SERVICIOS PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIAS EN SITUACIONES DE RIESGO

ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO ES UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE

Norwegian Red Cross

CRUZ ROJA MEXICANA

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.cicr.org
© CICR, julio de 2014

Portada: Ursula Meissner/CICR

SERVICIOS PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIAS EN SITUACIONES DE RIESGO

El taller de expertos sobre Servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo, celebrado en Toluca (México) del 20 al 24 de mayo de 2013, fue organizado conjuntamente por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y la Cruz Roja Mexicana. La presente publicación fue elaborada por la Cruz Roja Noruega y refleja las presentaciones y debates efectuados durante el taller. No está destinada a ser utilizada como documento de referencia ni es necesariamente aplicable y pertinente en todos los contextos.

Los siete Principios Fundamentales del Movimiento

Proclamados en Viena en 1965, los siete Principios Fundamentales crean un vínculo de unión entre las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Los Principios Fundamentales garantizan la continuidad del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y su labor humanitaria.

Humanidad
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.

Imparcialidad
No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

Neutralidad
Con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso o ideológico.

Independencia
El Movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

Voluntariado
Es un Movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

Unidad
En cada país sólo puede existir una sola Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Universalidad
El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

ÍNDICE

1. PREFACIO **5**
1.1. Fernando Suinaga Cárdenas, presidente de la Cruz Roja Mexicana 5
1.2. Yves Daccord, director general del Comité Internacional de la Cruz Roja 6

2. RESUMEN **9**

3. RESPETAR LOS SERVICIOS DE SALUD **11**

4. DESAFÍOS PARA LOS SERVICIOS PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIAS EN SITUACIONES DE RIESGO **15**
4.1. Desafío: dificultades para prestar un servicio de salud de forma continua 15
4.2. Desafío: uso indebido de las ambulancias 16
4.3. Desafío: ataques contra las ambulancias y el personal de salud 16
4.4. Desafío: trabas al paso de las ambulancias 17

5. RECOMENDACIONES Y DEBATES **19**
5.1. Iniciativas jurídicas y legislativas 19
5.2. Coordinación con los interesados, incluidas las fuerzas armadas y de seguridad 28
5.3. Mejores prácticas en la prestación de servicios prehospitalarios 31

6. OBSERVACIONES FINALES **51**

CRUZ ROJA MEXICANA
AFP

1. PREFACIO

1.1. Fernando Suinaga Cárdenas, presidente de la Cruz Roja Mexicana

Para la Cruz Roja Mexicana fue un honor acoger, junto con la delegación regional del Comité Internacional de la Cruz Roja para México, América Central y Cuba, el taller de expertos sobre Servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo, en nuestro Centro Nacional de Capacitación y Adiestramiento, sito en Toluca, en el estado de México.

Para la Sociedad Nacional que presido fue muy importante y satisfactorio contribuir a avanzar en el cumplimiento de la resolución 5 de la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. El taller también fue una gran oportunidad para facilitar el intercambio de experiencias entre personas expertas en la atención prehospitalaria y en servicios de ambulancias, de más de 20 Sociedades Nacionales de diferentes continentes, así como de otras organizaciones humanitarias, organizaciones médicas y diversos organismos gubernamentales interesados por el tema.

El presente documento recaba los aportes y los debates que hubo durante la reunión, para los cuales fueron necesarias la dedicación y muchas horas de preparación de muchas personas. Por ello deseo patentizar por medio de estas líneas mi más sincero agradecimiento a todos los voluntarios y colaboradores de la Cruz Roja Mexicana que contribuyeron con su esfuerzo y apoyo en la realización de este evento, así como a los empleados de la delegación regional del Comité Internacional de la Cruz Roja para México, América Central y Cuba, que se aunaron con nuestros voluntarios y colaboradores para apoyar juntos este fructífero esfuerzo.

Deseando que las recomendaciones de la reunión contribuyan de manera significativa al desempeño del cometido humanitario de nuestro Movimiento, reiteramos que la Cruz Roja Mexicana continuará apoyando las acciones que sean recomendables para que la acción humanitaria sea respetada, reconocida y aceptada en todo el mundo.

1.2. Yves Daccord, director general del Comité Internacional de la Cruz Roja

Los actos o las amenazas de violencia de que son objeto el personal, las instalaciones y los beneficiarios de los servicios de salud son una grave cuestión humanitaria en todo el mundo. Comparativamente, en cambio, es algo a lo que se presta poca atención, a pesar de que muchas personas se ven privadas de la asistencia que necesitan a causa de la violencia. Ésta puede adoptar diversas formas y afectar a diferentes grupos de personas, sea como resultado de una política o accidentalmente. Con todo, los más expuestos a la violencia son los servicios prehospitalarios y de ambulancias.

En diversos lugares del mundo –Afganistán, Colombia, Líbano, Libia, Siria, territorios palestinos ocupados y Yemen– se han producido ataques contra ambulancias. En algunos casos, porque estaban transportando a portadores de armas de la parte adversaria; en otros, por la desconfianza a que había dado lugar el uso indebido y deliberado de ambulancias para engañar al adversario. En otras situaciones, estos vehículos sanitarios han quedado simplemente atrapados en el fuego cruzado.

Como queda de relieve en un reciente estudio efectuado por el CICR, las principales víctimas de la violencia ejercida contra el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios son los trabajadores de salud *locales:* éstos resultaron afectados por lo menos en el 90% de los más de 900 incidentes ocurridos en 22 países, en los que un 25% de las personas resultaron heridas o muertas. En el estudio se señalan también casos de ataques deliberados contra el personal de salud después de que éste había prestado una asistencia vital a víctimas de explosiones. Ésta es una práctica especialmente abominable, que provoca más heridos y muertos e impide atender a las personas que necesitan con urgencia recibir cuidados.

Los actos de violencia contra las instalaciones y el personal de salud no son sólo moralmente reprobables, sino que violan el derecho internacional. Un problema grave es la falta generalizada de respeto que algunas partes en conflictos y actores armados en otras situaciones de emergencia muestran por el derecho y la ley. Cuando se ignoran abiertamente los símbolos que asignan protección a los servicios de salud, es muy poco lo que otras medidas pueden ofrecer para preservarlos. Idealmente, habría que prevenir que ocurran actos de violencia; pero para alcanzar este ideal es necesario encontrar los medios adecuados y en esto radica la dificultad. Para empezar, hay que crear conciencia en el mundo entero acerca del terrible costo humano que acarrea la violencia contra el personal y las instalaciones de salud, e instaurar una cultura de responsabilidad entre todos los concernidos por el problema.

En consonancia con la importante resolución sobre la asistencia de salud en peligro adoptada por la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2011), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) mantiene el compromiso de abordar tanto las causas como las consecuencias de este grave problema humanitario. Para hacerlo de forma cabal, considera esencial asociar en esta empresa a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Como organizaciones de primera respuesta, la contribución de las Sociedades Nacionales es fundamental para que se acceda a sus servicios de manera más segura. Los talleres de expertos como el celebrado en México el mes de mayo de 2013, dan la oportunidad de reunir a muchos interesados clave –autoridades nacionales, asociaciones médicas, organizaciones no gubernamentales y muchas Sociedades Nacionales–, para poner en común ideas y experiencias, y para formular recomendaciones prácticas. La presente publicación recoge muchas de esas experiencias y una serie extraordinaria de buenas prácticas. Debería servir como herramienta para lograr un cambio positivo y mejores condiciones de seguridad en la prestación de servicios de salud y en el acceso a éstos.

AFP

2. RESUMEN

En la presente publicación se reseñan los resultados más importantes del taller de expertos sobre los servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo, organizado conjuntamente por el CICR y la Cruz Roja Mexicana del 20 al 24 de mayo de 2013 en Toluca (México). Éste contó con la participación de expertos de varias Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, servicios nacionales de salud, servicios de rescate, universidades, cuerpos militares y el CICR.

El interés del taller era comprender los desafíos concretos a que hace frente el personal de salud cuando presta servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo en todo el mundo. Por ejemplo, puede ocurrir que la capacidad y los recursos para prestar esos servicios se agoten en poco tiempo y que la infraestructura necesaria para su funcionamiento sufra daños, dejando al personal en la imposibilidad de prestar asistencia en condiciones de seguridad. Las dificultades que se presentan en el desempeño de la actividad de primera respuesta pueden afectar tanto al personal de salud como a las personas que reciben su asistencia. Los actos o las amenazas de violencia contra el personal de salud son frecuentes. Los ataques directos o indirectos contra los vehículos sanitarios, su uso indebido, las trabas que se ponen a su paso o el saqueo de que son objeto impiden también, en muchos casos, prestar una atención de salud adecuada e imparcial. En los siguientes capítulos se presentan los principales problemas a que hacen frente los servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo: dificultad para prestar servicios de forma continua, uso indebido de ambulancias, ataques contra el personal de salud y las ambulancias, y trabas al paso de estos vehículos.

Cabe destacar tres importantes recomendaciones que hicieron los expertos en el taller de México para fortalecer la seguridad del acceso a los servicios prehospitalarios y de ambulancias en las situaciones de riesgo. Son las siguientes: tomar iniciativas en el ámbito jurídico y legislativo, mantener una coordinación entre los interesados, incluidas las fuerzas armadas y de seguridad del Estado, y adoptar mejores prácticas en la prestación de servicios prehospitalarios y de ambulancias. En el capítulo 5 se hace una lista de las diferentes recomendaciones, ilustrándolas con ejemplos de diferentes contextos.

Si bien algunos de los problemas a los que se aludió durante el taller ya eran ampliamente conocidos por los participantes, cabe señalar que muchas de las dificultades que afronta el personal de salud no son las mismas en todas partes. Tampoco existen soluciones simples y universales. Por lo demás, las experiencias, los debates y las recomendaciones que constan en la presente publicación son los que han hecho los participantes en el taller y no son necesariamente pertinentes en todos los contextos. Sin embargo, a veces podrán servir como punto de partida para formular soluciones adaptadas a otros países y regiones.

Kate Holt/CICR

3. RESPETAR A LOS SERVICIOS DE SALUD

Los actos y amenazas de violencia –durante conflictos armados y otras situaciones de emergencia– contra el personal y las instalaciones de salud afectan a individuos, familias y comunidades enteras. La violencia es sin duda uno de los mayores problemas humanitarios de nuestro tiempo. Esta conclusión se fundamenta en el hecho de que la violencia afecta a gran cantidad de personas y tiene repercusiones en las necesidades crónicas y agudas. Sin embargo, es un problema que continúa siendo ampliamente desconocido.

La XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, celebrada en noviembre de 2011, pidió al CICR entablar consultas con expertos de Estados, del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de otras partes interesadas en el sector de la salud, para buscar la manera de mejorar las condiciones de seguridad en la prestación de servicios de salud en los conflictos armados y en otras situaciones de emergencia. Solicitó también informar sobre el progreso realizado a la XXXII Conferencia Internacional, que tendrá lugar en 2015.

Para procurar conseguir este objetivo, se emprendió un proyecto para mejorar el acceso a los servicios de salud, el cual se centra en los actos ilegales y a veces violentos que obstaculizan o impiden la prestación de servicios de salud –ataques, discriminación, allanamientos de instalaciones protegidas por personas armadas, obstrucciones ilegales, etc.– y en las consecuencias que estos actos tienen para los heridos y los enfermos, así como para el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios.

Definiciones

Dado que la mencionada iniciativa aborda diferentes situaciones, los términos utilizados en la presente publicación –por ejemplo, personal, unidades y medios de transporte sanitarios– deben ser entendidos de forma más amplia que en el derecho internacional humanitario (DIH), el cual se aplica en las situaciones de conflicto armado. Si el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios están «destinados exclusivamente a fines sanitarios, bajo la dirección de una autoridad competente de una Parte en conflicto», se aplica la definición del DIH. En el contexto de los servicios de salud, las definiciones se aplican aunque no estén bajo la dirección de una parte en conflicto:

Las instalaciones de salud incluyen hospitales, laboratorios, dispensarios, puestos de primeros auxilios y centros de transfusión de sangre, así como los respectivos almacenes de suministros médicos y farmacéuticos.[a]

Integran el **personal de salud**[b]

- las personas cualificadas para ejercer en el ámbito de la salud, por ejemplo médicos, enfermeros, paramédicos, fisioterapeutas y farmacéuticos;
- las 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;
- el personal y los voluntarios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que participa en tareas de asistencia de salud;
- el personal sanitario de las fuerzas armadas y las fuerzas de seguridad;
- el personal de organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales orientadas a la salud;
- el personal de primera respuesta/socorristas.

Los medios de transporte sanitarios incluyen las ambulancias, las aeronaves y los buques sanitarios, civiles y militares, y los medios de transporte utilizados para transportar a heridos y enfermos, a personal de salud y suministros o equipo médico. El término incluye todos los vehículos utilizados con fines sanitarios, aunque no estén exclusivamente asignados al transporte médico y bajo el control de una autoridad competente de una parte en un conflicto; por ejemplo, vehículos privados utilizados para el transporte de heridos y enfermos a una instalación de salud, vehículos para el transporte de suministros médicos y vehículos privados que se ocupan del transporte de personal médico al lugar de trabajo (por ejemplo, para hacer vacunaciones en determinado lugar o para trabajar en centros móviles de salud).

Para los fines de esta publicación, una ambulancia es un medio de transporte disponible in situ para transportar de la forma más segura y adecuada posible a los heridos y a los enfermos graves a un lugar donde puedan recibir el tratamiento médico o quirúrgico de urgencia que su estado requiera. Estos vehículos pueden servir también para estabilizar a los pacientes. El transporte puede consistir en el traslado a partir del lugar de emergencia a la instalación de atención de salud, o al traslado entre dos instalaciones de salud.

El DIH contiene las definiciones de «medios de transporte», «transporte», «vehículo sanitario», «buque y embarcación sanitarios» así como de «aeronave sanitaria» artículo 8 f)-j) del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra (Protocolo I) (en adelante, P I).

El DIH también se refiere a los «medios de transporte» o al «transporte» en relación con:

- el uso del emblema;
- los fines sanitarios enumerados en el artículo 8 e) del P I;
- la misma protección para los vehículos sanitarios y para las unidades sanitarias móviles de conformidad con los artículos 12 y 21 del P I;
- las actividades del personal sanitario en relación con los heridos y los enfermos, y la protección de los medios de transporte sanitarios y de los emblemas distintivos según las normas 25, 29, 30 y 109 del DIH consuetudinario.[c]

[a] CICR, *Asistencia de salud en peligro: la realidad del problema*, CICR, Ginebra, 2011.

[b] CICR, *Asistencia de salud en peligro: responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*, CICR, Ginebra, 2012.

[c] Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck (eds.), *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, Volumen I: Normas, Comité Internacional de la Cruz Roja, Centro de Apoyo en Comunicación para América Latina y el Caribe, 2007 (http://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/pcustom.htm); Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck (eds.), *Customary International Humanitarian Law*, Volume II: Practice, Parts I and II, Cambridge University Press, 2005. Véase también la actualización en la base de datos sobre el DIH consuetudinario (en inglés): http://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home

En 2012 y 2013, el CICR organizó talleres para abordar la función y la responsabilidad de las Sociedades Nacionales en la prestación de asistencia de salud[1], los cuales contaron con la participación de expertos de Sociedades Nacionales y de otros interesados de unos 100 países. El taller de México sobre los servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo complementa esos talleres. Los temas abordados hasta la fecha o que se tratarán en futuros talleres son los siguientes:

1. Práctica militar y de seguridad, y órdenes operacionales.
2. Respuesta de las Sociedades Nacionales a la falta de seguridad para los servicios de salud.
3. Responsabilidades y derechos del personal de salud.
4. Servicios prehospitalarios y de ambulancias.
5. Seguridad de las instalaciones de salud.
6. Normativa nacional para proteger los servicios de salud.
7. El papel de la sociedad civil y de los líderes religiosos en la promoción del respeto a los servicios de salud.

En el taller de México participaron representantes de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así como de las fuerzas armadas, los servicios médicos de la Policía, universidades y organizaciones médicas, como Médicos Sin Fronteras. Debido a la participación de varias Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en el taller, en esta publicación se hará referencia a menudo a los servicios de ambulancias de las Sociedades Nacionales. Sin embargo, los debates generales y las recomendaciones son igualmente válidos para otros servicios de ambulancias. La presente publicación contiene las presentaciones que se hicieron en sesión plenaria y en grupos de trabajo. Recoge también contribuciones especiales hechas después del taller. Por lo demás, cabe señalar que, durante el taller, se utilizó el término «situaciones de riesgo» como equivalente de «conflictos armados y otras situaciones de emergencia»; por lo tanto, también se utilizará ese término en la presente publicación.

1 CICR,Taller de Oslo, 3-5 de diciembre de 2012, *Función y responsabilidad de las Sociedades Nacionales en la prestación de asistencia de salud en condiciones de seguridad en situaciones de conflicto armado y otras situaciones de emergencia* (en inglés); más información en http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-oslo-2012-12-03.htm.
CICR, Taller de Teherán, 12-14 de febrero de 2013, *Función y responsabilidad de las Sociedades Nacionales en la prestación de asistencia de salud en condiciones de seguridad en situaciones de conflicto armado y otras situaciones de emergencia* (en inglés); más información en http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/02-08-tehran-workshop-health-care-in-danger.htm

Bruño Hubschmid/CICR

4. DESAFÍOS PARA LOS SERVICIOS PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIAS EN SITUACIONES DE RIESGO

Desde su fundación, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha estado asociado a la prestación de servicios en el ámbito de la salud. Una de las actividades básicas de las Sociedades Nacionales en todo el mundo es formar a los voluntarios, y al público en general, en el ámbito de la asistencia de salud y en primeros auxilios. En muchos países, las Sociedades Nacionales también operan y gestionan servicios de ambulancias en apoyo de los servicios públicos o privados, o como principales proveedores de este tipo de servicios.

Las formas en que se prestan servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo dependen de muchos factores: entorno de seguridad, cantidad de heridos y enfermos, gravedad de las lesiones, acceso a las instalaciones de salud, recursos que pueden movilizarse para atender o transportar a los pacientes, acceso a tratamiento quirúrgico y capacidad de las instalaciones de salud para recibir y atender a pacientes.

La organización del transporte de los heridos y los enfermos desde el sitio donde se encuentran hasta el lugar donde pueden recibir atención médica o quirúrgica, según el caso, depende del contexto. Lo mismo vale para el traslado de pacientes de una instalación de salud a otra; por ejemplo, a una instalación de servicios especializados después de que el paciente ha sido estabilizado en un dispensario. El transporte puede realizarse mediante medios privados, públicos o militares. Además, la tecnología y el nivel de la atención médica pueden variar enormemente de un país a otro: la ambulancia que transporta a un paciente a un hospital puede estar provista de todo el equipo necesario para tratar al paciente o, por el contrario, ser un simple medio para la evacuación y el transporte de pacientes.

4.1. Desafío: dificultades para prestar un servicio de salud de forma continua

En situaciones de riesgo, los servicios prehospitalarios y de ambulancias están sometidos a enorme presión y tensión. Prestar un servicio integral las 24 horas del día es una enorme empresa que requiere amplios recursos. También conlleva cierto riesgo cuando los servicios son insostenibles o la capacidad es insuficiente para su funcionamiento: falta de medios, demasiadas victimas que atender, etc. Los consiguientes malentendidos y frustraciones que esto provoca pueden dar lugar a actos de violencia contra otros proveedores de servicios de salud o contra la organización de la que dependen esos servicios. Estas situaciones pueden resultar peligrosas tanto para los equipos de primera respuesta como para las víctimas a su cargo.

El estado de la infraestructura del lugar en que se produce una emergencia también incide en la prestación de servicios de salud. Por ejemplo, en algunos contextos, es imposible utilizar medios de transporte motorizados. En algunos terrenos montañosos, los únicos medios de transporte a que se puede recurrir durante el invierno en caso de emergencia son las motonieves o los trineos de tracción humana o animal. Otros medios más eficientes para transportar a un enfermo o un herido según la región puede ser un burro o un caballo (como en Chad), un vehículo de dos ruedas (Malawi, Uganda, Zambia) o un barco (Colombia, Nigeria). Dado que estos diferentes vehículos son medios de transporte sostenibles y adecuados en ciertos lugares y que los usuarios se identifican con ellos, es necesario tenerlos en cuenta y abordar su uso en relación con los servicios de salud.

4.2. Desafío: uso indebido de las ambulancias

Se puede hacer un uso indebido de las ambulancias de diferentes formas y en todos los casos tienen consecuencias, a menudo graves, para los servicios de ambulancias, para su personal y los heridos y los enfermos que éste atiende, y para la integridad del propio servicio. Los efectos del uso indebido raras veces tienen límites en el espacio y en el tiempo. Utilizar una ambulancia reivindicando falsamente que se tiene derecho a la protección que se asigna al personal sanitario, con el objeto de capturar, herir o matar al adversario es un acto de perfidia y está prohibido por el DIH.[2] Además, compromete gravemente la neutralidad de los que prestan asistencia de salud. Si bien no todos los casos de uso abusivo constituyen perfidia, cada vez que se utiliza de forma indebida una ambulancia, ésta pierde la protección que le asigna el DIH. Otros usos indebidos son la utilización de una ambulancia para facilitar u obstaculizar operaciones militares, transportar armas y combatientes, o lanzar un ataque. Por ejemplo, el atentado suicida que se perpetró en abril de 2011 en un centro de instrucción de la Policía afgana en los afueras de Kandahar (sur de Afganistán) se hizo utilizando una ambulancia y provocó doce muertos y varios heridos. El abuso de confianza que constituye el uso indebido de instalaciones y medios de transporte protegidos –como en este caso– puede convertirse en un círculo vicioso y socavar los motivos para crear entidades neutrales en una situación de conflicto armado. El incidente en Afganistán fue condenado firmemente. Los usos indebidos pueden ser menos graves y las razones no siempre son militares; sin embargo, estos casos también pueden ser muy perjudiciales para la imagen pública, la eficacia y la seguridad de los servicios de salud. Un ejemplo de este tipo de uso indebido sería la utilización de una ambulancia como vehículo personal para directores y administradores de hospitales, como taxis o como medios para el transporte de mercancías. Este uso despierta sospechas y lo menos grave que puede ocurrir es que se retrase o se obstaculice su paso. Pero también puede tener consecuencias extremas y es que la ambulancia sea objeto de un ataque.[3]

4.3. Desafío: ataques contra las ambulancias y el personal de salud

Los ataques contra las ambulancias y el personal de salud, intencionados o no, constituyen un grave obstáculo para prestar servicios de salud de forma segura en situaciones de riesgo. Los casos de Honduras[4], Libia[5], Líbano[6] y Siria[7] sirven para ilustrar la frecuencia y la generalización de los ataques contra las ambulancias. Los motivos pueden ser diversos; por ejemplo, para asesinar al personal de salud o a los heridos o los enfermos que esas ambulancias transportan porque se considera que pertenecen a la parte adversaria. El personal de los de servicios de salud también puede ser objeto de ataques por el hecho de pertenecer a otro grupo étnico o provenir de otra región u otro país. Estos «forasteros» pueden ser objeto de ostracismo por no formar parte de la comunidad o incluso ser considerados espías. En algunos contextos, los ataques contra las ambulancias pueden ser perpetrados por toda una comunidad para demostrar el descontento con los servicios o con su proveedor, o porque considera que la vida de la persona enferma corre peligro y lo expresa de forma violenta. Asimismo, en el lugar de un incidente, el personal de primera respuesta puede ser objeto de amenazas y obligado a seguir consignas contrarias a sus principios, como tratar a las víctimas según un orden de prioridad incongruente con los procedimientos médicos. Esta actitud es más obstinada en los lugares donde se considera que una ambulancia es un «bien de consumo» o una mercancía. También es frecuente que se considere o se presente a las ambulancias como un símbolo de asistencia eficaz e inmediata en casos de emergencia, y llamar una ambulancia puede convertirse en un simple hábito. El hecho de no recibir el servicio de forma oportuna –desde el punto de vista de las personas que piden la ambulancia y no del servicio de ambulancias– causa frustración y conduce muchas veces a un comportamiento agresivo contra el personal de la ambulancia cuando éste llega al lugar de la intervención.

Aumentan también los casos en que se perpetran varios ataques en un mismo lugar con el fin de herir o matar a los miembros de un equipo de primera respuesta que están prestando asistencia y evacuando a las víctimas de un ataque. Puede ocurrir también que se lance un ataque contra el hospital en donde han sido internadas las víctimas de un ataque precedente. Esta evolución es sumamente preocupante porque

2 Protocolo I, art. 37.
3 CICR, *Asistencia de Salud en Peligro. La realidad del problema,* CICR, 2011.
4 La Prensa, "Acribillan a un hombre dentro de ambulancia en Honduras", en http://www.laprensa.hn/Secciones-Principales/Sucesos/Policiales/Acribillan-a-un-hombre-dentro-de-ambulancia-en-Honduras, 20 de marzo de 2013.
5 CICR, "Libia: El personal de primeros auxilios en la línea de fuego", http://www.icrc.org/spa/resources/documents/feature/2012/libya-feature-2012-06-11.htm, 11 de junio de 2012.
6 CICR, *Asistencia de Salud en Peligro. La realidad del problema,* CICR, 2011.
7 Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe de la comisión internacional independiente de investigación sobre la República Árabe Siria,* A/HRC/24/46. Véase también «Siria: La situación humanitaria es catastrófica», en http://www.icrc.org/spa/resources/documents/press-briefing/2013/02-15-syria-humanitarian-situation.htm, 15 de febrero de 2013.

muestra que los ataques contra las ambulancias y el personal de salud son estrategias deliberadas y no, por decirlo así, daños colaterales. En este tipo de situaciones, es difícil saber cuáles son las medidas más adecuadas: si para contrarrestar las malas condiciones de seguridad se retrasa la asistencia debida a los heridos hasta el momento en que se tiene la certeza de que no hay peligro alguno para los socorristas y las ambulancias, las consecuencias pueden ser muy graves para los heridos.

Cabe señalar también que la seguridad del personal de una ambulancia también depende de su actitud o comportamiento. Puede conducirse inadecuadamente si

- carece de información suficiente sobre la forma de velar por su propia protección: preparación para la acción, control del estrés y de la seguridad, plan de contingencia o emergencia, código de conducta, etc.
- desconoce los principios básicos presentados en el «Marco para un acceso más seguro» o no los respeta[8];
- actúa por heroísmo o para mostrar que es capaz de intervenir en todo tipo de situaciones; desea a toda costa salvar vidas; se exige demasiado a sí mismo; da prueba de altruismo;
- duda en mostrarse imparcial y neutral, por convicciones profundas o por lealtad a una parte en un conflicto o a una figura política o religiosa;
- está contratado por un servicio que actúa por negocio, es decir, accesible únicamente al que puede pagar por el servicio.

En 2010, el CICR realizó una encuesta en ocho países acerca de la seguridad del personal de salud y los medios de transporte sanitarios. El resultado fue un consenso sólido de que este personal y estos vehículos no deben ser objeto de ataques y se les han de ofrecer todas las posibilidades de realizar su trabajo sean cuales fueren las circunstancias.[9] Sin embargo, algunos encuestados señalaron también que los ataques eran aceptables cuando se consideraba que el personal de salud se mostraba partidista y comprometía su neutralidad, o cuando las ambulancias eran usadas por los combatientes con «fines hostiles». De hecho, según lo dispuesto en el DIH, cuando se utiliza una ambulancia con objeto de realizar actos perjudiciales para el enemigo, la protección a que esa tiene derecho cesa cuando no surte efectos una intimación para que se ponga fin al acto hostil y después de fijar un plazo razonable para ello.[10]

4.4. Desafío: trabas al paso de las ambulancias

Tal como se explica en la publicación «La realidad del problema», el acceso a la asistencia de salud resulta a veces imposible a causa de trabas deliberadas, pero es más frecuente que se trate del cierre de carreteras o de retrasos en puestos de control por razones de seguridad.[11] En 2010, una niña herida en una explosión en el distrito afgano de Chahar Dara (provincia de Kunduz), falleció poco después de ingresar en el hospital: la habían tenido que llevar en brazos hasta allí, lo que tomó una hora, porque el ejército había cortado la carretera.[12] Las razones por las cuales se impide u obstruye el paso de las ambulancias en los conflictos armados y otras emergencias son de diversa índole: procedimientos administrativos (puesto de control), seguridad, medidas de coordinación (con la policía, los militares o grupos armados), carencia de recursos (combustible, servicios de mantenimiento), mal estado de las carreteras, etc. Los impedimentos para el acceso oportuno de los heridos y enfermos a la asistencia de salud puede retrasar el tratamiento e incluso llevar a la muerte. Las preocupaciones por la seguridad en varios contextos pueden constituir razones legítimas para detener los vehículos en los puestos de control, pero los retrasos prolongados para interrogar y registrar a las personas y pacientes pueden costar vidas. Cabe mencionar también que, en algunos casos, los que impiden el paso a los equipos de primera respuesta son personas (portadores de armas, manifestantes, vecinos, etc.) que quieren proteger al personal de un posible riesgo en el camino (minas terrestres, francotiradores, etc.).

8 El Marco para un Acceso Más Seguro, una herramienta con base empírica elaborada por el CICR en 2003, junto con las Sociedades Nacionales y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Tiene por objeto preparar a las Sociedades Nacionales para hacer frente a los desafíos que se presentan en su trabajo cuando las condiciones de seguridad son inestables. Se considera que los elementos del Marco para un Acceso más Seguro son esenciales para todas las Sociedades Nacionales que se esfuerzan por proporcionar un acceso más seguro a las personas y comunidades afectadas por conflictos armados y otras situaciones de emergencia, con la finalidad de ofrecer protección y asistencia.

9 CICR, *Our World. Views from the Field: Summary Report,* 2010, p. 58.

10 I Convenio de Ginebra (en adelante, CG I), art. 21 y P I, art. 13.1.

11 CICR, *Asistencia de Salud en Peligro: La realidad del problema,* CICR, 2011.

12 *Ibid.*

André Liohn/CICR

5. RECOMENDACIONES Y DEBATES

Tras las presentaciones y debates en el taller, se formularon recomendaciones de tres tipos: iniciativas jurídicas y legislativas, coordinación con las partes interesadas, incluidas las fuerzas armadas estatales, y mejores prácticas para los servicios prehospitalarios y de ambulancias. A continuación se abordan estas recomendaciones y se ilustran con ejemplos prácticos extraídos de diferentes contextos. Se hace también una reseña de las contribuciones a las presentaciones y debates, y de otras cuestiones planteadas durante el taller.

5.1. Iniciativas jurídicas y legislativas

En las situaciones de conflicto armado, el DIH asigna una protección especial a los heridos y los enfermos, así como al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios. En situaciones que no alcanzan el umbral de un conflicto armado, el personal de salud disfruta de los mismos derechos que las demás personas bajo la jurisdicción de un Estado. Además, en virtud del derecho de toda persona a tener acceso sin discriminación a la asistencia de salud según el derecho de los derechos humanos (DIDH), las autoridades estatales deben permitir que el personal de salud atienda a las personas que necesitan cuidados de salud y protegerlo contra toda injerencia arbitraria en su trabajo.[13] En los conflictos armados, los transportes sanitarios deben ser respetados y protegidos en todo momento y no deben ser objeto de ataque. No se debe atacar al personal médico y no se debe obstaculizar el desempeño de sus labores exclusivamente médicas.

De conformidad con los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977, los Estados deben adoptar, tanto en tiempo de paz como de conflicto armado, una serie de medidas nacionales. Algunas de estas medidas pueden consistir en la adopción de leyes y otras, según el sistema jurídico, pueden ser aplicadas mediante reglamentos o disposiciones administrativas. Si bien algunas obligaciones son exclusivamente aplicables en período de conflicto, la adopción de medidas legislativas o administrativas solo puede tener lugar, de forma realista, en tiempos de paz, como la legislación sobre las sanciones penales aplicables en caso de infracciones graves contra los Convenios de Ginebra, la prevención y la represión del uso abusivo de los emblemas de la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo,[14] la difusión del DIH y el nombramiento de asesores jurídicos en las fuerzas armadas.[15]

Los Estados han adoptado diferentes medidas con el fin de cumplir con la obligación de incorporar el derecho humanitario en la legislación nacional. Existen varios ejemplos, tanto históricos como contemporáneos, de cómo el derecho internacional relativo a la protección de los medios de transporte sanitarios ha sido incorporado en los manuales militares nacionales y en la legislación nacional.[16] No obstante, en lo que concierne a la aplicación de la ley, son pocos los ejemplos de jurisprudencia nacional.[17] Esto sorprende si se considera el grave problema que los ataques y las obstrucciones ocasionan a la asistencia de salud. Esa escasa jurisprudencia nacional puede ser, precisamente, un indicio del problema y la cuestión que se plantea es saber cómo los Estados pueden abordar a nivel interno los ataques contra el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios desde el punto de vista judicial.

13 CICR, *Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y otras emergencias,* 2012, p. 47.
14 Véase la sección 4.1, recomendación 6 para un debate más detenido sobre los emblemas.
15 Paul Berman, «Servicio de Asesoramiento del CICR en derecho internacional humanitario: el reto de la aplicación nacional», *Revista Internacional de la Cruz Roja,* nº 135.
16 Véase Reino Unido, *The Law of war on land being part III of the Manual of Military Law,* Ministerio de la Guerra, HMSO, 1958 § 356; Reino Unido, *The Law of war on land being part III of the Manual of Military Law,* Ministerio de la Guerra, HMSO, 1958 § 33; Reino Unido, *The Manual of the Law of Armed Conflict,* Ministerio de Defensa, 1 de julio de 2004, § 15.47; Kenia, *LOAC Manual* (1997), Précis No.3, p. 9; Colombia, *decreto relativo al emblema,* decreto 860 de 1998, art. 10; Serbia, *Código Penal,* 2005, art. 373.
17 Véase Colombia, Corte Constitucional, *Sentencia No. C-291/07,* 25 de abril de 2007, p. 69; Israel, Tribunal Supremo de Justicia, *Physicians for Human Rights v. Commander of IDF Forces in the Gaza Strip,* Sentencia, 30 de mayo de 2004, § 22-23.

Lo que dice el derecho

El derecho internacional de los derechos humanos (DIDH) se aplica en todo momento, incluso en situaciones de conflicto armado. Cuando una situación no alcanza el umbral de un conflicto armado, el personal de salud disfruta de los mismos derechos que las demás personas bajo la jurisdicción de un Estado. Además, en virtud de los derechos de los individuos a tener acceso sin discriminación a la asistencia de salud de conformidad con lo dispuesto en el DIDH, las autoridades estatales deben permitir que el personal de salud atienda a las personas que necesitan esa asistencia, y deben protegerlo contra toda injerencia arbitraria en su trabajo.[a] Uno de los convenios de derechos humanos más importantes de DIDH es el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), e incluye:

- el derecho a la vida[b] y
- el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes.[c]

Asimismo, el derecho a la salud, formulado inicialmente en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966),[d] debería garantizar:

- la disponibilidad de servicios de salud,
- el acceso a estos servicios, es decir, acceso físico, asequibilidad, información y no discriminación,
- la aceptación en la cultura de la sociedad pertinente,
- servicios de salud adecuados,

El derecho internacional humanitario (DIH) es un régimen jurídico especial que se aplica en los conflictos armados a fin de limitar los efectos de estas situaciones por razones humanitarias. El DIH asigna protección a las personas que no participan o han dejado de participar en las hostilidades, a los heridos y los enfermos, a los prisioneros de guerra y a las personas civiles. Asimismo, define los derechos y deberes de las partes en un conflicto en relación con la conducción de las hostilidades.[e] Tanto el DIDH como el DIH se aplican en situaciones de conflicto armado, pero, dado que el DIH ofrece una protección más concreta, la aplicación de este derecho prevalece sobre la aplicación del DIDH. Por ejemplo, en situaciones de conflicto armado, el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios gozan de una protección especial según el DIH. Las disposiciones más importantes de este derecho en la materia son:

- el personal sanitario será respetado y protegido;[f]
- los vehículos sanitarios serán respetados y protegidos en todo momento y no serán objeto de ataque;[g],
- las unidades sanitarias serán respetadas y protegidas en todo momento y no serán objeto de ataque;[h]
- las unidades sanitarias no serán utilizadas en ninguna circunstancia para tratar de poner objetivos militares a cubierto de los ataques;[i]
- la protección al transporte sanitario podrá cesar cuando se haga uso de ellas, al margen de sus fines humanitarios, con objeto de realizar actos perjudiciales para el enemigo;[j]
- los ejemplos de «actos perjudiciales para el enemigo» incluyen el transporte de tropas en buen estado de salud, así como de armas y municiones, y la recopilación o transmisión de inteligencia militar;[k]
- los ejemplos de actos que no son considerados perjudiciales para el enemigo incluyen: estar dotado con armas ligeras individuales para su defensa propia o la de los heridos y enfermos a su cargo; el hecho de que en la unidad haya armas portátiles y municiones recogidas a los heridos, aún no entregadas a la autoridad militar competente;[l]
- sin embargo, incluso cuando se ha cometido un acto perjudicial para el enemigo, la protección sólo cesa después de una intimación que no surte efecto, tras haberse fijado un plazo razonable para ello;[m] un ataque también debe respetar los principios de distinción y proporcionalidad, en interés de los heridos y de los enfermos.

[a] CICR, *Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y otras Emergencias*, CICR, 2012, p. 47.

[b] Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), art. 6; Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1953), art. 2; Convención Americana sobre Derechos Humanos (que entró en vigor en 1978), art. 4; y Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (que entró en vigor en1986), art. 4.

[c] Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), art. 7; Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1953), art. 3; Convención Americana sobre Derechos Humanos (que entró en vigor en 1978), art. 5; y Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (que entró en vigor en1986), art. 5.

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

[e] CICR, "La guerra y el derecho internacional humanitario", http://www.icrc.org/spa/war-and-law/overview-war-and-law.htm.

[f] P I, art. 15; Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra (Protocolo II) (en adelante, P II), art. 9.

[g] P I, art. 21; P II, art. 11.

[h] P I, art. 12 (1); P II, art. 11.

[i] P I, art. 12 (4).

[j] P I, art. 13 (1); P II, art. 11.

[k] CICR, Yves Sandoz, Christophe Swinarski y Bruno Zimmermann, *Comentario de los Protocolos del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 (Protocolo I)*, CICR y Plaza y Janes Editores Colombia, S.A., Santa Fe de Bogotá, Tomo I, art. 13, párrs. 1 y 2.

[l] P I, art. 13.2 a) y c).

[m] P I, art. 13.1; P II, art. 11.2.

Durante el taller de México, los participantes debatieron sobre la forma en que las iniciativas jurídicas y legislativas pueden contribuir a fortalecer la protección de los servicios prehospitalarios y de ambulancias. Los principales temas de debate del taller fueron: funciones, derechos y responsabilidades del personal de salud, promoción ante los Gobiernos del interés de fortalecer el fundamento jurídico de la protección del personal médico, ética médica para los profesionales sanitarios, seguro para el personal sanitario que trabaja en situaciones de riesgo y protección jurídica para los emblemas del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, entre otros signos indicativos. Además, los participantes estuvieron de acuerdo en dar a conocer a profesionales de otros países la legislación existente en la materia en el respectivo país. Sería una oportunidad para aprender de la experiencia de otros y considerar si el trabajo realizado en un contexto podría ser oportuno y aplicable en otro. Por último, los participantes destacaron que la aplicación del proyecto relacionado con la necesidad de respetar a los «servicios de salud» era una buena oportunidad para fortalecer la coordinación y la comunicación entre el departamento jurídico y el departamento operacional de cada Sociedad Nacional. En el caso de que exista un proyecto de legislación nacional, los asesores jurídicos podrían apoyarse en la información operacional para cerciorarse de que el contenido de esa legislación refleja la realidad. Se presentan a continuación las recomendaciones sobre las iniciativas jurídicas y legislativas.

Definir de forma clara en la legislación nacional las funciones y responsabilidades todos los que intervienen en caso de emergencia (incluidas las personas que trabajan en los servicios prehospitalarios y de ambulancias)

Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que, para lograr una respuesta eficaz en las situaciones de riesgo, una legislación en materia de salud debía incluir a todos los que intervienen en caso de emergencia, a fin de definir claramente las respectivas funciones y responsabilidades. Uno de los participantes dijo que contar con un sólido fundamento jurídico al respecto tendría la ventaja de facilitar un espacio para la coordinación.

Consolidación y coordinación del Sistema de Emergencias Médicas de El Salvador

(Doctor Francisco René Hernández, director de los Servicios Médicos de la Cruz Roja Salvadoreña)

El Gobierno de El Salvador cuenta hoy con un Sistema Nacional de Emergencias Médicas, cuyo establecimiento se inició en 2009. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que alentó al Gobierno a planificar la instauración de un servicio de emergencia consolidado como parte de su Política Nacional de Salud, se decidió integrar los servicios prehospitalarios en situaciones de emergencia y los servicios de rehabilitación con los servicios hospitalarios.

La OPS pidió a la Cruz Roja Salvadoreña que elaborara un Manual sobre el funcionamiento de un servicio de emergencias médicas, a fin de que otros países latinoamericanos lo utilizaran como referencia para el desarrollo de sistemas integrados de apoyo a las emergencias médicas. El manual fue publicado en 2005 por la OPS.*

En 2009, el Gobierno de El Salvador decidió incluir en su Política Nacional de Salud el establecimiento de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas, utilizando el Manual como guía. Se invitó a participar en este proyecto a todas las organizaciones que ofrecían atención prehospitalaria –entre las cuales la Cruz Roja Salvadoreña–, a los hospitales y a los centros de emergencia médica.

Para conseguir una mayor eficacia, en el Manual se recomienda la consolidación de los servicios de emergencia y su coordinación por un centro de respuesta a emergencias (es decir, un único número: 911). La coordinación de estos servicios ha de correr a cargo de la Dirección Nacional de Emergencias Médicas, bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

El Servicio de Emergencias Sanitarias de Andalucía (España) proporcionó apoyo técnico y donó el soporte lógico para el funcionamiento del centro de coordinación. Actualmente se está perfeccionando el sistema.

Observaciones finales

- La OPS influyó considerablemente en la Política de Salud del Gobierno y proporcionó un apoyo técnico importante a los programas de salud desarrollados por el Gobierno.
- La Cruz Roja Salvadoreña, gracias a su iniciativa y experiencia, contribuyó de forma importante en el ámbito de la atención prehospitalaria de emergencia y en la ejecución de los programas de salud.

* Doctor Francisco René Hernández Martínez, *Manual de Normas y Funcionamiento de un Servicio de Emergencias Médicas,* Organización Panamericana de la Salud, El Salvador, marzo de 2005.

Del mismo modo, en la legislación nacional podría estipularse un grado mínimo de coordinación entre los distintos interesados, incluidas las fuerzas armadas, que participan en la respuesta a emergencias. Esto significa que la inclusión en la legislación nacional de todos los interesados sería, en determinados contextos, una condición previa para determinar una coordinación clara y eficaz en las situaciones de riesgo. Sin embargo, se señaló también que un marco jurídico para la coordinación entre los interesados no era forzosamente el único modo de velar por la coordinación de una acción. Según la experiencia de algunos participantes, en las situaciones o los contextos donde es difícil promover la adopción de una legislación, existe la posibilidad de entablar acuerdos de trabajo muy eficaces. Algunos participantes dieron como ejemplo casos de negociaciones que había facilitado el paso, con las debidas condiciones de seguridad, de enfermos y heridos en puestos de control. Asimismo, en El Salvador, la idea de crear un sistema integrado de servicios médicos de emergencia surgió no como el resultado de la preparación de un fundamento jurídico, sino debido al reconocimiento por parte del Gobierno de la necesidad fundamental de contar con un sistema de servicios médicos más integrado.

Persuadir a los Gobiernos a promover y difundir los derechos y responsabilidades del personal de salud

Los participantes debatieron sobre la forma en que deberían inscribirse o incorporarse los derechos y responsabilidades del personal de salud en la legislación nacional. Estuvieron de acuerdo en que las responsabilidades del personal de salud son, en general, muy claras, como la de salvar vidas, pero se planteó la necesidad de dar una clara definición de «personal de salud» y de sus «derechos y responsabilidades». El debate era de mucho interés en el contexto de la incorporación de los derechos y responsabilidades del personal de salud en la legislación nacional, puesto que ello exigía una definición precisa de quién pertenece a esta categoría. Uno de los participantes mencionó que, en su contexto, sólo los profesionales de salud diplomados entraban en la definición jurídica de personal de salud, y por lo tanto, los demás se veían en la imposibilidad de disfrutar de los derechos otorgados al personal de salud. En muchos contextos, hay personas que, sin tener un diploma en el ámbito de la salud, como los voluntarios, realizan actividades humanitarias que se corresponden con la definición de actividades de asistencia de salud, las cuales son, en última instancia, importantes para los heridos y enfermos. Al promover la adopción de una legislación nacional sobre los derechos y responsabilidades del personal de salud, se debe tener en cuenta que la definición de personal de salud puede variar ampliamente de un contexto a otro. Aunque este tipo de legislación nacional puede contribuir a fortalecer la seguridad y la protección del personal de salud, debe tenerse en cuenta que un derecho muy normativo puede limitar también la protección de los que no entran en la definición convencional de «profesionales de la salud». Como pusieron de relieve algunos participantes, un ejemplo sería la medicina que se practica en el sureste de Asia, donde la medicina tradicional es muy importante.

Velar por que todos los voluntarios y empleados de los servicios prehospitalarios y de ambulancias tengan un seguro médico

La recomendación sobre el seguro médico también abordó la cuestión de los «derechos laborales», es decir el seguro en caso de accidente, enfermedad o muerte en el desempeño de su trabajo. Durante el debate sobre esta recomendación, algunos participantes destacaron que esta cuestión era muy delicada en determinados contextos. Uno de los participantes señaló que en la mayoría de los casos se considera que los «derechos laborales» son los derechos contenidos en la legislación laboral de un país, e implica, por consiguiente, una relación de dependencia del Estado. Puede ocurrir que los médicos y enfermeros que trabajan en el sistema de asistencia de salud pública o privada dispongan de un sistema de seguros que protege sus derechos en caso de discapacidad, muerte o enfermedad, pero no los voluntarios y empleados de otras instituciones de asistencia de salud. Se explicó además que, en la práctica, puede resultar muy difícil asegurar los mismos derechos para toda la comunidad de profesionales de la salud, ya que puede haber países donde la definición jurídica de «profesional de la salud» sea muy restringida.

Por «derecho» se entiende generalmente que habrá una protección en determinada situación. Aunque existen grandes diferencias entre los países en lo que concierne a la protección de los trabajadores, en la mayoría existen normas y reglamentaciones nacionales que asignan derechos y protección a los trabajadores. Sin embargo, los derechos y la protección de todos los que trabajan de forma voluntaria en el ámbito de la salud están menos definidos y varían ampliamente, y adoptar una legislación nacional al respecto sería reconocer la función fundamental que los voluntarios desempeñan en situaciones de riesgo. Según un informe de 2011 sobre el voluntariado, publicado por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, «[l]as normativas jurídicas y las políticas sobre el servicio voluntario difieren de un país a otro,

e incluso entre distintas regiones de un mismo país». El informe insta a los Gobiernos a esforzarse más por «examinar los mecanismos jurídicos que protegen a los voluntarios en situaciones de emergencia».[18] Un dato positivo puesto de relieve en esta publicación se refiere a un informe publicado en 2009 por el Programa de los Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) según el cual desde el establecimiento del Año Internacional de los Voluntarios en 2001, se habían adoptado más de 70 normativas jurídicas o políticas nacionales que promovían o reglamentaban el servicio voluntario (ahora son ya más de 80), mientras que antes contados países habían abordado este tema desde una perspectiva general.[19] Es posible adoptar legislaciones nacionales sobre el voluntariado para resolver cuestiones relacionadas con las leyes laborales y tributarias, pero también podría ser necesario establecer una protección contra la responsabilidad por eventuales daños como consecuencia de una omisión (abstención de una actuación).[20]

«*Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*». Publicación del CICR

El personal de salud debería conocer sus derechos y responsabilidades, y entender que en una situación de conflicto armado y en una situación que no alcanza el umbral de un conflicto armado, esos derechos y responsabilidades no serán necesariamente los mismos. Esta publicación orienta con un lenguaje sencillo al personal de salud, presentando sus derechos y responsabilidades en los conflictos armados y en otras situaciones de emergencia. Es una herramienta útil para ayudar al personal de salud a resolver eventuales dilemas profesionales o éticos. Se explica que las responsabilidades y los derechos del personal de salud pueden dimanar del derecho internacional humanitario, del derecho de los derechos humanos y de la ética médica.

Esta publicación ofrece orientación práctica sobre:

- la protección del personal de salud, los heridos y los enfermos,
- normas de la práctica profesional,
- las necesidades de salud de las personas especialmente vulnerables,
- elaboración y transmisión de historias clínicas,
- asistencia de salud «importada» (incluida asistencia de salud militar),
- recolección de datos,
- trabajo con los medios de comunicación.

Esta publicación está disponible para su descarga o pedido en línea:
http://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/icrc-002-4104.pdf

Una de las cuestiones que se planteó durante las consultas con los expertos de salud fue la necesidad de considerar el derecho de los voluntarios a un seguro. Esto no implica forzosamente una cobertura integral de salud, sino una cobertura para enfermedades o accidentes que ocurren durante el desempeño del trabajo o a causa del trabajo. La medida en que los voluntarios están cubiertos por un seguro depende considerablemente del contexto y de las capacidades financieras. Los seguros pueden ser muy onerosos y, en algunos contextos, las Sociedades Nacionales están simplemente obligadas a priorizar otras cuestiones para mantener sus actividades humanitarias. No obstante, según la publicación de la Federación Internacional mencionada más arriba, «[e]l servicio voluntario no debería ser «por cuenta y riesgo de cada uno»[21] y el hecho de «asegurar a los voluntarios es una responsabilidad colectiva».[22] Por consiguiente, los Gobiernos y las organizaciones de voluntarios deben trabajar juntos para salvaguardar a los voluntarios.

18 Federación Internacional, *Proteger, promover, reconocer: El voluntariado en emergencias*. 2011, p. 17.
19 *Ibíd.*, p. 6.
20 *Ibíd.* p. 18. Véase también la ley de Estados Unidos, conocida como la Ley Federal de Protección a los Voluntarios, de 1997.
21 *Ibíd.*
22 *Ibíd.*, pág. 20.

Voluntarios de la Cruz Roja Colombiana: derechos y protección

La Ley 720 de 2001, promulgada en Colombia, fue un paso importante para el reconocimiento de la importante función que desempeñan los voluntarios en el país. Tiene por objeto promover, reconocer y facilitar la acción voluntaria como expresión de la participación ciudadana, el ejercicio de la solidaridad y la corresponsabilidad social, así como reglamentar la acción de los voluntarios en las entidades públicas o privadas y regular sus relaciones. Define el concepto de «voluntariado» y establece una serie de principios por los que ha de regirse la acción voluntaria, como el reconocimiento de la autonomía y la solidaridad como principio del bien común.

- Texto íntegro de la ley en http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4446.

La ley 1505 de 2012, promulgada también en Colombia, tiene por objeto crear el Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta como parte del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres, así como reconocer y estimular la labor de los voluntarios que hacen parte de ese sistema y potenciar su formación y competencias ciudadanas. Considera a los voluntarios de la Cruz Roja Colombiana como integrantes del mencionado Subsistema Nacional de Voluntarios. Asimismo, proporciona a los voluntarios acceso prioritario a los subsidios de vivienda de interés social y dispone beneficios especiales para ellos, en lo que se refiere a educación, impuestos y seguridad social.

La ley constituye una importante contribución al desempeño de la misión de la Cruz Roja Colombiana. El Ministerio del Interior y la Dirección de Gestión del Riesgo supervisan la aplicación de la ley 1505, especialmente del artículo que dispone la afiliación a regímenes especiales y el goce de todos los beneficios de estos regímenes por los voluntarios activos de la Cruz Roja Colombiana, los Cuerpos de Bomberos de Colombia y la Defensa Civil Colombiana.

Cuando se redactaba el proyecto de ley, la Cruz Roja Colombiana consideró que las siguientes cuestiones eran prioritarias:

i. La necesidad de afiliar a los voluntarios activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta al Régimen de Riesgos Profesionales, salvo que sean cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo.
ii. La necesidad de definir con precisión los términos siguientes: «voluntario activo», «entidad autorizada», «primera respuesta», «emergencia» y «desastre público».
iii. Definir los requisitos para la afiliación al Régimen de Riesgos Profesionales, así como las obligaciones de las entidades de voluntarios y los voluntarios mismos ante el mencionado Régimen.

La Cruz Roja Colombiana se encarga de aplicar la ley 1505 para que los voluntarios accedan a los beneficios estipulados en ella. Participó en la redacción, debate y adopción de la ley. Su empeño ha promovido también una posición unificada con otras entidades nacionales de voluntarios, como los Cuerpos de Bomberos de Colombia y la Defensa Civil Colombiana.

- Texto íntegro de la ley 1505 en http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2012/ley_1505_2012.html

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja: seguro para los voluntarios

Los voluntarios son el motor del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y es esencial hacer todo lo posible por que el servicio voluntario sea más seguro para nuestra gente. Las Sociedades Nacionales están adoptando varias medidas para lograrlo: organizan formaciones, distribuyen equipos de protección, adoptan políticas operacionales y actividades de sensibilización, etc.

Una de las preocupaciones más urgentes es asegurar que todos nuestros voluntarios estén protegidos por un seguro.

La Federación Internacional ofrece, desde hace muchos años una opción muy básica de cobertura, mediante la contribución de 1 franco suizo por año y por voluntario. De este modo, las Sociedades Nacionales que no disponen de otras opciones pueden proporcionar un nivel mínimo de seguridad a sus voluntarios. Gracias a esta política, la familia de un voluntario recibe cierto apoyo en caso de incapacidad permanente o muerte del voluntario. Aunque esta política no pretende sustituir una política de seguros exhaustiva o integral, que puede ser negociada en el nivel local, ésta proporciona, en circunstancias extremas, un determinado nivel de cobertura.

Muchas Sociedades Nacionales han decidido invertir recursos propios para asegurar a los voluntarios, como las de Ecuador, Filipinas, Honduras, Irak, Mali, Mongolia, Myanmar, Nicaragua, Sri Lanka, Togo y Trinidad y Tobago. Es necesario que todas las Sociedades Naciones aúnen esfuerzos para encontrar formas de mejorar las condiciones de trabajo de los voluntarios, en la medida en que ofrecen un servicio esencial para las personas más vulnerables de sus comunidades.

Para más información contactar: volunteering@ifrc.org

Fondo Francés Maurice de Madre

El **Fondo Francés Maurice de Madre** es un fondo independiente gestionado por el CICR.

El Fondo proporciona, en caso de accidente o enfermedad, ayuda financiera a los voluntarios y los empleados del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que no dispongan de seguros o prestaciones sociales. Las lesiones o enfermedades deben estar relacionadas con su trabajo al servicio del Movimiento.

La asistencia financiera puede cubrir gastos médicos, rehabilitación física o reintegración profesional. Si el voluntario o empleado fallece en el curso de sus labores humanitarias, el Fondo puede proporcionar un subsidio o asistencia material a la familia del fallecido.

El Fondo Francés Maurice de Madre consiste en la propiedad legada al CICR por el Conde Maurice de Madre, fallecido en 1970.

El Reglamento del Fondo fue adoptado el 9 de septiembre de 1974 por la Asamblea del CICR, y fue modificado el 9 de abril de 1981 y el 13 de diciembre de 1995. El primer pago a un beneficiario se realizó en 1975.

El Fondo está independientemente administrado por una Consejo de cinco miembros nombrados por la Asamblea del CICR. Los miembros son dos representantes del CICR, uno de la Federación Internacional, uno de la familia del conde de Madre y otro que no pertenece al Movimiento. El presidente del Consejo es un miembro o colaborador del CICR. El CICR se encarga también de la secretaría, de la gestión y de la contabilidad del Fondo.

El Fondo ha ayudado a cientos de voluntarios y empleados del Movimiento. Dada la disponibilidad limitada de fondos, la cantidad de la ayuda que puede proporcionarse es restringida por caso y por año. Si bien la ayuda es relativamente pequeña tiene un impacto duradero en las familias y comunidades vulnerables.

Desde su fundación en 1974, el Fondo se ha ocupado de:
- **512 solicitudes,**
- **817 casos individuales,**
- **2.066 beneficiarios.**

Las ayudas proporcionadas se elevan a un total de 3.571.918 de francos suizos.

Promover la adopción y la aplicación de una ley relativa al uso y a la protección del emblema de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, incluidas sanciones por el uso abusivo del emblema

La finalidad primordial del emblema es servir como expresión visible de la protección que ofrece el DIH al personal, a las unidades y a los medios de transporte sanitarios en tiempo de conflicto armado. Otras personas o bienes también pueden hacer uso del emblema en tiempo de guerra para fines de protección sólo si el Estado autoriza ese uso. Esto es lo que comúnmente se conoce como «uso protector» del emblema.[23] El personal que tiene derecho al uso protector del emblema en tiempo de conflicto armado incluye, entre otros, al personal de los servicios sanitarios de las fuerzas armadas de un Estado y al personal de las Sociedades Nacionales.[24]

En el taller se abordó la protección debida a los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo (en adelante, el emblema) y se hicieron recomendaciones para fortalecer esta protección en el derecho nacional.

23 CICR, *Implementación del derecho internacional humanitario a nivel nacional. Manual,* 2012, pp. 48 y 49.

24 «Están autorizados al uso *protector* del emblema: *en tiempo de conflicto armado,* los servicios sanitarios –personal, unidades (como hospitales), medios de transporte, etc.– y el personal religioso de las fuerzas armadas de un Estado; el personal sanitario y las unidades y los transportes sanitarios de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, la Media Luna Roja y el Cristal Rojo, debidamente reconocidos y autorizados por sus Gobiernos para asistir a los servicios médicos de las fuerzas armadas y, por lo tanto, cuando se los emplea exclusivamente con esos fines y están sujetos a las leyes y los reglamentos militares; los hospitales civiles (públicos o privados) que estén reconocidos como tales por las autoridades estatales y estén autorizados a utilizar el emblema para su señalamiento; en territorios ocupados y en zonas de operaciones militares, las personas que participan en el funcionamiento y la administración de esos hospitales civiles; todo el personal médico y civil sea en territorios ocupados o en zonas donde están teniendo lugar o es probable que tengan lugar enfrentamientos; las unidades y los transportes sanitarios civiles reconocidos y autorizados por las autoridades competentes para ser señalizados con el emblema; otras sociedades de socorro voluntarias reconocidas y autorizadas, sujetas a las mismas condiciones que las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, la Media Luna Roja y el Cristal Rojo; la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; y el Comité Internacional de la Cruz Roja», Cita tomada de CICR, *Implementación del derecho internacional humanitario a nivel nacional. Manual,* 2012, p. 49.

Sabía usted que

- En un fallo de 1997, el Consejo de Estado de Colombia, máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativa del país, determinó que, según los Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos adicionales de 1977, está prohibido utilizar vehículos sanitarios para operaciones militares.
- El Tribunal Federal de Justicia Alemana estableció, en el juicio de 1994 sobre el caso *Emblem*, que existía un interés común esencial en proteger los emblemas contra el uso no autorizado.
- El Tribunal Supremo Noruego, en el caso *The Public Prosecuting Authority vs. A Tøyen Tannlegevakt AS,* 2010, basándose en la legislación interna que protege contra usos abusivos del emblema, confirmó la condena dictada contra un consultorio dental por uso abusivo del emblema, dado que el logotipo que éste utilizaba «podía ser fácilmente confundido» con el de la Cruz Roja. En su fallo se refirió a la protección que los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales asignan al emblema.

Los participantes sostuvieron firmemente la necesidad de aplicar las leyes del derecho interno relativas al uso abusivo del emblema. Según las Sociedades Nacionales, el uso inadecuado o indebido del emblema está estrechamente vinculado a los desafíos de seguridad y acceso a los servicios de salud en situaciones de riesgo. El término «abusivo» cubre: 1) la imitación, como el uso de un signo que, por su forma y su color, pueda confundirse con el emblema; 2) el uso indebido, como el uso del emblema por personas normalmente autorizadas a hacerlo, pero de manera incompatible con las normas del DIH relativas al uso del emblema y uso del emblema por entidades o personas que no tienen derecho a hacerlo (empresas comerciales, farmacias, médicos privados, organizaciones no gubernamentales, el común de las personas, etc.) o con fines que no se avienen con los Principios Fundamentales del Movimiento; 3) uso pérfido.[25] El uso abusivo del emblema, intencionado o no, compromete seriamente la percepción de neutralidad del personal de salud y puede llevar al deterioro a corto o largo plazo de su seguridad. De conformidad con el artículo 54 del I Convenio de Ginebra de 1949 (CG I), los Estados tienen la obligación de incorporar en la respectiva legislación nacional todas las medidas necesarias para prevenir y reprimir, en todo momento, el uso indebido del emblema referido en el artículo 53 del CG I.[26] En este contexto, para los casos en que la legislación nacional es inadecuada, en casi todos los talleres realizados hasta la fecha sobre el respeto debido al personal de salud, los participantes enfatizaron la importancia de promover la adopción y la aplicación de leyes relativas al emblema en el marco de la legislación nacional. Además, se propuso la creación, en el caso de que existan esos mecanismos jurídicos nacionales, de un sistema para abordar y corregir los errores o el uso abusivo deliberado. Debe destacarse que la obligación de prevenir y reprimir el uso abusivo del emblema recae sobre el Estado, como Parte en los Convenios de Ginebra. Sin embargo, las Sociedades Nacionales deberían cooperar con las autoridades para proteger el emblema y se les alienta a adoptar un papel activo en este sentido.[27]

La protección del emblema no es una cuestión de preocupación en tiempos de conflicto armado únicamente, sino también en tiempos de paz. El uso abusivo del emblema en tiempos de paz puede tener consecuencias negativas en el respeto debido al emblema en los conflictos armados. Como se menciona claramente en el estudio del CICR sobre el uso del emblema, hay «que tener en cuenta que si no se pone coto a los usos abusivos en tiempo de paz, se contribuirá a que se sigan cometiendo durante los conflictos armados».[28] Las maneras de abordar el uso indebido del emblema pueden variar según el contexto y la gravedad de las circunstancias.

Realizar campañas de sensibilización y fomento de la confianza en relación con los signos de identificación de los servicios sanitarios, y del emblema de la cruz roja y de la media luna roja puesto que el solo uso de estos signos y emblemas no basta para garantizar la protección de una organización

En el mundo se utilizan varios signos o emblemas para indicar la existencia de servicios de salud. El emblema del Movimiento tiene un estatus jurídico único porque su uso está estrictamente regulado por el derecho internacional y nacional. No obstante, la existencia de normas jurídicas sobre el uso del emblema del Movimiento o de otros

25 CICR, *Estudio sobre el uso del emblema: cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales,* 2011, p. 23-24.
26 Según el artículo 54 del CG I «[l]as Altas Partes Contratantes cuya legislación ya no sea suficiente tomarán las oportunas medidas para impedir y reprimir, en todo tiempo, los abusos a que se refiere el artículo 53».
27 Para más información sobre las medidas recomendadas a las Sociedades Nacionales con respecto al uso de emblema, véase: CICR, *Estudio sobre el uso del emblema: cuestiones operacionales y comerciales y no operacionales,* 2011, p. 202.
28 CICR, *Estudio sobre el uso del emblema: cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales,* 2011, p. 207.

signos de identidad no proporciona automáticamente protección contra el peligro. Aunque la protección puede establecerse por ley o costumbre, su efecto práctico depende de la conducta de los que tiene por objeto proteger, así como de otras actividades de creación de confianza. Por ejemplo, las actividades de difusión de las Sociedades Nacionales y el CICR contribuyen a aumentar el conocimiento sobre estas instituciones, sobre el emblema y el valor y significado que éste tiene en tiempos de conflicto armado, así como sobre los siete Principios Fundamentales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Sin embargo, las actividades de difusión no bastan para establecer una cultura de respeto a una organización, al cometido que ésta desempeña y al emblema que lo identifica. Como argumentaron los participantes en México, la calidad de los servicios prestados por la Institución y el comportamiento de los que prestan estos servicios son esenciales para crear una cultura de respeto al emblema. Como mencionó uno de los participantes: «el emblema no nos protegerá si no lo usamos correctamente». Además, el respeto del emblema está estrechamente con el acato de los siete Principios Fundamentales en las actividades del Movimiento y por cada uno de sus componentes. El emblema identifica a la Institución sobre el terreno: por consiguiente, de este modo, la conducta de las personas que lo utilizan creará asociaciones positivas o negativas con el emblema. El comportamiento de un solo voluntario o empleado de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja que no guarde coherencia con uno de los Principios Fundamentales puede tener consecuencias a largo plazo para la seguridad de los otros voluntarios y empleados, y para la Institución en general.

Ejemplos de símbolos conocidos

MEDICOS SIN FRONTERAS

El símbolo de Médicos Sin Fronteras

La «estrella de la vida»; símbolo de los servicios de ambulancias conocido en todo el mundo.

Los emblemas del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

COMITE INTERNATIONAL GENEVE

CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja

MISION MEDICA

Emblema de la Misión Médica utilizado por todos los servicios de salud de Colombia. Fue creado por la resolución 4481, por la cual se adopta el Manual de Misión Médica. El término «Misión Médica» se aplica al personal sanitario y a las instalaciones de salud. El manual tiene por objeto aplicar y adoptar un sistema para fortalecer el respeto y la protección de la misión médica en Colombia, tanto en situaciones de conflicto armado como en otras situaciones de violencia.

Símbolo de primeros auxilios de uso generalizado

PROTECCION CIVIL

La Protección Civil es uno de los principales prestadores de servicios prehospitalarios de México, de otros países de América Latina y del mundo. Además, desempeña un papel importante en la respuesta en casos de desastre. En México, tienen el cometido de coordinar todas las actividades relacionadas con la intervención en casos de desastre.

Poner en común la legislación que regula los servicios prehospitalarios y de ambulancias en otros países

Los participantes estuvieron de acuerdo en poner en común la legislación aplicable en el respectivo país en relación con los servicios prehospitalarios y de ambulancias. De este modo, los distintos servicios podrían consultar esa legislación para saber si su aplicación es oportuna o viable en el respectivo país. Se planteó entonces la idea de utilizar una plataforma común para recopilar legislaciones nacionales sobre los servicios prehospitalarios y de ambulancias. La plataforma serviría para ilustrar la buena práctica y para abogar por la adopción de marcos jurídicos más sólidos en otros países. Es posible que este tipo de plataformas ya exista en algún país o región, o incluso a nivel mundial, y sería útil informarse al respecto.

Compartir los procedimientos operacionales estándares y programas de capacitación relativos a la función de las Sociedades Nacionales como auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario y reflexionar sobre la necesidad de uniformar estos procedimientos

En relación con la función de las Sociedades Nacionales como auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario, se debatió en México tanto la existencia de un fundamento para regular la función de auxiliar como los procedimientos para aplicar esta función. Contar con mecanismos formales para la coordinación entre la Sociedad Nacional y las autoridades no garantiza automáticamente que existen procedimientos eficaces para las situaciones de riesgo. Los participantes propusieron la realización de sesiones de formación conjuntas como medida para fortalecer la cooperación operacional. Se reconoció que la función de auxiliar de la Sociedad Nacional se materializa de diferentes formas en los diversos países, puesto que en algunos países es una función que tiene una base jurídica ya bien establecida y constituye una práctica firme y en otros no. La formación ofrecería una oportunidad para fortalecer la función de auxiliar, utilizando como referencia los procedimientos y programas de capacitación existentes. Normalizar la formación es poco realista, pero podría explorarse la posibilidad de desarrollar módulos que puedan ser aplicables en contextos o regiones semejantes.

5.2. Coordinación con los interesados, incluidas las fuerzas armadas y de seguridad

Para prestar una asistencia humanitaria eficaz, el personal de salud a menudo debe coordinar sus actividades con otros interesados, incluidas las fuerzas armadas y de seguridad. Por consiguiente, es esencial contar con mecanismos de coordinación adecuados para que la asistencia beneficie realmente a los enfermos y los heridos. Al respecto, los participantes en el taller hicieron dos recomendaciones:

- debería regularse jurídicamente la coordinación entre las personas que prestan asistencia prehospitalaria y servicios de salud en casos de emergencia y las fuerzas armadas; y
- todos los interesados deberían comprender los cometidos de los demás, así como los modos de comunicación y coordinación que utilizan.

Algunos participantes dijeron que para promover la prestación imparcial de asistencia de salud, debería darse a las Sociedades Nacionales la posibilidad de entablar un diálogo con actores no estatales, cuando los actores gubernamentales no puedan hacerlo.

En consonancia con sus cometidos específicos, los diferentes actores y organizaciones deberían aunar esfuerzos para garantizar la seguridad de la asistencia de salud. Para que la coordinación sea realmente eficaz, sería oportuno tomar diferentes medidas con antelación a situaciones de riesgo. Por ejemplo, trazar planes, establecer mecanismos de coordinación, hacer ejercicios conjuntos, organizar sesiones de formación o simulacros con Gobiernos, proveedores de asistencia de salud, miembros de la comunidad local y otros agentes que participan en la respuesta de emergencia.

En el taller se habló de contextos en que ya se utilizan mecanismos de coordinación para responder a las situaciones de riesgo; por ejemplo, en Estados Unidos, Haití, Israel, México, Nepal y Palestina. Los participantes también señalaron que los interesados que actuaran en situaciones de riesgo podrían compartir sobre el terreno información sobre la seguridad, así como sobre planes y procedimientos que puedan ser útiles en la realización de las actividades humanitarias.

Cruz Roja Colombiana: diálogo con actores no estatales

La Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana, en ejercicio del Principio de imparcialidad, hace suyo el postulado esencial de la no discriminación de cara a brindar protección y atención con equidad a las personas vulnerables, sin que ninguna persona se vea desfavorecida o perjudicada por el hecho de ser sujeto de características particulares y menos por condición alguna basada en pensamiento, opinión política, religión, raza o sexo. Por lo demás, tiene siempre presente que la aplicación de los Principios de imparcialidad y neutralidad no son ciegos: exigen estar atentos a proteger, dar tratamiento preferencial y prevenir el sufrimiento de las personas que más expuestas están al sufrimiento o al peligro, sin cuestionar su origen o procedencia.

Tomando como fundamento el postulado enunciado en el párrafo anterior, la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana despliega su acción humanitaria en favor de las personas heridas o enfermas que requieren asistencia en medio de una situación de conflicto armado o de violencia, de las que no pueden acceder fácilmente a los servicios de salud, en especial cuando se trata de actores no estatales que tienen dificultades para acceder a servicios asistenciales o cuando los prestadores de la acción humanitaria no pueden llegar fácilmente a ellos. En casos como éste, y con el propósito de garantizar la misión humanitaria y prestar dicha asistencia accediendo en forma segura a las víctimas y contando con las condiciones y garantías de todas las partes implicadas en situaciones generadas por conflicto armado u otras formas de violencia que conlleva la confrontación de estamentos del Estado y grupos adversos a éstos o personas que soslayan el ordenamiento jurídico o social, la Sociedad Nacional entabla contactos y concertaciones con todas las partes y todos los actores involucrados en la situación. Este ejercicio es propio del concepto de Acceso Más Seguro y es la puesta en práctica de los pilares fundamentales de la seguridad para garantizar una acción eficaz, eficiente y segura sin poner en riesgo ni al personal de la Cruz Roja ni a las personas que asiste.

No está de más recordar que la acción humanitaria de la Cruz Roja no es obstáculo para que las autoridades, en el ejercicio constitucional y legal, desarrollen las actividades que les son propias. Puesto que la acción humanitaria de la Cruz Roja es una acción abierta, transparente y segura fundamentada en los Principios de imparcialidad y neutralidad, hace posible que las personas que necesiten cuidados de salud y se encuentren en algún momento por fuera del marco legal del país sean trasladadas a centros asistenciales estatales, a fin de que reciban la asistencia y atención en cumplimiento de un derecho humano, como es el de la salud, sin que dicha atención sea óbice para una actuación posterior por parte de las autoridades.

Las autoridades deben establecer y comprender de forma clara la función y el cometido de las Sociedades Nacionales, a fin de que éstas puedan desempeñar una labor eficaz. En otras palabras, debe haber un reconocimiento y una comprensión formal de su función como auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario. Según la conclusión a la que llegó el CICR tras consultas con varias Sociedades Nacionales[29], si éstas no tienen estatutos claramente definidos ni una sólida base legal, incluidas disposiciones específicas sobre la provisión de asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias, su cometido como auxiliares de los Poderes públicos en el ámbito humanitario puede seguir careciendo de claridad. Tal imprecisión puede obstaculizar su acceso a las víctimas, especialmente cuando una Sociedad Nacional es vista o percibida como una organización gubernamental o estatal. Posteriores consultas han resaltado que una de las condiciones previas para la buena coordinación con las autoridades es un claro entendimiento y formalización de la función única de auxiliar de las Sociedad Nacionales.[30] Sin embargo, esto no es garantía de que habrá una coordinación adecuada sobre el terreno. Se necesita también formación y estipular medidas y procedimientos de coordinación claros, e informar sobre ellos tanto al personal y los voluntarios de las Sociedades Nacionales, como a las autoridades competentes, por ejemplo, de las fuerzas armadas y la policía. Un posible enfoque adicional sería organizar ejercicios regulares de simulación o simulacros en los que participen todos los interesados, incluida la población. Un ejemplo de medidas prácticas para garantizar una mejor coordinación es el establecimiento de claros procedimientos de notificación entre la Sociedad Nacional y las autoridades con el fin de asegurar que el personal y los voluntarios gozan de garantías de seguridad para operar.

29 En julio de 2012 el CICR envió un cuestionario sobre el respeto a los servicios de salud a 37 Sociedades Nacionales. El cuestionario solicitaba a las Sociedades Nacionales que dieran a conocer sus experiencias en relación con cuatro aspectos clave en la prestación de asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias: 1) desafíos que han encontrado; 2) medidas concretas que han tomado para aumentar el acceso, la aceptación y la seguridad operacional; 3) el cometido de las Sociedades Nacionales (base legal, estatutos) al prestar asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias; y 4) el cometido de las Sociedades Nacionales de reforzar la protección de los enfermos y heridos en conflictos armados y otras emergencias. La documentación de apoyo utilizada para este documento fueron: 1) estadísticas obtenidas en la iniciativa del CICR para recopilar datos sobre incidentes que afecten a la asistencia de salud en 22 países, que se iniciaron en 2012; 2) entrevistas al personal del CICR en Ginebra y sobre el terreno que trabaja con Sociedades Nacionales en contextos operacionales pertinentes para esta campaña de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

30 CICR y Cruz Roja Noruega, Informe del Taller de expertos sobre el respeto debido a los servicios de de salud para las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, enero de 2013.

«Nødnett»: la Red Noruega de Seguridad Pública

Nødnett es una red independiente de radio digital utilizada por la Policía, los servicios de salud y los servicios de incendio y rescate para facilitar la comunicación y coordinación de esas entidades en situaciones de emergencia. Puede ser empleada por otras organizaciones que participan en labores de rescate y emergencia, como la Cruz Roja Noruega. La red está plenamente operativa en ciertas partes de Noruega y lo estará en todo el país a finales de 2015.

La capacidad de Nødnett está diseñada expresamente para cubrir las necesidades de los servicios de emergencia. Los usuarios han de disponer de radios TETRA que cuenten con la debida aprobación para trabajar con Nødnett. Los servicios arriba mencionados pueden establecer grupos de interlocutores entre ellos y con otros servicios de emergencias. Sólo aquéllos a los que se ha dado acceso activo a esos grupos pueden escuchar las conversaciones. Asimismo, las radios Nødnett ofrecen la posibilidad de enviar y recibir mensajes de texto para intercambiar cantidades pequeñas de información.

ESTÁNDAR TETRA

Nødnett está construida sobre el estándar TETRA. Una red TETRA ofrece a los interlocutores una comunicación segura y codificada a las comunicaciones de grupo o entre dos personas. Es también posible transferir datos a velocidad moderada. La tecnología TETRA se usa en muchos países del mundo, tanto en seguridad pública como en empresas con demandas elevadas de comunicación fiable.

La cobertura de la red Nødnett es posible mediante el uso de estaciones base terrestres, que se asemeja mucho al funcionamiento de una red celular o móvil. Nødnett transmite y recibe señales entre las estaciones base y las terminales de radio utilizadas por los servicios de emergencia. Con el fin de encontrar el emplazamiento más efectivo para las estaciones base de Nødnett y proporcionar así la mejor cobertura posible, se tienen en cuenta diversas condiciones tales como la topografía, la distancia entre estaciones base de radio y la cobertura de estaciones base próximas.

ESFUERZOS PARA FORMAR PARTE DE LA NØDNETT

La Cruz Roja Noruega ha hecho todo lo posible por que la Cruz Roja y otras organizaciones voluntarias que brindan servicios de emergencias utilicen la Nødnett. Los más de 320 equipos de búsqueda y rescate de la Cruz Roja Noruega constituyen un elemento central del Servicio de Búsqueda y Rescate de Noruega y es importante que cuenten con una red segura y estable de comunicación con los demás asociados de búsqueda y rescate.

En 2012, algunos equipos de búsqueda y rescate de la Cruz Roja Noruega comenzaron a colaborar como usuarios de prueba de la Nødnett. En junio de 2013, el Parlamento de Noruega aprobó el uso de Nødnett a nivel nacional por parte de la Cruz Roja Noruega y otras organizaciones de emergencia voluntarias.

En cuanto a los actores no estatales, en el taller de Oslo ya se había destacado la importancia de utilizar las buenas prácticas y enfoques desarrollados en el Movimiento.[31] El CICR se esfuerza por mantener un diálogo con los actores no estatales a fin de fortalecer la seguridad del personal humanitario; obtener acceso a las personas en poder de los grupos armados o a las personas afectadas por la situación que viven en las zonas que esos actores controlan; evaluar la voluntad y capacidad de esos grupos de velar por el respeto del derecho de la guerra; y apoyar, en lo posible, los esfuerzos que hagan por mostrar más respeto por el DIH, como la incorporación del derecho en sus códigos de conducta.[32]

Un participante puso de relieve que su Sociedad Nacional interactúa con actores no estatales para ayudarles a comprender que los servicios de salud se regían por los principios de independencia y neutralidad, y para hacerles notar que sus familias también contaban con esos servicios de salud. Sin embargo, hay que tener presente que el derecho a menudo impone límites a la capacidad de las Sociedades Nacionales de mantenerse en contacto con actores no estatales. En algunos contextos, ofrecer asistencia humanitaria a actores no estatales pueden incluso constituir una infracción penal.

31 CICR,Taller de Oslo, 3-5 de diciembre de 2012, *Función y responsabilidad de las Sociedades Nacionales en la prestación de asistencia de salud en condiciones de seguridad en situaciones de conflicto armado y otras situaciones de emergencia* (en inglés); más información en http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-oslo-2012-12-03.htm

32 CICR, «Fortalecer el respeto a la acción humanitaria y al derecho internacional humanitario por parte de «otros» portadores de armas»., en http://www.icrc.org/spa/what-we-do/building-respect-ihl/dialogue-weapon-bearers/other-weapons-bearers/overview-icrc-other-weapon-bearers.htm

5.3. Mejores prácticas en la prestación de servicios prehospitalarios

Tras las varias consultas con expertos que se han llevado a cabo en el marco del proyecto sobre el respeto debido a los servicios de salud, resulta cada vez más evidente que los participantes están verdaderamente interesados en aprender de las prácticas a que se recurre en otros contextos. Aunque se reconoce que de algún modo diferentes contextos equivalen a diferentes desafíos, se reconoce también que los profesionales de salud en todo el mundo enfrentan desafíos semejantes. Con relación a las recomendaciones, los participantes destacaron en particular la importancia de compartir las mejores prácticas de elementos como el Marco para un Acceso Más Seguro, la ética en la salud, la coordinación, exigencias mínimas de formación, planificación para casos de emergencia y equipo de protección personal.

Promover todos los elementos del Marco para un Acceso Más Seguro

Durante todos los talleres de expertos que se efectuaron en 2012 y 2013, el personal de salud destacó la importancia de que las autoridades estatales, los grupos armados no estatales y las comunidades locales acepten y respeten las actividades del personal de salud para salvaguardar la prestación de servicios de salud. Se reconoció que ese respeto es fundamental para que el personal de salud pueda tener un acceso seguro a los enfermos y los heridos en las situaciones de riesgo, incluidos los conflictos armados y otras emergencias. Los participantes en esos talleres destacaron que el Marco para un Acceso Más Seguro del CICR es una buena herramienta para fortalecer la capacidad que las Sociedades Nacionales en las situaciones de conflictos armado y otras emergencias. El propósito del Marco, un instrumento empírico desarrollado por el CICR, junto con las Sociedades Nacionales y la Federación Internacional, es contribuir a la preparación de las Sociedades Nacionales para trabajar en situaciones delicadas en que las condiciones de seguridad no son claras, incluidos los conflictos armados, los disturbios internos y las tensiones interiores. Los elementos del Marco son herramientas indispensables que todas las Sociedades Nacionales deben utilizar en sus esfuerzos para obtener un acceso más seguro a las personas y comunidades afectadas por conflictos

Marco para un Acceso Más Seguro

Evaluación y análisis del contexto y del riesgo: Las Sociedades Nacionales entienden con claridad los aspectos políticos, sociales, culturales y económicos conexos del entorno operativo en evolución y los riesgos inherentes, lo que es esencial para la prevención y la gestión de esos riesgos.

Base jurídica y de políticas: Las Sociedades Nacionales disponen de instrumentos jurídicos y estatutarios sólidos y formulan políticas que les sirven de base para cumplir sus funciones y mandato humanitarios, de conformidad con las políticas del Movimiento, el derecho internacional humanitario y la legislación nacional.

Aceptación de la organización: Las Sociedades Nacionales han logrado un elevado grado de aceptación entre las principales partes interesadas gracias a que han sabido prestar a las personas y comunidades una asistencia humanitaria y una protección pertinentes y adaptadas al contexto, de conformidad con los Principios Fundamentales y otras políticas del Movimiento.

Aceptación de las personas: Los miembros del personal y los voluntarios han alcanzado un elevado grado de aceptación entre las principales partes interesadas puesto que han sabido desempeñar sus funciones de conformidad con los Principios Fundamentales y otras políticas del Movimiento.

Identificación: Las Sociedades Nacionales emprenden todas las iniciativas necesarias para proteger y promover la identidad visual de la organización, los miembros del personal y los voluntarios.

Comunicación y coordinación externas: Las Sociedades Nacionales aplican estrategias y mecanismos de comunicación y coordinación externas correctamente desarrollados que fomentan la coordinación con los actores externos.

Comunicación y coordinación internas: Las Sociedades Nacionales aplican estrategias y mecanismos de comunicación y coordinación internas adecuadamente desarrollados que fomentan la coordinación con otros componentes del Movimiento.

Gestión de los riesgos para la seguridad en las operaciones: Las Sociedades Nacionales se encargan de la responsabilidad y la rendición de cuentas respecto de la seguridad de los miembros del personal y los voluntarios estableciendo y aplicando un sistema y una estructura de gestión de los riesgos para la seguridad en las operaciones.

Proteger la misión médica de la Cruz Roja Libanesa

(Georges Kettaneh, secretario general de la Cruz Roja Libanesa)

En la actualidad, la Cruz Roja Libanesa, y en especial su Servicio Médico de Emergencia, está reaprendiendo las dolorosas lecciones de la larga y sangrienta Guerra Civil del Líbano (1975-1990). En esas circunstancias, acatar el Principio Fundamental de neutralidad era también una cuestión de supervivencia en medio de las desavenencias religiosas, sectarias y políticas.

Durante ese encarnizado conflicto, la Cruz Roja Libanesa fue la única institución capaz de desplegar actividades en todo el territorio de un país dividido. Esto fue posible porque sus voluntarios se ciñeron a los siete Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y porque todas las partes y grupos armados consideraban a los voluntarios, y por consiguiente a la Cruz Roja Libanesa, como trabajadores neutrales, independientes e imparciales.

Llevó años para que la Sociedad Nacional entendiera que existe una línea muy fina y mortal entre actuar de forma neutral y ser percibido como neutral. Tuvieron que morir 12 voluntarios del Servicio Médico de Emergencia de la Cruz Roja Libanesa antes de 1987 para que ésta se diera cuenta de que no es suficiente ser realmente neutral sino ser *completamente percibido* como neutral. Consolidar esta percepción ante los ojos de hostiles observadores cuyo trabajo consiste en matar basándose en diferencias religiosas se convierte de hecho en una ardua tarea y requiere un esfuerzo prudente y coherente de todos los niveles de la Sociedad Nacional. Fue necesario desplegar campañas de comunicación y concienciación, y sobre todo comportarse de forma neutral para que la Cruz Roja Libanesa fuera *percibida como neutral.*

Hoy en día, cuando la crisis siria se deja sentir en Líbano y divide de nuevo a nuestra ya de por sí fragmentada sociedad, la Cruz Roja Libanesa simplemente está aplicando las lecciones del pasado. La Cruz Roja Libanesa ha anticipado el duro trabajo durante tiempos de crisis adoptando neutralidad en tiempos de paz y efectuando pequeñas misiones. La credibilidad que poco a poco conquistamos se ve actualmente recompensada por el hecho de que nuestros equipos pueden acceder de manera segura a las personas que necesitan ayuda. En los últimos años, la Cruz Roja Libanesa:

1. ha trabajado activamente para construir una cultura de neutralidad entre los voluntarios de Cruz Roja Libanesa.
2. ha comunicado y difundido activamente información a todas las partes.

ESTABLECER UNA CULTURA DE NEUTRALIDAD

La realidad nos demuestra que nadie es o puede ser real o completamente neutral en Líbano, ni siquiera los voluntarios de la Cruz Roja Libanesa. Cada persona tiene opiniones, inclinaciones y preferencias políticas. Nada que la Cruz Roja Libanesa alguna vez pudiera hacer o intentar hacer nos llevaría a tener miles de voluntarios sin ninguna opinión política. La Cruz Roja Libanesa no desea quitarles sus opiniones sino que actúen sin imponer sus ideas y siendo tolerantes con los puntos de vista de los demás.

Lo que la Cruz Roja Libanesa quería en 1987 y lo que quiere hoy en 2013 son voluntarios que elijan cada día situar la acción humanitaria por encima de todas las demás consideraciones. La Cruz Roja Libanesa quiere voluntarios que opten por ser neutrales cada día porque ser neutral facilita el acercamiento a personas que necesitan ayuda. La Cruz Roja Libanesa quiere voluntarios convencidos de que la humanidad es más importante que la política, que fuertemente crean que para que una sociedad sea capaz de funcionar es necesario conformar un grupo de personas capaces de dejar sus opiniones a un lado y regirse por principios superiores.

Lo que la Cruz Roja Libanesa quiere es una elite de personas que se distinga no sólo por habilidades y conocimientos sino por su empeño en acatar una serie de principios, una elite comprometida a hacer que su Sociedad Nacional sea aceptada por todas las partes y comunidades.

Este ha sido, es y seguirá siendo el desafío diario de la Cruz Roja Libanesa.

AUNAR LA PERCEPCIÓN CON LA REALIDAD DE NEUTRALIDAD

Entre las lecciones asimiladas en 1987, y que se están reaprendiendo en circunstancias incluso más difíciles hoy en día, es que la aceptación no está garantizada incluso contando con un grupo de voluntarios neutrales. La neutralidad real en palabras y hechos es una condición necesaria pero no suficiente para la aceptación. Tenemos que velar, cada día, que por que todas las personas en Líbano y en otros países perciban a la Cruz Roja Libanesa como plenamente neutral.

Hoy en día está percepción es mucho más difícil de conseguir que en 1987. La sociedad está más fragmentada, los voluntarios son jóvenes y algunas de las experiencias de la guerra civil han caído en el olvido. Vivimos actualmente en la era de la información y los medios de comunicación y las personas tienen acceso fácil y rápido a gran cantidad de información, alguna fidedigna y otra totalmente engañosa. En estos tiempos actuales, un voluntario con un enlace a información remotamente partidista en su cuenta de Facebook puede provocar el ataque a una ambulancia.

En la actualidad resulta mucho más difícil esconder el hecho de que incluso los voluntarios de la Cruz Roja Libanesa tienen opiniones. Requiere más esfuerzo, más disciplina, mecanismos más férreos de control, más concienciación, más formación.

La Cruz Roja Libanesa desafortunadamente no está totalmente integrada en la era de la información. No obstante, en estos momentos reconocemos y entendemos esta deficiencia, hemos identificado dicha carencia como una prioridad del más alto nivel para la organización, y trabajaremos en ello para poder continuar siendo *el organismo más reconocido y aceptado del país,* y seguir proporcionando ayuda en todas las partes de Líbano y a cualquier persona que lo necesite.

armados y otras situaciones de emergencia, con el fin de ofrecer protección y ayuda. Si bien el Marco fue desarrollado como herramienta para fortalecer la capacidad de las Sociedades Nacionales, algunos elementos también pueden ser útiles para que otros proveedores de asistencia de salud fortalezcan su propia seguridad y acceso. A finales de 2013 y a comienzos de 2014, se publicarán varias secciones del paquete de recursos prácticos del Marco para un Acceso más Seguro, basándose en el Marco y en la resolución 7 del Consejo de Delegados de 2011.

Promover la ética de la asistencia de salud y los debates sobre la ética en situaciones de riesgo como parte del programa de estudios de las universidades e instituciones de formación

Los participantes en el taller de México señalaron que era esencial hacer participar a las universidades e instituciones en los debates sobre la seguridad y el acceso del personal de salud, porque establecen las bases para la actuación futura en el ámbito de la salud. Existen directrices sólidas sobre la asistencia de salud y/o la ética médica, elaboradas por instituciones como la Asociación Médica Mundial y asociaciones médicas nacionales. Estas directrices dimanan de años de debates sobre los dilemas éticos que el personal de salud enfrenta en su trabajo diario. Aunque existen directrices claras sobre lo que constituye un comportamiento ético en el tratamiento de pacientes, la capacidad de un profesional de asistencia de salud de actuar de conformidad con dichas directrices depende de su capacidad para conseguir el justo equilibrio entre las reglas, los principios, los resultados y las limitaciones que se imponen en su actividad.[33] En muchos casos, no hay respuestas correctas o equivocadas, y la formación sobre la ética y la manera de solventar dilemas ayudan a comprender mejor las directrices éticas que debe aplicar un profesional de salud. Aunque la ética médica rige el comportamiento del personal de salud diplomado, tales como médicos y enfermeros, puede ser útil también para otras personas que desempeñan actividades relacionadas con la salud, como los voluntarios, los conductores de ambulancias o los socorristas. Si en la formación de los voluntarios y el personal de salud en general se incluyen los códigos de ética y los debates sobre los posibles dilemas éticos que puede enfrentar el personal de primera respuesta –por ejemplo, a qué paciente tratar primero–, puede ayudarles a tomar las buenas decisiones cuando estén sobre el terreno. A pesar de que algunos códigos de ética pueden estar bien asimilados por parte de médicos, enfermeros, conductores o personal de primera respuesta, las realidades sobre el terreno pueden hacer tambalear estos principios, como lo señala el mismo personal de salud, por ejemplo cuando están obligados, bajo la amenaza de sufrir lesiones corporales, a tratar primero a un paciente en detrimento de otro.

Utilizar el proyecto sobre el respeto debido a los servicios de salud como una oportunidad para fortalecer la comunicación y la coordinación entre el departamento de operaciones y el departamento jurídico de la Sociedad Nacional

Esta recomendación se debatió en relación con las Sociedades Nacionales, cuyas actividades operacionales de respuesta a emergencias no están integradas en muchos casos en otros departamentos, como el Jurídico. Debido al carácter transversal del proyecto y los desafíos ya identificados, los participantes reconocieron la necesidad de coordinación y comunicación entre diferentes departamentos. Una de las cuestiones interesantes que emanaron de las deliberaciones es que los departamentos de actividades operacionales consideran, con frecuencia, que los responsables de la promoción de modificaciones en la legislación nacional deben consultarlos para cerciorarse de que las iniciativas legislativas reflejan y abordan la realidad operacional y sus desafíos. Esto vale también cuando se trata de determinar las brechas o deficiencias en la legislación nacional. Ocurre por ejemplo que, en algunos contextos, las personas que prestan de forma imparcial asistencia de salud a los heridos y enfermos sean considerados criminales o terroristas por el Estado y sean enjuiciados por ello. En dichos casos, el fortalecimiento de la comunicación y coordinación entre los departamentos jurídico y de actividades operacionales puede contribuir a trazar una estrategia más eficaz para cambiar las leyes nacionales que sancionan la asistencia de salud a determinados grupos o personas. Ilustrar con casos concretos la forma en que la legislación nacional obstaculiza o pone en peligro la asistencia de salud ayuda a construir argumentos sólidos para instar a su modificación. Durante el taller se propuso la creación de un foro o comité nacional que se ocupe del respeto debido a los servicios de salud, a fin de velar por la complementariedad de las varias competencias necesarias para definir estrategias y medidas nacionales.

33 CICR, *Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y otras emergencias*, 2012, p. 40.

Incluir, en los requisitos mínimos de formación de los voluntarios, conocimientos sobre: seguridad vial, cuestiones éticas, apoyo psicosocial, seguridad y protección sobre el terreno, modos de vida saludables, habilidades de comunicación y capacidad de negociación, conocimientos culturales y el Código de Conducta de la Cruz Roja y la Media Luna Roja[34]. La formación podría estandarizarse a nivel regional, cuando sea pertinente y apropiado.

En un informe de 2011 elaborado por la Federación Internacional se destaca el hecho de que, en el mundo, unos 13 millones de personas deciden ser voluntarios de las Sociedades Nacionales. [35] La movilización y la participación de voluntarios son fundamentales para que las personas tengan acceso a la asistencia. En situaciones de riesgo, los voluntarios ofrecen primeros auxilios, aseguran transporte, movilizan comunidades, ayudan en las campañas de vacunación y proporcionan tratamiento a enfermos y heridos. En muchos contextos, los voluntarios participan en cada etapa de la asistencia y, por lo tanto, deben recibir la formación y la preparación correspondientes. Esto es esencial para que puedan encarar las distintas situaciones a las que pueden tener que hacer frente cuando trabajan en situaciones de riesgo; pero también es fundamental para su seguridad y su protección personal. Este aspecto se ha destacado sistemáticamente en los talleres sobre el respeto debido a los servicios de salud.

Sin embargo, impartir formación no debe ser de por sí un fin; esa formación ha de estar adaptada a las necesidades y realidades sobre el terreno. La necesidad y nivel de formación de los voluntarios dependerá de la situación en la que operan y las tareas que tienen que llevar a cabo. Una formación mínima en seguridad vial,

Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)

El Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y ONG, fue desarrollado y acordado por ocho de las mayores agencias de respuesta a desastres del mundo en 1994. El Código de Conducta, al igual que muchos códigos profesionales, es de carácter voluntario. En primer lugar, establece diez normas de conducta que han de cumplir todos los agentes humanitarios en sus labores de respuesta a catástrofes. Describe las relaciones que las agencias que trabajan en desastres deben tratar de forjar con gobiernos donantes, gobiernos beneficiarios y el sistema de las Naciones Unidas. El Código de Conducta no trata detalles operativos, como por ejemplo la forma de calcular las raciones alimentarias o establecer un campamento de refugiados. Su propósito es más bien mantener los elevados niveles de independencia, eficacia y resultados que procuran alcanzar las ONG y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja en sus intervenciones a raíz de catástrofes.[a]

1. Lo primero es el deber humanitario.
2. La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de los beneficiarios ni ninguna otra distinción de índole adversa. El orden de prioridad de la asistencia se establece únicamente en función de las necesidades.
3. La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa.
4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental.
5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales.
6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local.
7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro.
8. La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y, además, tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres.
9. Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y antes las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos.
10. En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión.

[a] Véase Federación Internacional, Código de Conducta, http://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/code-of-conduct/code-spanish.pdf o la página http://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/codigo-de-conducta.pdf

34 El nombre completo es *Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y organizaciones no gubernamentales (ONG).*

35 Federación Internacional, *Proteger, promover, reconocer: El voluntariado en emergencias*. 2011

Curso de operador de vehículo de emergencias

El conductor de un vehículo de emergencias tiene una gran responsabilidad en la seguridad de sus colegas, de los heridos o enfermos, y posibles transeúntes. Además, el rol del conductor es crucial para operar de manera eficaz. Aunque se reconoce que puede haber diferencias pueden existir diferencias en el modo que se imparten los cursos dependiendo del contexto, normalmente un Curso de Operadores de Vehículos de Emergencias contendría los siguientes módulos:

- Aspectos jurídicos.
- Habilidades para la conducción de precisión.
- Técnicas para evitar accidentes.
- Enviar y recibir mensajes, por ejemplo comunicación vía radio.
- Procedimientos operativos y de mantenimiento del vehículo.
- Mantener la seguridad al operar en difíciles condiciones viales y meteorológicas.
- Manejo del estrés.
- Rol y responsabilidad del conductor.
- Navegación y planificación de ruta.
- Aspectos jurídicos.

por ejemplo, puede ser muy general y consistir en el respeto de algunas reglas simples, como evitar el exceso de velocidad o llevar puesto el cinturón de seguridad. Pero también puede ser contextual: cómo actuar al llegar a un puesto de control (lo que incluye habilidades de comunicación y negociación). En algunos lugares, los primeros auxilios básicos pueden ser un requisito mínimo suficiente para los voluntarios, mientras que en otros, deberán seguir amplios programas de formación para garantizar la continuidad y la calidad del servicio en las instalaciones de asistencia de salud a las que sean derivados los heridos. Cuando la función de la Sociedad Nacional en el ámbito de la asistencia de salud es crucial a nivel nacional, la falta de una formación exhaustiva de los voluntarios puede menoscabar el estándar de asistencia a nivel nacional. Para Sociedades Nacionales que operan en contextos de gran diversidad cultural y religiosa, la formación de los voluntarios puede variar según la región del país. Al establecer el nivel mínimo de formación, se han de considerar los recursos disponibles para la formación, la cooperación y la coordinación entre los diferentes interesados, el nivel de capacitación requerido para realizar la tarea que ha de desempeñarse, las responsabilidades que la tarea entraña, la dependencia que tiene la comunidad de los servicios voluntarios, el contexto en el que se actúa y el sistema de asistencia de salud en general. Los participantes reconocieron que, si bien la estandarización de los programas de formación a nivel regional puede favorecer la continuidad y la calidad, es imposible encontrar una solución universal.

La formación de los conductores de ambulancias merece más atención. Al consultar a las Sociedades Nacionales sobre los requisitos de formación para los conductores de ambulancia, ninguna señaló que diera a estos una formación especial. Los conductores de ambulancias reciben la misma formación general que los voluntarios de los servicios médicos de emergencia. Si bien es evidente que la necesidad de una formación especial depende del contexto, la función que este tipo de personal desempeña en las situaciones de emergencia es esencial, y sería útil llevar a cabo evaluaciones adicionales de la necesidad de darles una formación especial para garantizar tanto su seguridad como las posibilidades de acceso que tienen sobre el terreno.

Analizar contextualmente la cuestión del equipo de protección personal y proporcionar formación adecuada para su uso

Aunque el uso de equipo de protección personal (EPP) surgió en los talleres organizados anteriormente, el debate en el taller de México fue considerablemente más detallado. Las deliberaciones previas habían reflejado una visión más polarizada con fuertes opiniones tanto a favor como en contra del uso de equipo protector. En varias de las presentaciones que se hicieron en el taller de México se aludió al uso de EPP y los debates versaron menos sobre la idoneidad de su uso para centrarse más en sus pros y contras, así como en la forma en que los proveedores de servicios de salud resolvían la cuestión de utilizar o no el equipo protector y cuándo. Se reconoció que estos dilemas existen realmente sobre el terreno. En ciertos contextos y situaciones, es conveniente alentar el uso de equipo protector, pero en otros puede realmente poner en peligro al personal de salud. Otro problema es la dificultad de examinar de forma adecuada las causas de los incidentes de seguridad: atenuar los riesgos –por ejemplo, mediante el uso de EPP– no significa que se aborda correctamente

la causa inicial del problema; por lo tanto, no se disminuye el riesgo de forma correcta. Durante el taller en El Cairo,[36] los participantes parecieron estar de acuerdo en que algunos EPP pueden ser útiles al enfrentarse a riesgos previsibles, y durante los debates y las presentaciones del taller en México, se hizo evidente que el personal de salud en el mundo está usando ampliamente el EPP.

El personal de asistencia de salud ha sostenido que la seguridad de los miembros de equipos de primera respuesta y la capacidad de estos para actuar depende, aunque no exclusivamente, de la utilización de equipo protector; sin duda alguna es necesario formarlos para que lo utilicen de forma adecuada. En el taller en México, varias Sociedades Nacionales y otros participantes manifestaron que emplean EPP al responder a incidentes que requieren protección reforzada, como ataques con misiles o continuos brotes de violencia. El servicio médico de emergencias de una Sociedad Nacional manifestó que, en su contexto, el uso de EPP es esencial para la seguridad de su personal y de sus voluntarios, y sirve para protegerlo contra las deflagraciones explosivas y los agentes químicos. La Sociedad Nacional indicó que en estos incidentes «si se espera hasta que la situación sea segura para intervenir, para entonces las personas heridas habrán muerto». Por consiguiente, en este contexto especial, el personal de las ambulancias y de salud ha de poder contar con material de protección para atender a los heridos. Este es un dilema de la vida real al que se enfrentan muchos miembros de equipos de primera respuesta en todo el mundo. Además, otra Sociedad Nacional señaló que, debido al incremento de los «ataques repetidos» anteriormente descritos, resulta evidente que el personal y los voluntarios dependen del equipo protector para el desempeño de las operaciones; sin embargo, en estos casos el personal también puede resultar gravemente herido, a pesar de utilizar equipo protector. En ciertos incidentes con componentes químicos, el uso de equipo protector especial puede ser esencial para la seguridad del personal. Una Sociedad Nacional manifestó que necesita mayor capacidad para proveer a su personal y voluntarios con equipo protector eficaz, como máscaras y cascos adecuados. Declaró también que en numerosos incidentes no fueron capaces de responder ya que, a falta del equipo necesario, no se reunían las condiciones de seguridad para desplegar al personal y los voluntarios.

Varios participantes en el Taller de Oslo[37] subrayaron una disyuntiva especial, concretamente la determinación de un umbral aceptable de riesgo para poder tomar decisiones respecto de una operación, sin faltar a los requisitos de seguridad y protección del personal y los voluntarios de la Sociedad Nacional. Esto tiene implicaciones tanto éticas como legales (deber de diligencia, seguros, etc.) para la Sociedad Nacional. A menudo, la comunidad espera que el personal y los voluntarios de la Sociedad Nacional se esfuercen al máximo para asistir a las personas que lo necesitan, incluso en las circunstancias más peligrosas. Estas expectativas son especialmente ciertas cuando la Sociedad Nacional no explica que hay restricciones y limitaciones en la provisión de asistencia a las víctimas en caso de emergencia, aunque se trate de heridos. El mismo personal de la Sociedad Nacional a menudo siente que tiene el deber de brindar asistencia y está dispuesto a tomar riesgos incluso cuando contravienen los procedimientos de seguridad establecidos. Podría decirse que el uso amplio de EPP acrecienta en mayor medida este umbral de riesgo aceptable, ya que este material puede proporcionar una falsa sensación de seguridad. Otro elemento que se mencionó es que los trabajadores de asistencia de salud que utilizan EPP pueden ser atacados por individuos para apoderarse del equipo que llevan. El reto radica en establecer procedimientos operativos estándar, directrices de seguridad y planes de contingencia adaptados a las circunstancias de cada contexto. Más ampliamente, se tiene que encontrar un equilibrio entre responder a las necesidades humanitarias y la seguridad del personal y los voluntarios. Algunos proveedores de asistencia de salud han enfatizado que se debe actuar sólo cuando existen garantías de seguridad y cuando se ha recibido el consentimiento de las autoridades; otros expresaron que esto no era siempre posible y que, en algunos casos, la prioridad era salvar vidas. Desarrollar estrategias para responder a este dilema ayudará en última instancia a proporcionar una asistencia de salud más sostenible y basada en necesidades.

Aun así, no existe una solución universal al debate actual sobre el uso de EPP. El personal de salud, los conductores de ambulancias y el personal que actúa en caso de emergencias operan en diferentes contextos, y la necesidad de EPP varía en consonancia. La opinión sobre el uso de EPP puede también diferir dependiendo de si se trata de un agente local/nacional o internacional el que brinda asistencia. Muchos proveedores locales y nacionales de salud han expresado que su capacidad para asistir a víctimas a menudo depende mucho del equipo protector

36 Taller de El Cairo, 17-19 de diciembre de 2012, *Seguridad de la Asistencia de Salud de emergencia sobre el terreno* (en inglés); más información en http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/12-17-egypt-hcid-workshop.htm

37 CICR,Taller de Oslo, 3-5 de diciembre de 2012, *Función y responsabilidad de las Sociedades Nacionales en la prestación de asistencia de salud en condiciones de seguridad en situaciones de conflicto armado y otras situaciones de emergencia* (en inglés); más información en http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-oslo-2012-12-03.htm

que tengan. Si, por falta de equipo protector, el personal de salud no puede asistir a las víctimas, la comunidad local puede desaprobar cualquier otra intervención posterior o despertar un sentimiento de desconfianza. Las Sociedades Nacionales han señalado que pueden ser percibidas como débiles o que se considera que sus servicios son de baja calidad cuando no consiguen asistir a las víctimas, incluso en las situaciones en que prima la seguridad del personal y voluntarios. En el mejor de los casos, esas situaciones tienen repercusiones a corto plazo para la imagen y la reputación del servicio local que presta asistencia, y en el peor, ser perjudiciales para la seguridad a largo plazo del personal y de los voluntarios. Es frecuente que en las campañas de comunicación y los cursos de formación dirigidos al público en general, a las autoridades, a los líderes comunitarios y a la misma comunidad médica no proporcionen suficiente información sobre las restricciones que se impone al personal de salud en todos los ámbitos y sobre los límites a la asistencia que se puede proporcionar.

Equipo de protección personal

El equipo de protección personal está diseñado para reducir la exposición a peligros o riesgos detectados, y puede incluir, aunque no limitarse a:

- Chalecos antibalas.
- Cascos.
- Vehículos acorazados.
- Trajes especiales para protección contra sustancias químicas o material peligroso.
- Guantes (por ejemplo para evitar enfermedades infecciosas).
- Gafas.
- Máscaras.
- Uniforme (incluyendo zapatos).

El término «equipo de protección personal» no incluye las escoltas armadas.

Cruz Roja Japonesa. Equipos de descontaminación nuclear, radiológica, biológica y química

La Cruz Roja Japonesa dispone de equipos de descontaminación nuclear, radiológica, biológica y química (NRBQ) en sus filiales de las prefecturas para responder a los accidentes NRBQ. Por principio, los equipos médicos de la Cruz Roja Japonesa no entran en una zona contaminada (zona caliente) ante la dificultad de tratar a un paciente en ese entorno. La función principal de los equipos médicos de la Cruz Roja Japonesa consiste en descontaminar y tratar en un ambiente más seguro (zona tibia) a los pacientes evacuados de las «zonas calientes». El equipo de descontaminación NRBQ consta de una tienda de descontaminación con sistema de ducha y filtración de aire, y trajes de protección mediante presión positiva de aire, incluyendo máscaras y otro equipamiento pertinente. Para los accidentes NRBQ, es esencial colaborar con los equipos de rescate y evacuación, como una Unidad de Respuesta Especial de la Fuerza de Autodefensa o el Cuerpo de Bomberos. En este contexto, también es necesario definir claramente la función de los equipos de respuesta de la Cruz Roja, y decidir el equipo con el que deben contar. Deben recibir una formación adecuada y su conducta debe ser conforme a las normas establecidas.

Examinar los pros y los contras en el momento de decidir acerca del uso de equipo de protección personal, presentados por el grupo de trabajo en el taller

PROS

- El equipo puede aportar protección real contra peligros.
- Cuando la situación requiere el uso de ese equipo, su disponibilidad influye mucho en la posibilidad de intervenir en el momento oportuno.
- El personal y los voluntarios pueden sentir que su seguridad es mayor.
- Es posible atender a pacientes en zonas a las que no se accedería sin protección.

CONTRAS

- El equipo protector es oneroso.
- Resulta más difícil hacer una distinción entre fuerzas armadas y fuerzas de policía o seguridad, y el personal de salud.
- El equipo es a menudo muy pesado, lo que dificulta los movimientos.

- La falsa ilusión de seguridad que brinda el equipo puede llevar a las personas a arriesgarse más.
- En algunos casos, el equipo puede provocar miedo o intranquilidad en los pacientes o la población (porque esconden las expresiones faciales y causan temor. Para reducir este efecto, el equipamiento debe corresponderse con los colores y emblemas del uniforme de la organización).

Lo expuesto por los participantes resalta bien las dificultades a las que se enfrenta el personal de salud al decidir si utilizar o no el EPP. Los participantes estaban de acuerdo en que sería beneficioso realizar un análisis más detenido sobre este material en contextos específicos, haciendo referencia a las pros y a los contras. Esto podría ayudar a las Sociedades Nacionales y a otros agentes de la salud a tomar la compleja decisión de si usarlo o no.

Evitar en todo momento la utilización de escoltas armadas para proteger las ambulancias civiles

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja está, por principio, contra el uso de protección armada. Adoptó esta posición mediante la resolución 9 del Consejo de Delegados de 1995, titulada «Utilización de protección armada en la asistencia humanitaria» y la reafirmó por última vez mediante la resolución 7 del Consejo de Delegados de 2005 titulada «Documento de orientación sobre las relaciones entre los componentes del Movimiento y los órganos militares». La razón de esta objeción fundamental es que la protección armada de sus componentes es incompatible con los Principios Fundamentales de humanidad, imparcialidad, independencia y neutralidad que aplica el Movimiento. Sin embargo, estas resoluciones y, en especial, la publicación sobre la protección armada adjunta a la resolución 9 del Consejo de Delegados de 1995,[38] reconoce que pueden darse situaciones en las que sería posible salvar vidas humanas con tan solo aceptar escoltas armadas. En estos casos, el principio de humanidad exige que el Movimiento acepte modificar sus procedimientos normales de trabajo. En la publicación se fijan algunas condiciones o cuestiones mínimas, aprobadas por la resolución arriba mencionada, que deben llenarse y ser aceptadas antes de que un componente del Movimiento pueda decidir si acepta una escolta armada.

Son las siguientes:

- ¿Son las necesidades tan apremiantes (por ejemplo, salvar un gran número de vidas) que justifican medidas excepcionales; además, es la escolta armada el único medio para resolverlas?
- ¿Está seguro el componente del Movimiento de que se trate, de que el uso de una escolta armada no irá en detrimento de la seguridad de los beneficiarios?
- ¿Es el componente en cuestión el más competente para brindar satisfacción a las necesidades identificadas? ¿Existe otro organismo, ajeno al Movimiento, capacitado para realizar esas actividades o atender las necesidades?
- ¿Se considera el recurso a la protección armada principalmente por su valor disuasorio y no por su potencia de fuego, a sabiendas de la enorme reticencia con la que toleraría el Movimiento el uso de violencia y de emplear la amenaza para disuadir un eventual ataque?
- ¿Ha aprobado la parte o autoridad que controla el territorio por el que ha de pasar el convoy y en el que ha de prestarse la asistencia el principio y las modalidades de la escolta armada? Recuérdese que si se retira la aprobación, la situación ha de evaluarse de nuevo y deben reiniciarse las negociaciones.
- ¿Se pretende utilizar la escolta para protegerse de bandidos y delincuentes comunes que se encuentren en una situación de incumplimiento de la ley?
- Recuérdese que no hay que correr el riesgo de un enfrentamiento entre la escolta y las partes en conflicto o los grupos armados organizados que controlan parte de la zona por la que debe viajar el convoy.[39]

Sin embargo, el Movimiento tiene que reconocer que los medios de transporte médico que no pertenecen al Movimiento podrían operar en convoyes militares y en algunos casos estar obligados a ser parte de un convoy militar. Durante el taller en México, representantes de los servicios sanitarios militares recordaron a los demás participantes que esta recomendación no sería pertinente en el caso de los servicios sanitarios militares cuyas ambulancias sean parte de convoyes militares más amplios. Sin embargo, indicaron que entendían y apreciaban las cuestiones en relación con los servicios de ambulancias civiles que operaban en zonas de alto riesgo.

38 CICR, «Utilización de protección armada en la asistencia humanitaria», Informe, Consejo de Delegados, 1995, presentado en el Consejo de Delegados, Ginebra, 1-2 de diciembre de 1995.
39 Cita tomada de CICR, «Utilización de protección armada en la asistencia humanitaria», Informe, Consejo de Delegados, 1995, presentado en el Consejo de Delegados, Ginebra, 1-2 de diciembre de 1995.

Trazar planes de contingencia y aplicarlos de acuerdo con el sistema hospitalario

Durante las deliberaciones en México, se destacó que en los planes de contingencia se debe tener en cuenta a los otros organismos o entes que desempeñan un rol en la respuesta, como son el sistema hospitalario, los cuerpos de bomberos y de policía, las autoridades públicas y los organismos encargados de mantener el orden público. El objetivo del plan debe ser asegurar la derivación efectiva y segura de los heridos y enfermos. Sin embargo, en situaciones de riesgo, las necesidades humanitarias pueden ser de tal envergadura que el servicio de ambulancias proporcionado por la Sociedad Nacional puede verse desbordado, y resulta entonces difícil atender a todas las necesidades. En algunos contextos, la Sociedad Nacional prácticamente tiene el monopolio de los servicios de ambulancias, mientras que en otros, los servicios de ambulancias de la Sociedad Nacional operan junto con servicios privados y/o gubernamentales. En ambos casos, es necesario prepararse por adelantado a la situación elaborando planes concretos de acción que pueden ser aplicados cuando la capacidad de las ambulancias se haya agotado. Una de las Sociedades Nacionales señaló que la responsabilidad de idear estos tipos de planes incumbe al Gobierno y a la entidad gubernamental encargada de la respuesta nacional de preparación para emergencias. Al desempeñar esta función, las autoridades pueden agrupar a todas las organizaciones nacionales implicadas en la preparación para casos de desastres y definir con anterioridad y de forma clara las respectivas funciones y responsabilidades. Dicha estructuración constituye la base de los procedimientos organizativos y los planes de contingencia.

En ciertos contextos, las autoridades pueden declarar el «estado de emergencia». En estas circunstancias se producen generalmente significativas restricciones de movimiento, excepto para las fuerzas militares o de seguridad estatales. Por consiguiente, cabe prever que el personal de salud y los medios de transporte sanitarios necesiten un permiso especial o dispensa para asistir a las víctimas.

Para las Sociedades Nacionales que operan en contextos donde son los únicos proveedores de servicios de ambulancias del país, sería especialmente importante desarrollar planes de contingencia adecuados con el fin de mantener la calidad y eficiencia del servicio. Si la Sociedad Nacional no tiene capacidad de respuesta, la comunidad corre el riesgo de contar sólo con medios de transporte inadecuados o, peor aún, sin medios. Se deben debatir y poner en práctica soluciones alternativas antes de que dicha escasez sea una realidad. El principal interés de desarrollar planes de contingencia es tener la capacidad de transportar a las víctimas a centros para tratamiento. Por consiguiente en este plan se puede tener en cuenta a los medios de transporte públicos y privados locales disponibles. Estos medios pueden complementar la capacidad de la Sociedad Nacional, o incluso ser la única solución que permita acceso a las víctimas y/o a las estructuras de salud.

Los planes de contingencia necesitan reflejar los desafíos específicos de los contextos donde se está brindando el servicio. Se deben analizar cuáles son los riesgos más probables y cómo mitigarlos. Esta acción obviamente varía enormemente de un país a otro. Por ejemplo, uno de los asuntos que resulta crucial en la fase de planificación es la capacidad para entablar negociaciones y/o mecanismos de notificación entre las partes involucradas. Este tipo de planificación depende totalmente del contexto en el que se opera y de las partes implicadas. Durante el taller celebrado en México, los participantes citaron muchos ejemplos de planificación de contingencia adaptada al contexto. Por ejemplo, se mencionó la instalación de botones antipánico y cámaras de vigilancia en las áreas de recepción de los hospitales donde la violencia y las amenazas de violencia son frecuentes. De igual manera, se aplican medidas de prevención tanto en el transporte de pacientes como en las áreas de recepción de pacientes. La medida tiene como objetivo reducir el riesgo de violencia contra los pacientes y el personal laboral. Además, durante el taller, muchas Sociedades Nacionales informaron que el uso de seguimiento mediante la instalación de GPS en ambulancias ha sido una experiencia positiva para atenuar los riesgos a los que pueden tener que enfrentarse cuando desempeñan operaciones. En un contexto donde la Sociedad Nacional gestiona y opera una amplia flota de ambulancias, el uso de GPS ha facilitado una respuesta más precisa y efectiva a las emergencias debido a un sistema informático que es capaz de seleccionar la ambulancia que se encuentra más cerca del lugar de la emergencia. Con un simple clic en un mapa, el sistema informático automáticamente selecciona el vehículo de respuesta. Una vez realizada la elección, el sistema GPS automáticamente planea la mejor ruta. Asimismo se utilizaron sistemas auxiliares similares en otros contextos. Con relación a la seguridad y el acceso de las ambulancias en situaciones de riesgo, el uso de GPS puede dar al centro la posibilidad de monitorear si la ambulancia se encuentra próxima a áreas donde no se han realizado todas las comprobaciones de seguridad, y también supervisar cuando y durante cuánto tiempo la ambulancia se detiene en un puesto de control. No obstante, se señaló también que en algunas circunstancias, las partes involucradas pueden considerar sospechoso el uso de GPS, y esto puede comprometer la seguridad.

Cruz Roja Japonesa y vehículo equipado con unidad de cirugía menor

En Japón, la Sociedad Nacional actúa en situaciones de desastre natural como terremotos, inundaciones y hambrunas. La acción de socorro varía en consonancia con el tipo de desastre. En caso de terremoto, la acción inmediata es necesaria: las primeras dos semanas para casos quirúrgicos, posteriormente las siguientes dos o más semanas para casos médicos. Después del terremoto, las instalaciones de los servicios médicos locales gradualmente recuperan sus capacidades. El aspecto importante en catástrofes provocadas por terremotos es que la zona afectada está normalmente limitada y demarcada claramente de la zona no afectada. La vida en las zonas no afectadas sigue siendo la misma que con anterioridad al suceso, y por lo tanto, las personas heridas en las zonas del desastre pueden recibir tratamiento médico en hospitales situados en zonas no afectadas, si los medios logísticos para el transporte de pacientes continúan funcionando correctamente. La Cruz Roja Japonesa posee un MSUV, equipado para dar respuesta inmediata a tal situación, y su principal objetivo es proceder al triaje (clasificación de las víctimas) y primeros auxilios incluyendo cirugía menor si fuera necesario. La disponibilidad de vehículos MSUV reduce el número de pacientes que requieren traslado a hospitales, que pueden estar saturados en momentos de emergencia o desastres. El vehículo MSUV puede ser utilizado como un puesto de primeros auxilios o como una clínica móvil de acuerdo a la situación.

Datos y características del vehículo MSUV :

- Vehículo concebido para tratar a pacientes enfermos o heridos; no se limita a cirugía.
- Tratamiento tanto de heridos y enfermos leves como de pacientes graves.
- Tratamiento quirúrgico posible si el caso requiere sólo anestesia local. El vehículo no está equipado con un servicio de anestesia general.
- En caso de emergencia, puede obtener material esterilizado cuando sobrepase su capacidad.
- Diseñado para utilizarse en la fase inicial de un desastre nacional.
- Operativo en menos de treinta minutos después de llegar al lugar del desastre.
- No apto para transporte al extranjero debido al tamaño del vehículo.
- No puede acceder a ciertas áreas de Japón.
- El vehículo MSUV es a veces requerido como elemento de apoyo logístico para situaciones no catastróficas como partidos de fútbol, conciertos, conferencias internacionales grandes, etc.

La Sociedad de la Media Luna Roja Palestina (la MLRP) y los sistemas de comunicación

En el pasado, la MLRP utilizaba solamente teléfonos móviles para sus comunicaciones. Sin embargo, resultaban poco fiables e inestables en situaciones de emergencia. Con el fin de brindar servicios de asistencia de manera más fiable y eficiente, la MLRP recibió asistencia de los proveedores locales de telecomunicaciones para construir su propia red de radio. En la actualidad, la MLRP emplea comunicación radiofónica de muy alta frecuencia (VHF) como la principal vía de comunicación entre las ambulancias, el personal y los centros de Servicios Médicos de Emergencia. La red radiofónica cubre la mayor parte de las áreas de Cisjordania y Gaza, pero debido a daños sufridos en dicha red, la MLRP se vio la necesidad de contar con otros medios de comunicación como respaldo. Por ello, la MLRP maneja también repetidores móviles, teléfonos móviles y teléfonos satelitales. Los medios de comunicación usados por la MLRP son:

1. RED DE COMUNICACIÓN VHF

a. Emplazamientos fijos: repetidor fijo MTR2000 en cada provincia con determinada frecuencia. Cada repetidor conecta con la sala central de operaciones en la sede central de la MLRP.
b. Repetidores móviles: hay un repetidor móvil en cada provincia para utilizarlo como respaldo en caso de cortes del repetidor fijo.
c. Repetidores móviles que lleva consigo el equipo de respuesta a un desastre.

La red VHF cubre alrededor del 90% de Cisjordania y la franja de Gaza. En algunas áreas, como zonas militares y zonas próximas a las fronteras, la señal VHF es bloqueada por las fuerzas armadas israelíes.

2. COMUNICACIÓN POR TELÉFONOS MÓVILES CELULARES

Teléfonos móviles de circuito cerrado/de grupo utilizados como un sistema de respaldo en caso de no existir cobertura o producirse una desconexión total de la red VHF (cada ambulancia dispone de un teléfono celular).

3. TELÉFONOS SATELITALES

Se utilizan teléfonos satelitales entre la franja de Gaza y Cisjordania en caso de corte de comunicación entre estos territorios. Palestina se puede comunicar de este modo con el resto del mundo en caso de desastre o emergencia.

4. SISTEMA DE SEGUIMIENTO MEDIANTE GPS EN TODOS LOS VEHÍCULOS DE LA MLRP

Proporcionar apoyo psicosocial

Aunque no se hicieron recomendaciones específicas sobre la necesidad de apoyo psicosocial, se debatió sobre el tema y se hicieron varias presentaciones. Hubo un acuerdo amplio entre los participantes de que se deben hacer esfuerzos para proporcionar apoyo psicosocial en tiempos de crisis. Además, en los otros talleres, ya se había destacado la importancia de que el personal de salud, incluidos los conductores de ambulancias, utilicen estrategias y técnicas para dominar el estrés, lo que es esencial para garantizar la seguridad de estos individuos.

Trabajar en situaciones de riesgo es sumamente estresante para todo el personal de salud: ya se trate de los empleados o los voluntarios de una organización, locales o internacionales. En un sondeo del CICR realizado en 2010, algunos miembros de equipos de primera respuesta expresaron que los riesgos sufridos les habían hecho considerar dejar su trabajo, especialmente a los que habían perdido a algún colega o estaban bajo presión de sus familias.[40]

Generalmente el apoyo psicosocial para personal y voluntarios se proporciona en tres etapas: antes, durante y después de las misiones. Para tratar las condiciones estresantes, el personal de salud debe saber cómo reconocer y tratar a voluntarios y personal en esas tres fases. Se debe disponer de procedimientos que los preparen a encarar el estrés que puede entrañar el desempeño de su trabajo, así como métodos para mitigar el estrés que puedan experimentar tras situaciones traumáticas.

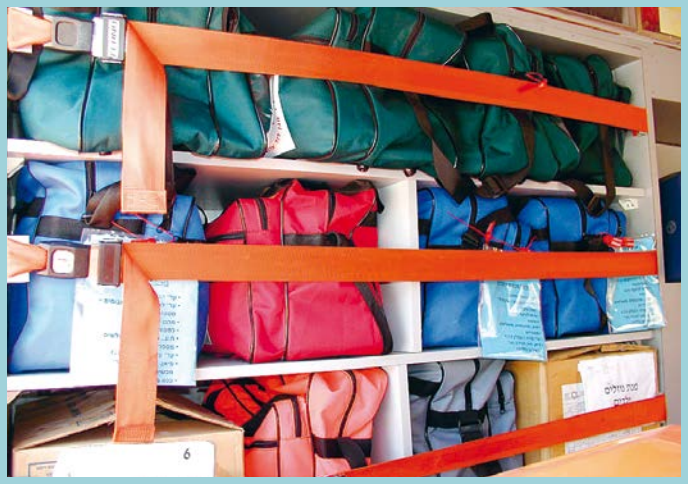
40 CICR, *Our World. Views from the Field: Summary Report,* 2010, pág. 58, 2010, pág. 72.

Vehículo del Magen David Adom de Israel para atender a varias víctimas

Con el fin de responder a incidentes con gran número de víctimas, cada región dispone de al menos un vehículo de respuesta para múltiples víctimas. Se trata de un depósito móvil de suministros para brindar asistencia en casos de incidentes que causan múltiples víctimas. Los suministros incluyen:

- Equipo para traumatismo: permite que un profesional certificado de soporte vital avanzado realice técnicas para asegurar la apertura de una vía aérea, así como una respiración y una circulación adecuadas.
- Equipos de primeros auxilios y fluidos para el uso de técnicos de urgencias médicas.
- Tablas espinales, collares cervicales y camillas.
- Oxígeno.
- Chalecos de identificación, chalecos antibalas, cascos de seguridad.

Tablas espinales para transportar a personas con posibles daños medulares



Bolsas con equipamiento al servicio de técnicos de urgencias médicas y paramédicas para tratar a personas heridas

Muestra del equipamiento disponible en el interior del vehículo

Una Sociedad Nacional manifestó que el bienestar psicológico de su personal y voluntarios es una responsabilidad fundamental para la dirección de la organización. Con el fin de cuidar de manera efectiva del bienestar emocional del personal y voluntarios, se ha diseñado un programa de formación específico para prepararlos a las situaciones que han de afrontar en el terreno. Además, la dirección mantuvo sesiones informativas y de seguimiento después de los incidentes. Por otra parte, una de las Sociedades Nacionales comentó que se ofrecía muy pocas veces apoyo psicosocial al personal de ambulancias porque estaban operando siempre en una situación tan urgente y crítica que simplemente no se le podía dar prioridad a este aspecto. También se destacó que algunos miembros de equipos de primera respuesta se mostraban renuentes a aceptar apoyo psicológico porque los hacía sentir débiles o frágiles.

Una Sociedad Nacional señaló que mostrar fortaleza mental era condición previa para el despliegue de una persona en misiones internacionales, y que la selección de candidatos era sumamente rigurosa. Sin embargo, en situaciones de riesgo, la necesidad de asistencia puede ser tan grande que no es posible hacer esa selectividad respecto del personal de salud nacional. Al fin y al cabo, no todos los conductores de ambulancias, voluntarios, enfermeros o médicos, están psicológicamente preparados para las situaciones a las que se tienen que enfrentar en conflictos armados o emergencias nacionales. Pero aún así, se espera de ellos que respondan de la mejor manera posible dentro de sus respectivas capacidades.

Además de los procedimientos mencionados anteriormente, los siguientes factores aportan contribuciones muy favorables al estado psicológico de los socorristas:

- Mecanismos individuales y colectivos de supervivencia desarrollados con familiares, amigos, colegas, etc. (incluyendo apoyo de familiares, colegas y comunidad);
- Adecuada formación (inicial y continua) lo más similar posible a las realidades que las personas en formación encararán o puede que tengan que enfrentar en el terreno, especialmente durante situaciones de violencia (que sean realistas, prácticas y pragmáticas);
- Un sistema efectivo de gestión de la seguridad (referencia a los elementos del concepto del Acceso Más Seguro) que los socorristas conozcan, entiendan y cumplan fácilmente;
- Una adecuada sesión informativa de la situación, las necesidades, las funciones /las tareas y responsabilidades, los demás agentes, las normas de seguridad, etc.;
- Atención de necesidades básicas (alimentos, bebidas, albergue, botas, equipo, etc.);
- Supervisión y estímulo (reconocimiento, recompensa, etc.);
- Un plan de emergencia para rescatar a socorristas heridos o enfermos;
- Cobertura de seguro o una garantía de que se dará apoyo en caso de accidente o enfermedad, y a la familia en caso de muerte.

Para información más detallada, véase la «Guía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes» del Comité Permanente entre Organismos (IASC).[41]

41 Comité Permanente entre Organismos, Guía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, 2007, http://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinesspanish.pdf

CENTRO DE COPENHAGUE

Visión general

El personal de salud que trabaja en situaciones de riesgo es vulnerable al trauma y al estrés. El proyecto sobre el respeto debido a los servicios de salud hace hincapié en la necesidad de proporcionarle apoyo psicosocial antes y después de realizar una misión. En este apartado se examinan cuestiones que incumben al apoyo psicosocial cuando el personal de salud debe prestar servicios en situaciones de riesgo.

Principios fundamentales

El Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial (Centro PS) de la Federación Internacional ha estado proporcionando soporte técnico a las Sociedades Nacionales para desarrollar y aplicar programas de apoyo psicosocial en diferentes contextos, tanto en favor de los empleados como de los voluntarios. Los programas de apoyo psicosocial tienen como fin promover el proceso de resiliencia mediante el refuerzo de los recursos propios y externos. La «resiliencia» es la capacidad de un individuo o una comunidad para recuperarse de un acontecimiento adverso. Cada individuo posee un determinado nivel de resiliencia y el apoyo psicosocial se esmera en identificarla y aumentarla. En situaciones de emergencia, el objetivo del apoyo psicosocial es asistir al superviviente a:

- Recuperar un sentido de normalidad.
- Restaurar la esperanza y la dignidad.
- Mejorar el bienestar psicológico y social.
- Alcanzar una vida estable y un funcionamiento integrado.

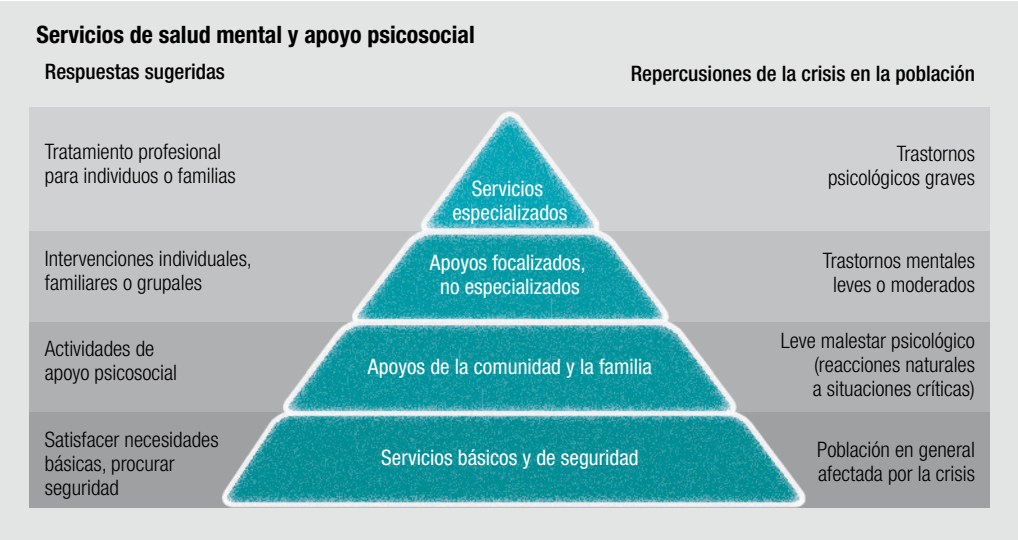
Estos programas se basan en lecciones aprendidas y mejores prácticas extraídas de varias respuestas a desastres, el Proyecto Esfera, y están fundamentadas en la *Guía del Comité Permanente entre Organismos (IASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* y se basan en los siguientes principios:

- Evaluar la situación y las necesidades psicosociales.
- Cooperación / colaboración.
- Información pertinente sobre desastre, servicios, búsqueda.
- Derechos humanos y equidad.
- Intervención basada en la comunidad / apropiación de la intervención por la comunidad.
- Ante todo, no dañar.
- Garantizar protección, especial atención a bebes y niños pequeños.
- Aprovechar los recursos y capacidades disponibles.
- Sistemas de apoyo integrados.
- Apoyos a niveles múltiples (la pirámide).
- Cuidado a personal y voluntarios.

El Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial (Centro PS) recomienda intervenciones multisectoriales y en niveles múltiples para tratar reacciones traumáticas y estresantes. La mayoría de los trabajadores serán capaces de recuperarse de un evento adverso con apoyo básico como primeros auxilios psicológicos. El apoyo de la familia, los colegas y la comunidad combinado con cuidado personal serían suficientes para facilitar la curación. Sin embargo, algunos casos pueden necesitar un apoyo más concreto y especializado que pueden requerir que el trabajador consulte a profesionales de la salud mental y trabajadores sociales. La siguiente figura ilustra los niveles de intervenciones que se recomiendan basándose en las necesidades de los individuos y los equipos.

No todas las personas reaccionan de la misma manera ante el mismo acontecimiento. Algunas personas pueden reaccionar más rápidamente y otras pueden tardar más tiempo en manifestar sus reacciones. Por lo tanto, se recomienda realizar con regularidad evaluaciones de las necesidades del personal para prestar el apoyo en el momento oportuno. Además, cada persona posee un mecanismo de supervivencia diferente basado en sus antecedentes culturales, creencias, edad o género y por ello las intervenciones necesitan ser flexibles y contextuales para ser eficaces.

El CICR, la Federación Internacional y algunas Sociedades Nacionales han desarrollado programas de salud mental y apoyo psicosocial para su personal y voluntarios. Por ejemplo, en el taller de México, un representante de la Media Luna Roja Saudí comentó que han desarrollado sistemas de evaluación para sus empleados. De manera similar, la Cruz Roja Colombiana cuenta con un programa estructurado de sesiones de evaluación



Fuente: Esta figura se basa en la pirámide de intervenciones de la Guía del IASC (2007) para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias.

para su personal de asistencia de salud. Estos programas pueden ser documentados y adaptados en otros contextos, en vez de reinventar todo el procedimiento cada vez que se desarrolla un nuevo programa.

Problema: Como ya se mencionó más arriba, los profesionales de salud que trabajan en situaciones de riesgo a menudo experimentan acontecimientos estresantes y, a veces, traumáticos. Estas experiencias pueden provocar consecuencias psicológicas a largo plazo. Además, disminuyen la vigilancia y el rendimiento, reducen la capacidad de discernimiento y repercuten en la salud y la vida familiar.

El agotamiento físico y mental es otro efecto común que padecen las personas que trabajan en situaciones estresantes durante mucho tiempo sin atender a su cuidado personal. Es un estado emocional producido por estrés sobrellevado durante un período de tiempo prolongado, que se caracteriza por cansancio emocional crónico, carencia de energía, poco entusiasmo y escasa motivación para trabajar, menor eficiencia laboral, reducido sentimiento de logro personal, pesimismo y cinismo.

Recomendaciones: Dado que las experiencias traumáticas y el estrés son una realidad cuando se realizan actividades de salud en situaciones de riesgo, se recomienda desarrollar un sistema de apoyo psicosocial para los trabajadores. Este sistema debe ser una combinación de apoyo básico y profesional. En primer lugar, cada Sociedad Nacional tiene que desarrollar redes locales que pueden proveer apoyo profesional de salud mental a sus trabajadores, si fuera necesario. En segundo lugar, el personal tiene que recibir formación en habilidades básicas como primeros auxilios psicológicos y cuidado personal. Por último, para hacer frente a las reacciones emocionales, la dirección, los equipos y los individuos pueden seguir los siguientes consejos:

- ***Dirección:*** El apoyo comienza desde el propio compromiso de la Dirección. Se recomienda mantener a) protocolos de selección y orientación antes de una misión, b) apoyo durante y después de la misión y, c) formación/directrices para apoyo mutuo entre colegas y cuidado personal durante la duración del proyecto. Sin embargo, es importante señalar que las experiencias traumáticas graves deberían recibir un apoyo de salud mental profesional. A continuación indicamos algunos consejos para los supervisores y directores:
- Proporcionar orientación y apoyo a los miembros del equipo.
- Llevar a cabo una evaluación/selección de los empleados antes y después la misión.
- Respetar la confidencialidad para que las personas puedan decir sin temor que sufren de estrés y busquen ayuda.
- Hacer hincapié en el cuidado personal.
- Asegurar descansos entre misiones difíciles.
- Crear un sistema de apoyo entre colegas para compartir experiencias.
- Proporcionar formación a los empleados en primeros auxilios psicológicos y cuidado personal.
- Utilizar espacios seguros para compartir sentimientos y hacer un seguimiento.

- ***Equipos:*** La constitución de un sistema de apoyo mutuo entre colegas es bastante provechoso. Por ejemplo, si el apoyo lo proporciona un colega que conoce la situación, la asistencia se presta rápidamente y esto puede evitar que surjan otros problemas. El apoyo entre colegas ayuda a las personas a desarrollar sus habilidades personales de supervivencia. Constituir equipos entre colegas ayuda a formar grupos de apoyo que aportan conocimientos, perspectivas y experiencias en beneficio de todos. Un grupo de colegas puede proporcionar:
- Un grupo informal de apoyo a personas que hacen vida social durante y después del trabajo.
- Un marco formal para debatir de manera conjunta cuestiones laborales y soluciones a problemas.
- Espacio para conversar con alguien en quien se tiene confianza, para hablar de lo que se piensa y siente.
- Oportunidad de escuchar a otros y compartir puntos de vista con ellos; lo que dicen y piensan sobre el acontecimiento.
- Oportunidad para animar y apoyar a los colegas y estar disponible pero de forma discreta.
- Asistencia para lograr el dominio de sí mismo: tratar a la persona como un colega o amigo, no como una víctima.
- Confidencialidad: ésta es la piedra angular de todas las acciones de apoyo.
- Seguimiento de forma discreta para identificar señales de alarma en colegas y comunicarlo. Por ejemplo si una persona expresa deseo de autolesionarse o de provocar lesiones a otra persona.
- ***Individuos:*** Los trabajadores deben también prestar mucha atención a tratar su propio estrés; lo que a menudo no hacen por falta de tiempo o conocimientos. Se recomienda dar a los empleados una formación básica sobre la forma de cuidar de ellos mismos. Algunos consejos que pueden aplicarse a título individual:
- Tener especial cuidado de sí mismo, comer bien, limitar la ingesta de alcohol y el consumo de tabaco y mantenerse en forma.
- Abstenerse de esconder los sentimientos.
- Ventilarse un momento emocionalmente cuando se viva un incidente perturbador, y después de cada turno de trabajo.
- No automedicarse.
- No dejar de trabajar, pero limitarse a tareas rutinarias.
- Buscar un complemento saludable.
- No ser excesivamente exigente consigo mismo.
- Buscar asesoramiento profesional.
- Hablar y compartir los problemas abiertamente sin miedo a las consecuencias.
- Tomar un descanso cuando la capacidad de tolerancia disminuya.
- Mantenerse en contacto con familia y amigos.
- Evitar el perfeccionismo, que a menudo lleva a decepción y conflicto.

Resumen

Los prestadores de servicios de salud que trabajan en situaciones de riesgo son vulnerables al trauma y al estrés y requieren apoyo psicológico y social adecuado. El Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial (Centro PS) de la Federación Internacional ha estado proporcionando soporte técnico a las Sociedades Nacionales para desarrollar e implementar programas de apoyo psicosocial en diferentes contextos, incluyendo apoyo para trabajadores y voluntarios. La finalidad de estos programas es facilitar el proceso de resiliencia reforzando los recursos propios y externos. El apoyo al personal tiene que ser una combinación de apoyo básico y profesional. Este capítulo proporciona algunas recomendaciones en intervenciones de apoyo psicosocial para el personal retribuido y voluntario que participa en el proyecto sobre el respeto debido a los servicios de salud.

Apoyo psicosocial: el proyecto piloto de México, Ciudad Juárez

CONTEXTO E HISTORIA DE LA INTERVENCIÓN

El notable incremento de la violencia en el estado mexicano de Chihuahua durante los últimos años ha perjudicado considerablemente a toda la población. En Ciudad Juárez, la ciudad más poblada de Chihuaha y cuyo número de habitantes se elevaba a 1.495.145 habitantes en 2012, hubo 3.116 homicidios solo en el año 2010 (fuente: Fiscalía General del Estado de Chihuahua). Las consecuencias humanitarias han sido enormes: desplazamiento de unas 210.000 personas de 2007 hasta la fecha (según las estadísticas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez); disminución de un 40% en la productividad económica en las zonas urbanas y hasta el 80% en la zonas rurales; éxodo del personal médico, sobre todo a partir de las zonas rurales; y, por último, efectos negativos para la salud mental de muchos residentes (según las estadísticas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez).

Los equipos de la sección de la Cruz Roja Mexicana de Ciudad Juárez se vieron directamente afectados por esta situación. En 2010, los Técnicos de Urgencias Médicas llevaron a cabo 18.582 intervenciones prehospitalarias, y la media era de 50 al día. Treinta casos diarios fueron considerados de «alto riesgo» para la vida o la seguridad de los equipos de emergencia o de los pacientes.

Preocupada por la integridad física y mental de su personal, la sección de Ciudad Juárez solicitó apoyo técnico al Programa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial de la Delegación Regional del CICR en México.

CONCEPTO TEÓRICO Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

La sección de la Cruz Roja Mexicana de Ciudad Juárez había ofrecido a sus equipos de emergencias la posibilidad de someterse a una terapia individual para afrontar las consecuencias de la violencia que habían experimentado en el desempeño de sus funciones. Sin embargo, la respuesta del personal a esta propuesta fue negativa y muy pocos acudieron a la terapia propuesta.

La mencionada sección también recurrió al «Marco para un Acceso Más Seguro». Para cambiar el comportamiento del personal que actúa en situaciones de alto riesgo, fue necesario poner nuevo énfasis en los elementos del Marco que abordan la aceptación del riesgo y las consecuencias de la violencia. Esto se hizo tanto a nivel personal como de equipo.

En cuanto a la respuesta negativa de los técnicos al ofrecimiento de apoyo, es esencial examinar detenidamente las causas de este rechazo. Es necesario evitar explicaciones superficiales como «resistencia a la terapia» o «cuestiones de género» (casi todos los técnicos son varones). Cabe preguntarse si ofrecer una terapia curativa es adecuada para las situaciones en que debería actuarse de forma preventiva. Los pacientes se oponen a que los médicos prescriban medicamentos en exceso. El mismo planteamiento podría ser el de los rescatistas y los psicólogos.

Desde este punto de vista, podemos decir que los técnicos tenían bastante razón en considerar que "no padecían trastornos". Los técnicos presentaban síntomas de ansiedad, irritabilidad, desesperanza, etc.. Se trata de reacciones normales ante las situaciones violentas a las que se enfrentan cada día. No necesitaban un asesoramiento individual, que podía hacerlos sentir como un caso patológico y estigmatizarlos, sino más bien algo que les ayudara a comprender y hacer frente al efecto de la violencia a nivel individual y de grupo.

Teniendo en cuenta esa conclusión, se optó por empoderar a los técnicos mediante formación e instrucción recurriendo al Programa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial del CICR, y por transformarlos en miembros de primera respuesta, es decir «ayudantes». En vez de hacerles consultar a especialistas.

El equipo psicosocial del CICR decidió proporcionar a los rescatistas más conocimientos y herramientas para dominar el estrés, que consisten en primeros auxilios psicológicos, apoyo psicosocial y apoyo emocional para personas y grupos que hacen frente a situaciones críticas. El CICR también tuvo en cuenta el hecho de que la mayoría de rescatistas o técnicos eran voluntarios y que su mayor motivación era ayudar a otras personas. El concepto de ayudarse a sí mismo y cuidar de sí, es decir, cuidar primero de sí mismo para poder ayudar a los demás, no es una motivación primaria para muchos voluntarios (como tampoco lo es para muchos psicólogos). Por lo tanto, se propuso a los técnicos en urgencias médicas que se guiaran por sus propios valores básicos, y siguieran una formación para que aprendieran a prestar una mejor asistencia a las personas afectadas por la violencia, esperando que ayudar a otras personas se convirtiera en el mayor logro o meta: reconocer y aceptar de forma más amplia las propias reacciones y los cambios experimentados como consecuencia de la violencia, lo que al mismo tiempo les permitiría saber cómo hacerles frente.

→

Apoyo psicosocial: el proyecto piloto de México, Ciudad Juárez (cont.)

Se seleccionó un grupo mixto: casi la mitad de los participantes eran psicólogos y la otra mitad pertenecían a otros ámbitos profesionales.

La formación duró seis meses y constaba de tres módulos. La primera consistió un seminario de tres días. El 15% se dedicó a la teoría sobre estrés postraumático y el 85% a ejercicios prácticos sobre la gestión del estrés, la asistencia durante y después de incidentes críticos, primeros auxilios psicológicos, ventilación emocional y descodificación cognitiva-emocional (de conformidad con el modelo de trauma psicológico del Instituto Suizo). La segunda fue una práctica supervisada: los técnicos realizaban su actividad habitual y después se hablaba al respecto. La última fue otro seminario de tres días, donde se vertieron reflexiones sobre las experiencias que habían tenido durante esos meses, se repasaron los conocimientos adquiridos y se ampliaron las técnicas de intervención de grupo.

RESULTADOS

Tras el primer año de implementación, los participantes en el proyecto piloto llegaron a las conclusiones siguientes:

- Los rescatistas mismos pudieron hacer frente a un 80% de los incidentes críticos, dándose un momento para la ventilación emocional (5-20 minutos);
- la relación entre los miembros del equipo mejoró significativamente (disminución de los niveles de conflicto, mayor estabilidad emocional y satisfacción en el trabajo);
- la calidad de los servicios mejoró: los usuarios fueron atendidos con más calidez y paciencia;
- se observó mayor responsabilidad en el uso y el mantenimiento del equipo (por ejemplo, los operarios tuvieron más cuidado con las ambulancias);
- hubo una mayor aceptación de las intervenciones psicosociales y psicológicas (asesoramiento). El personal perdió su miedo y reticencia hacia los psicólogos, y sentían que utilizaban el mismo lenguaje que estos profesionales.

RECOMENDACIONES

- Los resultados obtenidos durante este primer año han sido muy positivos, pero hace falta evaluar e investigar de forma continua para apreciar el impacto real del proyecto piloto.
- Es esencial formar continuamente en los ámbitos de la salud mental y apoyo psicosocial tanto a los voluntarios como al personal de la Cruz Roja Mexicana, y a otras personas, por ejemplo a las que piden ayuda como consecuencia de violencia.
- Se recomienda desarrollar capacidades institucionales o internas, mediante el módulo «formación de formadores».
- En vista de que los equipos de servicios prehospitalarios han aceptado el apoyo psicosocial, los profesionales de la salud mental deberían proporcionarlo a voluntarios y a empleados con la visión de fortalecerlos mentalmente.

Christian Cardon De Lichtbuer/CICR

6. OBSERVACIONES FINALES

Si bien muchos participantes reconocieron ampliamente algunos de los desafíos y recomendaciones abordados durante los debates, es necesario contextualizar los problemas. Todos los que intervienen en la prestación de servicios prehospitalarios y de ambulancias deben analizar juntos la realidad a que hacen frente y adaptar las recomendaciones a esa realidad.

A lo largo de estas páginas se ha ilustrado la forma en que algunos países o regiones ya hacen frente a los desafíos que se plantean a los respectivos servicios prehospitalarios y de salud. En este caso, tampoco se debería subestimar la importancia de la contextualización: en algunos contextos optar por la alta tecnología para facilitar la coordinación entre los interesados puede ser la mejor solución para garantizar la prestación de servicios en situaciones de riesgo, mientras que en otros lo más idóneo es concluir acuerdos sobre el terreno y dialogar cara a cara. Sin embargo, nunca ha de perderse de vista el objetivo último de esos servicios: evacuar y transportar a las víctimas de la forma más rápida y eficaz posible a las instalaciones médicas o quirúrgicas para que reciban los cuidados y el tratamiento necesarios.

En el taller de México se llegó a la conclusión de que, si bien son diferentes los medios útiles para conseguir ese objetivo, en todos los casos deben aplicarse algunos principios:

- adaptar los marcos normativos internos para afrontar los problemas puestos de relieve durante el taller,
- crear mecanismos de coordinación entre los diferentes servicios prehospitalarios y de ambulancias,
- dar al personal de salud –empleados y voluntarios– una formación adecuada y adaptada al contexto en que trabaja,
- explorar las mejores prácticas a que recurren servicios homólogos y poner en práctica lo aprendido.

Christian Cardon De Lichtbuer/CICR

CICR

4173/003 07.2014 1.000