que se produjo en el poblado. Usted tiene la llave de la farmacia, que contiene todos los medicamentos esenciales. Por la mañana, cuando tiene que ir a trabajar, no está seguro de poder llegar hasta el hospital en condiciones de seguridad.
- Usted es administrador de un hospital. Ha habido intensos enfrentamientos en los alrededores a lo largo de los últimos diez días. La morgue del hospital, que ha estado sobreexigida, no puede seguir manteniendo cadáveres no identificados o no reclamados.
- Usted es un médico del ejército que porta sólo una pistola y lleva un brazalete de la cruz roja. Está prestando primeros auxilios a un camarada herido. Como están concluyendo los prolongados e intensos enfrentamientos contra tropas enemigas superiores en número, es probable que su pequeña unidad sea capturada.

Ninguno de estos casos es poco frecuente. Todos ponen en evidencia las difíciles decisiones que debe tomar el personal de salud al cumplir sus responsabilidades en conflictos armados y en otras emergencias.

1.3. Responsabilidades y derechos: jurídicamente vinculados

Las personas que resultan heridas o que caen enfermas durante conflictos armados u otras emergencias están protegidas por numerosos instrumentos jurídicos internacionales (sección 3). No deben ser atacadas ni sometidas a ningún tipo de violencia o atentado contra su dignidad. Además, tienen derecho a recibir atención médica, lo que les confiere más protección. Las responsabilidades del

personal de salud derivan de esos derechos de los heridos y los enfermos, así como del deber profesional. Sus responsabilidades pueden llevarlo a actuar (por ejemplo, atender a los heridos y los enfermos en forma humana, eficaz e imparcial) o a abstenerse de hacer determinadas cosas (por ejemplo, experimentar con las personas que está atendiendo). En los conflictos armados, dado que usted, como trabajador de la salud, tiene estas responsabilidades, el derecho humanitario le confiere algunos otros derechos (sección 4).

1.4. Ver la situación con realismo

En todas las circunstancias, rigen dos condiciones necesarias para la prestación de asistencia de salud a los heridos y los enfermos:

- la disponibilidad de infraestructura y material;
- la aplicación, por parte del personal de salud, del conocimiento y la experiencia profesional en el marco de una relación de confianza.

La asistencia de salud es vulnerable a una serie de factores en conflictos armados y otras emergencias porque es posible que no se reúna alguna o ninguna de esas condiciones. Los siguientes son algunos de los factores más importantes: falta de acceso de los heridos y los enfermos a las instalaciones de asistencia de salud; edificios inadecuados o destruidos; falta de materiales o de personal calificado; sobreexigencia de la capacidad existente. De todos modos, aun en las condiciones más rudimentarias, cuando se carece del material necesario, es posible prestar asistencia de salud en forma eficaz. “La aplicación, por parte del personal de salud, del conocimiento y la experiencia profesional en el marco de una relación de confianza” sigue siendo posible. Sin embargo, el factor que más peso tiene es el de la falta de seguridad; también es el más difícil de abordar. Cuando usted, sus colegas y las personas a las que están procurando atender están en peligro, con miedo, fatiga o en estado de conmoción, puede ser

difícil o imposible prestar incluso las formas más básicas de tratamiento, y la noción fundamental de confianza puede perder pertinencia.

También deberá tener en cuenta que la asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias ofrece muchas oportunidades a los inescrupulosos de realizar actividades peligrosas o poco éticas a gran escala, por ejemplo distribuir, recetar o vender medicamentos vencidos, inadecuados o falsos. Quienes participan en esas actividades se aprovechan de las circunstancias, de la vulnerabilidad de heridos y enfermos, y de la ausencia de control de la asistencia de salud en esas situaciones.

Cuando están exigidos al límite de su capacidad física y psicológica, para muchos trabajadores de la salud que intervienen en situaciones peligrosas es muy difícil pensar estas cuestiones vinculadas a sus responsabilidades. Pero, cuanto más grave es la situación por lo que se refiere a los factores que hemos mencionado, más importancia cobran esas cuestiones. Lamentablemente, cuando el personal de salud se ve confrontado a esos dilemas, sus reacciones suelen ser muy emocionales. Son tristemente frecuentes y muy indignas las encendidas disputas entre el personal de salud, en medio de grandes números de heridos y enfermos. Se las debe evitar. Por otro lado, en algunas circunstancias difíciles, una charla tranquila con los colegas puede ser imposible; y cuando es posible, a veces no resulta útil o lleva a los participantes a ser excesivamente críticos entre ellos, o parece ser ambas cosas. En resumen, sus capacidades intelectuales se verán más requeridas justamente cuando es más difícil aplicarlas.

Otro factor importante, que puede constituir una limitación, son los medios de comunicación. Los conflictos armados y otras emergencias se cuentan entre los temas más importantes que abordan los medios de comunicación a nivel mundial. Los medios tienen un importante papel que

cumplir en atraer la atención hacia la situación, y el personal de salud puede ser fuente de imágenes e historias de interés periodístico. Sin embargo, los periodistas a veces son extremadamente indiscretos. Frente a las preguntas de la prensa, muchos trabajadores de la salud sienten que deben “contar su historia”, dar su opinión o responder a los pedidos de acceso a los heridos y los enfermos. Lo cual tal vez no sea del interés del personal de salud ni de las personas que están siendo atendidas. Por otro lado, el personal de asistencia de salud suele dar testimonios (que automáticamente se consideran autorizados) sobre la índole y la magnitud de la violencia, las armas empleadas o los efectos de la violencia. Más allá de que esos testimonios sean precisos o no, sin duda tienen implicaciones políticas y de seguridad. Por ello, en esta guía se han incluido secciones sobre el personal de salud como testigo de violaciones del derecho internacional y su interacción con los medios de comunicación (secciones 11 y 12).

Deberá recordar también que sus derechos y sus responsabilidades, tal como los define el derecho, pueden variar en función de si está trabajando en una unidad de asistencia de salud civil o militar, o en un conflicto armado o en otra emergencia. En particular, algunos de los derechos especiales conferidos al personal de asistencia de salud en el derecho humanitario sólo son aplicables en situaciones de conflicto armado (sección 4).



2. SUS RESPONSIBILIDADES

2.1. Aspectos generales

Las responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias, cuya lista figura a continuación, se basan en el principio de humanidad y derivan, sobre todo, del derecho humanitario, los derechos humanos y la ética de la asistencia de salud. Sin embargo, algunas de ellas derivan de la práctica establecida o basada en el sentido común. Algunas responsabilidades son “absolutas”, es decir que usted “debe cumplirlas siempre”. Otras pueden ser difíciles de cumplir en determinadas circunstancias, por lo tanto: “debería cumplirlas, de ser posible”.

2.2. Responsabilidades que siempre debe cumplir

En todas las circunstancias, sus responsabilidades absolutas son las siguientes:

- brindar un trato humano a los heridos y los enfermos;
- no abandonar a los heridos y los enfermos;
- no participar en ningún acto de hostilidad, si desea estar protegido como personal médico en virtud del derecho humanitario⁶;
- no crear una amenaza inmediata para la vida o la integridad de terceros, si desea estar protegido del uso de la fuerza, en virtud de los derechos humanos;
- recordar a las autoridades su obligación de buscar y recoger a los heridos y los enfermos, así como de garantizar el acceso de éstos a la atención médica sin distinción alguna basada en motivos que no sean su condición médica;

⁶ En los conflictos armados, el derecho humanitario permite que el personal “médico” asignado a las partes en conflicto porten “armas individuales ligeras” para defenderse y para defender a los heridos y los enfermos que estén a su cuidado. Son “armas individuales ligeras” las que generalmente pueden portar y emplear las personas: por ejemplo, pistolas y rifles militares. Las armas más pesadas, que no pueden ser transportadas con facilidad por una persona y que deben ser operadas por varias personas, no están permitidas por el derecho humanitario. Cuando el personal “médico” realiza actos hostiles que exceden la defensa propia, pierde la protección conferida por el derecho. En todas las demás situaciones, el derecho interno aplicable es el que determina si el personal de salud puede portar armas o no.

- sensibilizar sobre la necesidad de prestar atención médica en forma eficaz e imparcial, y prestarla, a los heridos y los enfermos sin distinción alguna;
- no correr riesgos indebidos al cumplir sus obligaciones;
- respetar los deseos, la confianza y la dignidad de cada persona herida o enferma;
- proteger a los heridos y los enfermos de la curiosidad pública y la atención de los medios de comunicación⁷;
- no aprovecharse de la situación de vulnerabilidad de los heridos y los enfermos, con fines personales;
- no practicar ningún tipo de experimento con los heridos y los enfermos sin su consentimiento válido y auténtico;
- asegurarse de que sus prácticas sean compatibles con el derecho humanitario, los derechos humanos y la ética de la asistencia de salud;
- dar especial consideración a la mayor vulnerabilidad de las mujeres, los niños, los ancianos y los discapacitados, así como a sus necesidades específicas de atención médica;
- dar especial consideración a las necesidades específicas de atención médica de las víctimas de violencia sexual;
- respetar el derecho de las personas de conocer el paradero de sus familiares desaparecidos;
- recordar que, durante los conflictos armados y otras emergencias, el personal de salud se vuelve más susceptible a las prácticas inescrupulosas y a la distribución de material y de medicamentos de baja calidad o falsos;
- alentar a las autoridades a reconocer sus obligaciones en virtud del derecho humanitario y de otros conjuntos normativos pertinentes del derecho internacional en relación con la protección del personal y la infraestructura de salud en conflictos armados y otras emergencias;

⁷ Lo cual incluye visitas con fines mediáticos por parte de importantes figuras políticas. Esta obligación también se aplica, con especial fuerza, cuando hay importantes figuras políticas entre los heridos y los enfermos.

- hacer todo lo que esté a su alcance para evitar represalias contra los heridos y los enfermos, y contra los trabajadores y las instalaciones de salud;
- negarse a obedecer órdenes ilícitas o que lo obliguen a actuar en contradicción con la ética médica⁸;
- conocer su obligación jurídica de informar a las autoridades del brote de enfermedades o condiciones a señalar.

2.3. Responsabilidades que debería cumplir, de ser posible

En otras situaciones, la prestación de asistencia de salud puede verse comprometida, pero de todos modos se plantean varios dilemas. De ser posible, usted debería cumplir las siguientes responsabilidades:

- considerar debidamente toda doble lealtad que podría presentársele y analizarla con los colegas y con la autoridad que corresponda;
- escuchar y respetar las opiniones de los colegas;
- reflexionar sobre la calidad de atención adecuada a la situación y mejorarla;
- informar a sus superiores de toda conducta falta de ética por parte de colegas;
- ser identificable como prestador de salud y por medio de un emblema distintivo, si está autorizado a portarlo (sección 5);
- llevar historias clínicas adecuadas;
- prestar apoyo para restablecer y mantener la prestación de atención médica civil interrumpida a causa de conflictos armados o de otras emergencias;

⁸ Esta obligación incumbe, principalmente, al personal médico militar que trabaja en conflictos armados. Si bien el derecho humanitario establece que no se puede castigar a una persona por negarse a obedecer una orden ilícita o una orden que implique una contravención de la ética médica, se ha de reconocer que la aceptación de una orden de esa naturaleza (que puede consistir incluso en prestar asistencia para cometer un crimen de guerra) podría excusarse en circunstancias excepcionales, por ejemplo, cuando la negativa a obedecer podría poner en riesgo la vida de la persona que se niega).

- informar a su jefe o a las autoridades pertinentes si no se está dando respuesta a las necesidades de asistencia sanitaria;
- considerar cómo usted y otros trabajadores de la salud podrían atenuar o mitigar las consecuencias del conflicto o de la emergencia, por ejemplo abordando las violaciones del derecho humanitario o de los derechos humanos;
- informar a las autoridades o a otros responsables acerca de todo incidente de seguridad.



3. LAS FUENTES DE SUS RESPONSABILIDADES

3.1. Aspectos generales

Las personas que resultan heridas o que caen enfermas en conflictos armados y en otras emergencias deben ser respetadas y protegidas; además, se les debe prestar atención de salud en forma eficaz e imparcial. Estos derechos, rara vez cuestionados, se basan en el derecho internacional, formado por normas derivadas de tratados (en general convenios o protocolos), a los que se han adherido los Estados. Los Estados que aceptan obligarse por un tratado deben adaptar su derecho interno de conformidad con ese tratado, cuando es necesario. Otras normas del derecho internacional derivan del “derecho internacional consuetudinario”, cuya importancia reside en el hecho de que rige para todos los Estados, más allá de que se hayan adherido o no a los tratados pertinentes o los hayan ratificado y en que pueden contener normas que no figuran en los tratados⁹.

Los dos principales conjuntos de normas del derecho internacional que incumben a sus tareas son:

- el derecho internacional humanitario o **derecho humanitario**, y
- el derecho internacional de los derechos humanos o **derechos humanos**.

Los derechos humanos protegen a las personas en todas las circunstancias, es decir en tiempo de paz y durante las emergencias o los conflictos armados. El derecho humanitario se elaboró específicamente para las situaciones de conflicto armado. En general, en estas situaciones, se aplican tanto el derecho humanitario como los derechos humanos. Sin embargo, el derecho humanitario suele contener normas más precisas: cuando corresponde, prevalece por sobre los derechos humanos. Por ejemplo, el derecho humanitario, y no el derecho de los derechos humanos, contiene disposiciones que protegen específicamente al personal de asistencia de salud. Por otro lado, en las emergencias que no son conflictos

⁹ Las normas del derecho internacional consuetudinario se originan en el reconocimiento jurídico (*opinio juris*) de la práctica virtualmente uniforme, extensa y representativa de los Estados en determinado ámbito.

armados, se aplican sólo los derechos humanos. El derecho interno de cada Estado, que incorpora las obligaciones internacionales, también forma parte del marco jurídico aplicable.

Pero sus responsabilidades como trabajador de la salud no derivan sólo del derecho (internacional e interno). También se basan en la ética relativa a la asistencia de salud, en la práctica establecida y en el sentido común, como se explica en la sección 2. Sin embargo, en última instancia, lo que preserva la prestación de asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias es el principio de humanidad; además, el derecho humanitario, los derechos humanos y la ética de la asistencia de salud se apoyan en ese principio, en el que también se sustenta la labor del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (el Movimiento Internacional).

3.2. El principio de humanidad

El principio de humanidad se expresa de diferentes maneras. A los fines de esta guía, significa prestar asistencia de salud como acto de compasión. Ello implica brindar un trato humano a los heridos y los enfermos; equivale a preguntarse “de qué forma quisiera que me trataran a mí o a algún familiar si estuviésemos heridos o enfermos”. La necesidad de preservar la dignidad humana es inherente al principio de humanidad.

El principio de humanidad también es uno de los que guían la acción del Movimiento Internacional. Los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional establecen lo siguiente: “El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos

los pueblos”¹⁰. El de humanidad es uno de los principios en los que se basa la protección de las víctimas de conflictos armados, establecida en varias normas específicas del derecho humanitario.

3.3. Derecho internacional humanitario

El derecho internacional humanitario o derecho humanitario, también conocido como “derecho de los conflictos armados” o “derecho de la guerra”, es un conjunto de normas del derecho internacional que se aplica sólo en situaciones de conflicto armado. Tiene dos ramas principales:

- las normas que protegen a las víctimas de los conflictos armados, es decir el personal militar que ha dejado de participar en las hostilidades, incluidos los militares heridos o enfermos, y las personas que no participan activamente en las hostilidades, es decir los civiles, incluidos los civiles heridos y enfermos, o el personal médico militar o civil;
- las normas que regulan la forma en que el personal militar puede conducir las operaciones militares (métodos de guerra) y que limitan las armas que puede utilizar (medios de guerra).

Prácticamente todas las normas contenidas en los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 se aplican a los conflictos armados internacionales; sólo una disposición, el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra (artículo 3 común), se aplica a los conflictos armados no internacionales. Además, el Protocolo I del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra (Protocolo adicional I), referido a los conflictos armados internacionales, es mucho más detallado que el Protocolo II del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra (Protocolo adicional II), referido exclusivamente a los conflictos armados no internacionales. Sin embargo, el desarrollo del derecho humanitario consuetudinario ha sido de tal magnitud que las mismas normas se aplican, en general, en ambos tipos de conflicto.

¹⁰ Los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, aprobados en la XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Viena, 1965.

Prácticamente todos los Estados han ratificado los Convenios de Ginebra, o se han adherido a ellos. Pero la situación no es la misma respecto de los Protocolos adicionales. Por lo tanto, hay una disparidad en cuanto a las obligaciones convencionales internacionales aplicables entre los Estados que han ratificado los Protocolos adicionales, o se han adherido a estos instrumentos, y los que no lo han hecho. Sin embargo, se ha reconocido que muchas de las normas contenidas en los Protocolos adicionales forman parte del derecho humanitario consuetudinario, de modo que son vinculantes incluso para los Estados que no han ratificado los Protocolos adicionales, o no se han adherido a ellos.

La protección de los heridos y los enfermos, su acceso a la asistencia de salud y las responsabilidades y los derechos del personal de salud derivados de la protección conferida a los heridos y los enfermos, se basan en los siguientes instrumentos: el primer, el segundo y el cuarto Convenios de Ginebra; el Protocolo adicional I, Título II (artículos 8-34); y el Protocolo adicional II, Título III (artículos 7-12). Las normas pertinentes establecidas en el estudio del CICR sobre derecho internacional humanitario consuetudinario son las normas 25-30 y las normas 109-111. Las más importantes son las siguientes:

- los heridos y los enfermos deben recibir atención médica, en la medida de lo posible, con la menor demora posible y sin ningún tipo de distinción por motivos que no sean de orden médico;
- se debe buscar, recoger y evacuar a los heridos y los enfermos, en la medida de lo posible, sobre todo después del término de las hostilidades;
- no se debe atacar ni maltratar a los heridos y los enfermos, ni al personal sanitario que esté cumpliendo tareas exclusivamente humanitarias;
- no se debe impedir ni restringir arbitrariamente el paso del transporte médico que traslade a heridos y enfermos o al personal de salud;
- el personal de salud no debe ser sancionado por realizar actividades compatibles con la ética de la asistencia de

salud. En realidad, se le debe prestar asistencia para que pueda cumplir sus tareas.

El artículo 3 común, un importante elemento de los Convenios de Ginebra de 1949, ha sido reconocido como parte del derecho consuetudinario. Establece lo siguiente: “En caso de conflicto armado que no sea de índole internacional (...)

1. Las personas que no participen directamente en las hostilidades, incluidos los miembros de las fuerzas armadas que hayan depuesto las armas y las personas puestas fuera de combate por enfermedad, herida, detención o por cualquier otra causa, serán, en todas las circunstancias, tratadas con humanidad (...). A este respecto, se prohíben, en cualquier tiempo y lugar, por lo que atañe a las personas arriba mencionadas:

- a) los atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura y los suplicios;
- b) la toma de rehenes;
- c) los atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes;
- d) las condenas dictadas y las ejecuciones sin previo juicio ante un tribunal legítimamente constituido, con garantías judiciales reconocidas como indispensables por los pueblos civilizados.

2) Los heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos.”

Es importante señalar que la Corte Internacional de Justicia (CIJ), el órgano judicial de las Naciones Unidas que tiene la facultad de zanjar disputas entre Estados, considera que el artículo 3 común refleja “las consideraciones elementales de humanidad” y, por ello, “es aplicable en todos los tipos de conflicto armado”¹¹. El derecho humanitario también incluye

11 CIJ, *Actividades militares y paramilitares en y contra Nicaragua (Nicaragua c. Estados Unidos de América)*, Fondo, 27-06-1986, párr. 218M CIJ, *Canal de Corfú (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte c. Albania)*, Fondo, CIJ Reports 1949, p. 22.

la llamada cláusula de Martens, que establece lo siguiente: “en los casos no previstos en el presente Protocolo o en otros acuerdos internacionales, las personas civiles y los combatientes quedan bajo la protección y el imperio de los principios del derecho de gentes derivados de los usos establecidos, de los principios de humanidad y de los dictados de la conciencia pública”¹². El artículo 3 común y la cláusula de Martens son importantes para los trabajadores de la salud porque pueden citarlos para sostener que las autoridades y los portadores de armas tienen una responsabilidad jurídica fundamental respecto de los heridos y los enfermos, independientemente del tipo de conflicto armado.

Los actores no estatales que participan en conflictos armados no internacionales también están obligados por el derecho convencional (artículo 3 común y Protocolo adicional I) y por las normas consuetudinarias del derecho humanitario.

3.4. Derecho internacional de los derechos humanos

La fuente de todos los tratados modernos de derechos humanos es la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)¹³. Un conjunto de derechos fundamentales que protegen a todas las personas, independientemente del contexto, por lo tanto también al personal de salud, a los heridos y a los enfermos, figura en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966). Esos derechos políticos y civiles fundamentales incluyen: el derecho a la vida, el derecho a no ser objeto de tratos crueles, inhumanos o

¹² La cláusula de Martens fue introducida originalmente en el Preámbulo del (II) Convenio de La Haya de 1899 relativo a las leyes y costumbres de la guerra terrestre. Debe su nombre a una declaración leída por el delegado ruso Fyodor Fyodorovich Martens en la Conferencia de la paz de La Haya, de 1899, y se basa en las palabras que éste pronunciara: “Mientras que se forma un Código más completo de las leyes de la guerra, las Altas Partes Contratantes juzgan oportuno declarar que, en los casos no comprendidos en las disposiciones reglamentarias adoptadas por ellas, las poblaciones y los beligerantes permanecen bajo la garantía y el régimen de los principios del Derecho de Gentes preconizados por los usos establecidos entre las naciones civilizadas, por las leyes de la humanidad y por las exigencias de la conciencia pública”. Halla una expresión más moderna en el artículo 1.2 del Protocolo adicional I.

¹³ Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948, Resolución 217 de la Asamblea General de la ONU, Anexo.

degradantes, y el derecho a no ser objeto de ninguna forma de discriminación. Obviamente, también se aplican a los heridos y los enfermos y a los profesionales de la salud. Son importantes para el personal que presta asistencia de salud porque, si no se los respeta, los heridos y los enfermos pueden sufrir las consecuencias (sección 10).

Otro derecho humano importante en este contexto es el “derecho a la salud”. Se lo formuló por primera vez como tal en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)¹⁴. Fue reafirmado por documentos como la Declaración de Alma-Ata (1978)¹⁵. Generalmente se lo entiende como el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud¹⁶. No se trata del derecho a estar saludable. El derecho a la salud debería garantizar que el sistema de asistencia de salud de un país responda a las necesidades en materia de salud, incluidas las de grupos desfavorecidos. Debería asegurar:

- la disponibilidad de servicios de asistencia médica;
- el acceso a esos servicios, es decir que no se cometa discriminación, que se garantice el acceso físico a servicios asequibles, y que se informe sobre éstos;
- la aceptación dentro de la cultura de la sociedad correspondiente;
- la prestación de servicios de calidad adecuada.

Esta definición amplia del derecho a la salud significa que está relacionado con otros derechos humanos, como el derecho a la alimentación, la vivienda, la educación condiciones de trabajo seguras y, en última instancia, el derecho a la vida.

El derecho a la salud impone a las autoridades la obligación de respetar y proteger la prestación de asistencia de salud,

¹⁴ Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), art. 12.

¹⁵ Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6-12 de diciembre de 1978.

¹⁶ La formulación más elaborada hasta la fecha de lo que abarca el derecho a la salud figura en Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General n° 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

así como de abordar toda deficiencia en ese sentido, además de la obligación de promover actividades en beneficio de la salud de la población. La medida en que se respeta este derecho es variable¹⁷. Cabe observar que dos instrumentos de las Naciones Unidas, que constituyen “normativa no vinculante”, establecen claramente la obligación de los funcionarios encargados de mantener el orden de prestar asistencia de salud a los heridos y los enfermos¹⁸. La importancia de la neutralidad de la asistencia de salud ha sido recalcada por la Asociación Médica Mundial¹⁹.

En los lugares donde se está librando un conflicto armado o se ha producido alguna otra emergencia, con frecuencia el acceso a la asistencia de salud se ve limitado; la situación es exacerbada por la inseguridad que casi inevitablemente acompaña ese tipo de crisis. Es muy difícil respetar el derecho a la salud precisamente en los momentos y en los lugares donde es más importante hacerlo. Sin embargo, las autoridades no pueden argüir que el derecho a la salud es un derecho derogable, es decir que se lo podría suspender, por ejemplo, si la seguridad nacional estuviera amenazada. En esas situaciones, ese derecho puede ser *limitado* en la medida en que el propósito de hacerlo sea el bienestar de la población general. Independientemente del contexto, el derecho de la población al disfrute del más alto nivel posible de salud exige que el personal de salud haga lo que esté a su alcance para hacerlo respetar.

3.5. Ética de la asistencia de salud (ética médica)

Las cuestiones éticas asociadas a varios aspectos de la atención médica han sido ampliamente examinadas en relación

17 G. Backman, P. Hunt, R. Khosla, *et al.* “Health systems and the right to health: An assessment of 194 countries”, *Lancet*, 372, 2008, pp. 2047-2085.

18 Código de conducta de las Naciones Unidas para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, artículo 6. V. también: Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, principio 5 (c).

19 Asociación Médica Mundial, Resolución del Consejo en apoyo de la Preservación de las Normas Internacionales de Neutralidad Médica, aprobada en el 182° período de sesiones del Consejo de la Asociación Médica Mundial, Tel Aviv, mayo de 2009.

con la práctica de los médicos. Las asociaciones médicas nacionales y su federación, la Asociación Médica Mundial, son las autoridades principales²⁰. Las directrices sobre ética de la asistencia de salud elaboradas por estas instituciones surgieron de décadas de debates en torno a casos sobre cuestiones éticas difíciles que se les plantean a los médicos en su trabajo cotidiano. Esas directrices ahora se consideran aplicables a todos los demás profesionales de la salud. En general, el término empleado es el de “ética de la asistencia de salud”; de todos modos, la otra expresión posible, es decir “ética médica”, no implica que los demás trabajadores de la salud, como enfermeros, paramédicos, fisioterapeutas, odontólogos y farmacéuticos, no estén obligados a considerar cuestiones de ética.

La ética de la asistencia de salud y los derechos humanos están estrechamente vinculados. La Asociación Médica Mundial ha afirmado que “la ética médica ha sido muy influenciada por los avances en derechos humanos. En un mundo pluralista y multicultural, con muchas tradiciones morales distintas, los principales acuerdos internacionales en materia de derechos humanos pueden proporcionar una base para la ética médica que es aceptada a través de las fronteras nacionales y culturales”²¹.

La reflexión moderna en torno a la ética de la asistencia de salud toma en consideración algunas normas (como “brindar un trato equitativo a todas las personas”), resultados (como las consecuencias de las acciones que uno realice), principios (como el de “no causar daños”) y virtudes personales (como la honestidad). En conjunto, todos estos factores inciden en las creencias y la conducta del trabajador de la salud, así como en la manera en que llega a tomar decisiones. Cuando uno se ve confrontado a un dilema, esas normas, principios, resultados y virtudes personales deben considerarse y sopesarse unos con otros. No existe una fórmula

20 Asociación Médica Mundial, *A Manual on Medical Ethics*, AMM, Ferney-Voltaire, 2005.

21 *Ibid.*, p. 11.

universalmente aceptada para determinar qué constituye una conducta ética, una práctica ética o una decisión ética en el contexto de la asistencia de salud. Sin embargo, suele ser obvio determinar si algo es ético o no: uno decide aplicando una combinación del sentido propio de humanidad y el deber profesional con el sentido común, sin olvidar los tres pilares de la ética de la asistencia de salud, es decir:

- el respeto de la autonomía y la dignidad de la persona;
- la preservación de la confidencialidad; y
- la obtención de un consentimiento válido y auténtico para cada procedimiento.

La ética de la asistencia de salud establece que el personal de salud debe abstenerse de cometer actos criminales o inmorales (como el tráfico de órganos para trasplantes). No es necesario debatir si esos actos están bien o mal.

La ética de la asistencia de salud también ofrece orientación cuando el personal de salud debe tomar decisiones o resolver dilemas con un elemento ético. Por ejemplo, decidir a quién atender en primer lugar: a una mujer embarazada que necesita una cesárea o a un soldado que necesita una intervención abdominal porque tiene una herida penetrante. En esos casos, no suele haber respuestas correctas o incorrectas. Sin embargo, considerarlas como dilemas éticos podría ayudar a no tomar una decisión definitivamente equivocada.

La ética de la asistencia de salud no es irrelevante en los conflictos armados o en otras emergencias²². El cambio respecto de las situaciones de paz es éste: la ética de la asistencia de salud se aplica de diferentes maneras y las cuestiones a las que se aplica son diferentes. Por ejemplo, en tiempo de paz, el personal de salud civil no considera a diario los riesgos que corre al cumplir sus funciones. La ética de la asistencia

²² Asociación Médica Mundial, Regulaciones en tiempo de conflicto armado, aprobadas por la 10ª Asamblea Médica Mundial, La Habana, Cuba, octubre de 1956, y revisadas en el 173º período de sesiones del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2006.

de salud ofrece un marco para la práctica ética en todas las circunstancias; esta guía debería ayudar a aplicar ese marco en las circunstancias en las que reflexionar sobre la ética de la asistencia de salud es más difícil y críticamente importante para el bienestar de los heridos y los enfermos, y para su propia seguridad.

La clave para resolver un dilema ético cuando se presta asistencia de salud a heridos y enfermos en conflictos armados o en otras emergencias es reconocer que existe. Ese solo hecho puede aliviar gran parte de la carga emocional que imponen esos dilemas. La mejor respuesta tal vez pueda hallarse analizando el dilema con los colegas. El otro aspecto importante es reconocer que quizá no sea posible hallar una respuesta “correcta” clara. Si se ha reconocido al menos la existencia del dilema y, mejor aún, si se lo ha analizado con colegas, probablemente sea más fácil justificar la decisión tomada. En última instancia, el objetivo es hallar un equilibrio entre resultados posibles a través de la consideración honesta de todos los intereses en pugna. Si uno no encara el dilema ni sopesa los resultados posibles y los intereses en pugna, la decisión o la práctica tal vez carezcan de ética.

A continuación, algunas preguntas que, como trabajador de la salud, usted debería hacerse al tomar una decisión o actuar en relación con personas heridas o enfermas en conflictos armados o en otras emergencias y cuando se plantea un dilema ético.

- ¿Mi comportamiento hacia la persona herida o enferma se atiene al principio de humanidad?²³
- ¿Mis acciones son acordes a lo establecido por el derecho humanitario, los derechos humanos y el derecho interno?
- ¿Mis acciones aportarán más beneficios que daños a los heridos y los enfermos, individual y colectivamente?

²³ Esta pregunta no ha de interpretarse desde un punto de vista moral; más bien implica el deber de actuar. V. Asociación Médica Mundial (AMM), *Código Internacional de Ética Médica*, Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, octubre de 1949 y enmendado por última vez por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre de 2006.

- ¿Corro algún riesgo al actuar o al no actuar?
- ¿Lo que tengo pensado hacer es lo mejor para la persona herida o enferma? ¿Tengo las competencias necesarias?
- ¿Lo que tengo pensado hacer es lo mejor para los heridos y los enfermos en general?
- ¿Qué es lo mejor para la sociedad o el grupo al que pertenece la persona herida o enferma?
- ¿He considerado todas mis posibles lealtades e intereses y he colocado los intereses de los heridos y los enfermos en primer lugar?
- ¿Estoy brindando la atención sanitaria más adecuada, dadas las limitaciones con las que estoy trabajando?

Sin duda, algunas de estas preguntas dan lugar a respuestas que se oponen entre sí. El ejemplo más obvio es que “lo mejor” para una persona gravemente herida podría exigir emplear tantos recursos que las personas con heridas más leves podrían quedarse sin el tratamiento que de otro modo habrían recibido.

3.6. Cuando los trabajadores de la salud son testigos de violaciones del derecho internacional

Al prestar asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias, el personal de salud a veces es testigo de las consecuencias en el plano humanitario de las violaciones del derecho internacional, lo que tal vez sea inevitable. El personal sanitario puede encontrarse ante difíciles dilemas por contar con información de ese tipo. Por un lado, puede sentir la necesidad urgente de transmitir esa información a una autoridad o institución competente, o incluso a los medios de comunicación. Por otro lado, el hecho de comunicar esa información podría poner en peligro al trabajador de salud, a su organización o a las personas a las que está tratando de ayudar. En la sección 11, sobre recolección de datos relativos a las consecuencias de las violaciones del derecho internacional, se examina cómo se puede abordar ese dilema.



4. SUS DERECHOS

4.1. Aspectos generales

Hasta ahora, esta guía se ha centrado en sus responsabilidades como trabajador de la salud en los conflictos armados y en otras emergencias. Sin embargo, dado el peso de esas responsabilidades, es razonable que se pregunte qué derechos le asisten en estos contextos.

4.2. Sus derechos en los conflictos armados

El personal de salud goza de algunos derechos especiales cuando desempeña sus funciones en un conflicto armado. Esos derechos derivan de las mismas normas de derecho humanitario que sus responsabilidades: Convenios de Ginebra I, II y IV; Protocolo adicional I, Título II (artículos 8-34); Protocolo adicional II, Título III (artículos 7-12); y derecho humanitario consuetudinario.

Si, como trabajador de la salud, está desempeñando sus funciones en un contexto de conflicto armado, usted tiene derecho a:

- ser respetado y protegido, al igual que los heridos y los enfermos que estén a su cuidado;
- pedir que las autoridades le ayuden a cumplir su labor;
- solicitar que las autoridades le den acceso a los heridos y los enfermos;
- no ser castigado por cumplir sus responsabilidades conforme a los estándares aceptados de la asistencia de salud;
- no ser obligado a actuar de forma contraria al derecho y/o a la ética de la asistencia de salud;
- no ser obligado a dar información sobre los heridos y los enfermos más allá de lo exigido por el derecho interno o en lo relativo a la notificación de enfermedades infecciosas;
- continuar desplegando su labor profesional en la mayor medida posible, si es detenido²⁴;

²⁴ Esto es válido sólo en las situaciones de conflicto armado internacional u ocupación, cuando el personal médico es “retenido” porque se lo considera indispensable para cuidar de los heridos y los enfermos.

- no ser castigado por desobedecer una orden ilícita o contraria a la ética;
- portar un arma pequeña para defensa propia y para defender a los heridos y los enfermos que estén a su cuidado²⁵.

4.3. Sus derechos en otras emergencias

En otras emergencias, usted tiene los mismos derechos que cualquier otra persona bajo la jurisdicción de un Estado. Si bien en el derecho internacional no goza de derechos específicos a su función como personal de salud, a diferencia de los derechos específicos que tiene en los conflictos armados (cuya lista figura en la sección 4.2), sí se beneficia de la protección general conferida por el derecho de los derechos humanos.

Al igual que todas las demás personas bajo la jurisdicción de un Estado, usted está protegido de que las fuerzas de seguridad del Estado o las fuerzas policiales le quiten la vida arbitrariamente, lo torturen o lo maltraten, por ejemplo. Por otro lado, el derecho de todas las personas a gozar de acceso a la atención médica sin ningún tipo de discriminación establecido por el derecho de los derechos humanos implica que las autoridades estatales deben permitirle atender a las personas que necesiten atención médica, prestarle asistencia para que usted cumpla su labor y protegerlo contra las interferencias arbitrarias en su trabajo. Es posible que también existan disposiciones internas que fortalezcan su protección jurídica y su capacidad de prestar asistencia a los heridos y los enfermos.

²⁵ V. nota 6.



5. LOS EMBLEMAS DE LA CRUZ ROJA, LA MEDIA LUNA ROJA Y EL CRISTAL ROJO

5.1. Tres emblemas distintivos

Los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja son ampliamente reconocidos por brindar protección a quienes prestan asistencia a las víctimas de conflictos armados. De conformidad con el Protocolo III del 8 de diciembre de 2005 adicional a los Convenios de Ginebra (Protocolo adicional III), puede utilizarse un tercer emblema, el cristal rojo, al igual que la cruz roja y la media luna roja, de conformidad con el derecho humanitario, con dos fines, “protector” e “indicativo”²⁶.



Los tres emblemas carecen de toda connotación religiosa, cultural o política. El cristal rojo fue creado en 2005 para las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Sociedades Nacionales) que no deseen utilizar la cruz o la media luna roja como emblema.

5.2. Uso protector de los emblemas

El emblema debe ser desplegado en edificios y medios de transporte sanitarios, y el personal de salud también debe exhibirlo (en brazaletes, distintivos o petos). El emblema debe tener el mayor tamaño y la mayor visibilidad posibles. Su función es notificar a las partes en un conflicto armado que determinado objeto o persona están protegidos conforme al derecho humanitario. En otras palabras, lo que confiere protección no es el emblema en sí, sino el derecho. El emblema sólo permite que las partes en conflicto identifiquen la existencia de esa protección.

²⁶ El Protocolo adicional III entró en vigor el 14 de enero de 2007.

En los conflictos armados, usted podrá usar un emblema protector si forma parte de:

- los servicios de asistencia de salud o del personal religioso de las fuerzas armadas;
- los servicios de asistencia de salud de las Sociedades Nacionales cuando se han puesto a disposición de los servicios de asistencia de salud de las fuerzas armadas o cuando están sujetos a las leyes y los reglamentos militares;
- los servicios de asistencia de salud civiles o voluntarios pero sólo cuando cuentan con la expresa autorización del Gobierno o cuando están bajo su control.

En situaciones que no sean conflictos armados, podrá usar un emblema protector si forma parte de:

- los servicios de asistencia de salud o el personal religioso de las fuerzas armadas;
- los servicios de asistencia de salud provistos por una Sociedad Nacional que, con el consentimiento de las autoridades, funcionará como tal en caso de conflicto armado.

El CICR y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja pueden utilizar la cruz roja como emblema protector en todo momento sin restricción alguna²⁷.

Usted no tiene derecho a utilizar alguno de los emblemas simplemente porque esté prestando asistencia médica en un conflicto armado o en otra situación de emergencia.

²⁷ El artículo 4 del Protocolo adicional III también reconoce que el CICR y la Federación Internacional de Sociedades, podrán emplear, en circunstancias excepcionales y para facilitar su labor, el cristal rojo como emblema protector. Si bien no se prevé explícitamente la misma posibilidad para la media luna roja en ningún tratado de derecho humanitario, el CICR, en su estudio de 2009, *Study on Operational and Commercial and other Non-Operational Issues Involving the Use of the Emblems*, lo ha reconocido por analogía con el artículo 4 del Protocolo adicional III.

5.3. Uso indicativo de los emblemas

Los emblemas se utilizan con un fin “indicativo” para señalar que la persona o el objeto donde están exhibidos tienen algún vínculo con el Movimiento Internacional. Para ese uso, el emblema debe ser pequeño y puede contener información adicional, como el nombre o las iniciales de una Sociedad Nacional. Nunca se los debe desplegar de forma tal que causen confusión en cuanto a su fin; en otras palabras, siempre debe quedar absolutamente claro que se los emplea con un fin “indicativo” y no “protector”.

Las Sociedades Nacionales, el CICR y la Federación Internacional pueden utilizar los emblemas con un fin indicativo en todos los contextos. El uso indicativo de la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo por parte de una Sociedad Nacional debe ser compatible con la legislación interna.

5.4. Abuso de los emblemas

Se puede cometer abuso de los emblemas de tres formas:

- *imitación*: cuando se emplea un signo que, por su forma y color, puede confundirse con uno de los emblemas;
- *uso indebido*: cuando se emplea un emblema de una forma que no se atiene a lo dispuesto por las normas pertinentes del derecho humanitario, cuando lo emplean personas u organismos no autorizados (por ejemplo, farmacias o clínicas médicas privadas), o con fines que no son coherentes con los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional;
- *perfidia*: cuando se emplea un emblema durante un conflicto armado a fin de fingir la condición de protegido y suscitar la confianza de un adversario para luego traicionarla. Está prohibido matar, herir o capturar a un enemigo recurriendo a la perfidia. La perfidia constituye un abuso particularmente reprensible del emblema, ya que puede inducir al adversario a dejar de respetar tanto al personal de salud como a las instalaciones sanitarias protegidas.



6. POR UNA ASISTENCIA DE SALUD DE CALIDAD ADECUADA

6.1. Aspectos generales

El objetivo de esta sección es ayudarle a reflexionar con claridad acerca de la calidad de la atención médica que usted presta a heridos y enfermos durante conflictos armados y otras emergencias, y justificarla. Como trabajador de la salud, usted tiene la responsabilidad de preguntarse: “Dadas las limitaciones, ¿la calidad de la atención es adecuada?”. Esa pregunta es crítica, y también muy difícil de responder, sobre todo cuando las limitaciones son la violencia (tanto violencia real como amenazas de violencia) contra el personal de salud y las instalaciones sanitarias, y la inseguridad generalizada. Sin embargo, si bien no se puede dar una respuesta definitiva, es conveniente plantearse la pregunta.

Una “calidad adecuada de atención” de los heridos y los enfermos en conflictos armados y otras emergencias conlleva el empleo de tecnología y material adecuados y la aplicación, por parte de los trabajadores de la salud, de conocimiento y experiencia profesional en el marco de una relación de confianza. Ello no significa una atención sofisticada o altamente especializada; tampoco implica el uso de tecnología de avanzada. Y, al mismo tiempo, tampoco significa permitir la reducción de la calidad con el argumento de que una atención médica “básica” o “local” es adecuada.

Así se trate de atención prehospitolaria u hospitalaria, es importante prestar y mantener una asistencia de salud de calidad adecuada, más allá del tratamiento que se brinde a los heridos y los enfermos. La calidad también es de sumo interés para las personas que eventualmente se beneficiarán de su atención, para la comunidad en su conjunto, para las autoridades locales y para quienes podrían dar apoyo financiero. El modo en que usted se refiera a la calidad de la atención médica que presta en un contexto dado puede influir en la motivación de otras personas, en el acceso de los heridos y los enfermos a la asistencia de salud y en los recursos a su disposición. Su reputación, y por lo tanto también su seguridad, así como la de sus colegas y su organización también pueden estar en juego. En otras palabras, su capacidad

de prestar atención médica en forma eficaz e imparcial en un contexto dado puede depender de que se reconozca y comprenda debidamente la calidad de la atención prestada; el trabajador de la salud debe tener la capacidad de transmitir esta información con claridad.

6.2 Por una asistencia de salud de calidad adecuada en conflictos armados y en otras emergencias

La calidad de la asistencia de salud que se presta en un país desarrollado rara vez se puede ofrecer en contextos de conflicto. Es posible que, al desplegarse fuera de sus fronteras, en conflictos armados y otras emergencias, los servicios médicos militares de esos países puedan prestar a su personal herido o enfermo una asistencia de salud de calidad comparable; la tecnología y la práctica de su país son el punto de referencia. En ausencia de esos servicios y sin esas referencias, es sumamente difícil definir objetivamente en qué consiste una calidad de asistencia de salud “adecuada”. El mejor punto de partida es concordar la práctica y la tecnología con la de otros que hayan prestado asistencia de salud en contextos similares y con limitaciones similares. Ese sería un modo de proceder realista. Por lo tanto, la principal responsabilidad del personal de salud con respecto a la calidad es referirse a las directrices publicadas²⁸. La segunda responsabilidad que les incumbe va un poco más allá: los trabajadores de la salud deben ser capaces de demostrar

²⁸ A continuación, algunos ejemplos de directrices publicadas por el CICR; la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Médicos sin Fronteras: CICR, *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia*, CICR, Ginebra, 2006; C. Giannou, M. Baldan, *Cirugía de guerra: trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia*, CICR, Buenos Aires, edición española de 2011; J. Hayward-Karlsson et al., *Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in An Area of Armed Conflict*, CICR, Ginebra, 1998; OMS, *Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources*, OMS, Ginebra, 2007; OMS, *Manual of Basic Techniques for a Health Laboratory, segunda edición*, OMS, Ginebra, 2003; OMS, *Surgical Care at the District Hospital*, OMS, Ginebra, 2003; Médicos sin Fronteras, *Clinical Guidelines: Diagnosis and Treatment Manual for Curative Programmes in Hospitals and Dispensaries*, séptima edición, MSF, París, 2006; Médicos sin Fronteras, *Obstetrics in Remote Settings: Practical Guide for Non-Specialized Health Care Professionals*, MSF, París, 2007; Médicos sin Fronteras, *Essential Drugs: Practical Guidelines Intended for Physicians, Pharmacists, Nurses and Medical Auxiliaries*, tercera edición, MSF, París, 2006.

que se atienen a esas directrices y las aplican en beneficio de los heridos y los enfermos. Es posible justificar la calidad de la asistencia que se presta cuando se cumplen esas responsabilidades. La incapacidad de un trabajador de la salud de demostrar que está ateniéndose a esas directrices no lo exime de la responsabilidad de reflexionar sobre las normas de calidad de su prestación: esto es sumamente importante.

El CICR ha publicado directrices sobre la atención quirúrgica de los heridos en situaciones donde los recursos tecnológicos son limitados y los cirujanos deben trabajar en diferentes ámbitos de la cirugía²⁹. El ejemplo a continuación relativo a la atención, en hospitales del CICR, de fracturas provocadas por proyectiles de armas de fuego ilustra cómo el CICR, al elaborar las directrices, justifica la calidad de la atención prestada, aun cuando la calidad podría no ser equivalente a la atención de traumas ortopédicos en el mundo desarrollado.

Cuando se los asigna para cumplir funciones en un hospital del CICR, los cirujanos, independientemente de su área de especialización, deben estar preparados para tratar fracturas causadas por proyectiles de armas de fuego porque:

- no es seguro que también se asigne al hospital un cirujano ortopédico;
- las condiciones en las que se realizan las prácticas de cirugía impiden recurrir a soluciones con tecnología de avanzada, como fijación interna, que requiere una aplicación especializada y costosa que incluso puede ser peligrosa si no es imposible garantizar la esterilidad;
- la patología (trauma balístico) es específica y son pocos los cirujanos que tienen experiencia en esa patología antes de su primera misión; las competencias especializadas modernas que dependen de tecnologías sofisticadas pueden no ser útiles en estos casos;

29 C. Giannou, M. Baldan, *Cirugía de guerra: trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia*, CICR, Buenos Aires, edición española de 2011.

- la experiencia en los hospitales del CICR ha demostrado que una fractura causada por un proyectil debe tratarse como parte de una herida y que la mejor manera de proceder en caso de heridas provocadas por proyectiles es aplicando los principios de cirugía generales que aplican todos los cirujanos.

El tratamiento de las fracturas causadas por proyectiles sobre la base de principios básicos de tratamiento de heridas y el uso de medios básicos de fijación de fracturas ha demostrado ser eficaz y seguro: cientos de cirujanos del CICR con especialidades diversas los han practicado por más de treinta años.

6.3. Evaluar el desempeño

El personal de asistencia de la salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias tiene otra responsabilidad, relacionada con la evaluación del desempeño. Es posible medir la *prestación* —o las actividades realizadas— mediante indicadores como el número de personas trasladadas o tratadas. También se utilizan indicadores para medir la calidad de la atención, como los siguientes:

- los diagnósticos han sido correctos o no;
- se ha dado el tratamiento correcto o no;
- en el caso de los pacientes con fracturas en el miembro inferior, número de días de internación;
- en el caso de pacientes con heridas abiertas, número de operaciones por paciente.

Sin embargo, estos indicadores no dan cuenta del *resultado final* de la atención. En última instancia, las únicas mediciones reales son las siguientes:

- índice general de mortalidad en el hospital para determinada condición;
- índice de mortalidad, por ejemplo, entre los pacientes a los que se ha practicado una operación abdominal;
- discapacidad o desfiguración residual;
- para los programas de salud pública, fallecimientos, enfermedades y discapacidades en una población dada.

Estas mediciones de los resultados tendrán significado sólo si se las compara con un contexto diferente o con el mismo contexto en un período diferente.

La evaluación del desempeño puede ser dificultosa en los contextos que nos ocupan porque lleva tiempo y puede parece impracticable. Sin embargo, los trabajadores de la salud deben tratar de hacerla lo más pronto posible después de ocurrida la emergencia. Por supuesto, la evaluación carecerá de sentido si no se toman medidas consecuentemente. No se debe olvidar que no es necesario esperar a que la evaluación esté finalizada para reflexionar sobre la calidad adecuada de la asistencia de salud o para aplicarla, así como para intentar mejorarla.

6.4. Reconocer cuándo la calidad de la asistencia de salud no es aceptable

Una mirada paralela, y necesaria, de la cuestión de la calidad de la asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias conlleva el reconocimiento de que, lamentablemente, muchas personas heridas y enfermas terminan recibiendo asistencia de salud de una calidad inaceptablemente baja. Lo cual se justifica, a veces, con el argumento de que una asistencia de salud de baja calidad es mejor que nada. De ese modo, se desconoce la posibilidad de que esa asistencia de salud de baja calidad empeore la situación de los heridos y los enfermos. Los profesionales de la salud experimentados perciben inmediatamente cuándo se han abandonado los intentos por prestar una asistencia de salud de calidad adecuada.

Es posible reconocer mediante algunos factores que por lo general aparecen en forma simultánea cuándo una instalación de salud que opera en un conflicto armado o en otra situación de emergencia ha abandonado toda reflexión en torno a la calidad de la asistencia que presta. Entre esos factores se cuentan los siguientes:

- ausencia de registro de admisiones;
- tiempos de espera excesivos para las consultas;

- en la rutina del hospital, no se tratan las emergencias en forma separada;
- los procedimientos son realizados por personal sin calificación, experiencia ni supervisión, o sin el consentimiento de los pacientes;
- no se brinda asistencia las 24 horas del día (no hay iluminación por la noche, no hay personal nocturno, etc.);
- la responsabilidad de solventar los gastos de servicios, medicamentos y vendas recae en la persona herida o enferma o en sus familiares;
- se da inicio a un tratamiento pese a que se sabe con certeza que no se lo podrá concluir;
- se prescribe un tratamiento inadecuado o se brinda un tratamiento cuando no es necesario ninguno;
- las transfusiones de sangre no se realizan en condiciones de seguridad;
- la higiene es deficiente³⁰;
- ausencia de registros adecuados de las prestaciones;
- personal poco motivado.

Es poco probable que la situación mejore si se aborda uno o algunos de estos factores. Se trata de signos de un mal funcionamiento sistémico y lo que se debe abordar es la totalidad del sistema. Además, para corregir el sistema, no se requiere necesariamente asignarle más recursos. Es posible prestar asistencia de salud eficiente en circunstancias difíciles: se debe mantener una actitud profesional, hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles y aplicar el sentido común.

6.5. Cuándo es imposible prestar asistencia de salud

¿Qué puede hacer el personal de salud cuando, a causa de las limitaciones de las instalaciones o de la sobreexigencia de su capacidad, no puede prestar ni siquiera algo parecido a una asistencia de salud adecuada? En esas circunstancias,

³⁰ Cuartos de aseo inadecuados, no se recogen los desechos, no se dispone de agua corriente, presencia de animales en los pasillos, etc.

tal vez sea necesario retener algunos elementos del tratamiento con miras a evitar intervenciones que será imposible aplicar correctamente y que, por lo tanto, serán peligrosas. Por ejemplo, cuando se atiende a una persona herida, si las limitaciones son muchas, a veces es imposible realizar una intervención quirúrgica. En ese caso, tal vez el mejor tratamiento sea aplicar vendajes, analgésicos y antibióticos³¹.

Aun en las peores situaciones, cuando es imposible prestar asistencia de salud convencional, se puede cuidar de los heridos y los enfermos: por ejemplo, insistiendo en que se los proteja. Para los heridos y los enfermos, ello tiene un gran significado: los reconforta haciéndoles saber que no han sido abandonados.

6.6. Orientaciones generales

A continuación, enunciamos algunas preguntas en torno a la calidad de la atención en determinadas situaciones. Si bien no es posible darles una respuesta definitiva, reflexionar y debatir al respecto con colegas puede ayudar a que sus decisiones y sus prácticas sean adecuadas al contexto.

- ¿Tengo una idea clara de la calidad de asistencia que deseo prestar? ¿Estoy en condiciones de prestarla?
- ¿En qué publicaciones o experiencia se basa esa calidad?
- ¿He hecho todo lo posible para mejorar la calidad de la asistencia, por lo que se refiere a infraestructura, material o competencias profesionales?
- ¿He identificado las limitaciones que me impiden prestar asistencia de salud de la calidad deseada?
- ¿He hecho todo lo posible para superar las limitaciones derivadas de la falta de competencias o de infraestructura?
- ¿He identificado los principales dilemas? ¿He analizado estos dilemas con otras personas, como colegas, personalidades de referencia dentro de mi organización y de asociaciones de profesionales?

31 R. M. Coupland, "An epidemiological approach to the surgical management of casualties of war", *British Medical Journal*, 308, 1994, pp. 1693-1697.

- ¿Sé a qué persona u organización puedo referirme para pedir ayuda y asesoramiento sobre la calidad de la prestación?
- Si soy responsable de prestar asistencia de salud importada (sobre todo, personal de asistencia de salud militar desplegado en el exterior), ¿he comprendido que, para mantener una calidad adecuada, puedo tener que adaptar mis prácticas a la persona a la que esté atendiendo? (Tal vez usted deba pensar en aplicar prácticas diferentes si está atendiendo a un soldado herido que será transportado a su país de origen o si está atendiendo a un civil con una enfermedad crónica.)
- ¿Reconozco algunos de los signos de asistencia de salud inadecuada o inapropiada que figuran en la lista de la sección 6.4?
- ¿En qué medida la prestación de asistencia de salud se guía por intereses mediáticos o políticos, y no por el deseo de tener un efecto real en los heridos y los enfermos?

Si no toma estas cuestiones en consideración, tal vez termine recurriendo a prácticas inadecuadas, ineficaces e incluso peligrosas. Además, puede no cumplir sus responsabilidades respecto de los heridos y los enfermos. Incluso puede correr el riesgo de mala praxis profesional. En última instancia, si no le interesa interrogarse acerca de la calidad de la asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias, tal vez deba preguntarse directamente si debería estar intentando prestar asistencia sanitaria o no.



7. ASISTENCIA DE SALUD PARA PERSONAS CON VULNERABILIDADES PARTICULARES

7.1. Aspectos generales

No es posible evaluar correctamente las necesidades en materia de asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias si no se toman en consideración las vulnerabilidades específicas de mujeres, niños, personas mayores y personas con discapacidades, vulnerabilidades que están reconocidas en el derecho internacional. Además, se debe considerar el caso de las personas que, debido a sus vulnerabilidades, han sido sometidas a violencia sexual. Como trabajador de la salud, usted tiene la responsabilidad de considerar y, si es posible, abordar esas vulnerabilidades en sus políticas y prácticas. En la sección 7 (de 7.2 a 7.6), se enuncian preguntas que pueden ser pertinentes para el contexto en el que usted esté trabajando.

7.2. Vulnerabilidades específicas de las mujeres

- ¿Las mujeres pueden acceder sin obstáculos a la atención médica? En caso negativo, ¿por qué motivos? ¿Inseguridad? ¿Limitaciones financieras o culturales?
- ¿La costumbre local establece que las mujeres sólo deben ser atendidas por personal médico femenino?
- ¿Las mujeres se vuelven particularmente vulnerables al tráfico sexual o a la violencia sexual, por ejemplo, al intentar recibir o buscar asistencia de salud?
- ¿Qué puedo hacer para limitar prácticas como la mutilación genital femenina y mitigar sus efectos?
- ¿Qué instalaciones de atención de salud infantil están a disposición de las mujeres que buscan asistencia médica?
- ¿Puedo orientar a las mujeres hacia los programas de educación en salud, incluidos los de planificación familiar?
- ¿Las mujeres que deben pagar por recibir atención médica o por que la reciban sus familiares, son vulnerables a la explotación sexual?

7.3. Vulnerabilidades específicas de los niños

- ¿Los niños pueden acceder sin obstáculos a la atención médica? En caso negativo, ¿por qué motivos? ¿Inseguridad? ¿Limitaciones financieras o culturales?
- ¿Los niños se vuelven especialmente vulnerables a ser secuestrados para someterlos a tráfico sexual o violencia

sexual u obligarlos a integrar las fuerzas armadas o algún grupo amado, por ejemplo, cuando buscan asistencia de salud?

- ¿Conozco claramente los pasos que debo seguir cuando atiendo a un niño no acompañado, por ejemplo en lo relativo al consentimiento para el tratamiento y al alta del hospital?

7.4. Vulnerabilidades específicas de las personas mayores

- ¿Las personas mayores tienen dificultades para llegar hasta la asistencia de salud? ¿Están reclusas en sus hogares?
- ¿Se dispone de información sobre cómo la asistencia de salud en favor de las personas mayores ha sido afectada por el conflicto armado o por otra situación de emergencia?
- ¿Las personas mayores pueden reclamar sus pensiones para poder pagar los gastos de la asistencia de salud?

7.5. Vulnerabilidades específicas de las personas con discapacidades

- ¿Las personas con discapacidades tienen dificultades para llegar hasta los centros de asistencia de salud o de rehabilitación? ¿Están reclusas en sus hogares? ¿De qué medios de transporte disponen?
- ¿Las personas con discapacidades son discriminadas por lo que respecta al acceso a los servicios de atención médica?
- ¿Qué instituciones prestan servicios a las personas con discapacidades? ¿Se dispone de información acerca de cómo han sido afectadas por el conflicto las instalaciones de las que dependen las personas con discapacidades, incluidas las instalaciones de salud?
- ¿Existe algún riesgo de que alguien se aproveche de las personas con discapacidades como resultado de la inseguridad creada por un conflicto armado o por otra situación de emergencia?
- ¿Las personas con discapacidades están en condiciones de solventar los gastos de su atención de salud?

7.6. Víctimas de violencia sexual

- ¿Se da respuesta a las necesidades de salud específicas de las víctimas de violencia sexual? ¿Sé de qué necesidades se trata?
- ¿Tengo la autoridad, las calificaciones y la experiencia necesarias para investigar, documentar o verificar si se ha cometido un acto de violencia sexual? En caso negativo, ¿dónde puedo encontrar a alguien que sí las tenga?
- ¿Sé adónde debo orientar a las víctimas de violencia sexual para que reciban la asistencia psicosocial adecuada?



Christoph Van Togggenburg/ICRC

8. IMPORTAR ASISTENCIA DE SALUD DURANTE CONFLICTOS ARMADOS Y OTRAS EMERGENCIAS

8.1. Aspectos generales

Cuando las personas resultan heridas o enfermas a raíz de un conflicto armado o de otra emergencia, se crean necesidades en materia de asistencia de salud adicionales a las que normalmente se registran para la misma población. La inseguridad propia de esos contextos es una causa directa de heridas y enfermedades; por ello, la asistencia de salud es más necesaria justamente cuando es más difícil prestarla. La asistencia de salud suele ser importada en esos contextos por las fuerzas militares, las organizaciones internacionales u organizaciones no gubernamentales. Ello puede suceder con o sin el consentimiento de las autoridades locales.

El personal de salud que participa en tareas de asistencia de salud importada tiene responsabilidades que se añaden a las que ya se han explicado en esta guía. En general, esas responsabilidades se refieren a:

- comprender el contexto en el que se importa la asistencia de salud;
- evaluar los servicios de salud disponibles y qué ayuda podría representar la asistencia de salud importada;
- consideraciones de seguridad y protección.

Obviamente, la prestación de asistencia de salud es el objetivo que se persigue; sin embargo, cada organismo o entidad que la presta puede tener criterios diferentes, guiarse por una ética diferente e incluso regir sus actividades por un marco jurídico diferente. La importación de asistencia de salud siempre debe ser parte de una acción humanitaria neutral e imparcial, pero sus razones pueden diferir en esos contextos. Pueden ser religiosas, estratégicas o políticas; algunos organismos pueden llegar a hacerlo incluso para realzar su perfil en los medios de comunicación. La importación de asistencia de salud rara vez es ajena a esos objetivos. El personal de salud, independientemente del organismo que lo emplee, tiene la responsabilidad de garantizar que la asistencia de salud prestada sea compatible con la ética médica, más allá de las razones que guíen su prestación en un contexto dado.

Al importar asistencia de salud, en general se suele incorporar material y personal en una infraestructura sanitaria existente que ya está, o es probable que esté, sobrepasada y atestada, y que funciona con dificultades, si funciona. Es posible que el personal de salud que ya está trabajando en el lugar no reciba su salario o remuneración a causa de la violencia y del colapso de los sistemas administrativos. Los responsables de importar asistencia de salud deben considerar no sólo cómo hacer funcionar la infraestructura, sino también alguna forma de remunerar al personal local, por las tareas que esté cumpliendo y por las que haya cumplido en el pasado y no hayan sido remuneradas. La cuestión de la remuneración puede ser extremadamente difícil, y los debates al respecto a veces consumen mucho tiempo y energía, bienes que se vuelven aun más valiosos en una emergencia.

La importación de asistencia de salud no siempre goza de la aprobación de las autoridades, porque puede dirigir la atención hacia sus deficiencias o sus políticas discriminatorias, o pueden verla como una ayuda a sus adversarios. Toda percepción acerca de que el personal de asistencia de salud importado presta atención en forma incorrecta o se conduce de forma inapropiada podría utilizarse para amenazar o expulsar al personal o a la organización a la que pertenece. La asistencia de salud importada también podría interrumpir los servicios de salud existentes y, al ofrecer servicios en forma gratuita, podría amenazar la situación financiera del personal de salud que ya está desempeñándose en esa zona.

Otra consideración importante al importar asistencia de salud tiene que ver con la tecnología que se utilizará: ¿es sostenible y adecuada para el contexto?

8.2. Cuestiones críticas

A continuación, enunciamos algunas cuestiones para considerar en el caso de tener que solicitar, organizar, enviar o participar en una operación de asistencia de salud importada en un contexto dado:

- ¿Se ha realizado una evaluación fiable e imparcial de las necesidades en materia de asistencia de salud? ¿Se han identificado las necesidades insatisfechas?
- ¿En qué medida las autoridades locales y nacionales están dispuestas a o en condiciones de responder a las necesidades insatisfechas?
- ¿La mejor manera de responder a esas necesidades consiste en importar asistencia de salud? ¿Es posible satisfacer esas necesidades por otros medios (como encontrar personal adicional en el contexto, trasladar a heridos y enfermos a instalaciones de salud que se encuentren fuera del contexto o medidas administrativas, como suspender todas las operaciones que no sean urgentes)?
- ¿Las autoridades han sido informadas y han dado su consentimiento acerca de la importación de asistencia de salud en ese contexto?
- ¿Existe la posibilidad realista de que, gracias a la importación de asistencia de salud, se pueda responder a todas las necesidades insatisfechas o a algunas de ellas?
- ¿Se dispone del material y las competencias necesarios para responder a las necesidades insatisfechas?
- ¿Se ha realizado una evaluación del impacto adverso que podría tener la importación de asistencia de salud en el sistema sanitario existente?
- ¿Cómo se determinará si la asistencia de salud importada ha permitido responder a todas las necesidades insatisfechas o a algunas de ellas?
- ¿Las calificaciones del personal importado son válidas en el contexto y reconocidas por las autoridades?
- ¿La respuesta a las necesidades insatisfechas es el principal objetivo de la importación de asistencia de salud? ¿O persigue ésta otro objetivo?
- ¿Qué marco jurídico y profesional regulará la importación de asistencia de salud?
- ¿Qué derechos tiene el personal de salud importado en el contexto (sección 4)?

- ¿Se ha dado la debida consideración a la aceptabilidad, dentro de la cultura de que se trate, de la idea de asistencia de salud importada y a la opinión del personal de salud que ya está trabajando en el lugar?
- ¿Se ha dado la debida consideración a las personas con vulnerabilidades especiales y a las víctimas de la violencia sexual (sección 7)?
- ¿Se ha hecho una evaluación realista con respecto a la seguridad del personal de salud local e importado? ¿Quién es responsable de la seguridad del personal de salud?
- ¿Existe una política acerca de la posesión de información sensible con respecto a posibles violaciones del derecho internacional (sección 11) y sobre cómo tratar con los medios de comunicación (sección 12)?
- ¿Quién es responsable del bienestar general (seguros, alojamiento, comida, etc.) del personal de salud importado?



9. HISTORIAS CLÍNICAS Y TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN RELATIVA A LA ASISTENCIA DE SALUD

9.1. Aspectos generales

El proceso de crear y mantener historias clínicas es una parte fundamental de la atención a los heridos y los enfermos. El hecho de poder averiguar qué personas heridas o enfermas han recibido tratamiento, qué les ha sucedido y hacer un seguimiento de su caso es fundamental para brindar una atención continua, desde la escena de emergencia hasta el hospital. Cada puesto de primeros auxilios, hospital o centro de rehabilitación debe llevar un registro de las personas a las que han dado tratamiento; las ambulancias, por su parte, deben llevar un registro de las personas que hayan transportado.

Al igual que otros aspectos de la asistencia de salud, la tarea de mantener los registros puede ser más difícil a raíz de las limitaciones impuestas por los conflictos armados y otras emergencias.

El personal de salud tiene la responsabilidad de:

- elaborar historias clínicas precisas en cada etapa, así sea en un puesto de salud o en cualquier otro momento de la cadena de asistencia de salud, desde los primeros auxilios, pasando por el transporte y la atención hospitalaria, hasta la rehabilitación;
- permitir que las personas tengan acceso a sus historias clínicas;
- limitar el acceso de toda otra persona a esos registros;
- considerar la mejor manera de almacenar las historias clínicas: asegurar la confidencialidad pero, al mismo tiempo, permitir que otros prestadores de asistencia tengan acceso a ellas cuando sea necesario;
- administrar las historias clínicas de forma compatible con el interés superior de los pacientes en los casos de incapacidad mental causada por lesiones severas o coma, por ejemplo.

9.2. Qué son las historias clínicas y por qué es necesario elaborarlas

Todo el personal de salud que atienda a heridos y enfermos debe llevar un registro de la asistencia de salud prestada. Es posible que en muchos contextos la ley no lo exija, pero en todas partes es una obligación ética que incumbe al personal de salud.

Tres principios básicos rigen la elaboración de historias clínicas:

- debe registrarse con la mayor precisión posible el principal problema que ha sufrido la persona herida o enferma, qué se ha hecho al respecto y quién lo ha hecho, además de qué se ha planificado;
- el acceso a las historias clínicas debe ser restringido, a fin de garantizar su confidencialidad;
- se debe poder acceder a las historias clínicas en cada etapa del tratamiento de la persona.

Cada historia clínica personal debe contener la información siguiente:

- datos personales, como nombre del paciente, dirección, fecha de nacimiento y número del hospital, así como los nombres de sus parientes;
- toda información clínica documentada relativa al diagnóstico y al tratamiento;
- fotografías, radiografías, vídeos de la persona;
- los nombres de las personas que han prestado asistencia de salud al paciente;
- constancia de cualquier tipo de consentimiento que haya dado el paciente;
- adónde ha sido derivado el paciente (su hogar, otro hospital, etc.).

Deben tomarse las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información que se envíe por radio o por Internet, por ejemplo.

Con respecto a las historias clínicas, los heridos y los enfermos tienen derecho a:

- absoluta confidencialidad por lo que respecta a su identidad y toda otra información personal, su diagnóstico y el tratamiento recibido;
- conocer la identidad del prestador de asistencia de salud o del servicio que lo está atendiendo;
- acceder a sus historias clínicas;
- tener copias de sus historias clínicas;
- poder decidir quién está autorizado a consultar sus historias clínicas y en qué circunstancias.

Se debe mantener el anonimato, en la mayor medida posible, de la información obtenida de historias clínicas individuales para compilar estadísticas relativas a la actividad hospitalaria, por ejemplo, o documentar actos de violencia (sección 11).

9.3. Adaptar las historias clínicas al contexto

Al igual que con otros aspectos de la asistencia de salud, las circunstancias pueden determinar las condiciones para el mantenimiento de las historias clínicas. El personal de salud tiene la responsabilidad de hacer los ajustes necesarios. Las historias clínicas que suelen ser de mayor utilidad en los conflictos armados y otras emergencias tienen las características siguientes:

- se las elabora de forma tal que es posible compilar de forma rutinaria y continua el máximo de información posible con el menor esfuerzo posible;
- el procedimiento de admisión y las primeras 24 horas de atención deberían consignarse en una sola página;
- se las podría utilizar también como tarjetas de selección (*triage*);
- el material utilizado debe ser duradero.

9.4. Transmisión de información

En algunas circunstancias, el derecho interno deja sin validez el requisito absoluto de confidencialidad. En algunos países, el personal de salud podría tener la responsabilidad de transmitir determinada información a las autoridades: traumas provocados por disparos y algunas enfermedades infecciosas, por ejemplo. En contextos militares, se presentan situaciones donde claramente es necesario transmitir información sobre la condición de determinada persona a un superior. La persona de que se trate deberá ser informada de que la transmisión de información en ese caso es un requisito legal o militar.

Una persona que recibe asistencia de salud puede negarse a autorizar que se transmita la información sanitaria que le incumbe. Si no es posible respetar el deseo de esa persona, el personal de salud debe explicarle por qué y para qué se transmitiría esa información.



CICR

NOMBRE:

NÚMERO:

PROCEDENTE DE:

MASCULINO / FEMENINO EDAD:

FECHA: ____ / ____ / ____

HORA: ____

HERIDA
DE BALACRISIS
CARDIACADISPOSITIVOS
SIN ESTALLAR

FRAGMENTOS

EXPLOSIÓN

QUEMADURAS

OTROS

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE SE PRODUJO LA LESIÓN:

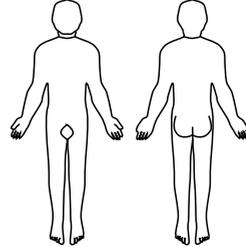
Alergias:

Medicamentos:

Historia médica / embarazo:

Última comida:

Hechos (circunstancias del accidente):

**EVALUACIÓN MÉDICA**

PULSO:

PRESIÓN SANGUÍNEA:

RESPIRACIÓN:

TEMPERATURA:

CONDICIONES GENERALES:buenas: malas: críticas: **INSTRUCCIONES PREVIAS A LA OPERACIÓN**

SOLUCIONES INTRAVENOSAS:

ANTIBIÓTICOS:

ANALGÉSICOS:

Hemoglobina:

Hematocritos:

Compatibilizada cruzada:

ATS / ANATOXAL:

Nada por vía oral:

Radiografías:

SELECCIÓN:

I Grave

II Secundario

III Superficial

IV Apoyo

OBSERVACIONES SOBRE LA OPERACIÓN**INSTRUCCIONES POSTERIORES A LA OPERACIÓN**

Soluciones intravenosas:

Antibióticos:

Analgésicos:

Posición / Fisiología / Drenajes / Tracción

Vía oral: Alimentos / Fluidos / Ninguno

Otros:

Próxima vez en el quirófano:

GRADO DE PERFORACIÓN DE LA HERIDA**OTRA INFORMACIÓN**E X C F V M E X C F V M



10. PERSONAS AGONIZANTES, PERSONAS FALLECIDAS Y RESTOS HUMANOS

10.1. Aspectos generales

En la práctica civil habitual, la atención de las personas agonizantes y el trato digno de las personas fallecidas son elementos de rutina de la asistencia de salud. En la mayoría de los sistemas de salud en general se da un tratamiento a las personas fallecidas acorde a lo culturalmente aceptado. En general, no es problemático identificar el cuerpo de una persona que ha fallecido a causa de heridas o de una enfermedad mientras estaba recibiendo asistencia de salud. Por otro lado, es probable que los organismos militares que cuenten con la organización suficiente para prestar asistencia de salud a su personal herido o enfermo dispongan de mecanismos de identificación, tratamiento, transporte y destino final de los restos de sus camaradas fallecidos. Esas prácticas permiten cumplir con el derecho de las personas de saber qué les ha sucedido a sus familiares y son una parte necesaria del proceso de duelo. Sin embargo, en los contextos para los cuales ha sido redactada esta guía, no se puede dar por descontado que se dispondrá de mecanismos para identificar los restos humanos.

En los conflictos armados y en otras emergencias, es frecuente que los sistemas que permiten las prácticas y las rutinas necesarias dejen de funcionar exactamente cuando más se los necesita. Los sistemas de asistencia de salud, ya sobrecargados o bajo presión debido a las necesidades adicionales generadas por el conflicto armado o la emergencia, se ven más exigidos aun por las personas agonizantes y las personas fallecidas. Además, es imposible identificar a un gran número de personas fallecidas. Lo cual a veces da lugar a desgarradoras escenas de personas buscando a sus familiares en medio de pilas de cadáveres y cuerpos sin identificar en las instalaciones de salud o sus alrededores. Esta situación también es sumamente angustiante y perturbadora para el personal de salud que debe continuar cumpliendo su labor de atender a los heridos y los enfermos. Los mecanismos adecuados para tratar e identificar los cadáveres sirven para facilitar la asistencia de salud en esos contextos, al permitir el correcto uso de la

infraestructura de salud y limitar los efectos emocionales en el personal que brinda asistencia de salud.

10.2. El “derecho a saber”

El derecho de las personas a saber lo que les ha sucedido a sus familiares se aplica tanto en los conflictos armados³² como en otras emergencias³³. Usted, como miembro del personal de salud, tiene la obligación de hacer todo lo posible para ayudar a las autoridades a respetar ese derecho, lo cual equivale a facilitar —y de ningún modo impedir— el proceso de identificación de los cadáveres. Quizá le toque informar a una persona del deceso de un familiar; tal vez le corresponda entregar el cuerpo a la familia y, en algunos casos, comunicar a la familia las circunstancias en que se produjo el deceso.

10.3. Sus responsabilidades

En esta sección, no se explica el trato debido a las personas fallecidas. Se recomienda consultar otras publicaciones acerca de la gestión de los restos humanos³⁴. Sin embargo, a continuación enumeramos algunos aspectos referidos a sus responsabilidades:

- tratar a las personas agonizantes, las personas fallecidas y sus parientes en forma humana y respetuosa;
- reconocer que la confirmación legal del deceso es importante para la dignidad de la persona y para sus familiares (esta tarea puede realizarla sólo el personal calificado para ello);
- tomar las medidas necesarias para que las personas agonizantes y las personas fallecidas estén al resguardo de la curiosidad de terceros y de fotógrafos;

³² V. Protocolo adicional I, art. 32.

³³ Por ejemplo, el artículo 24 (2), de la Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, de 2006, establece que “cada víctima tiene el derecho de conocer la verdad sobre las circunstancias de la desaparición forzada, la evolución y resultados de la investigación y la suerte de la persona desaparecida. Cada Estado Parte tomará las medidas adecuadas a este respecto”.

³⁴ OPS, OMS, CICR, FICR, *La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta*, tercera edición, 2009.

- recordar a las autoridades que es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para el debido tratamiento final de los cadáveres y los restos humanos;
- asegurarse de que las personas agonizantes, las personas fallecidas y los restos humanos sean tratados de forma sensible a lo culturalmente aceptado;
- asegurarse de que los mensajes comunicados por una persona agonizante, o hallados en una persona que ha fallecido, sean grabados y de que sus pertenencias personales sean guardadas, para luego entregarlos a sus familiares;
- si el cuerpo no ha sido identificado y/o no ha sido reclamado por sus familiares, proceder a un tratamiento de los restos (por ejemplo, sepultura temporaria) que facilite la identificación en el futuro;
- identificar claramente los efectos personales (incluida la ropa) correspondiente a un cuerpo no identificado y guardarlos de forma tal de permitir su preservación y reunirlos con el cuerpo más adelante;
- no destruir ningún efecto personal ni mezclar efectos personales pertenecientes a diferentes personas fallecidas.



11. RECOGER DATOS Y SER TESTIGO DE VIOLACIONES DEL DERECHO INTERNACIONAL

11.1. Aspectos generales

El deber principal del personal de salud que atiende a personas heridas o enfermas como resultado de un conflicto armado o de otra emergencia es prestar atención médica en forma adecuada, eficaz e imparcial. Sin embargo, el personal de salud también tiene la responsabilidad, en todos los contextos, de recoger datos sobre las personas a las que estén atendiendo, con miras a aportar mejoras en el futuro. Es posible recoger datos durante los conflictos armados³⁵. La recolección de datos también puede ayudar a organizar el hospital, así como a preparar y capacitar al personal. Además, los datos pueden servir para mejorar los tratamientos. La difusión de esos datos en publicaciones profesionales permite que otros trabajadores de la salud se beneficien de la información. La recolección de datos también puede formar parte de la evaluación del desempeño (sección 6.3).

En conflictos armados y otras emergencias, es posible que el personal de salud deba atender a personas cuyas heridas o enfermedades son evidencias físicas de violaciones del derecho internacional (sección 3.6). En esos casos, con las evidencias y los datos en su poder, el personal se encontrará ante difíciles dilemas.

11.2. El “dilema de los datos”

Los datos básicos que se recogen en conflictos armados y otras emergencias pueden referirse al número de personas heridas o enfermas, quiénes son esas personas, la clase de heridas o enfermedades que padecen y las circunstancias en las que resultaron heridas o enfermas. Al analizar y comunicar los datos, se puede dirigir la atención hacia los efectos de los conflictos armados y otras emergencias en la vida y el bienestar de las personas. Es lo que se denomina “ciencia de la seguridad humana”³⁶.

³⁵ D. Meddings, “The value of credible data from under-resourced areas”, *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 18 (4), 2002, pp. 380-388. V. también R. Coupland, “Security, insecurity and health”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85 (3), marzo de 2007, pp. 181-183.

³⁶ N. Taback, R. Coupland, “The science of human security”, *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 23 (1), 2008, pp. 3-9.

Sin embargo, cuando las responsabilidades del personal de salud se amplían para incluir la recolección de datos en esas circunstancias, es posible que el personal llegue a tener en su poder información precisa sobre el impacto humano de las violaciones del derecho humanitario o del derecho de los derechos humanos. En efecto, esos datos son evidencias de crímenes; su recolección puede contribuir a un proceso de justicia a nivel interno o internacional. Por ello, el personal de salud puede encontrarse ante un dilema grave e inevitable. Por un lado, es posible transmitir esa información a una persona o un organismo responsable de hacer justicia, a los medios de comunicación (sección 12) o a otra persona que pueda poner límite o término a esas violaciones. Por otro lado, la transmisión de información “sensible” puede plantear graves problemas de seguridad para los heridos y los enfermos, el personal de salud que les brinda atención e incluso la institución responsable de prestar asistencia de salud.

La finalidad de esta sección es ofrecer algunas pautas al personal de salud para afrontar este dilema. Además, aquí se explica cómo este dilema podría cambiar según el tipo de información con que se cuente.

11.3. ¿Qué información podría ser “sensible”?

Las fuentes del tipo de información que podría llevar al personal de salud ante el “dilema de los datos” son:

- el registro de admisiones;
- las historias clínicas individuales de los pacientes, incluidas radiografías o fotografías clínicas;
- estadísticas del hospital u otras estadísticas de rutina;
- recolección de datos específica sobre el impacto de la violencia, además de la compilación de estadísticas del hospital y de otras estadísticas de rutina.

La diferencia entre las tres primeras fuentes y la cuarta es: mantener los registros de admisión, mantener historias clínicas individuales y compilar estadísticas del hospital u otras estadísticas de rutina forman parte de un sistema de

asistencia de salud. La recolección de datos de otro tipo, acerca de los heridos y los enfermos y las circunstancias en que resultaron heridos o enfermos, es una actividad adicional. Puede originar datos de mayor contundencia y, por ende, esos datos serán los más “sensibles”: son pruebas de crímenes generalizados. Por ello, el “dilema de los datos” cobra mayor peso en relación con la recolección de datos de este tipo.

11.4. Pautas para abordar el dilema de los datos

Algunos trabajadores de la salud expresan indignación públicamente por el hecho del que han sido testigos, con la esperanza de que ello ayude a mejorar la situación. En esos casos, el trabajador de la salud y el público en general (por ende, los medios de comunicación) parten del supuesto de que el testimonio del personal de salud que participó directamente en el tratamiento de heridos y enfermos en un contexto en particular es creíble y autorizado. Por lo tanto, el trabajador de la salud debe sopesar los beneficios de esa expresión pública en relación con el riesgo que acarrea para los heridos y los enfermos, para él mismo, para otro personal de salud e incluso para la organización que presta asistencia de salud. Esto se aplica especialmente a los organismos humanitarios que importan asistencia de salud.

Sin embargo, es posible transmitir de manera objetiva los datos reunidos para un fin específico, utilizando una metodología válida, a una publicación profesional o en conferencias relativas a la salud y el derecho o en conferencias diplomáticas. Si bien este medio puede ser menos espectacular para comunicar la realidad de un contexto y solicitar cambios, es cierto que también puede tener efectos importantes de largo plazo. De todos modos, más allá del tipo de datos que se recaben y de la forma en que se los comunique, el “dilema de los datos” sigue planteándose.

Si, como trabajador de la salud, a usted le preocupa que la publicación de los datos del contexto en el que está

trabajando ponga en peligro a los heridos y los enfermos, a usted, sus colegas y su institución, entonces usted se encuentra ante el "dilema de los datos". A continuación, algunas pautas para abordarlo:

- no se ponga en peligro ni ponga en peligro a sus colegas comunicando información que tenga en su poder a raíz de su trabajo;
- si duda, reúna sólo los datos que forman parte de la recolección de datos de rutina, como datos relativos a la admisión en el hospital o los datos necesarios para la historia clínica;
- no hable con los medios de comunicación acerca de los datos, a menos que tenga la absoluta certeza de que ello no acarreará ningún peligro para usted ni para sus colegas;
- examine la cuestión de la recolección de datos con colegas y con asociaciones de profesionales que podrían ofrecerle orientación;
- asegúrese de ser totalmente abierto con todos sus colegas acerca de todo ejercicio de recolección de datos, sobre todo cuando recoja datos específicamente relacionados con la violencia;
- asegúrese de que la recolección de datos para un fin específico se realice siguiendo criterios que gocen de integridad científica y que sean compatibles con la ética de la asistencia de salud;
- verifique si cuenta con la autorización de su empleador y, de ser necesario, con la aprobación de un comité de ética para recoger datos que excedan la documentación estándar;
- no haga declaraciones del tipo "¡Esto es un crimen de guerra!";
- en caso de tomar fotografías, asegúrese de que no sea posible identificar a las persona herida o enferma, o saber cuál es su filiación (por ejemplo, si esa persona pertenece a un grupo armado en particular);
- en las circunstancias más difíciles y precarias, tal vez lo más conveniente sea no recabar ningún tipo de dato.



Amon Gutman/CICR

12. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

12.1. Aspectos generales

Los medios de comunicación pueden aportar cambios positivos, si cuentan con un panorama realista de lo que esté sucediendo en determinado contexto violento. Una cobertura mediática adecuada puede contribuir a que la asistencia de salud reciba más recursos, influir en la naturaleza y la magnitud de la violencia en ese conflicto e incluso ayudar a ponerle término. Lo cual puede plantear un dilema para los trabajadores de la salud similar al “dilema de los datos” expuesto en la sección 11. Sin embargo, si aprovecha su posición y, por lo tanto, su credibilidad como testigo, para declarar que se están cometiendo violaciones del derecho humanitario o del derecho de los derechos humanos, cuando es imposible verificar esas declaraciones, el trabajador de la salud pone en peligro no sólo su propia seguridad y la de terceros, sino que también puede llegar a impulsar el proceso de acusación y contra acusación que es una característica de todo conflicto armado o de cualquier otra situación de emergencia. Se trata de una falta de conducta grave. Como los medios de comunicación están ávidos de ese tipo de declaraciones por parte del personal de salud, todos los pedidos de información, entrevistas e imágenes deben ser tratados con suma cautela.

12.2. Orientaciones generales

A continuación, explicamos algunos aspectos que podrían orientarlo en su trato con los medios de comunicación.

Designa a una persona de su organización u hospital como persona de contacto para todos los asuntos relativos a los medios de comunicación. Asegúrese de que se haya elaborado una política relativa a los medios de comunicación para usted y sus colegas y, además, asegúrese de que todo periodista que desee una entrevista con usted o ingresar en la instalación de salud tenga una copia de esa política. A continuación, algunos puntos para tener en cuenta:

- el bienestar y la privacidad de los heridos y los enfermos siempre prevalecen por sobre la curiosidad o las necesidades de los medios de comunicación;

- resguarde a los heridos y los enfermos de la mirada de los medios de comunicación;
- solicite ver las credenciales de toda persona que se presente como periodista;
- no se deje intimidar para dar respuestas si no desea hacerlo;
- no responda a preguntas destinadas a provocar sus emociones;
- asegúrese de saber cuándo sus dichos están siendo grabados y cuándo no (los periodistas a veces consideran que una conversación normal es una entrevista). Si no puede saberlo con certeza, dé por sentado que sus dichos están siendo grabados;
- esté atento a posible dispositivos o cámaras de grabación ocultos;
- antes de hacer cualquier declaración pública, preste cuidadosa atención a la veracidad y las consecuencias de lo declarado, por su propia seguridad y por la de los heridos y los enfermos, así como por la de sus colegas.



13. SU RESPONSABILIDAD RESPECTO DE SU PROPIA PERSONA

13.1. Consejos generales

La tarea de prestar atención médica a los heridos y los enfermos en conflictos armados y en otras emergencias puede ser extremadamente estresante. Como trabajador de la salud, debe tomar medidas para garantizar su propio bienestar a fin de poder seguir cumpliendo sus responsabilidades³⁷.

Con respecto a su bienestar general, debería:

- hacer todo lo posible para garantizar su propia seguridad³⁸;
- atenerse a las directrices de seguridad locales, si existieran;
- no correr riesgos innecesarios;
- estar al corriente de los cambios que se produzcan en el contexto;
- descansar lo suficiente;
- conocer sus propios límites;
- comer con regularidad y evitar el alcohol y las drogas;
- encontrar su lugar en el equipo y no aislarse;
- hablar con amigos y con colegas acerca de sus preocupaciones sobre todo si se siente estresado;
- practicar ejercicios;
- prestar atención a su higiene personal.

13.2. Estrés

El estrés puede ser una forma de autoprotección cuando es una reacción normal y útil ante una situación dada. Sin embargo, puede dar lugar a niveles más altos y graves de estrés. Existen tres tipos de estrés severo que afectan a las personas que trabajan en conflictos armados y en otras emergencias. Pueden ser dañinos si no se los reconoce y los trata debidamente. Se trata de:

- estrés básico, que es el resultado de un cambio abrupto en un contexto poco familiar;

³⁷ CICR, *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia*, CICR, Ginebra, 2006.

³⁸ David Lloyd Roberts, *Staying Alive: Safety and Security Guidelines for Humanitarian Volunteers in Conflict Areas*, CICR, Ginebra, 1999.

- estrés acumulativo, que es causado por diversos factores, incluida la preocupación por la propia seguridad; puede desarrollarse en forma lenta o rápida, y suele ser previsible;
- estrés traumático, que es causado por un hecho inesperado y violento acompañado por una amenaza de daño físico o psicológico contra usted o contra alguien cercano.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una respuesta tardía a un trauma psicológico agudo. El estrés traumático y el TEPT requieren ayuda profesional lo antes posible.

El CICR ha publicado una guía útil para los trabajadores humanitarios, que les ayuda a reconocer, evaluar y abordar estas diferentes formas de estrés³⁹.

³⁹ Barthold Bierens de Haan, *Humanitarian Action and Armed Conflict: Coping with Stress*, CICR, Ginebra, 2005.



14. PARA RESUMIR

La finalidad de esta guía es ayudar al personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias a abordar los dilemas que se les plantean en las circunstancias más difíciles. Las fuentes en que se basa incluyen el derecho humanitario, el derecho de los derechos humanos y la ética de la asistencia de salud.

Son varias las cuestiones que usted debería considerar en relación con sus responsabilidades y sus derechos en conflictos armados y en otras emergencias. Preferentemente, debería hacerlo antes de hallarse frente a las difíciles situaciones en que surgen o, en el caso de la asistencia de salud importada (sección 8), antes del despliegue. A continuación, enunciaremos algunas de esas cuestiones.

- ¿Tengo una idea clara de mis responsabilidades, tal como están establecidas en el derecho humanitario, el derecho de los derechos humanos y la ética de la asistencia de salud?
- ¿He comprendido cabalmente mis derechos (que pueden estar determinados por el contexto)?
- ¿A qué textos o experiencias debería remitirme para determinar la calidad de atención médica adecuada para cada contexto?
- ¿De qué modo podría demostrar que la calidad de la asistencia de salud que estoy prestando es adecuada?
- ¿He prestado debida consideración a las necesidades de las personas especialmente vulnerables?
- ¿Sé qué debería hacer y qué no si me encontrara ante una víctima de violencia sexual?
- ¿He analizado todas las consecuencias de la importación de asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias?
- En el proceso de elaborar, mantener y transmitir historias clínicas, ¿he tomado todas las medidas posibles para garantizar la confidencialidad de la identidad y el estado de las personas que están a mi cuidado?

- ¿Sé cuáles son mis responsabilidades con respecto a las personas agonizantes y a las personas fallecidas en el contexto en el que estoy trabajando?
- ¿Cómo abordo los dilemas que surgen como resultado de que poseo información importante sobre los heridos y los enfermos, así como de tener que considerar al mismo tiempo la seguridad y el bienestar de las personas que están a mi cuidado, mis colegas y mi propia persona?
- ¿Estoy suficientemente preparado para tratar con los medios de comunicación?
- ¿He tomado todas las medidas posibles para preservar mi seguridad, mi salud y mi bienestar?

MISIÓN

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), organización imparcial, neutral e independiente, tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de los conflictos armados y de otras situaciones de violencia, así como de prestarles asistencia. El CICR se esfuerza asimismo en prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales. Fundado en 1863, el CICR dio origen a los Convenios de Ginebra y al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, cuyas actividades internacionales en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia dirige y coordina.



CICR