

# GUÍA REGIONAL

## **PARA LA PROTECCIÓN Y EL RESPETO A LA ASISTENCIA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA  
CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA

DICIEMBRE 2025



# GUÍA REGIONAL

## PARA LA PROTECCIÓN Y EL RESPETO A LA ASISTENCIA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA  
CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA

DICIEMBRE 2025



# ÍNDICE

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS	5
PRESENTACIÓN	6
<b>1. FUNDAMENTOS Y MARCO DE APLICACIÓN</b>	<b>8</b>
1.1 Fundamentos .....	8
1.2 Marco de aplicación .....	10
<b>2. LA RESPUESTA PRAS EN LAC: PILARES Y RESULTADOS</b>	<b>19</b>
2.1 Teoría del cambio HCID adaptada a LAC .....	19
2.2 Cuatro pilares para una respuesta estratégica y efectiva .....	21
<b>3. RUTA DE APLICACIÓN</b>	<b>37</b>
3.1 Secuencia de aplicación de la PRAS .....	37
3.2 Acción conjunta del trabajo PRAS del Movimiento.....	44
AGRADECIMIENTOS	49
ANEXOS	51
TABLA DE CONTENIDOS Y CUADROS	56

# GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

<b>CANI</b>	Conflicto Armado No Internacional (aplica el DIH)
<b>CoD</b>	Consejo de Delegados del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
<b>CI</b>	Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
<b>CICR</b>	Comité Internacional de la Cruz Roja
<b>DIDH</b>	Derecho Internacional de los Derechos Humanos
<b>DIH</b>	Derecho Internacional Humanitario
<b>Guía</b>	Forma abreviada de <i>Guía Regional PRAS del Movimiento en Latinoamérica y el Caribe</i>
<b>FSE</b>	Fuerzas de Seguridad del Estado (ejército y policía)
<b>GA</b>	Grupo Armado (no parte de FSE, ni GANE; en situaciones que no alcanzan el umbral de conflicto armado)
<b>GANE</b>	Grupo Armado No Estatal (reconocido como parte en un conflicto armado)
<b>HCiD</b>	Health Care in Danger (Asistencia de Salud en Peligro)
<b>IFRC</b>	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
<b>LAC</b>	Latinoamérica y el Caribe
<b>Movimiento</b>	Forma abreviada de <i>Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja</i>
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud (siglas en inglés: PAHO)
<b>OSV</b>	Otras Situaciones de Violencia
<b>PGI</b>	Protección, Género e Inclusión (IFRC)
<b>PNS</b>	Sociedad Nacional Participante
<b>PRAS</b>	Protección y Respeto a la Asistencia de Salud
<b>RAP</b>	Rapid Assessment Survey
<b>SMAPS</b>	Salud Mental y Apoyo Psicosocial
<b>SN</b>	Sociedad Nacional de la Cruz Roja
<b>TAARS</b>	Training Manual for Ambulances and Pre-Hospital Response in Risk Situations (NorCross)
<b>VA</b>	Violencia Armada (situaciones de violencia causadas por GAs que no alcanzan el umbral de conflicto armado)



# PRESENTACIÓN

En Latinoamérica y el Caribe, los conflictos armados, la violencia armada, otras situaciones de crisis y emergencias humanitarias, hacen que la violencia contra pacientes, personal de salud y actividades sanitarias, dañe de forma creciente el acceso a la asistencia de salud en múltiples contextos de la región, sobre todo para las poblaciones más afectadas por la violencia, cuyas necesidades de salud aumentan en consecuencia<sup>1</sup>.

Esta *Guía Regional para la Protección y el Respeto a la Asistencia de Salud (PRAS) del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para América Latina y el Caribe* tiene como finalidad mejorar el impacto del Movimiento<sup>2</sup> en la PRAS en Latinoamérica y el Caribe (LAC).

Históricamente, la PRAS está en el corazón y los orígenes de la identidad y de las acciones del Movimiento. Partiendo de los principios fundamentales y de las respuestas humanitarias por brindar en la región, esta guía busca asegurar la aplicación y adaptación en el contexto regional de LAC, de la Resolución 5, *Asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud* de la 31ava Conferencia Internacional (2011)<sup>3</sup>; la Resolución 4, *Asistencia de salud en peligro: seguir protegiendo juntos la prestación de asistencia de salud*, de la 32ava Conferencia Internacional (2015)<sup>4</sup> y la Resolución *Actividades de protección en el Movimiento: mejorar nuestra incidencia colectiva en la protección de las personas*, del Consejo de Delegados (CoD) 2024<sup>5</sup>, así como la *Promesa* conjunta de Cruz Roja Española y el Gobierno de España, para la protección de la Misión Médica, en la 34ava Conferencia Internacional (2024)<sup>6</sup>.

1 Evidencia regional sobre el impacto en aumento de la violencia en el acceso a los servicios de salud en Latinoamérica está documentada notablemente por PAHO (2024), SHCC / *Insecurity Insight* (2023–2024), WHO SSA (2024). Para contexto específicos véase también *Violencia contra la Asistencia de Salud en las Américas*, Ana Elisa Barbar (2024).

2 Se usa **Movimiento** como abreviatura de “Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja”

3 Res. 5, XXXI Conferencia Internacional de la CR y la MLR, *Asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud*, pág. 41.

4 Res. 4, XXXII Conferencia Internacional de la CR y la MLR, 2015. *Asistencia de salud en peligro: seguir protegiendo la asistencia de salud*.

5 *Actividades de protección en el Movimiento: mejorar nuestra incidencia colectiva en la protección de las personas*, Consejo de Delegados 2024.

6 <https://rcrcconference.org/pledge/proteccion-de-la-Misión-Médica/>

La respuesta operacional propuesta en esta guía se estructura según la “*Teoría del Cambio Health Care in Danger (HCID)*”<sup>7</sup> y se apoya en las iniciativas *Acceso Más Seguro*<sup>8</sup> y *Stay Safe*<sup>9</sup> en lo referido a la protección y respeto a los servicios de salud de las Sociedades Nacionales (SNs).

Como parte de una iniciativa regional ya en marcha<sup>10</sup>, la guía aspira a potenciar la articulación de los esfuerzos de todos los componentes del Movimiento, estableciendo una perspectiva colectiva y unas acciones coherentes del Movimiento en los niveles nacional y regional, canalizando el poder de las competencias, funciones y mandatos complementarios de los componentes del Movimiento en LAC y de esa manera mejorando el impacto de sus iniciativas relativas a la PRAS.

A través de su contenido, esta guía:

- Presenta los fundamentos, el marco de aplicación, el análisis del problema y los elementos claves para las acciones PRAS en la región (*¿por qué? ¿para quién?*, Parte 1- Fundamentos y Marco de Aplicación)
- Plantea a través de cuatro pilares y dos facilitadores (ejes transversales dinamizadores) la definición de un marco técnico coherente, adaptado a las especificidades de la región (*¿qué hacer?*, Parte 2- Guía PRAS):
  - Pilar 1: portadores de armas
  - Pilar 2: legislación y normativa para PRAS
  - Pilar 3: resiliencia del personal y sistemas de salud
  - Pilar 4: público general y comunidades
  - Facilitador 1: evidencia, registro de eventos e investigación
  - Facilitador 2: movilización de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros actores
- Propone una Secuencia de Aplicación, que se puede adaptar a cada contexto. Además, se establecen mecanismos de coordinación y orientación para el Movimiento, dando las claves, ya sea para iniciar una respuesta en un contexto particular o bien para reforzar las respuestas y sus articulaciones, como referencia de largo plazo (*¿cómo hacerlo?* Parte 3-Ruta de Aplicación).

---

7 [HCID: Health Care in Danger, Asistencia de Salud en Peligro](#). Cf también parte II, cuadro 13 por su adaptación al contexto LAC.

8 [Acceso Más Seguro, Guía para Sociedades Nacionales](#). CICR, 2015.

9 [Stay Safe, IFRC, página principal](#)

10 El punto de partida de la Guía son las experiencias del Movimiento en 11 países: Haití, México, Honduras, El Salvador, Costa Rica, Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia y Brasil.

# 1. FUNDAMENTOS Y MARCO DE APLICACIÓN

La *Guía* se apoya en las raíces del mandato del Movimiento, los roles estatutarios, sus principios humanitarios, y los elementos fundamentales que comparten todos los componentes del Movimiento en LAC, y que son su punto de partida y base conceptual. Refleja e integra los desarrollos recientes trabajados en la Reunión Regional PRAS de noviembre 2022<sup>11</sup>, y acuerdos alcanzados entre los expertos en PRAS del Movimiento en la Región, en el Taller-Mesa de Expertos (Bogotá, 9 y 10 de diciembre 2024)<sup>12</sup>.

## 1.1 FUNDAMENTOS

### Marco institucional: Compromiso del Movimiento con la protección y respeto a la asistencia de salud

Promover la protección y el respeto a la asistencia de salud es un elemento esencial del Movimiento desde su fundación en 1864<sup>13</sup>. El emblema y el nombre que identifican al Movimiento y a cada uno de sus componentes, la “Cruz Roja”, fue creado para proteger los servicios médicos en los campos de batalla.

Desde 2011 este compromiso se ve reforzado con el lanzamiento de la iniciativa del Movimiento *Asistencia de Salud en Peligro*<sup>14</sup> (en inglés Health Care in Danger: “HCID”), ratificada con la aprobación de las siguientes Resoluciones del Movimiento<sup>15</sup>:

- **Resolución 5, Asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud de la 31ava Conferencia Internacional (2011).**
- **Resolución 4, Asistencia de salud en peligro: seguir protegiendo juntos la prestación de asistencia de salud, de la 32ava Conferencia Internacional (2015).**
- **Resolución Actividades de protección en el Movimiento: mejorar nuestra incidencia colectiva en la protección de las personas, Consejo de Delegados 2024.**
- **Promesa conjunta de Cruz Roja Española y el Gobierno de España, para la protección de la Misión Médica, en la 34ava Conferencia Internacional (2024).**

### Marco legal: todos los marcos legales protegen la asistencia de salud

La protección a la asistencia de salud está definida por el Derecho Internacional Humanitario (DIH, más detallada y específica), el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH, en particular el derecho a la vida y el derecho a la salud) y los marcos legales nacionales (Constitución, código penal, legislación laboral, etc.). Esto es importante en Latinoamérica, donde actualmente el DIH es aplicable en unos pocos contextos. El texto de referencia “*Ficha Técnica, Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el DIH*”<sup>16</sup>, elaborado por la División Jurídica del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), describe con claridad la protección de la asistencia de salud en ambos contextos legales. Este rango de marcos legales facilita la acción sinérgica y complementaria de los diferentes mandatos y capacidades de los socios del Movimiento.

### Acceso seguro a la asistencia de salud para poblaciones en situación de vulnerabilidad<sup>17</sup>

La violencia, sea cual sea su causa<sup>18</sup>, siempre tiene un impacto negativo en el acceso y la calidad de la asistencia de salud, particularmente para *poblaciones en situación de vulnerabilidad*, como aquellas afectadas por exclusión social, desastres, desplazamiento, crisis de salud pública o en contextos de violencia armada o conflicto.

11 2nd Americas Regional HCID Meeting 2022

12 Ver “Informe Taller Regional Movimiento Estrategia PRAS\_dic2024.”, Cuadros 1 y 2 para definiciones básicas y tipología de eventos / víctimas.

13 Derecho y políticas: personas-protegidas-los-heridos-los-enfermos-y-los-prestadores-de-servicios-de-salud

14 Asistencia de Salud en Peligro: la iniciativa.

15 Statutory meetings International Conference of the Movement

16 Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el DIH – Ficha Técnica, CICR. 2024

17 Se utiliza “**poblaciones en situación de vulnerabilidad**” para referirse a “poblaciones en situación vulnerable de interés para el Movimiento”, descrito en 1.2 Marco de Aplicación / Alcances / Población Objetivo.

18 Ver Cuadro 2 sobre patrones de violencia en LAC.

Las acciones de PRAS del Movimiento en LAC tienen como **objetivo final mejorar el acceso seguro a la asistencia de salud de poblaciones en situación de vulnerabilidad, con necesidades en salud, afectados por las situaciones de violencia**. Se integran los enfoques de la **protección de heridos y enfermos** por el DIH y el **derecho a la salud** del DIDH.

Por ello es importante que las medidas normativas y operacionales de protección incluyan además del personal salud, a pacientes y beneficiarios.

La *Guía* no pretende abarcar el acceso a la salud en general, sino el **acceso seguro**, cuando los conflictos, u otras formas de la violencia, son las barreras que impiden el acceso.

De todas maneras, el análisis de los sistemas de salud institucionales, incluyendo sus déficits estructurales y las condiciones socio-económicas y culturales que determinan las barreras de acceso, así como la responsabilidad de las autoridades en asegurar el derecho a la salud **deben ser incluidos en los análisis de PRAS**, como factores contextuales determinantes.

Así mismo, **el trabajo PRAS debe ser integrado en los esfuerzos de los miembros del Movimiento por el acceso a la salud, particularmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad en contextos de violencia**.

Este abordaje de **salud pública** busca el acceso a la salud como objetivo concreto, se integra y articula con el abordaje **legal** y de **protección**, que busca prevenir las violaciones y promocionar el respeto por el DIH, el DIDH y los marcos normativos nacionales, a través de acciones, normas y medidas aplicables

igualmente con efectos concretos. Ambos enfoques se refuerzan mutuamente y bien articulados favorecen la acción sinérgica y complementaria desde los diferentes mandatos y fortalezas de los componentes del Movimiento.

A nivel nacional, los **Ministerio de Salud y autoridades territoriales de salud** tienen la responsabilidad del acceso a la salud y son el actor externo al Movimiento más relevante en la PRAS.

Las SNs, en su "rol auxiliar del estado" tienen importantes vínculos con las instituciones que incluyen el trabajo PRAS.

Una parte importante del trabajo PRAS del Movimiento se lleva a cabo con las autoridades de salud, en un rango de acciones que incluyen:

- La **incidencia** para fomentar políticas y normativas.
- El **apoyo técnico** para definir normativas y herramientas, la transferencia de herramientas y programas PRAS del Movimiento.
- El acompañamiento en la implementación
- La **coordinación** en los niveles nacional, territorial y local.

## Protección y respeto para quienes hacen posible la asistencia de salud

La definición de *personal de salud* incluida en la PRAS incorpora tanto a profesionales de la salud (personal médico y de enfermería, atención prehospitalaria, estudiantes de ciencias de la salud en práctica profesional, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) como a todo el personal de apoyo de las instituciones de salud (administrativos, técnicos, conductores de ambulancias, seguridad, etc.), dado que el acceso a la salud es el resultado del trabajo y los esfuerzos de todos ellos.

Además, **sanadores ancestrales, socorristas de las SNs, primeros respondientes, promotores de salud, voluntariado comunitario y otros proveedores de asistencia de salud sin cualificaciones académicas avaladas por el sistema de salud y generalmente no adscritos a una entidad de salud**, también tienen un papel importante en el acceso a la salud, particularmente para comunidades indígenas y para

comunidades rurales alejadas del sistema de salud oficial. En la terminología acordada (ver Cuadro 1), se les denomina "Proveedores de asistencia de salud". Su inclusión en las iniciativas PRAS es importante, dado que los enfoques PRAS convencionales y la respuesta institucional sobre PRAS – cuando existe – tienden a enfocarse solo en el sistema "oficial" de salud.

Otros profesionales *especialistas* de la salud, como el personal médico forense, personal de salud en centros de detención y sanidad militar, relevantes para poblaciones y otras actividades prioritarias para diferentes miembros del Movimiento, también deben ser considerados en la PRAS.

## PRAS en el contexto de "Protección en el Movimiento"

De acuerdo con la Resolución sobre Protección de la CoD 2024, el Movimiento busca proteger a las personas afectadas,

o en riesgo de sufrir violaciones de sus derechos, en todos los contextos: desde conflictos armados y violencia hasta pobreza e inequidad. La protección no consiste únicamente en responder a violaciones; también implica prevenir riesgos mediante el fortalecimiento de las capacidades de las personas para afrontarlos.

PRAS representa una aplicación sectorial específica del concepto más amplio de protección, ya que se centra en abordar los riesgos de violencia u obstrucción que dificultan el acceso seguro de las personas a los servicios de salud esenciales. El derecho a la salud es fundamental, y la atención sanitaria suele constituir un punto de entrada crítico para los servicios de protección especializados. PRAS, por tanto, está estrechamente vinculado con otros ámbitos de protección. La experiencia operacional también resalta el papel central de las Sociedades Nacionales, que no solo prestan servicios de salud, sino que también abogan ante los responsables —en particular las autoridades— para garantizar el acceso seguro a ellos.

En línea con la Resolución y el Marco de Protección del Movimiento, todos los programas PRAS deben incorporar

transversalmente la protección (acciones de Tipo 1)<sup>19</sup>. Esto requiere:

- Promover la dignidad, el acceso, la participación y la seguridad de las personas afectadas.
- Minimizar los riesgos de protección identificando quién está en riesgo, por quién o por qué, y adaptando las actividades humanitarias en consecuencia.
- Considerar cómo nuestras acciones —o inacciones— pueden afectar a las personas, y tomar medidas para evitar causar daños.
- Saber cómo y dónde derivar de forma segura a las personas a servicios especializados de protección.

La dimensión de **género** (violencia sexual contra pacientes o personal de salud), se integra en las evaluaciones, diseño y seguimiento de las iniciativas PRAS, particularmente en aquellos contextos con tasas altas de violencia sexual y otras formas de violencia basada en género<sup>20</sup>.

#### Algunos ejemplos de acciones de protección en PRAS:

- **Tipo 1:** referir una víctima de amenazas a la ruta de protección institucional.
- **Tipo 2:** incidencia por la SN con la policía tras un evento de obstrucción prolongada y no justificada del paso de una ambulancia de la SN.
- **Tipo 3:** incidencia con miembros del parlamento para favorecer la aprobación de una nueva ley sobre protección de la asistencia de salud.

Cuando existan capacidades pertinentes, se alienta a las Sociedades Nacionales a ampliar el PRAS mediante acciones Tipo 2: actividades de protección especializadas y Tipo 3: influyendo en normas y estándares; en consonancia con el Marco de Protección del Movimiento. En cualquier caso, estas acciones de protección especializadas o de influencia de normas requieren un nivel de experticia técnica en protección y la implicación de los niveles de gobernanza de las SNs.

## 1.2 MARCO DE APLICACIÓN

### TERMINOLOGÍA

Para permitir la comunicación, coordinación y el análisis coherente de iniciativas y resultados, los componentes del Movimiento en la Región comparten una terminología común sobre el trabajo PRAS (**Cuadro 1**).

Respetando el uso de terminología a nivel regional, cada socio podrá usar términos específicos según su mandato y contexto en el marco de sus acciones nacionales.

Esto es particularmente retador para definir las formas de violencia no relacionadas con conflictos armados, sino con diferentes niveles de criminalidad, muy importantes en LAC. Debido a caracterizaciones complejas y múltiples, al riesgo de interpretación politizada, y a las sensibilidades de las autoridades. Sin negar la importancia creciente, dinámica y sofisticada de fenómenos relacionados, y aceptando que son términos en principio muy genéricos, se utilizan los términos **Violencia Armada (VA)**<sup>21</sup>, de intensidad diversa, y **Grupos**

19 La política de *Protección, Género e inclusión* (PGI), impulsada por IFRC, desarrolla colaboraciones para impulsar enfoques transversales, sobre todo con respecto al primer tipo de acción – incorporación de protección.

20 [Examining violence against health care from a gender perspective](#), HCID 2015.

21 Situaciones de violencia que no llegan al umbral de conflicto armado.

**Armados (GAs)**<sup>22</sup>. Ambos términos permiten poner el enfoque en la identificación de las problemáticas y respuestas humanitarias, y se evitan riesgos de percepción para el Movimiento.

#### Cuadro 1: Definiciones básicas PRAS

- **“Protección y Respeto a la Asistencia de Salud” (PRAS)** Uso general para definir la temática y como nombre de la iniciativa regional del Movimiento. Basado en la definición de la Res. 5 de 31 CI 2011.
- **“HCID” (Health Care in Danger, Asistencia de Salud en Peligro)** uso restringido para: abreviatura interna del Movimiento o para programas específicos del Movimiento, o para referirse específicamente a la iniciativa HCID.
- **Misión Médica**, debe limitarse su uso porque en Latinoamérica es específico de la normativa de Colombia y de la política de Cuba de envío de médicos para apoyo en otros países.
- **Personal de salud**. Incluye a profesionales de la salud (enfermería, medicina, psicología, fisioterapia, etc.) y al personal de apoyo de la atención de salud (administrativo, técnico, logística, transporte, seguridad, etc.)
- Hay diferencias en el uso de “personal de salud” o “personal sanitario” según los países, debe adaptarse al contexto nacional.
- **Proveedores de asistencia de salud**: personas que tienen un papel importante en el acceso a la salud, aunque no están incluidos en el sistema oficial: sanadores ancestrales, socorristas voluntarios de SNs, parteras tradicionales, agentes de salud comunitarios/promotores de salud, etc.

## ALCANCES

### Animación y participantes

Todos los componentes del Movimiento presentes en LAC, particularmente las SNs, son invitadas a unirse al empeño conjunto de trabajar por la PRAS, incorporándose a los grupos de coordinación regional y nacionales; haciendo uso de esta *Guía* para inspirar y encuadrar sus acciones en esta temática.

Los mecanismos de coordinación del Movimiento sobre PRAS en LAC se describen en detalle en la sección 3 – **Ruta de Aplicación**.

La Guía funcionará como referencia técnica para cualquier otro miembro del Movimiento que quisiera iniciar actividades PRAS en LAC.

### Dimensión regional

El *Grupo de Trabajo Técnico PRAS del Movimiento en LAC*, impulsado por el CICR y la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Medialuna Roja (IFRC), con el apoyo de Cruz Roja Noruega<sup>23</sup> y con representación de varias Sociedades Nacionales, promueve la coherencia, coordinación, cooperación y apoyo mutuo del trabajo PRAS del Movimiento en LAC, con el objetivo de mejorar su impacto.

Esto incluye la elaboración y promoción de esta *Guía*, así como el seguimiento de su implementación, evaluación y actualizaciones.

### Dimensión nacional

En cada territorio nacional, la *Mesa Nacional de PRAS del Movimiento* asegura el intercambio de información, la coherencia y la coordinación de las diferentes iniciativas PRAS de los socios del Movimiento presentes en el territorio nacional. Como alternativa para contextos en los que ya existan mesas de trabajo del Movimiento, se recomienda la adición de un punto fijo en la agenda relacionado con la temática PRAS.

El alcance de esta Guía es para miembros del Movimiento. La coordinación a nivel nacional de los socios del Movimiento en una *Mesa Nacional PRAS del Movimiento* no excluye otras plataformas de coordinación PRAS con ministerio de salud y otras autoridades.

22 El término Grupos Armados No Estatales (GANE) se refiere específicamente a los actores armados no estatales en contexto de conflicto armado.

23 *Cruz Roja Noruega* ha promovido y desarrollado, junto al CICR, aspectos técnicos y estratégicos de la iniciativa HCID, desde su creación en 2011.

## Mandatos y funciones de los componentes del Movimiento en PRAS en LAC

Considerando los diferentes contextos en LAC, con situaciones diversas, desde la existencia de conflictos armados, situaciones de violencia puntuales, como protestas sociales; hasta violencia armada persistente de alta intensidad y alto riesgo de desastres; la complementariedad entre los mandatos y las capacidades de los componentes del Movimiento para la PRAS es altamente relevante.

- **Sociedades Nacionales (SNs):** iniciativas e implementación de la respuesta PRAS, detección y seguimiento de necesidades PRAS, representación del Movimiento frente a las autoridades nacionales.
- **IFRC:** apoya la implementación de PRAS con la coordinación de las Sociedades Nacionales Participantes (PNSs) y SNs; experticia técnica en desastres y crisis de salud pública.
- **CICR:** experticia técnica PRAS, apoyo a SNs para implementación de PRAS. Compromiso institucional a nivel global (Comunidad de Práctica de la iniciativa HCID). Mandato específico de trabajo en conflicto armado y “otras situaciones de violencia” (OSV); diálogo de protección con *portadores de armas*<sup>24</sup>. Interés específico en detención y trabajo forense.
- **Cruz Roja Noruega:** experticia técnica PRAS. Apoyo técnico y financiero a SNs para implementación de PRAS en programas bilaterales. Compromiso institucional a nivel global con acuerdos y apoyos bilaterales y multilaterales.
- **Cruz Roja Española:** compromiso institucional con la PRAS, reflejado a través de una promesa (*pledge*) durante la 34ava Conferencia Internacional<sup>25</sup>.
- **Sociedades Nacionales Participantes (PNSs):** apoyo a las SNs, contribuciones técnicas específicas según su especialización/áreas de interés.

### Marco temporal:

La *Guía Estratégica* es un marco general de referencia técnica y de coordinación del Movimiento, de aplicabilidad abierta hasta su revisión y adaptación, según la evolución de la implementación y posibilidades de evaluación.

Se espera que los lineamientos, recomendaciones y mejores prácticas descritos en la Guía, alimenten los procesos de planificación PRAS del Movimiento para la región LAC y en contextos nacionales.

Conforme avance la implementación y se obtenga retroalimentación de los socios del Movimiento, se analizarán posibles ajustes y desarrollos técnicos a reflejarse en nuevas ediciones de la Guía.

### Cobertura geográfica

Considerando las diferencias en patrones y vulnerabilidad a la violencia contra la asistencia de salud y los intereses del Movimiento en la Región Américas, se ha priorizado la implementación de esta *Guía* para los países de la subregión **América Latina y Caribe (LAC)**.

### Poblaciones objetivo

El objetivo de esta *Guía* son las **poblaciones en situación de vulnerabilidad de interés para el Movimiento**, definidas y consensuadas en las Resoluciones del Movimiento:

- Resolución 5 de la 31ava Conferencia Internacional, 2011: poblaciones afectadas por “conflicto armado y otras emergencias”.
- Protección en el Movimiento, Consejo de Delegados, 2024: poblaciones en “*contextos tales como: desastres, conflictos, crisis y otras emergencias, otras situaciones de violencia, así como pobreza persistente, privación o desigualdad*”.

Aunque esta *Guía* se enfoque en las poblaciones en situación de vulnerabilidad de interés para el Movimiento, incluyendo acciones de diplomacia humanitaria circunscritas, se entiende que otras iniciativas políticas, estructurales, legales y normativas pueden llegar a tener un impacto en la población general.

Por otra parte, los públicos destinatarios principales de las acciones PRAS incluyen: portadores de armas, autoridades y responsables de políticas, SNs, prestadores de servicios de salud, comunidades locales y sociedad civil, y organizaciones internacionales y regionales.

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y ELEMENTOS CLAVE<sup>26</sup>

### Contexto regional de violencia en aumento

- Latinoamérica y el Caribe presentan consecuencias humanitarias derivadas tanto de conflictos armados como de violencia armada y otras emergencias. Estas situaciones por un lado aumentan las necesidades de asistencia de salud de las comunidades afectadas, y por otro impactan directamente a los servicios de salud, limitando el acceso y la calidad de la asistencia de salud, aumentando la brecha

<sup>24</sup> *Portadores de Armas*: todos los actores que portan armas, sean estatales (Fuerzas de Seguridad de Estado: policía y fuerzas armadas) o no estatales (GA).

<sup>25</sup> *Promesa conjunta de Cruz Roja Española y el Gobierno de España, para la Protección de la Misión Médica, 34ava Conferencia Internacional (2024)*.

<sup>26</sup> *Violencia contra la Asistencia de Salud en las Américas*, Ana Elisa Barbar, Noviembre del 2024.

entre necesidades y acceso a servicios, particularmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad.

- La región presenta contrastes que requieren respuestas adaptadas, pero también tendencias y continuidades marcadas a través de la violencia relacionada con los conflictos armados y la transnacionalización del crimen organizado en aumento, sofisticación y en expansión geográfica, afectando a nuevos países en los últimos años. En su mapeo público 2024<sup>27</sup>, el CICR estimaba que 41 millones de personas vivían bajo control directo o indirecto de grupos armados en la región, tendencia en aumento a la fecha.
- Las más altas tasas de urbanización en el mundo, combinadas con tasas de desigualdades (Gini índice) en deterioro, territorios menos poblados donde la institucionalidad no tiene acceso, incluso en contextos de ingreso mediano o alto, resultan en la materialización de barreras no solamente estructurales sino también impuestas por actores armados y otras condiciones de vulnerabilidad hacia la asistencia en

salud, estimando que LAC representa aproximadamente un 30% de ataques globales<sup>28</sup>.

- Otros indicadores humanitarios interseccionales o agregados incluyen las tasas de personas desaparecidas, trabajo acumulado para forenses, desplazamientos internos y migración, efectos del comercio lícito e ilícito de armas, violencia sexual, muertes violentas, reclutamiento y uso de menores, presencias de artefactos explosivos, alta exposición a desastres naturales, nuevos riesgos pandémicos u otros de salud pública y brotes de protesta social.
- Todas las Delegaciones operacionales del CICR en la Región Américas y un número creciente de Sociedades Nacionales - con el apoyo de CR Noruega, CICR y de otras PNS- han priorizado el trabajo PRAS, en respuesta a un aumento de la magnitud del problema.

**Cuadro 2: Patrones de Violencia Contra la Asistencia de Salud - LAC**



27 ICRC global mapping Armed groups 2024

28 Ver ACLED Data, Health workers.

## Falta de información coherente sobre eventos de violencia contra la asistencia de salud

- Con las excepciones de Colombia (Minsalud gestiona el registro de eventos contra la Misión Médica, con cobertura nacional completa) y Honduras (Secretaría de Salud gestiona la plataforma de registro de incidentes reportados por el personal de salud, con una cobertura parcial del territorio nacional), no hay registros nacionales oficiales, que de forma sistemática recojan y monitoreen los eventos de violencia contra la asistencia de salud en LAC.
- Existe información relevante sobre violencia contra la salud, aunque proviene en su mayoría de múltiples fuentes no comparables: medios de comunicación, reportes irregulares

a asociaciones profesionales, reporte parcial de los Clústers de Salud a la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>29</sup>, reporte parcial de “think-tanks” como Insecurity Insight<sup>30</sup> y otros. Esta falta de datos coherentes y comparables a nivel regional, sobre la violencia contra la asistencia de salud, hace difícil seguir tendencias y orientar acciones de prevención, mitigación y respuesta.

- Además, la escasez de investigación de calidad académica, que describa y mida el impacto de la violencia contra la salud en el acceso y calidad de la asistencia de salud, la morbilidad y la mortalidad, dificultan la generación de evidencia que pueda orientar las acciones de respuesta y persuadir a autoridades, donantes y otros actores relevantes.

Todas las formas de violencia contra la asistencia de salud (violencia interpersonal, delincuencia, violencia armada, conflicto armado), superpuestas, con límites indefinidos o de forma aislada, causan una limitación en el acceso a la salud para las poblaciones vulnerables de LAC.

Como el objetivo final de la acción PRAS del Movimiento es el acceso seguro de poblaciones en situación de vulnerabilidad a la asistencia de salud, la selección y priorización de la respuesta se basa en el impacto y las consecuencias en el acceso y no en la forma de violencia. A su vez, cada componente del Movimiento puede aportar sus experticias y roles respectivos según las situaciones, optimizando articulación y coordinación para abordar el continuum.

## El “continuo” de la violencia contra la asistencia de salud: desde violencia interpersonal hasta conflicto y violencia armada

- Amenazas, agresiones, extorsión, ataques armados, entrada con armas, robo, secuestros y homicidios de personal de salud o de pacientes en hospitales y ambulancias, destacan como los eventos más reportados<sup>31</sup>.
- La violencia contra la salud en situaciones de conflicto armado o de *violencia armada* (relacionada con actividades de crimen organizado), no son los eventos más reportados, pero son los más graves y con un alto impacto negativo. Los eventos relacionados con violencia delincuencia y violencia interpersonal (pacientes, familiares, comunidades, personal de salud) son más frecuentes y de menor gravedad, pero su acumulación y la superposición con la violencia armada tienen un impacto considerable.
- Los diferentes patrones de violencia no se presentan de forma aislada, sino que se influyen, superponen y presentan límites inciertos. En las comunidades expuestas a niveles altos de violencia por *Grupos Armados* (GA), la frustración frente a las falencias del sistema de salud se expresa de forma muy violenta. Los eventos de violencia

interpersonal adquieren una severidad mayor en contextos de violencia armada.

- No hay una delimitación clara entre los diferentes patrones de violencia. Frente a un acto violento, a veces se identifica fácilmente al autor, pero muchas veces no se puede aclarar si es un actor armado, un delincuente o un miembro de la comunidad con un arma; o varias de esas categorías a la vez.
- Por ello, no puede esperarse que el personal de salud víctima de un evento violento siempre pueda identificar al autor y lo reporte con precisión. Además, debe protegerse al personal de salud que reporta, asegurando la confidencialidad de la información.
- En algunos contextos violentos, también se ha identificado un aumento de la violencia entre el mismo personal de salud.

## Protección armada de servicios de salud por Fuerzas de Seguridad del Estado

- Las FSE tienen la responsabilidad institucional de proporcionar seguridad a los servicios de salud, desde la seguridad de la escena con múltiples heridos a la seguridad

29 Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) - WHO

30 Insecurity Insight – Attacks on Healthcare

31 Análisis Regional Tendencias Violencia Contra la Salud, fuentes abiertas, oct2024

de las instalaciones de salud. Pero esta acción de proporcionar seguridad no debe hacerse a costa de aumentar riesgos o dañar la percepción de imparcialidad de los servicios y el personal de salud.

- El aumento de la violencia en general y de la violencia contra la salud en particular, hace que en algunos contextos de la región se promueva una respuesta firmemente basada en las Fuerzas de Seguridad del Estado (FSE) u otros elementos, que protegen el sistema de salud mediante la presencia de personal armado.
- Aunque esta orientación puede resultar eficaz para controlar la violencia interpersonal o actividades delictivas menores, implica riesgos importantes en situaciones de violencia armada o conflicto.
- Además, la imagen de asociación importante y frecuente entre FSE y servicios de salud daña la percepción de su imparcialidad y neutralidad, con un impacto negativo en el respeto y aceptación por GAs y en algunos casos por comunidades.

### **Acceso a la asistencia de salud de portadores de armas heridos o enfermos**

- Los portadores de armas (FSE o GA) heridos o enfermos graves que requieren atención médica urgente, si no tienen acceso a una cadena de estabilización y evacuación propia, son llevados a la estructura de salud civil más cercana, generando situaciones de tensión que en ocasiones derivan en incidentes contra el personal de salud, otros pacientes y más raramente contra estos portadores de armas.
- La retención bajo amenaza a personal de salud por portadores de armas, para obligarles a dar asistencia a sus miembros es un tipo de evento reportado con relativa frecuencia. Estas retenciones pueden durar días, en ocasiones implican exposición a situaciones de enfrentamiento armado y exponen al personal de salud a ser procesados judicialmente.
- Similarmente, GA sin acceso a servicios de salud, suelen recurrir al robo de medicamentos o insumos médicos para cubrir sus necesidades.

### **Normativas de protección de la salud: ¿implementación?**

- La mayoría de los países de LAC tienen marcos normativos sólidos que incluyen el derecho a la salud en la Constitución

y normativa general sobre seguridad y salud en el trabajo, aunque pocos tienen normativa específica sobre la violencia contra la asistencia de salud.

- De 12 países revisados (Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Perú y Venezuela) todos menos uno (Haití), tienen normativa específica sobre regulación del uso del emblema de la Cruz Roja<sup>32</sup>; pero solo seis tienen normativa específica sobre PRAS, entre los que destaca Colombia con el marco normativo más completo (identificación, sistema de registro de eventos, articulación interinstitucional, comportamientos seguros, plataforma articulación interinstitucional)<sup>33</sup>.
- A pesar del reconocimiento por ministerios de salud y otras autoridades civiles de la importancia de la PRAS, y de la normativa existente, la implementación real de las medidas descritas en estas normativas es muy irregular. Lo anterior se observa en LAC a través de varias situaciones: exceso de normativa que puede generar complejidades en su aplicación; solidez institucional a nivel central, y de normativa, pero fragilidad en zonas más remotas y afectadas por la violencia y barreras por parte de actores armados.

### **Impacto de la violencia en el personal de salud**

- En LAC, los sistemas de salud enfrentan amenazas y actos violentos cada vez más intensos de portadores de armas, tanto en situaciones de conflicto como en relación con actividades criminales, y presiones sociopolíticas dirigidas específicamente al personal de salud, amplificando las vulnerabilidades e inequidades en el acceso a la salud existentes.
- El personal de salud en zonas donde la exposición a la violencia es repetida, sufre una triple afectación, al ser ellos mismos víctimas, tener que trabajar en contextos de violencia y alto estrés, y estar expuestos a las narrativas de sufrimiento de sus pacientes. Este personal sufre un deterioro importante, refiere miedo a sufrir una victimización, desesperanza alrededor de su labor y baja autoestima al saberse estigmatizado. Todo ello produce un impacto negativo en su motivación y la calidad de asistencia. En las evaluaciones de salud mental, destacan niveles muy altos de ansiedad, depresión y disfuncionalidad para el desempeño laboral<sup>34</sup>.

32 Ver Anexo 3 Prácticas: Mapeo de Normativa/Prácticas/Interés PRAS en LAC.

33 Mapeo de políticas, prácticas e intenciones en Latinoamérica relacionadas con la protección y respuesta frente a la violencia contra la asistencia de salud, Benjamín Moreno, Diciembre 2024.

34 Objetivado mediante cuestionarios DASS-21 y PROQOL en más de 500 trabajadores de la salud de zonas violentas de Colombia. Comunicación personal SMAPS CICR Colombia.

- La violencia contra el personal de salud tiene un impacto mayor en las mujeres, quienes viven en temor de violencia sexual por actores armados, y además constituyen cada vez una mayor proporción de la fuerza laboral en salud.
- Esta situación produce renuncias frecuentes, obliga a las instituciones a retirar a los profesionales de las áreas de alto riesgo y dificulta mucho la contratación de personal para estas áreas, que quedan sin cobertura de servicios de salud o con una cobertura precaria.
- Este impacto negativo se amplifica en el caso de los sanadores tradicionales, dado que no solo se pierde el acceso a salud, sino a sistemas de conocimiento y cultura enteras<sup>35</sup>.
- El personal de salud y los socorristas de las SNs de LAC sufren el impacto de la violencia contra la salud, en algunas ocasiones con más intensidad por su exposición mayor a situaciones de crisis, o su implicación en servicios más expuestos como la atención prehospitalaria.
- El impacto de la violencia en el personal de salud tiene como consecuencia una disminución importante del acceso y la calidad de atención de salud para poblaciones en situación de vulnerabilidad, en contextos violentos de LAC.



E. Schneider/UN Photo

35 Ver PILAR 3 RESILIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD, Grupos Especiales de Personal de Salud, Sanadores Ancestrales, Socorristas, Primeros Respondientes.

## “Desinformación”, uso indebido de datos y nuevas tecnologías

- Ataques cibernéticos y campañas de desinformación que afectan a las instituciones de salud en América Latina y el Caribe, generan preocupaciones sobre la seguridad de la información de los pacientes y contribuye a la ansiedad pública.
- La “desinformación” y estigmatización mediante “noticias falsas” fue particularmente grave en la pandemia y es previsible que se repita en situaciones similares de emergencias de salud pública y pánico colectivo.
- Deshumanización de la atención: Uso excesivo de herramientas digitales puede reducir la interacción médico-paciente, riesgo de diagnósticos automatizados sin consideración del contexto social o emocional.
- La baja calidad de la asistencia de salud debido a la falta de recursos, junto a la deshumanización del personal de salud por la sobrecarga de trabajo y malas condiciones laborales, y la falta de rendición de cuentas y de vinculación de los sistemas de salud con las comunidades, contribuyen en amplios sectores de LAC a una percepción negativa de los servicios de salud por parte de la población<sup>36</sup>.
- Las protestas sociales suponen a veces estallidos de violencia y presentan patrones muy específicos de violencia contra la atención de salud que generan retos importantes.
- El bloqueo del movimiento de vehículos, en las vías públicas dañan significativamente el acceso a la atención de salud, interrumpiendo simultáneamente el paso de ambulancias para atención urgente (en situaciones que pueden acompañarse de números importantes de heridos), el acceso de los pacientes a los servicios de salud, y el acceso del personal de salud y de los insumos (medicamentos, oxígenos, etc.) a las estructuras de salud.
- En el contexto de polarización política de las protestas sociales contra el Estado, es más frecuente la criminalización del personal de salud que presta asistencia a los actores de la protesta, o incluso la coacción al personal de salud para no dar asistencia a participantes en la protesta heridos.
- Ocasionalmente, la utilización indebida de ambulancias para el transporte de material o personal antidisturbios -real o no- circulada por redes sociales produce la estigmatización del transporte sanitario y el personal extrahospitalario, con una escalada importante de ataques muy violentos contra ambulancias.

## Protesta social

- Debido a la inestabilidad social y política de la región, en los últimos años se han presentado brotes de protesta social en múltiples países<sup>37</sup> y es previsible que se sigan presentando.



Malagasy Red Cross Society

36 Kruk et al (2023): “Population confidence in the health system in 15 countries: results from the first round of the People’s Voice Survey”.

37 Por citar solamente algunos, desde 2019: Ecuador, Chile, Bolivia, Perú, Paraguay y Colombia.

## **Intersecciones: desastres naturales y cambio climático, epidemias y pandemias, movimientos de población.**

- Estas situaciones aumentan la vulnerabilidad frente a la interrupción de servicios, escasez de recursos, aumento de enfermedades y desigualdades, agravadas para poblaciones más afectadas por las situaciones descritas.
- Los desastres de origen natural exponen a nuevos riesgos a poblaciones y proveedores de asistencia de salud, ya afectados por la falta de PRAS (terremotos, inundaciones, huracanes y tormentas, sequías, etc.)
- El cambio climático aumenta la frecuencia e intensidad de desastres de origen natural, contribuye a la propagación de enfermedades transmitidas por vectores.
- Epidemias y pandemias sobrecargan los sistemas de salud, limitando el acceso a atención médica para otras enfermedades, interrumpen cadenas de suministro de medicamentos y equipos médicos. Y, además, como se mencionó, el pánico colectivo que promueve la desinformación y la estigmatización del personal de salud.
- La violencia en sus múltiples formas, la pobreza y las desigualdades provocan movimientos de población (desplazamiento interno, migración) de gran magnitud. Las poblaciones en condición de movilidad son un colectivo con un alto nivel de vulnerabilidad, que enfrenta discriminación estructural y xenofobia que restringen su acceso a servicios de salud, por barreras tanto administrativas como sociales. Cuando este desplazamiento se produce hacia una zona afectada por violencia, la condición de vulnerabilidad se intensifica, al añadirse la exposición a la violencia a la vulnerabilidad que causó inicialmente el desplazamiento.
- Finalmente, *género* y *etnicidad* se superponen a la vulnerabilidad generada por otras causas, particularmente relevante en contextos de violencia y de barreras de acceso.

## 2. LA RESPUESTA PRAS EN LAC: PILARES Y RESULTADOS

En esta segunda parte de la Guía se describen los elementos concretos de la respuesta PRAS del Movimiento en LAC, basado en las orientaciones generales de la iniciativa HCID y sobre todo en la experiencia y buenas prácticas en PRAS del Movimiento en la región<sup>38</sup>; y adaptado a las peculiaridades de la violencia contra la asistencia de salud de la región. Sirve el propósito del porqué y cómo, antecedendo la parte 3, más práctica sobre la aplicación.

### 2.1 Teoría del cambio HCID adaptada a LAC

La *Teoría del Cambio* es una metodología de planificación que “*articula los objetivos de largo plazo e identifica las condiciones que consideran que deben cumplirse para poder alcanzar estos objetivos*”<sup>39</sup>.

Es utilizada en la estrategia 2020 – 2022 de la iniciativa HCID<sup>40</sup> para estructurar sus líneas de acción.

La *Teoría del Cambio HCID*<sup>41</sup> es el marco conocido y aceptado en el Movimiento, que describe la lógica y los elementos operacionales de la iniciativa. Este marco se toma como base y estructura en esta Guía para describir la **respuesta sobre PRAS del Movimiento en LAC**, adaptada al contexto y peculiaridades de la violencia contra la asistencia de salud en la región (ver sección Análisis del Problema).

#### Aplicando la Teoría del Cambio, la hipótesis es:

- Si los portadores de armas respetan la asistencia de salud, disminuyen considerablemente actos violentos y obstrucción contra la asistencia de salud.
- Si se introduce e implementa legislación para la protección de la asistencia de salud, las instituciones se articularán para asegurar la respuesta a la violencia y las sanciones tendrán un efecto disuasorio que prevendrá los eventos violentos.
- Si el personal de salud mejora su resiliencia frente a la violencia, se disminuirá y mitigará el impacto de la violencia en la asistencia de salud.
- Si el público y comunidades afectadas por la violencia mejoran su respeto a la asistencia de salud, disminuirá la violencia interpersonal y se creará un entorno social que influirá positivamente sobre las instituciones y los portadores de armas.

...entonces disminuirá la violencia contra la asistencia de salud y se mitigarán sus consecuencias, y por ello las poblaciones en situación de vulnerabilidad tendrán acceso seguro a la asistencia de salud.

La tabla que viene a continuación describe la Teoría del Cambio PRAS adaptada para trabajar en LAC, que se explica en detalle en las páginas siguientes.

38 Ver “Informe Taller Regional Movimiento Estrategia PRAS\_dic2024.”, ANEXO 5: Descripción respuesta PRAS/HCID del Movimiento en Latinoamérica

39 Principios de teoría de cambio: Una introducción a la teoría de cambio\* Dr. Dana H. Taplin Dra. Heléne Clark Marzo de 2012; (traducción de Theory of Change Basics. A Primer on Theory of Change, Taplin, Clark, March 2012).

40 ICRC institutional Health Care in Danger strategy 2020–2022 Protecting Health Care from violence and attacks in situations of armed conflict and other emergencies.

41 Teoría del Cambio HCID, 2020-2022.

**Cuadro 3: Teoría del Cambio sobre Protección y Respeto a la Asistencia de Salud – Movimiento Cruz Roja LAC**

**Efecto general esperado:** las poblaciones vulnerables de LAC tienen acceso seguro a la asistencia de salud

**Objetivo General:** Reducir la violencia contra la asistencia de salud y mitigar sus consecuencias

Los **portadores de armas** respetan la asistencia de salud

Las **autoridades introducen e implementan legislación y normativa** para protección de la asistencia de salud

**El personal y los sistemas de salud** mejoran su resiliencia frente a la violencia

**El público general y las comunidades** mejoran su respeto a la asistencia de salud

**Con todos los portadores de armas:**

- Diálogo humanitario.
- Limitación de entrada con armas en estructuras de salud.
- Coordinación actividades PRAS con acceso a asistencia de salud para portadores de armas.

**Con FSE**

- Promoción del respeto a la salud (difusión y formaciones respeto a DIH, diálogo humanitario).
- Balance entre disuasión (protección armada) y aceptación.
- Mediación entre FSE y autoridades civiles de salud.

**Con GA y GANE**

- Diálogo indirecto con GAs, directo si es posible.
- Difusión mensajes clave sobre PRAS específicamente dirigidos a GA o GANE.

**Procesos:**

- Revisión de la PRAS en la normativa nacional.
- Promover seguimiento y asegurar la implementación.

**Contenido:**

- Ley de emblema de la Cruz Roja.
- Gestión de la respuesta institucional de PRAS.
- Condiciones laborales y reconocimiento de la violencia como riesgo laboral.
- Reconocimiento y protección de Sanadores Tradicionales.
- Violencia contra la asistencia de salud como agravante
- Despenalización de la asistencia de salud a GAs.

**Responsabilidad individual:**

- Sensibilización y capacitación en derechos y deberes del personal de salud.
- Promoción de ética profesional y “humanización”.
- Desescalación de la violencia.
- Comportamientos seguros.

**Gestión de Seguridad**

- Acceso Más Seguro.
- Gestión de seguridad en instituciones de salud (GSPS, Acceso).
- Herramientas evaluación riesgos (RAP-Security Survey, TAARS).

**Apoyo SMAPS** a personal de salud expuesto a violencia.

**Grupos especiales:** Forenses, Salud en Detención, Sanidad Militar, Sanadores Tradicionales.

- Sensibilización población general (redes sociales, medios, campañas).
- Diplomacia humanitaria/persuasión autoridades civiles.
- Promoción de PRAS en comunidades mediante trabajo con comités de salud y líderes.
- Mediación entre comunidades violentas y equipo de salud.
- Respuesta PRAS específica para protesta social.

**Generación de evidencia sobre la violencia contra la salud en LAC** mediante la consolidación coherente de datos sobre eventos y la investigación sobre las consecuencias de la violencia contra la salud.

**Mobilización de OPS y otros actores relevantes** (autoridades nacionales, asociaciones profesionales, academia, ONGs, organismos regionales, donantes) para apoyar y complementar las iniciativas PRAS del Movimiento en LAC.

**ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Contexto regional de violencia en aumento.

Protección armada de servicios de salud por FSE.

Protesta social: impacto en acceso a la salud.

El “continuo” de la violencia contra la asistencia de salud: desde violencia interpersonal hasta conflicto y violencia armada.

Impacto de la violencia en el personal de salud: renuncias y dificultad de contratación.

Falta de información coherente sobre violencia contra la asistencia de salud.

Implementación variable de normativa sobre protección de la salud.

“Desinformación” y uso indebido de nuevas tecnologías.

Intersección con: desastres naturales y cambio climático, epidemias y pandemias.

## 2.2 Cuatro pilares para una respuesta estratégica y efectiva



### CÓMO LEER LOS PILARES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Si se alcanza el cumplimiento de cada **pilar**, se obtiene el **resultado**.

El resultado a su vez contribuye a alcanzar el **efecto deseado**.

Las **actividades** de cada pilar contribuyen a su cumplimiento.

En cada contexto se adopta una combinación diferente de actividades en cada pilar, dependiendo de patrones de violencia contra la salud, necesidades, respuesta existente, recursos disponibles y priorización.

La lista de actividades bajo cada pilar no es exhaustiva, pero describe los más relevantes para el contexto de LAC. Algunos son programas completos, bien definidos (oficialmente estandarizados, como “Desescalación de la Violencia” o “Acceso Más Seguro”), con guías técnicas y material de formación; mientras que otras son actividades más generales (como sensibilización del público general, diálogo con actores armados, etc.).



### EFECTO GENERAL DESEADO / IMPACTO

Las poblaciones vulnerables de LAC tienen acceso seguro a la asistencia de salud.



### OBJETIVO GENERAL / RESULTADO

Se reduce la violencia contra la asistencia de salud y se mitigan sus consecuencias (se reduce su impacto negativo) cuando ocurre.



### PILARES:

**PILAR 1:** PORTADORES DE ARMAS

**PILAR 2:** LEGISLACIÓN Y NORMATIVA PARA PRAS

**PILAR 3:** RESILIENCIA DEL PERSONAL Y SISTEMAS DE SALUD

**PILAR 4:** PÚBLICO GENERAL Y COMUNIDADES

**FACILITADOR 1:** EVIDENCIA, REGISTRO DE EVENTOS E INVESTIGACIÓN

**FACILITADOR 2:** MOVILIZACIÓN DE OPS y OTROS ACTORES

### PILAR 1: PORTADORES DE ARMAS

**Los portadores de armas respetan la asistencia de salud.**

*La prevención de la violencia contra la asistencia de salud causada por los portadores de armas sería el nivel de intervención ideal (evitaría una proporción importante de los eventos más graves), pero en el caso de los GA es el más retador y sobre el que menos control se puede ejercer. En contextos donde puede ser muy difícil influenciar a GA o FSE, se deberá mantener el esfuerzo, pero equilibrando su prioridad con el riesgo de seguridad y nivel esperado de efectividad. Lo anterior, combinando otras acciones, y reevaluando las oportunidades a lo largo del tiempo.*

#### Procesos

- Análisis del fenómeno de la violencia contra la asistencia de salud de parte de los portadores de armas, de las causas y de las consecuencias.

De manera factual, los GA son responsables de los eventos más graves y con mayor impacto negativo. Las acciones de

promoción del respeto a la asistencia de salud se ven limitadas por los retos de seguridad, la dificultad de comunicación directa y los riesgos legales de interactuar con ellos.

Por otra parte, las FSE son responsables de una proporción menor de eventos reportados, sin embargo, con un impacto significativo. Además, las FSE tienen un rol o tienen una responsabilidad en facilitar y/o preservar el acceso a la salud en sus operaciones.

De facto, las FSE son más accesibles y su carácter institucional permite normalmente una aproximación formal y estructural. Estas observaciones presentan variaciones en el tiempo y espacio que deben ser seguidas en cada contexto.

La interacción con portadores de armas es una tarea delicada. Entre los miembros del Movimiento, el CICR tiene un alto grado de experticia. Idealmente, en cada nivel nacional se debe acordar un *Marco de Salvaguardas* que fije límites claros y procedimientos concretos para la interlocución de los miembros del Movimiento con FSE o GA sin comprometer los principios de neutralidad, imparcialidad e independencia.

## Portadores de armas en general:

- Limitación de la entrada con armas en estructuras de salud por FSE y GA.<sup>42</sup> La entrada con armas en estructuras de salud por FSE no está prohibida por el DIH, ni el DIDH, ni la mayoría de las normativas nacionales. Pero siempre genera una serie de riesgos importantes identificados (entre otros: disrupción del trabajo del personal de salud, estrés para personal y pacientes, disparo accidental de arma de fuego, ataque por portador de armas contrario, estigmatización del personal de salud que luego sufre represalias y amenazas, daño a la imagen de neutralidad e imparcialidad de los servicios de salud civiles) y por ello debe restringirse al mínimo necesario. Esto se realiza mediante, según proceda, persuasión para establecer normativas, reglamentos internos, procedimientos de operación estándar, compromisos unilaterales o con acuerdos entre FSE o GAs y autoridades de salud a nivel local y nacional.
- Coordinación de actividades PRAS con actividades de asistencia de salud para portadores de armas heridos o enfermos<sup>43</sup>. Facilitar el acceso a portadores de armas que necesitan asistencia médica es un imperativo basado en los principios de humanidad, neutralidad e imparcialidad, y anclado en la identidad única del Movimiento. Además, contribuye a prevenir los eventos violentos ligados a la búsqueda de forma violenta de esa atención de salud. Por ello las actividades y programas de asistencia a heridos en todos sus componentes, deben estar estrechamente coordinados con las actividades PRAS.
- Además, todas las formaciones, capacitaciones y difusiones sobre asistencia a heridos, son una excelente oportunidad

para la difusión de los principios de PRAS, para generar aceptación, y deben incluir como mínimo una referencia, idealmente un módulo PRAS completo.

- Promoción de respeto de los portadores de armas a heridos, enfermos, personal y sistemas de salud.
  - Inclusión sistemática de la PRAS (incluyendo el respeto a heridos y enfermos) en las oportunidades de diálogo, y sesiones de diseminación básica en general. Más específicamente, inclusión de PRAS en formaciones y sensibilizaciones sobre DIH y/o Uso de la Fuerza en Operaciones de Orden Público para FSE.
  - Persuasión y apoyo para la integración de la PRAS en la elaboración de doctrina, procedimientos y protocolos de las FSE<sup>44</sup> y los Códigos de Conducta o reglamentos internos de los GA<sup>45</sup>.
  - Diálogo de protección con portadores de armas sobre eventos concretos o sobre tendencias, siendo una actividad resolutive enmarcada en la Protección en el Movimiento.
- Promoción del respeto de los portadores de armas (FSE y GAs) a la confidencialidad de la información médica, la imparcialidad del trabajo de atención de salud y el respeto a emblemas y otras identificaciones de transporte sanitario.

Particularmente en situaciones de protesta social, con el objetivo de prevenir la estigmatización y ataques a ambulancias y otros transportes sanitarios (ver Pilar 4, Comunidad, Protesta Social).



Adrian Estrada/CICR

<sup>42</sup> Prevención de ingreso de armas en estructuras de salud, herramientas HCiD.

<sup>43</sup> Ver Parte 1.2 Análisis del Problema / Acceso a la asistencia de salud de portadores de armas heridos o enfermos

<sup>44</sup> Proteger la asistencia de salud. Guía para las Fuerzas Armadas. HCID 2021, Protection of Healthcare and Law Enforcement, HCID 2022.

<sup>45</sup> Los Grupos Armados y la Protección de la Salud. HCID 2015

## Fuerzas de Seguridad del Estado (FSE)

- Promoción del balance entre *disuasión (protección armada)* y *aceptación (respeto a la asistencia de salud o acceso negociado)*: Considerando la tendencia de *protección armada* de los servicios de salud por FSE, se debe promover la “*aceptación*” como enfoque preferido<sup>46</sup>, que permita la continuidad del funcionamiento de los servicios de salud, el acceso de los servicios a las comunidades (por ejemplo, campañas de vacunación) y el acceso de pacientes a los servicios de salud. El diálogo sobre este tema con las autoridades de salud y las FSE, aunque toma como punto de partida la preferencia de la “*aceptación*” por respeto a los principios del Movimiento, se enfoca sobre el análisis pragmático de los riesgos potenciales: la *protección armada* en cada caso concreto (el riesgo de provocar una respuesta violenta de intensidad mayor, que supere la *protección armada* de las FSE, o el riesgo de estigmatizar al personal de salud como aliados de las FSE y por ello recibir amenazas o violencia por parte de los GA). Cuando estos riesgos son demasiado altos, se debe considerar la *aceptación* como el enfoque más eficaz para lograr el acceso.

Como la *aceptación* implica el contacto directo o indirecto con los GA, y también implica la priorización del acceso a la salud por encima de la lucha contra el crimen, es importante discutir y aclarar con FSE y autoridades las razones de eficiencia en el acceso que justifican la *aceptación*, para evitar problemas de percepción (ser considerado próximo a los GA) o el riesgo de persecución legal.

- Mediación entre FSE y autoridades civiles de salud para anticipar y buscar acuerdos que eviten los problemas que pueden presentarse con manejo de heridos de FSE en estructuras de salud civiles en áreas con alta presencia de GA (riesgo de ataque, estigmatización y amenazas al personal de salud por el GA, negación de asistencia al herido de FSE por al personal de salud debido al miedo al GA, etc.).
- Promover que la planificación de operaciones militares o policiales incluya la preservación del acceso a la asistencia de salud para las poblaciones afectadas.
- Promover el análisis de riesgo de las iniciativas de provisión directa de asistencia de salud por FSE a población civil. La logística militar puede ser útil para apoyar algunas iniciativas de salud pública (como fue el transporte de vacunas de COVID, u otras respuestas a emergencias

de salud pública donde las necesidades logísticas sean muy altas).

Sin embargo, las iniciativas de las FSE de proveer asistencia de salud –directamente mediante los servicios médicos de las FSE o con el apoyo de personal de salud civil– a poblaciones en áreas con presencia y actividad de GAs, conlleva riesgos importantes para la población y para el personal civil de salud (ataques por GAs, estigmatización y amenazas a comunidades y personal de salud por GAs, deterioro de la percepción de neutralidad e imparcialidad del personal de salud civil, etc.).

La realización de un análisis de riesgo en cada caso permite identificar situaciones donde los riesgos para la población civil beneficiaria o para el personal de salud civil sean muy altos y no compensen los beneficios del apoyo a la provisión de asistencia de salud.

## Grupos Armados (GAs)

- Interacción con GAs<sup>47</sup>,
  - Para *aceptación* y sensibilización general (mensajes clave sobre PRAS); negociación de acceso para iniciativas específicas (como vacunación, jornadas de salud). Según el contexto, se puede realizar también esta interacción, a través de líderes comunitarios, autoridades civiles, o religiosos. Debe manejarse con análisis previo y mucha precaución para no exponer a riesgos al interlocutor intermediario.
  - Diálogo de *protección* sobre eventos concretos o sobre tendencias. El *diálogo directo* es una actividad de *protección*, un trabajo complejo, especializado, que requiere alto grado de preparación, un marco integrando la seguridad, acceso, *aceptación*, análisis de aspectos legales (privilegios e inmunidades) y un abordaje estratégico de diálogo de *protección*. Su abordaje de Movimiento está igualmente descrito en la resolución *Protección en el Movimiento* <sup>48</sup>.
- Difusión de mensajes sobre PRAS selectivamente dirigidos a GAs, se pueden elaborar para áreas geográficas concretas, por medios con cobertura o seguimiento por GA (radio, redes sociales), o mediante líderes de opinión que tengan credibilidad y sean respetados (y admirados) por los GA (deportistas, músicos, etc.), igualmente después de un análisis de riesgos y objetivos.

46 “**Aceptación**”, según su uso en Acceso Más Seguro: acceso seguro mediante la confianza y el respeto que inspira la institución proveedora de asistencia de salud en comunidades, portadores de armas y otros actores relevantes debido a una “percepción de imparcialidad, neutralidad e independencia”. *Acceso Más Seguro, Guía para Sociedades Nacionales*. CICR, 2015.

47 *Los Grupos Armados y la Protección de la Asistencia de Salud, HCID 2015*

48 Ver Parte 1.1 Fundamentos / PRAS en el contexto de “Protección en el Movimiento”.

## PILAR 2: LEGISLACION Y NORMATIVA PARA PRAS

### Las autoridades introducen e implementan legislación y normativa que promueve la protección de la asistencia de salud.

La adopción de legislación y normativa sobre PRAS debe aportar a la responsabilización de las autoridades y la sostenibilidad institucional con un impacto en la mitigación de los efectos de la violencia y en menor medida de prevención de ésta. Por ello es un componente valioso de la respuesta PRAS. Pero dependiendo del sistema normativo de cada país, puede ser un proceso complejo y largo.

Para asegurar que las leyes y normativas generen resultados concretos para el acceso seguro a la asistencia de salud, es imperativo monitorear y apoyar su implementación.

### Procesos

- Revisión de la PRAS en la normativa nacional<sup>49</sup>. Es una evaluación inicial, previa al inicio de acciones encaminadas

- **Trabajo con autoridades de salud y otras instituciones nacionales.**

El trabajo PRAS del Movimiento en la región de LAC, consiste en una gran proporción, en cooperar con las autoridades de salud y otras instituciones proveedoras de asistencia de salud, para que las poblaciones que asisten tengan un acceso seguro, con un alcance mucho mayor que la población directamente apoyada por los miembros del Movimiento.

Esta interacción con las autoridades se realiza en un rango amplio de actividades: trabajo conjunto, apoyo técnico o con recursos, coordinación de actividades, la incidencia para concientizar a autoridades, la diplomacia humanitaria y la persuasión para que se adopten medidas (jurídicas, normativas u operativas) para cambiar los comportamientos de sus agentes (FSE o personal médico) y corregir falencias de cualquier tipo (por ejemplo: falta de procedimientos operativos estándar sobre atención médica durante las manifestaciones, falta de un registro de incidentes, falta de apoyo al personal médico afectado por la violencia, falta de seguridad en las instalaciones médicas).

El espectro de actores a nivel nacional se describe en la sección 3. Ruta de Aplicación, Secuencia de Aplicación, I. Acercamiento a actores relevantes.

### Contenido de leyes y normativas en favor de la PRAS

- Ley del emblema La mayoría de los países de LAC han adoptado una ley que protege el uso del emblema de la Cruz Roja y regulariza su uso. Si no existe es importante iniciar el proceso para promover su adopción. La normativa de protección del emblema puede ser muy útil si reconoce explícitamente el respeto y la protección de los servicios de salud de la Sociedad Nacional correspondiente. En algunos casos, la normativa existente puede ser poco detallada o carecer de elementos importantes, por lo que debe revisarse para evaluar la posibilidad de promover reformas para su mejora.

a la promoción de normativa sobre PRAS. Existe una herramienta estandarizada del Movimiento que asegura el análisis de la compatibilidad de todos los aspectos de la legislación y normativa nacional (se explica en detalle en la parte 3, Ruta de Aplicación, Secuencia de aplicación, III. Marco legal y normativo).

- Promover el desarrollo y la adopción de elementos nuevos o la adaptación de instrumentos existentes.
- Promover mecanismos de seguimiento y asegurar la implementación. En el proceso de promover la creación de nueva normativa, deben incluirse en ésta los mecanismos de implementación y seguimiento, como manuales de implementación, comités o plataformas de seguimiento, etc. Para normativas ya adoptadas, es importante hacer un seguimiento de su implementación real e iniciar acciones de persuasión si se identifican. Así mismo, se puede promover la actualización y revisiones de normativa mejorable o no adaptada a cambios en la situación.

- Gestión de la respuesta institucional de PRAS

- Normativa sobre gestión institucional de la PRAS.

Normalmente anclada en el Ministerio de Salud, este tipo de normativa define los mecanismos de registro de evento, identificación de personal, comités y plataformas, articulación interinstitucional, liderazgo, recursos, etc.<sup>50</sup>

- Inclusión de riesgo de violencia en sistemas existentes (gestión de riesgo de desastres o gestión de riesgos laborales).

Prácticamente todos los países de LAC tienen riesgo alto de desastres (terremotos, ciclones, inundaciones, etc.) y cuentan con normativa e instituciones de gestión de

49 Marcos normativos nacionales para la protección de la asistencia de salud. HCID 2015.

50 El ejemplo más desarrollado en la región: la Resolución 4481, 2012, y su “Manual de Misión Médica”, de Colombia.

riesgo, o incluso con unidades de gestión de riesgo en el Ministerio de Salud. Similarmente, todos cuentan con sistemas más o menos funcionales de gestión de riesgos laborales. Funcionalmente es más sencillo y eficaz albergar el trabajo PRAS en una estructura y función ya existente. Conceptualmente, se trata de añadir la violencia como un tipo de riesgo, de desastre o laboral, adicional y aplicar las herramientas de seguimiento y gestión de riesgo, pero adaptadas a la violencia. La mayoría de las SNs son parte de los mecanismos nacionales de gestión de riesgo de desastres y pueden apoyar este cambio.

#### ■ Autoridades de salud

- Promoción de mejora de las condiciones laborales y reconocimiento de riesgo laboral de violencia para personal de salud.

- Reconocimiento y protección de sanadores ancestrales, promotores de salud, parteras tradicionales, primeros respondientes y socorristas, incluyendo voluntarios y personal de las SNs.

#### ■ Legislación Penal

- Violencia contra la asistencia de salud como agravante penal.
- Despenalización de la asistencia de salud a miembros de GA, GANE o participantes en protesta social (si existe).



## PILAR 3: RESILIENCIA DEL PERSONAL Y SISTEMAS DE SALUD

### El personal y los sistemas de salud mejoran su resiliencia frente a la violencia.

*El personal de salud no es una víctima pasiva, sino un actor importante en la dinámica de violencia contra la salud. Su comportamiento individual puede evitar o precipitar una agresión. La gestión de riesgo individual e institucional cambia la incertidumbre del evento violento por una respuesta estructurada que contribuye a la prevención y sobre todo mitiga el impacto de los actos violentos. Es el área de intervención sobre la que hay un nivel más alto de control y de resultados previsible, por lo que siempre debe ser priorizado.*

Todas las SNs en contextos de violencia contra la asistencia de salud deben desarrollar e implementar el **Acceso Más Seguro** como punto de partida de cualquier otra iniciativa de PRAS.

**Acceso Más Seguro** es exclusivo del Movimiento: de aplicación exclusivamente para SNs.

Sin embargo, la mayoría de los programas y herramientas descritas en esta sección han sido desarrolladas por el Movimiento y son utilizadas por SNs y el CICR, pero es posible (y recomendable) su replicación por otros actores.

## Responsabilidad individual

- **Diseminación de derechos y deberes del personal de salud** (conceptos generales, normativa nacional, DIDH, DIH)<sup>51</sup>. Es la base de conocimiento, concientización, y empoderamiento del personal de salud, sobre el que se puede progresar con todas las otras herramientas y elementos.
- **Promoción de la ética profesional y la humanización**, incluyendo la mejora de la calidad y rendición de cuentas de los servicios de salud. Para promover una percepción positiva y el respeto al personal de salud, tanto de las comunidades como de los actores armados.
- **Desescalación de la Violencia**. Formación corta, desarrollada por HCID, para preparar la personal de salud para prevenir o manejar positivamente la violencia de pacientes y familiares. Existe versión adaptada a LAC y probada. Adecuado para violencia interpersonal, no para situaciones de violencia armada o conflicto.
- **Recomendaciones individuales de seguridad** Entrenamiento individual para disminuir riesgos.

## Gestión de Seguridad

La *gestión de riesgo* es una metodología técnica y estandarizada para conocer, reducir, mitigar y responder a riesgos identificados. La gestión del riesgo de violencia es la gestión de seguridad. *Acceso Más Seguro* y los demás programas descritos están basado en esa metodología.

- **Acceso Mas Seguro**<sup>52</sup> reforzado con otros elementos (Stay Safe), y componentes de PRAS, es la base para la gestión de seguridad para servicios de salud y socorristas de las SNs.

- **Gestión de seguridad en instituciones de salud**. Varios programas de aplicación de la metodología de gestión de seguridad a instituciones de salud. (hospitales, centros de salud): *Acceso, Gestión de Seguridad para Personal Sanitario (GSPS)*, *Gestión de Riesgos de Seguridad en los Servicios de Salud*<sup>53</sup>.

- Herramientas para evaluación y gestión de riesgos

- “*Security Survey*” / *RAP*<sup>54</sup> Herramienta para la evaluación de la resiliencia de estructuras de salud frente a conflicto. Realiza un análisis complejo de riesgo, vulnerabilidad y factibilidad de las intervenciones para corregir el riesgo. Útil para identificar cambios estructurales de “seguridad pasiva” para mejorar la seguridad de estructuras de salud. Traducido al español por OPS, que ofrece una formación virtual<sup>55</sup> sobre su uso. Desarrollada para hospitales en conflicto armado, se ha desarrollado una versión adaptada para estructuras de salud menores en LAC.

OPS ha desarrollado otras herramientas (*Índice de Seguridad Hospitalaria* y *Star H*), más orientadas a desastres.

- **Atención pre-hospitalaria: TAARS**<sup>56</sup>, Herramienta para la evaluación de riesgo de ambulancias y servicios paramédicos. También hay una versión desarrollada adaptada a la región.



51 Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos y otras emergencias. HCID 2013; Respetar y proteger los servicios de salud. Guía de derechos y deberes, Perú. CICR 2015.

52 Acceso Más Seguro, Guía para Sociedades Nacionales. CICR, 2015.

53 <https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2025/01/Handbook-Security-Risk-Management-for-Health-Care-Services-ES.pdf>

54 Security Survey for Health Facilities, HCID; Preparación y seguridad de las instalaciones de salud en conflictos y otras emergencias. HCID, 2015.

55 Herramienta de Evaluación de la Preparación Hospitalaria Frente a la Violencia. OPS

56 Training Manual for Ambulances and Pre-Hospital Response in Risk Situations. Norwegian Red Cross 2025.

## Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) para personal de salud afectado por la violencia

La exposición, frecuentemente repetida, del personal de salud a la violencia tiene un impacto negativo importante en su bienestar personal y emocional, que limita su presencia y capacidad para responder a las necesidades de salud de las comunidades afectadas también por la violencia<sup>57</sup>.

La SMAPS es un elemento fundamental de la respuesta PRAS para mejorar y cuidar la funcionalidad y el bienestar del personal de salud. Las respuestas de SMAPS deben basarse en evaluaciones específicas. Este análisis permite definir si la intervención será de promoción, prevención o tratamiento especializado.

SNs y Delegaciones del CICR en LAC han desarrollado actividades específicas de cuidado SMAPS para personal de salud afectado por violencia, basado en el enfoque “Cuidado de cuidador”<sup>58</sup> y estructurada en los niveles abajo descritos. Cada miembro del Movimiento podrá elegir el tipo y nivel de actividad por implementar o promover (implementado por otros actores) según contexto y capacidades:

- Apoyo psicosocial en respuesta a eventos de violencia. Es la “intervención en crisis” de respuesta temprana, que incluye: Primeros Auxilios Psicológicos (por voluntarios y personal no profesional pero entrenado)<sup>59</sup>; psicoeducación grupal; sesión de grupos contingentes (2 sesiones de terapia grupal); sesión única de apoyo individual (por psicólogos

e identificación de personal que requieren referencia para asistencia individual continuada.

- Atención al personal de salud, afectado por exposición repetida a la violencia, con los objetivos de 1. fortalecer sus capacidades de afrontamiento, y 2. dar una atención terapéutica adecuada. Mediante la creación de grupos de apoyo (liderados por un psicólogo) o grupos de apoyo entre pares (organizados por el personal de salud) e identificación y referencia de personal que requieren asistencia psicológica.
- Fortalecimiento estructural mediante dos acciones complementarias:
  - Fortalecimiento de capacidades en equipos/estructuras de salud, mediante la creación de una capacidad sostenible de respuesta SMAPS: formación en apoyo psicosocial básico para los responsables de cuidado en las instituciones de salud, como talento humano y salud laboral; y formación en apoyo psicosocial básico y autocuidado para todo el personal de las instituciones de salud (personal de salud, administrativos, etc.).
  - Instauración de medidas estructurales, por los tomadores de decisiones y las instituciones responsables: persuasión a gerentes, aseguradoras de riesgo laboral y otras instancias institucionales, para la instauración de medidas estructurales, buscando la sostenibilidad institucional, para el cuidado holístico del personal (prevención, atención física y mental), integrado en el sistema de seguridad y salud en el trabajo.



57 Ver 2.1 Análisis del problema y elementos clave / Impacto de la violencia en el personal de salud.

58 Guía de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, CICR 2019

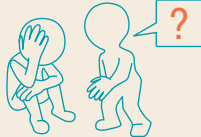
59 Entrenando en Primeros Auxilios Psicológicos. Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial. IFRC 2019

# CALMAR COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS EN ÁMBITOS DE SALUD

GUÍA RÁPIDA

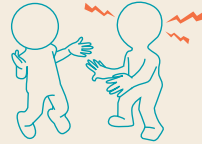
## PRESTAR ATENCIÓN A LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA

La escalada de la tensión interpersonal puede dar lugar a la angustia y a cambios de comportamiento. Se recomienda prestar atención a las siguientes señales:



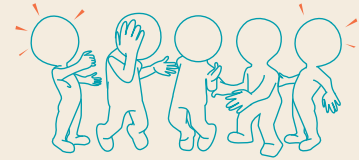
### PROPIAS O EN COLEGAS

- Fatiga o cansancio excesivos
- Somnolencia diurna
- Tristeza inexplicable
- Enojo y frustración
- Bajos niveles de tolerancia



### EN PACIENTES Y SUS FAMILIARES Y EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD

- Lenguaje corporal tenso (puños cerrados, mandíbula apretada)
- Habla agitada, a menudo con demandas y quejas
- Tono de voz elevado
- Inquietud
- Gestos excesivos con las manos
- Palabras o gestos amenazantes



### EN EL LUGAR DE TRABAJO (PROBABLES PUNTOS CRÍTICOS Y DESENCADENANTES)

- Espacios abarrotados, en particular, zonas de espera
- Tiempo de espera prolongado
- Ausencia de personal para ofrecer orientación
- Rotación de turnos y relevos
- Comunicación de "malas noticias"
- Aumento de la afluencia de personas en el centro de salud

## ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA TENSIÓN



### ESTAR ALERTAS

Reconocer las señales de alerta de altos niveles de estrés para una pronta resolución del problema.



### SER RESPETUOSOS

Ofrecer una silla para sentarse y explicar la importancia de conversar sobre el tema con calma.



### ESCUCHAR ACTIVAMENTE

Consultar los detalles a los pacientes/cuidadores y expresar interés por las razones de su angustia.



### RECURRIR AL REFLEJO

Reformular las frases de la persona y repetir las para demostrar escucha y comprensión de las preocupaciones. No imponer la opinión propia como "final" ni hacer falsas promesas.



### EVITAR LA JERGA

Los términos y frases médicos pueden ser abrumadores y confusos para los pacientes y sus familiares, así como para los miembros de la comunidad fuera del ámbito de salud. Utilizar lenguaje simple.



### OFRECER OPCIONES

Las opciones tranquilizan a los pacientes/cuidadores respecto de su intervención sobre la situación. Puede ser tan simple como ofrecer un vaso de agua, preguntar si les gustaría sentarse en un lugar más tranquilo o, incluso, consultar si preferían hablar con otro colega (en particular, en contextos sensibles al género).

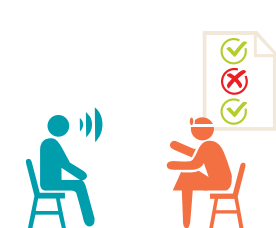


NO CRUZARSE DE BRAZOS

EVITAR EL CONTACTO VISUAL PROLONGADO

### LENGUAJE CORPORAL

Mantenerse tan relajados y tranquilos como sea posible, incluso cuando sea difícil hacerlo. Hablar amablemente, pero con firmeza. Mantener una distancia segura entre las personas durante la conversación. Las máscaras faciales pueden obstaculizar las señales del lenguaje corporal (sonreír, por ejemplo): en su lugar, asentir con la cabeza y transmitir confianza verbalmente.



### EVALUAR

Observar si la situación se va normalizando y si la tensión disminuye. En caso de imposibilidad de controlar la situación, es mejor disculparse y dejar que otro colega se ocupe.

### BUSCAR AYUDA

En caso de que la tensión siga en aumento, en particular, si existe una amenaza de daño físico, hacer una señal a algún colega o al personal de seguridad para que presten apoyo a tiempo.

¡NO MÁS VIOLENCIA CONTRA LA ASISTENCIA DE SALUD!

ES UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE



CICR

## Grupos especiales de personal de salud

### Personal de salud en centros de detención

- Las cárceles son entornos de alto riesgo de violencia, empeorado en LAC por la superpoblación y el control de grupos armados. A pesar de la falta de reporte y registro adecuado de los eventos de violencia contra la asistencia de salud, las amenazas y coacciones para recibir medicamentos o un trato especial, son frecuentes. La mejora de la capacidad resolutoria de los servicios médicos dentro de los centros penitenciarios contribuiría a reducir amenazas y mejorar la atención.
- Salvo alguna excepción, prácticamente no existe un trabajo estructurado previo de PRAS en centros penitenciarios y cualquier iniciativa debe ser cuidadosamente priorizada según las necesidades de cada contexto, capacidades, acciones existentes del CICR, y los recursos disponibles<sup>60</sup>. Si se iniciara alguna intervención PRAS en detención, se debería hacer una evaluación inicial mediante entrevistas con personal de salud que haya trabajado allí y otros actores involucrados, para identificar necesidades y prioridades.
- El apoyo SMAPS y la gestión de seguridad para el personal de salud en medios penitenciarios deben ser el primer paso y parte integral de cualquier intervención para PRAS en estos entornos.

### Forenses

- El personal forense, incluidos médicos, técnicos forenses y antropólogos realizan tareas clave como la atención a familiares de fallecidos y desaparecidos, evaluación de lesiones, tortura y violencia sexual, así como la gestión digna de cadáveres. Aunque estas actividades forenses de perfil médico deben ser protegidas, existen áreas grises, próximas a la acción policial, que no pueden tener la misma protección.
- En las áreas más afectadas por la violencia de LAC, el personal forense está expuesto a intimidaciones, bloqueos, agresiones y asesinatos, en relación con sus responsabilidades de custodia de cadáver y certificación del fallecimiento.
- Las opciones para prevenir y mitigar estos actos violentos contra los forenses son desde las más sencillas y factibles a las más complejas: 1. compartir con instituciones forenses las herramientas PRAS de resiliencia individual (comportamientos seguros, desescalación de la violencia, apoyo SMAPS); 2. Promover y apoyar el desarrollo de un marco legal específico de protección para el personal forense; y 3. Promover la inclusión del personal forense en

las normativas y mecanismos institucionales de protección del personal de salud.

### Sanidad Militar

- Los eventos de violencia contra el personal sanitario de las FSE, el bloqueo de asistencia o evacuación de heridos de las FSE es similar en situaciones de conflicto y de violencia armada. Tampoco hay información sobre registro de eventos de violencia contra la sanidad de las FSE.
- Los servicios de salud civiles en zonas de violencia y los de las FSE, normalmente tienen una coordinación pobre o inexistente y ocasionalmente se presentan situaciones complejas o incluso eventos de violencia cuando heridos de las FSE necesitan recibir atención en hospitales civiles en zonas con alta presencia de GA.
- Las líneas en que el trabajo PRAS del Movimiento en LAC puede interactuar con sanidad de las FSE:
  - Diseminación y promoción de la importancia de la PRAS por las FSE, incluyendo el respeto de sus heridos, enfermos y personas con necesidades en salud de las FSE.
  - Solicitar acceso a la información sobre eventos de violencia contra sanidad de las FSE, para poder analizar necesidades y para eventualmente poder compartir apoyo técnico sobre PRAS.
  - Promover, facilitar y mediar en la coordinación de sanidad de las FSE y los servicios de salud civiles, especialmente para buscar acuerdos puntuales o protocolos más elaborados, para las situaciones que generan más tensiones: entrada con armas, asistencia a miembro de la FSE en estructura de salud civil.
  - Promover la limitación de la entrada de FSE con armas en estructuras de salud a un mínimo necesario.
- En un plano más institucional, el Movimiento promueve las siguientes líneas de trabajo:
  - Legislación sobre uso del emblema de la Cruz Roja: promover su creación y vigilar su cumplimiento (ya mencionado en Pilar 2).
  - Promoción de marcos jurídicos aplicables: difusión y capacitación para mejorar conocimiento por ejércitos y policías de los marcos jurídicos aplicables, en particular del DIH y de los DIDH y de la legislación nacional, que debe ser aprovechado para promover la PRAS y prevenir violaciones.

<sup>60</sup> Existen múltiples referencias del trabajo del CICR, por su mandato y experticia, incluyendo referencias a su rol en el Movimiento, en esta [página](#). Igualmente ver esta guía práctica pública “[Health Care in Detention](#)”.

Sanadores ancestrales, socorristas (incluyendo SNS), primeros respondientes

- Cuidadores comunitarios, sanadores ancestrales, aprendices de medicina ancestral, promotores de salud, parteras tradicionales, voluntarios y primeros respondientes (tanto de la comunidad, como bomberos y defensa civil), todos ellos tienen un papel relevante como proveedores de asistencia de salud, pero están en una situación de vulnerabilidad por la falta de reconocimiento oficial.
- Los socorristas de las SNS (sean voluntarios o salariables), generalmente tienen reconocimiento oficial e incluso están incluidos en los planes de contingencia oficiales. Pero en los contextos donde no están formalmente reconocidos como integrantes del sistema oficial de salud, pueden estar afectados por esta vulnerabilidad.
- La normativa sobre este grupo de proveedores de asistencia de salud, particularmente sobre sanadores ancestrales, varía significativamente entre países.
- Dada la diversidad de proveedores de salud no adscritos al sistema de salud oficial, se debe realizar un análisis para definir claramente las categorías específicas de estos grupos.
- Los conceptos de “medicina ancestral” y “medicina tradicional” utilizados en la región deben conectarse con los enfoques de la OMS y los términos deben adaptarse según los contextos nacionales, respetando apelativos locales (ejemplo: “mambo” en Haití), para garantizar relevancia cultural y operativa.
- Frente a la invisibilidad de estos grupos debido a la falta de reconocimiento formal, se debe promover el reconocimiento de la relevancia de estos actores, tanto para comunidades y el público general, como para su reconocimiento formal por las instituciones oficiales de salud. Para apoyar esta iniciativa, se debe recopilar información en contextos de difícil acceso, donde los servicios de salud institucionales no tienen presencia y estos proveedores de salud ancestral o comunitaria, son la única garantía de acceso a la atención de salud para las comunidades.
- Esencialmente: cualquier persona que preste asistencia de salud a otro ser humano, desde el primer respondiente casual hasta el personal médico en el hospital – pasando por socorristas voluntarios de SNS, promotores comunitarios, sanadores tradicionales, conductores de ambulancia y paramédicos, etc. – no puede ser castigado por ello y debe ser protegido y respetado en el desempeño de esta acción.



## PILAR 4: PÚBLICO GENERAL Y COMUNIDADES

### El público general y las comunidades mejoran su respeto a la asistencia de salud.

*La promoción del respeto a la asistencia de salud en la población general y comunidades es un nivel de intervención importante en LAC porque la violencia interpersonal, por su acumulación y superposición con otras formas de violencia, contribuye en gran medida al impacto negativo en el personal de salud. La comunicación pública también es un nivel de intervención con un alto nivel de control, pero de resultados más imprevisibles. Debe priorizarse tras un análisis del contexto específico.*

*Respetando las diferencias debidas a la diversidad de culturas, contextos y orientaciones políticas de los gobiernos en LAC, y por tanto la necesidad de **adaptación local de la comunicación**, la comunicación pública sobre PRAS de los componentes del Movimiento debe ser **coherente en su contenido**, basada en los elementos descritos en la sección 1 Fundamentos.*

### Público general

- Sensibilización para al público general (creación de ambiente favorable al respeto y la protección): mediante redes sociales, medios de comunicación (prensa, TV y radio) y campañas.

El objetivo de las acciones de comunicación puede ser el público general, o bien comunicación altamente específica, en respuesta a eventos o situaciones concretas en un área geográfica concreta, en forma de cuñas radiales en estaciones de radio locales o con la saturación de redes sociales en áreas definidas.

### Comunidades

- **PRAS en la comunidad**

En entornos violentos las comunidades pueden contribuir positivamente a la PRAS y como beneficiarios del acceso a la salud que la PRAS intenta mejorar, deben ser incluidos en los procesos de planificación de acciones PRAS, idealmente mediante la participación en los comités de salud. La sensibilización sobre la PRAS para comunidades puede ser integrada en actividades de primeros auxilios comunitarios o atención básica de salud animados por componentes del Movimiento. También pueden realizarse en estructuras de salud (centros de salud y hospitales), para las personas de la comunidad que pasan por estas estructuras.

Más allá de la sensibilización, se puede promover la comunicación bidireccional entre la comunidad y los servicios de salud. Las comunidades, representadas en los comités, pueden dar información muy útil sobre percepciones de los servicios de salud<sup>61</sup>.

- Mediación entre comunidades violentas y equipos de salud

La violencia interpersonal que se exagera en contextos violentos<sup>62</sup>, ocasionalmente se vuelve colectiva y comunidades enteras amenazan y agreden a los profesionales de salud. Se ha desarrollado exitosamente un modelo de intervención (“Amigos de la Salud”, Colombia) con mediación entre la comunidad y el equipo de salud, que, mediante la identificación de las brechas de información y comunicación, logra reducir y revertir estas situaciones de violencia colectiva, generando una nueva relación constructiva y de mutuo entendimiento.

Idealmente, estas tensiones entre comunidad y servicios de salud se pueden evitar con una mayor participación social en salud. Para no solo responder de manera reactiva y mediar cuando se da un problema, sino prevenir involucrando a representantes comunitarios, mediante comités de salud u otros mecanismos, en la planificación, monitoreo y mejora de servicios. Varios países de LAC tienen marcos normativos específicos para este fin.

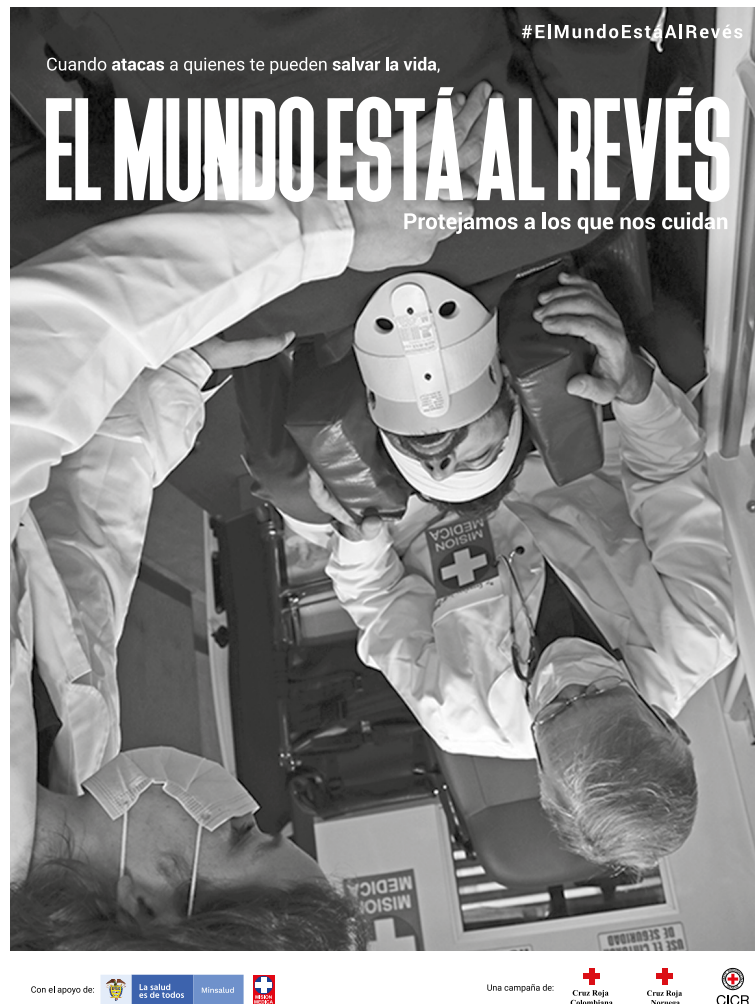


61 “Community Trust Index” es una herramienta para evaluar la confianza de la comunidad.

62 Ver 1.2 Marco de Aplicación / Análisis del problema y elementos clave

### ■ Respuesta PRAS específica para protesta social<sup>63</sup>

Las especificidades de la PRAS en situación de protesta social (ver Cuadro 4), requieren formas de intervención específicas para un contexto y necesidades tan diferentes: organización de caravanas de insumos, negociación del paso de ambulancias, iniciativa móvil de difusión operacional y sensibilización sobre la PRAS para líderes de las protestas en los puntos de bloqueo; así como la promoción del uso correcto del emblema de la Cruz Roja y otros identificativos de vehículos sanitarios, y promoción de normativa que despenalice la asistencia a heridos.



#### Cuadro 4: Especificidades PRAS de la Protesta Social

##### **Actores de la protesta:**

- Bloqueo de ambulancias, pacientes, insumos y personal sanitario.
- Uso indebido del emblema de la Cruz Roja.
- Ocupación de estructuras de salud.

##### **FSE:**

- Utilización de ambulancias para transporte de material o personal antidisturbios, lo que provoca violencia intensa e indiscriminada contra ambulancias.
- Coacción para que el personal sanitario no de asistencia a participantes en la protesta heridos.
- No protección y procesamiento legal a quienes dan asistencia de salud a participantes en la protesta.

63 Ver Parte 1.2 Marco de Aplicación / Análisis del Problema y Elementos Clave / Protesta Social

■ **Población en movimiento (migrantes y desplazados)**

Migrantes y desplazados son poblaciones muy vulnerables y de especial interés para el Movimiento.

La Estrategia Global del Movimiento sobre Migración tiene entre sus objetivos el acceso a servicios esenciales (como salud, agua y alimentos), y la provisión de servicios de protección, para los que el trabajo PRAS del Movimiento en LAC puede contribuir en un abordaje transversal. Concretamente se puede:

- Asegurar apoyo PRAS a estructuras que prestan atención de salud a personas desplazadas y migrantes.
- Documentación de la violencia contra la asistencia de salud que afecta el acceso a la salud de personas desplazadas y migrantes.
- Incluir en diplomacia humanitaria y persuasión a autoridades, la protección y el respeto de la asistencia en salud a favor de personas desplazadas y migrantes.

**Autoridades civiles**

- La diplomacia humanitaria o incidencia para que las autoridades responsables avancen en la toma de decisiones para promover la PRAS, se puede reforzar con comunicación pública, como vehículo para comunicar solicitudes

específicas a instituciones o personas con capacidad de tomar decisiones.

**Movimiento**

- Es necesario generar periódicamente piezas de comunicación para el público interno con la finalidad de compartir experiencias y a modo de rendición pública de cuentas del progreso de esta iniciativa Regional del Movimiento.

Al interno, es también necesario asegurar la integración del trabajo PRAS a través de los espacios multidisciplinarios de cada componente, a nivel operacional, y a través de la transmisión y/o elaboración de mensajes claves por ser incorporados desde los liderazgos, así como la conformación de una red que permita promover y difundir la PRAS internamente.

Siendo PRAS un elemento identitario del Movimiento, al interno y al externo, es un elemento central que permite resaltar las problemáticas abordadas, así como potente vector para estrategias más amplias de diálogo, prevención y respuestas a consecuencias humanitarias. Es también un elemento para afirmar y unir la identidad de la región con el Movimiento a nivel global.



## FACILITADORES

Los facilitadores (en inglés, “enablers”) son enfoques y capacidades transversales, potencias esenciales para el desarrollo de los objetivos y el progreso en resultados de la aplicación de la Guía.

### FACILITADOR 1. EVIDENCIA: REGISTRO DE EVENTOS E INVESTIGACIÓN

El trabajo PRAS del Movimiento en LAC necesita de *evidencia*, información suficientemente precisa sobre eventos de violencia contra la asistencia de salud que permita:

- Conocer el fenómeno de violencia contra la salud, sus características y tendencias.
- Medir los efectos de las acciones de PRAS del Movimiento.

Esta información genera un conocimiento de la situación de la violencia contra la salud, necesario para guiar la toma de decisiones en las estrategias y actividades de PRAS. Además, permite tener una base legítima para acciones de persuasión o de comunicación pública y fortalecer la incidencia en políticas públicas, así como atraer el financiamiento necesario para implementarlas.

Los sistemas de registro de eventos de violencia contra la asistencia de salud en los países de LAC<sup>64</sup> son inexistentes, o parciales y en su mayoría estructurados de forma diferente, lo que hace difícil obtener datos fácilmente agrupables para tener una consolidación coherente.

Los componentes del Movimiento establecerán un acuerdo sobre los **sistemas de registro de eventos de violencia contra la asistencia de salud** que, sin imponer un sistema único, pueda asegurar la coherencia, mediante la definición de un núcleo común mínimo de datos a recoger por cada componente, que permita un análisis agrupado y comparable.

Los eventos registrados se pueden identificar en fuentes directas (sistemas oficiales de registro de eventos, reportes

de víctimas); sistemas indirectos (reportan eventos diferentes, pero que no indican indirectamente, como intervenciones de la policía para proteger hospitales, homicidios de personal de salud registrados en fiscalía); o fuentes secundarias (medios de comunicación y redes sociales). La información de sistemas indirectos o fuentes secundarias debe triangularse para su validación (ver **Cuadro 9**: Fuentes de información sobre eventos de violencia contra la asistencia de salud, en Secuencia de Aplicación, 1. Análisis).

Una propuesta de líneas generales de este núcleo común de registro de eventos de violencia contra la asistencia de salud se describe en el **Cuadro 8**. Está basado en el trabajo conjunto del Taller-Mesa de Expertos de diciembre de 2024. No incluye elementos importantes como las consecuencias del evento, ni una descripción más detallada de eventos (por ejemplo: agresión, extorsión, homicidio, bloqueo de ambulancia, etc.).

Los sistemas de registro de eventos contra la asistencia de salud deben tener en cuenta la importancia de la confidencialidad de la información, tanto en el Movimiento como en las instituciones de salud, y siempre que sea posible, utilizar sistemas de información existentes que cumplan con estas características.

La **evidencia sobre el impacto de la violencia contra la asistencia de la salud en el bienestar de individuos y comunidades** también es necesaria, para comprender mejor las consecuencias de diferentes tipos de violencia contra la asistencia de salud. Esta evidencia se obtiene mediante investigación metodológicamente sólida y compleja, que requiere del apoyo de la academia.

El Movimiento en LAC buscará crear asociaciones con la academia para promover, desarrollar y acompañar proyectos de investigación sobre el impacto de la violencia contra la asistencia de salud, que además pueden identificar indicadores o crear herramientas sencillas que permitan un análisis simplificado de algunos aspectos de este impacto.

**Cuadro 5: Elementos comunes de registro de eventos de violencia contra la asistencia de salud**

<p><b>A. Datos Básicos:</b> Lugar, Tiempo.</p> <p><b>B. Víctima:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Profesionales de salud: médicos, enfermeras, auxiliares, etc.</li> <li>– Personal especializado: Atención Pre-Hospitalaria, médico forense, personal salud en detención, sanidad militar.</li> <li>– Personal de apoyo: conductores de ambulancia, personal de seguridad, personal administrativo, estudiantes de ciencias de la salud en práctica profesional, etc.</li> <li>– Proveedores de asistencia de salud: sanadores ancestrales, socorristas, etc.</li> <li>– Familiares de pacientes, visitantes estructuras de salud.</li> </ul>	<p><b>C. Tipología de Evento de Violencia (grupos generales):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Eventos contra la integridad (física, mental y dignidad) de las persona.</li> <li>– Eventos contra bienes materiales (estructuras, vehículos, material).</li> <li>– Eventos contra actividades de salud.</li> <li>– Eventos contra la ética profesional y el uso indebido de emblemas protectores.</li> <li>– Eventos digitales (ataques cibernéticos).</li> </ul> <p><b>D. Categorías de patrones de violencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Violencia interpersonal.</li> <li>– Violencia armada (VA).</li> <li>– Conflicto armado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pacientes / heridos y enfermos / beneficiarios / usuarios.</li> </ul> <p><b>E. Autor:*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pacientes, familiares y comunidad.</li> <li>– Perpetradores de delincuencia común.</li> <li>– Fuerzas de seguridad del Estado (FSE): fuerzas militares.</li> <li>– Fuerzas de seguridad del Estado (FSE): fuerzas policiales.</li> <li>– Grupos Armados (GA), (contexto de VA).</li> <li>– Grupos Armados No Estatales (GANE), (contexto de conflicto).</li> <li>– Personal de salud.</li> <li>– Autoridades civiles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Protesta social.</li> <li>– Desastres naturales y Emergencias de salud pública (pandemia o similares).</li> <li>– Violencia digital (Ciberamenazas que pueden generar violencia).</li> <li>– Violencia Basada en Género /Violencia Sexual (transversal, aplicable en todas las categorías de violencia).</li> </ul> <p><b>F. Consecuencias del evento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suspensión temporal de servicios de salud.</li> <li>– Cancelación de actividad sanitaria / servicios de salud.</li> <li>– Demora de atención de salud sin muerte.</li> <li>– Demora de atención de salud con consecuencia de muerte.</li> </ul>
<p>* El personal de salud víctima de un evento violento no siempre puede identificar al autor, ni tiene la obligación de hacerlo.</p>	

## FACILITADOR 2: MOVILIZACIÓN DE OPS y OTROS ACTORES

El trabajo con otros actores externos al Movimiento, pero relevantes para la PRAS –sobre todo sector salud, pero también otros– es esencial para tener un impacto relevante en el acceso a la salud para las poblaciones en situación de vulnerabilidad de LAC.

La movilización de otros actores incluye un rango amplio de acciones, desde el trabajo conjunto, al apoyo técnico o con

recursos, la coordinación, la persuasión de tomadores de decisiones, las alianzas para movilización de opiniones, la persuasión para cambios concretos en normativas, la incidencia para concientizar a autoridades y la diplomacia humanitaria.

A nivel global, la iniciativa HCID ha desarrollado alianzas importantes (“Community of Concern”), que en la región se reflejan en las asociaciones profesionales de médicos (Asociación Médica Mundial) y enfermeras (Consejo Internacional de Enfermería), la Asociación Internacional de Hospitales, ONGs como Médicos Sin Fronteras y Médicos del

Mundo, y –sobre todo– la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La OPS, por su mandato y trabajo en la región, tiene una importante capacidad de influencia sobre ministerios de salud nacionales, muy útil para promocionar la PRAS. Con la OPS se establece una asociación prioritaria, buscando promover bajo su liderazgo la creación de un Grupo de Trabajo Colaborativo PRAS Regional, que articule la participación de las entidades regionales mencionadas y otras organizaciones regionales

(Organización de Estados Americanos, CARICOM, Organismo Andino de Salud –ORAS CONHU), instituciones académicas y donantes.

A nivel global, otro espacio relevante es la Iniciativa Global de promoción del DIH<sup>65</sup> liderada por el CICR y articulada con el Movimiento, buscando reactivar el compromiso político con el DIH, que contiene siete flujos de trabajo de los cuales hay uno específicamente sobre la protección de hospitales<sup>66</sup>.

Cuadro 6: Mapeo actores PRAS en LAC<sup>67</sup>

### MAPEO ACTORES PRAS LAC



#### ORGANIZACIONES INTERNACIONALES



#### MOVIMIENTO CR Y MLR



#### AUTORIDADES NACIONALES



#### ASOCIACIONES PROFESIONALES



#### ACADEMIA



#### “THINK TANKS”



#### ONGS



65 Iniciativa Mundial para reactivar el compromiso político con el DIH

66 Reaffirming–ihl–specific–protection–of–hospitals

67 Mapeo no exhaustivo.

# 3. RUTA DE APLICACIÓN

Los elementos (programas, acciones, herramientas) de los cuatro *Pilares* y los dos *Facilitadores* de la respuesta PRAS del Movimiento explicada en forma de Teoría del Cambio en la parte 2, se aplican y articulan de forma adaptada a cada contexto.

La **Secuencia de Aplicación** que se explica a continuación, de manera práctica, sugiere una sucesión de acciones, que debe ser adaptada a cada contexto.

La **Acción conjunta del Movimiento**, a través de la complementariedad y sinergias entre los miembros, articulados mediante la *coherencia, coordinación, apoyo mutuo y cooperación*, potencian la respuesta PRAS de cada miembro del Movimiento y de su conjunto.

## 3.1 Secuencia de aplicación de la PRAS

Para Sociedades Nacionales de LAC, PNSs presentes en la región y Delegaciones del CICR, que decidan poner en marcha acciones de PRAS por primera vez, esta secuencia les permitirá avanzar de manera más eficiente. Para los miembros del Movimiento que ya están llevando a cabo actividades PRAS, esta sección es útil como una lista de comprobación.

**Cuadro 7: resumen de secuencia de aplicación de la PRAS**

SECUENCIA DE APLICACIÓN DE LA PRAS	A tomar en cuenta
<b>I. Acercamiento a actores relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pacientes y comunidad</li> <li>– Sistema de salud / Autoridades / Proveedores</li> <li>– Movimiento</li> <li>– Otros actores</li> </ul>
<b>II. Análisis: violencia contra asistencia de salud y respuesta existentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recopilación de información sobre violencia contra la asistencia de salud/determinación de causas y consecuencias</li> <li>– Identificación de respuestas existentes</li> </ul>
<b>III. Marco legal y normativo</b>	<p><b>Conocimiento y análisis de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Normativa general acceso a salud</li> <li>– Normativa específica: seguridad y salud en el trabajo, gestión de riesgos, situación de seguridad en el país</li> <li>– Normativa respuesta PRAS por autoridades</li> </ul>
<b>IV. Selección de actividades específicas PRAS e implementación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selección de intervenciones PRAS</li> <li>– Implementación</li> </ul>
<b>V. Coordinación y Movilización de otros actores PRAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Movilización de otros actores</li> <li>– Coordinación con OPS</li> </ul>
<b>VI. Monitoreo / seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registro y análisis de eventos de violencia contra la asistencia de salud por Movimiento</li> </ul>
<b>VII. Revisión y ajustes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisión trimestral de progreso</li> <li>– Planificación anual</li> </ul>

## I. Acercamiento a actores relevantes

La identificación y contacto con los actores relevantes en trabajo PRAS o áreas relacionadas es muy importante, tanto para adquirir información sobre la problemática (análisis), como para eventualmente, establecer vínculos de coordinación y cooperación.

Por orden de importancia, los actores relevantes en trabajo PRAS son:

**Pacientes y comunidad:** según momento de actividades PRAS, a tomar en cuenta muestras para un abordaje tanto participativo y como documentado. Esto incluye a organizaciones de sociedad civil y organizaciones basadas en la comunidad (OSC y OBC), no solamente pacientes o miembros individuales de las comunidades.

### Movimiento

- La SN es el centro del trabajo PRAS del Movimiento a nivel nacional.
- **Esto es particularmente importante en caso de que los servicios de salud de la SN sean afectados por eventos de violencia contra la asistencia de salud.**
- IFRC, PNSs y CICR, si están presentes en el contexto nacional, deben ser contactados para conocer su trabajo en marcha o interés en la PRAS. Excepcionalmente el CICR puede llevar a cabo acciones PRAS sin la SN correspondiente.
- Si ya existe alguna plataforma de coordinación nacional del Movimiento, debe ser contactada e informada del inicio de trabajo PRAS.
- El Grupo de Trabajo Técnico Regional PRAS<sup>68</sup> puede tener información o contactos relevantes para el contexto nacional y facilita el acceso a las acciones de mutualización y apoyo regional del Movimiento.

### Sistema de salud (autoridades de salud y proveedores)

- El ministerio de salud y las autoridades territoriales de salud tienen un papel central y son los interlocutores más relevantes. Las diferencias en estructura y funcionamiento entre autoridades de salud requieren identificar que instituciones o departamentos tienen relación con la PRAS, pero generalmente son varias entidades las que requieren ser contactadas (provisión de servicios, talento humano, seguridad y salud en el trabajo, gestión de riesgo, etc.).

- Además de las autoridades rectoras del sistema de salud, las instituciones que implementan la provisión de asistencia de salud, tanto del sistema público como privado, en los niveles comunitario, prehospitalario (ambulancias) y de estructuras de salud. Importancia del sistema privado en la implementación y posibles barreras económicas de acceso.
- Los sanadores ancestrales y otros proveedores de asistencia de salud no oficiales tienen un papel importante en el acceso a la salud para minorías étnicas, comunidades en áreas remotas y otras poblaciones vulnerables con acceso limitado al sistema de salud oficial.

### Otras autoridades

- Las FSE (policía, ejército y otras unidades), particularmente si tienen asignado un papel especial en la protección de los servicios de salud (por ejemplo, el “código plata” en Ecuador).
- Ministerio del Interior.
- Otras autoridades civiles: fiscalía, judicatura, defensoría, ministerio de trabajo, etc.
- Autoridades territoriales de las áreas de interés: municipalidades, gobernadores.

### Otros actores

- Asociaciones profesionales de profesionales de la salud: colegios de médicos, asociaciones de médicos rurales, consejo de enfermería, etc.
- Academia: universidades, centros de investigación, etc.
- Organizaciones internacionales, particularmente la OPS, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo y otras ONGs o agencias de Naciones Unidas con interés en la PRAS.

## II. Análisis<sup>69</sup>: violencia contra asistencia de salud y respuesta existente

El conocimiento de la realidad y dimensiones de la violencia contra la asistencia de salud, así como de los recursos y acciones de respuesta que ya existen, es imprescindible para definir la respuesta PRAS adaptada y relevante del Movimiento en un contexto definido.

68 Ver 3.2 Acción conjunta del trabajo PRAS del Movimiento, Coordinación.

69 Se utiliza “análisis” en vez de “evaluación”, reservando este término para “el proceso para determinar, de manera sistemática, el mérito, el valor y el significado de un trabajo o capacidad”.

Para una valoración inicial a nivel local, se puede utilizar el “Análisis Rápido de Problema – PRAS”<sup>70</sup> en Anexo 2. Este documento estructura el análisis de forma clara y es útil para no olvidar los aspectos principales, aunque habría que añadir: políticas, normativas y prácticas sobre PRAS, actores implicados en la respuesta a la violencia contra la asistencia de salud.

Esta herramienta debe utilizarse en la valoración inicial de cualquier actividad de salud en áreas violentas, para integrar la PRAS en todas las actividades de salud.

#### Cuadro 8: Elementos para análisis rápido de la violencia contra la asistencia de salud

- Historial de violencia contra la salud.
- Riesgos actuales para instalaciones de salud, atención pre-hospitalaria, acceso a la salud para beneficiarios.
- Comportamiento de los portadores de armas hacia la atención de salud; comportamiento de los proveedores de atención de salud.
- Percepciones y comportamiento de la comunidad hacia la atención de salud.
- Identificación de personal, vehículos e instalaciones sanitarios.
- Políticas, normativas y prácticas existentes para la PRAS.
- Actores implicados en la respuesta a la violencia contra la asistencia de salud.

La información detallada sobre eventos de violencia contra la asistencia de salud necesaria para una valoración más completa a nivel nacional generalmente no existe recopilada por una sola fuente, sino en varias fuentes de cobertura, fiabilidad y precisión diferente. Adicionalmente todos los sistemas de reporte, cuando existen, tienen un grado variable de subregistro, por desconocimiento, falta de motivación, evitar un costo político, normalización o miedo. El subregistro por miedo hace que no se registren -y por ello no se conozcan- eventos muy graves, que produce un subregistro cualitativo además del cuantitativo. Por tanto, el análisis detallado debe combinar:

- Información ya existente de las fuentes disponibles (**Cuadro 9**), directas, indirectas o secundarias, incluyendo los reportes de las SNs.
  - Entrevistas con informantes relevantes, incluyendo autoridades de salud, personal de salud y comunidades afectadas.
  - Excepcionalmente, encuesta sencilla a un número limitado de personal, discusión con *grupos focales* representativos (personal de salud, usuarios, miembros de la comunidad, etc.), o estudios sencillos por instituciones académicas.
- El análisis de nivel nacional combinará la información sobre reportes de violencia contra la salud, con la información más cualitativa de las entrevistas y quizá de los cuestionarios o estudios. Es importante identificar:
- Las dimensiones de los eventos de violencia contra la asistencia de salud (número, distribución, tipo de eventos, gravedad, patrones evolutivos), identificando no solo los más frecuentes, sino también los más graves, que causan un impacto negativo mucho mayor.
  - El impacto en el acceso y la calidad de la asistencia de salud (cierre de estructuras de salud, ausencia de personal de salud, bloqueo de acceso de la población a los servicios de salud, etc.).
  - Las medidas de respuesta, oficiales y también de otras instituciones.

70 Traducción y adaptación de “Health/HCID Rapid Deployment Team. Rapid Problem Analysis”. ICRC 2023.

### Cuadro 9: Fuentes de información sobre eventos de violencia contra la asistencia de salud

#### **Fuentes directas (reportan eventos de violencia contra asistencia de salud)**

Son la **fuerza idónea**, donde las personas afectadas reportan los eventos

*Debe protegerse al personal de salud que reporta, asegurando la confidencialidad de la información. Además, no puede esperarse que el personal de salud siempre pueda identificar al autor.*

- Reportes de incidentes de seguridad contra los servicios de salud de las SNS.
- Sistemas oficiales de reporte por autoridades de salud, cobertura nacional (por ejemplo: Misión Médica, Colombia). Son la fuerza idónea porque tienen sostenibilidad institucional (basada en una normativa), cobertura nacional y continuidad.
- Sistemas oficiales de reporte parcial por autoridades de salud (por ejemplo, SESAL, Honduras o, Acceso, Brasil). Bastante útil para las áreas cubiertas, pero no permite identificar nuevas áreas de afectación.
- Sistemas de reporte por asociaciones profesionales. Mas irregulares al no ser el reporte obligatorio ni normatizado.
- Encuestas anónimas por medio de herramientas como Kobo, por fundaciones, academia y otras instituciones.
- Reporte de crímenes (Policía, Fiscalía y Medicina Legal). Pero solo si registran la víctima como personal de salud. Pueden ser de difícil acceso.
- Instituciones internacionales: suelen estar más enfocados en países con conflicto armado y tiene poca cobertura en LAC. (OMS, Insecurity Insight)
- Informes de instituciones o investigación académica, específicos sobre violencia contra la asistencia de salud.

#### **Fuentes indirectas (reportan otros eventos)**

Las fuentes indirectas no reportan eventos de violencia, sino otras informaciones, que son indicadores indirectos del problema. Útiles cuando no hay fuentes directas o para triangular información.

- Reportes de intervenciones de la policía para proteger asistencia de salud (“Código plata”, Ecuador).
- Reportes de funcionamiento de estructuras de salud (puestos de profesionales vacantes por dificultades de atraer personal a áreas violentas, duración del cierre de estructuras de salud debido a eventos violentos, etc.)
- Observatorios de violencia o de derechos humanos (Encuesta Nacional de Hospitales, Venezuela).

#### **Fuentes secundarias**

Menor fiabilidad, pero amplia cobertura. Útil para identificar tendencias ampliamente o para triangular información.

- Medios de comunicación
- Redes sociales

### III. Conocimiento y análisis del marco legal y normativo

Como referido a través de la guía, la mejora del marco legal y normativo es un elemento importante de la respuesta PRAS. En esta secuencia, su conocimiento permite:

- Identificar brechas o elementos ausentes, para promover la creación de nueva normativa.
- Promover la implementación de normativa existente.
- Identificar elementos en los que apoyar acciones concretas que formarán parte de la respuesta PRAS de socios del Movimiento (por ejemplo, la gestión de seguridad o el registro y análisis de eventos de violencia contra la asistencia de salud se pueden apoyar en elementos normativos existentes).

La herramienta estandarizada desarrollada por HCID **“Proteger la asistencia de salud frente a la violencia. Lista de verificación de disposiciones legislativas”**<sup>71</sup> permite la valoración del marco normativo y legal sobre protección de la asistencia de salud. Es un trabajo especializado que puede ser realizado por especialistas jurídicos del Movimiento o por alguna institución académica o jurídica. Como ejemplo, la revisión realizada en Perú<sup>72</sup>.

La finalidad de la normativa y legislación es su aplicación. Es muy importante identificar (para luego reforzar) los mecanismos que promueven su implementación y seguimiento (lineamientos de aplicación, plataformas de seguimiento, rendición de cuentas, etc.)

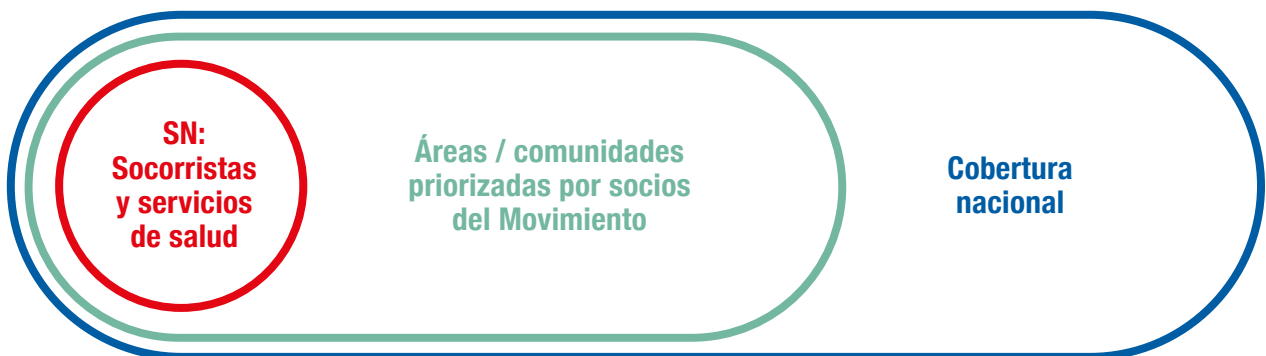
### IV. Selección de actividades para implementación

A un nivel estratégico hay tres niveles de alcance del trabajo PRAS por un miembro del Movimiento en un contexto nacional: 1. los servicios de salud y socorristas de las SN; 2. las poblaciones priorizadas por ese miembro del Movimiento en ese contexto nacional; y 3. la población general (trabajo sistémico) a nivel nacional.

Estos tres alcances concéntricos no son mutuamente excluyentes, pero es importante aclarar el nivel de aspiraciones de las acciones para PRAS que se van a iniciar.

**La protección y respeto de los servicios de salud y los socorristas de la SN es siempre el punto de partida y prioridad del trabajo PRAS en cada contexto nacional, comenzando con Acceso Más Seguro y siguiendo con actividades o programas PRAS más específicos, dirigidos a la SN.**

Cuadro 10: Niveles de alcance del trabajo PRAS



A partir de la discusión del alcance estratégico de áreas de intervención PRAS se seleccionan las acciones o programas PRAS concretos a poner en marcha.

Es importante considerar las múltiples dimensiones del problema y revisar los cuatro aspectos definidos en la Teoría del Cambio (portadores de armas, marco normativo, resiliencia del personal de salud y respeto por comunidades y público general), para conocer todas las opciones, pero el objetivo no es la implementación de todo el espectro de programas

o actividades sino seleccionar las más relevantes, teniendo en cuenta:

- La realidad del problema de la violencia contra la salud y la respuesta ya existente (identificados en 1. *Análisis: violencia contra la salud y respuesta existente*),
- Los recursos y capacidades disponibles.

71 Proteger la asistencia de salud contra la violencia. Lista de verificación de disposiciones legislativas. HCID 2021.

72 Sistematización de normas. Normativa peruana relacionada con la protección de los servicios de salud. CICR, 2015.

Si los servicios de salud de la SN son afectados por la violencia, siempre debe implementarse el marco **Acceso Más Seguro**, complementado por acciones específicas de PRAS.

En términos generales, los elementos mínimos de repuesta PRAS sugeridos son:

- Derechos y deberes del personal de salud. Informar, sensibilizar y empoderar al personal de salud. Tanto sobre normativa nacional como sobre ética profesional.
- Recomendaciones individuales de seguridad. Mientras se decide e implemente un sistema completo de gestión de seguridad, formación sobre comportamientos individuales seguros.
- Identificación de la asistencia de salud (personal, vehículos e instalaciones), idealmente una única identificación a nivel nacional: logo del ministerio de salud o emblema específico (por ejemplo: emblema Misión Médica de Colombia).

Los patrones de violencia contra la salud (ver **Cuadro 2**, violencia interpersonal, violencia armada, conflicto armado, etc.) y los eventos-tipo de mayor impacto (por ejemplo: asesinato de paciente herido dentro de hospital, o retención de personal de salud para dar asistencia a heridos de actor armado) son elementos importantes para seleccionar actividades o programas PRAS en cada contexto. El continuum de los patrones deberá ser tomado en cuenta, a su vez las experticias y mandatos respectivos de los miembros del Movimiento permitirán una articulación correspondiente.

De manera orientativa, algunos ejemplos de las actividades/programas PRAS más adecuadas de cada Pilar, según los patrones de violencia:

### Pilar 1: Portadores de Armas

- Protesta social. Interacción con líderes de la protesta para promover respeto a servicios de salud. Interacción con FSE para evitar uso indebido de ambulancias (ej. perfidia).
- Violencia Armada. Interacción directa (ideal pero difícil) o indirecta (comunidades, iglesia, otros actores) con GAs para promoción de PRAS.
- Conflicto armado. Interacción con portadores de armas (FSE y GAs) para promoción de PRAS.

### Pilar 2. Legislación y Normativa

- Violencia interpersonal. Promoción de agravante penal por delitos contra asistencia de salud. Protección de los servicios de salud.
- Protesta social. No penalización de provisión de asistencia de salud a participantes en la protesta social. Refuerzo legal de la protección de la confidencialidad de la información médica y de la imparcialidad de la asistencia de salud. Protección del emblema de la Cruz y los demás emblemas e identificativos de asistencia de salud, para prevenir su uso indebido / “perfidia”.
- Violencia Armada. Promoción de agravante penal por delitos contra asistencia de salud. Protección de los servicios de salud. No penalización de contacto con GAs para facilitar acceso a la salud. No penalización de provisión de asistencia de salud a GAs.
- Conflicto armado. Promoción de agravante penal por delitos contra asistencia de salud. No penalización de contacto con GAs para facilitar acceso a la salud. Protección de los servicios de salud. No penalización de provisión de asistencia de salud a GAs. Promoción de normativa específica sobre PRAS para FSE. Inclusión de PRAS en la formación sobre DIH y Uso de la Fuerza para FSE.
- Otras emergencias (catástrofes, emergencia de salud pública). Protección a personal de salud, incluyendo socorristas (incluyendo SNs) y primeros respondientes en emergencias.

### Pilar 3. Resiliencia del Personal y Sistemas de Salud

- Violencia interpersonal. Desescalación de la violencia. Promoción de ética profesional y humanización. Comportamientos seguros del personal de salud. Gestión de seguridad.
- Protesta social. Gestión de seguridad para atención prehospitalaria, comportamientos seguros del personal de salud.
- Violencia Armada y Conflicto Armado. Gestión de seguridad, tanto a nivel de estructuras de salud como de atención prehospitalaria o comunitaria. Comportamientos seguros del personal de salud.
- Otras emergencias (catástrofes, emergencia de salud pública). Gestión de riesgo. Comportamientos seguros del personal de salud. Desescalación de la violencia.

#### Pilar 4. Público General y Comunidades

- **Violencia interpersonal.** Diseminación respeto a asistencia de salud (medios de comunicación, redes sociales). Trabajo con comunidades, incluyendo mediación (en caso de comunidades repetidamente violentas contra los servicios de salud).
- **Protesta social.** Diálogo con líderes de la protesta para promover respeto a servicios de salud. Diseminación de mensajes específicos sobre bloqueo de servicios de salud (medios de comunicación y redes sociales).
- **Violencia Armada.** Diseminación de mensajes de respeto a la asistencia de salud, para la audiencia específica de GA y su entorno.
- **Conflicto armado.** Diseminación de mensajes de respeto a la asistencia de salud.
- **Otras emergencias** (catástrofes, emergencia de salud pública). Diseminación a población general. Lucha contra rumores e información falsa (fake-news) a través de información. Lucha contra el estigma.

La identificación de **eventos-tipo de mayor impacto** permite desarrollar respuestas específicas que deben priorizarse (por ejemplo, “protocolo de tirador activo”).

Además de la selección de programas y actividades específicos para PRAS, es importante revisar las oportunidades de **integración de actividades y elementos de PRAS en otros programas** apoyados o implementados por los componentes del Movimiento, particularmente en salud o protección.

La formación sobre derechos y deberes del personal de salud puede incorporarse a todos los programas de salud, y la persuasión (mensajes clave) sobre PRAS, puede incorporarse a las formaciones o diálogo con autoridades, particularmente FSE.

#### V. Coordinación y Movilización de OPS y otros actores

También presentada como acción transversal “facilitadora” (enabler), de facto en marcha en los contextos a través de cualquier acción del Movimiento, se puede integrar en la secuencia en una línea de tiempo según el abordaje en cada contexto, así como, por explorar más, a un nivel supranacional.

Los modelos de intervención y herramientas PRAS desarrollados por los componentes del Movimiento para poblaciones vulnerables específicas, pueden ser adoptados como políticas o procedimientos de salud nacionales para

expandir su cobertura, beneficiando a un número mucho mayor de personas y comunidades.

Otros actores PRAS a nivel nacional son:

- Colegios y asociaciones de profesionales de la salud.
- La academia.
- Organizaciones sociales de base de usuarios del sistema de salud, comités de salud de la comunidad, representantes de comunidades.
- Otras autoridades: FSE, fiscalía, defensoría, ministerio de trabajo, ministerio del interior.
- Representación nacional de organizaciones internacionales.
- ONGs, fundaciones y otras instituciones proveedoras de asistencia de salud.

En cada contexto nacional cada uno de estos otros actores tienen una presencia y relevancia diferente y por ello con un potencial diferente de contribución al trabajo PRAS.

La asociación con otros actores puede estructurarse en forma de convenios, acuerdos o simplemente la pertenencia conjunta a plataformas de coordinación específicas PRAS o no (por ejemplo: clúster salud).

A nivel regional, destaca por su mandato OPS, con representación muy variable a nivel nacional. En algunos contextos nacionales tienen programas y acciones PRAS relevantes que deben coordinarse con las del Movimiento<sup>73</sup>. Esta coordinación de programas y acciones debe suceder primordialmente a nivel nacional, pero se verá enmarcada y reforzada por la coordinación del Movimiento con OPS a nivel regional.

#### VI. Monitoreo y seguimiento

El monitoreo permite seguir el progreso de la implementación de las actividades PRAS priorizadas, los resultados obtenidos y los cambios en la situación.

Para un monitoreo adecuado, es necesario conocer:

##### **Análisis de eventos de violencia contra la asistencia de salud**<sup>74</sup>

Nos permite conocer el problema en sus dimensiones cualitativas (¿qué tipo de eventos?, ¿qué patrones de violencia?), como cuantitativas (¿es muy alto el número

73 Ver Parte 2, Respuesta PRAS en LAC: Pilares y Resultados / Facilitador 2

74 Ver Parte 2, Respuesta PRAS en LAC: Pilares y Resultados / Facilitador 1

de eventos violentos?, ¿aumenta?, ¿disminuye?). Esto nos permitirá conocer la distribución en tiempo y espacio (áreas más afectadas, etc.) de la violencia contra la asistencia de salud y su variación, tanto por la evolución general del contexto como en respuesta a las acciones PRAS de los miembros del Movimiento.

*Tras la identificación de fuentes de información en la fase de análisis, se establece un sistema de registro y análisis de eventos de violencia contra la asistencia de salud, estructurado según las categorías mínimas acordadas (ver Cuadro 5), que debe incluir:*

- **Identificación de eventos**, en las fuentes identificadas (Cuadro 9), según criterios definidos (por ejemplo, según área geográfica, o autor).
- **Registro de eventos**, en la periferia, cerca de donde se produjo el evento (personal de salud afectado), o centralmente (Minsalud o sede nacional de SN).
- **Recopilación de eventos**. Agrupándolos en un repositorio central, revisando para detectar duplicaciones y verificar veracidad.
- **Análisis descriptivo**, presentando los datos agrupados por variables, con una periodicidad regular.

### **Análisis de actividades y resultados**

Cada miembro del Movimiento tiene sus propios sistemas de monitoreo de actividades y resultados, que generalmente recogen información sobre:

- **Recursos y actividades** – fácil de registrar con indicadores simples de actividad (por ejemplo: número de sesiones de formación para personal de salud; número de personal de salud apoyado por SMAPS; número de estructuras de salud donde se ha realizado Security Survey / RAP, número de reuniones con autoridades para promocionar normativa).

- **Resultados** – más complejo de registrar porque requiere herramientas más elaboradas, como encuestas, pero más relevante (por ejemplo: personal de salud que cambia su comportamiento tras la formación; proporción de la comunidad que mejora su respeto a los profesionales de salud; adopción de normativa sobre PRAS).

*La revisión de los indicadores definidos para el seguimiento de actividades y resultados, junto al análisis de eventos de violencia contra la asistencia de salud, se realiza con una periodicidad regular, idealmente **trimestral** que permite identificar cambios, oportunidades u obstáculos, que puedan requerir adaptaciones o reorientación de las actividades.*

## **VII. Revisión y ajustes**

La información obtenida por el sistema de monitoreo y otros elementos de análisis adicionales deben revisarse y analizarse (combinación de análisis cuantitativo de los resultados del monitoreo con elementos cualitativos) periódicamente a **nivel nacional**, para:

- Comprobar que las actividades o programas PRAS progresan en la dirección adecuada.
- Realizar los ajustes necesarios para adaptar el programa o actividades a los cambios del contexto.
- Identificar fallos o debilidades para corregir; u oportunidades para mejorar.
- Identificar resultados y en la medida de lo posible, estimar impactos.

Esta revisión debe realizarse siempre que haya cambios significativos en el contexto o la orientación del programa o como mínimo, una vez al año, idealmente en el momento de planificar el año siguiente. Asimismo, según recursos disponibles, se recomienda estructurar como una evaluación.

## **3.2 ACCIÓN CONJUNTA DEL TRABAJO PRAS DEL MOVIMIENTO**

El impacto potencial conjunto del Movimiento en la PRAS es grande, mayor que la simple suma de esfuerzos, debido al valor agregado de la potenciación por medio de la sinergia y complementariedad. Se puede conseguir mediante interacciones de trabajo que van gradualmente, desde la

coherencia del enfoque del trabajo PRAS, el apoyo mutuo en compartir experiencias y buenas prácticas existentes, hasta la coordinación (regional y nacional) y la cooperación. Cuatro líneas de acción, resumidas a continuación en el **Cuadro 11**.

**Cuadro 11: Optimización del trabajo PRAS del Movimiento en LAC**

	¿QUÉ ES?	¿CÓMO SE HACE?	¿QUIÉN?
<b>COHERENCIA</b>	Enfoque y elementos generales compartidos por los miembros del Movimiento para el trabajo PRAS.	Utilización de un marco conceptual acordado como punto de partida, que se continúa con los acuerdos de los Grupos de Trabajo Temáticos.	Todos aquellos implicados en trabajo PRAS.
<b>APOYO MUTUO</b>	Apoyo entre pares, intercambiando herramientas o experticia.	Sesiones de intercambio regional de conocimiento; iniciativas específicas de apoyo técnico entre miembros del Movimiento, etc.	Técnicos y gestores de actividades PRAS.
<b>COORDINACIÓN</b>	Mecanismos formales de organización interna de los miembros del Movimiento.	Plataformas y acuerdos de coordinación 11 (regional: Grupo de Trabajo Técnico PRAS; nacional: Mesa Nacional PRAS del Movimiento).	Las personas que forman las plataformas de coordinación.
<b>COOPERACIÓN</b>	Apoyo formalizado, de un miembro del Movimiento a otro, con recursos o experticia técnica.	Acuerdo (“acuerdo operativo”) entre instituciones del Movimiento	Las instituciones del Movimiento: SNs, IFRC, PNSs y CICR.

## COHERENCIA

La *coherencia* en el enfoque del trabajo PRAS de los miembros del Movimiento (entendida como un alto grado de afinidad que no llega a la homogeneidad completa y sin contradicciones), es el punto de partida necesario para el trabajo conjunto del Movimiento sobre esta temática en LAC. Se apoya sobre los Principios Fundamentales del Movimiento compartidos por todos y las Resoluciones referentes a la temática.

La flexibilidad de la *coherencia* -comparado con la rigidez de enfoques estrictamente definidos- permite optimizar los mandatos y fortalezas complementarios de los miembros del Movimiento.

Los elementos concretos de coherencia fueron definidos conjuntamente, como punto de partida, en el Taller-Mesa de Expertos PRAS de diciembre de 2024<sup>75</sup>, y están recogidos en las secciones “1. Fundamentos” y “2. Marco de aplicación “de esta Guía.

El avance en la *coherencia*, mediante la definición de nuevos elementos de acuerdo sobre PRAS entre los componentes del Movimiento, lo realizan los Grupos de Trabajo Temáticos a nivel nacional, liderados y apoyados por el Grupo Técnico de Trabajo Regional PRAS.

75 Ver “Informe Taller Regional Movimiento Estrategia PRAS dic2024.” Cuadro 1: Definiciones básicas y categorización de: tipología de eventos, víctimas, patrones de violencia y autores; acordados en el Taller-Mesa de Expertos.

**Cuadro 12: Elementos de coherencia**

- Uso del marco conceptual, terminología y definiciones técnicas de la Guía por los miembros del Movimiento en LAC.
- Las acciones de apoyo mutuo (Sesiones de Orientación Regional, Sesiones de Intercambio Técnico), aunque tienen como objetivo principal el intercambio técnico, tienen un efecto muy positivo en la coherencia, al generar y actualizar conceptos y enfoques compartidos.
- Grupos de Trabajo Temáticos, para generar acuerdos sobre aspectos técnicos de temáticas específicas (ver **Cuadro 12**).
- Documentar buenas prácticas y casos exitosos de cooperación sobre PRAS entre miembros del Movimiento en LAC.

**Cuadro 13: Grupos Regionales de Trabajo Temático**

- Sistema de registro y análisis de eventos PRAS .
- Investigación del impacto de la violencia contra la asistencia de salud.
- Gestión de Riesgo.
- Sanadores ancestrales.
- Salud en detención.
- Forenses.
- Comunicación pública.

**APOYO MUTUO**

El *apoyo mutuo*, entendido como el intercambio y colaboración entre miembros del Movimiento y entre países de la región, con grados variables de formalidad e intensidad (desde el intercambio de información hasta el apoyo directo en la replicación de programas) es la forma más sencilla y eficiente de optimización del trabajo PRAS de los miembros del Movimiento.

El Grupo de Trabajo Técnico Regional planifica, organiza y anima las actividades de apoyo mutuo.

**Cuadro 14: Elementos de apoyo mutuo**

- Seminarios Orientación PRAS Regional.
- Mesas Intercambio Técnico: SMAPS, comunicación pública.
- Repositorio digital de herramientas.
- Compartir buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- Apoyo mutuo para replicación y uso de herramientas PRAS.
- Adaptación y apoyo técnico para replicación de programas más complejos.
- Compartir ejemplos de adaptación de programas.
- Procedimientos de apoyo ad-hoc.

## COORDINACIÓN

Sobre la base de la *coherencia*, la *coordinación* del Movimiento del trabajo PRAS regional se apoya en elementos y procesos formales con la finalidad de promover acuerdos concretos, que aseguren la optimización del trabajo conjunto de los miembros del Movimiento sobre PRAS. El Asesor Regional PRAS CICR, con dedicación completa a apoyar la coordinación del Movimiento sobre PRAS, promueve, facilita, coordina y anima estas actividades e iniciativas.

A nivel regional, el **Grupo de Trabajo Técnico PRAS Regional de Movimiento**<sup>76</sup>, lidera las iniciativas de coordinación (ver **Cuadro 12** y **Cuadro 13**).

A nivel nacional, las **Mesas Nacionales PRAS del Movimiento** reúnen a todos los miembros del Movimiento presentes en cada país. En ausencia de una Mesa Nacional exclusiva para PRAS, se deberá abogar por la inclusión sistemática de la temática PRAS en la agenda de los Mecanismos Nacionales de Coordinación del Movimiento.

La coordinación de las acciones PRAS del Movimiento en cada país, liderada por la *Mesa Nacional*:

- debe iniciarse con un **mapeo de las acciones y planes de los diferentes componentes del Movimiento**, para asegurar la *coherencia* y buscar la complementariedad y sinergia.
  - a medio plazo debe elaborarse un **análisis conjunto de la problemática PRAS** (integrando los diferentes mandatos y fortalezas de los componentes del Movimiento) que permita una **planificación coherente** con la articulación intencional de interacciones complementarias o sinérgicas, entre las acciones de diferentes componentes del Movimiento.
  - la **reunión trimestral de la Mesa Nacional PRAS** permite un seguimiento y actualización del análisis y la planificación.
- la **reunión de planificación anual**, en fecha que tenga en cuenta los calendarios de planificación anual de los diferentes componentes del Movimiento, permite **en cada contexto nacional** compartir planes generales y proponer, como mínimo, adaptaciones que contribuyan a la complementariedad y sinergia, e idealmente, una **planificación coordinada** de las acciones PRAS de todos los componentes del Movimiento presentes.

### Cuadro 15: Responsabilidades y Tareas del Grupo Técnico de Trabajo PRAS Regional

- Promoción y monitoreo del uso de la Guía PRAS Regional.
- Promoción y seguimiento Mesas Nacionales.
- Facilitación apoyo técnico a SNS, PNSs y Delegaciones del CICR.
- Organización y animación de actividades de mutualización: Sesiones de Orientación Regional PRAS, Sesiones de Intercambio Técnico, Grupos de Trabajo temáticos.
- Movilización de actores PRAS externos: promover liderazgo de ministerios de salud a nivel nacional y de la OPS a nivel regional; mapeo y contacto con otros actores PRAS; establecer mecanismos de coordinación y colaboración del Movimiento con otros actores para la repuesta PRAS; promover redes de apoyo.
- Supervisión de la coherencia en los contenidos de la comunicación pública sobre PRAS de los miembros del Movimiento. Excepcionalmente promover y coordinar la comunicación conjunta del Movimiento o la realización de campañas.

76 Por construir: Términos de Referencia - Grupo de Trabajo Técnico PRAS Regional de Movimiento. A la fecha (2025-2026) grupo actualmente liderado por el Asesor Regional de PRAS del CICR basado en Bogotá, con el apoyo del jefe Regional NorCross basado en Panamá, y Responsable de Salud de la IFRC basado en Bogotá.

## Cuadro 16: Relaciones de coordinación PRAS Américas



▪ Los grupos de animación del trabajo presentados podrán evolucionar según posibilidades, voluntariedades, a través de acuerdos y TdR, optando por sistema rotativo.

\* El Asesor Regional PRAS CICR, moviliza, anima y facilita el trabajo de este grupo.

**NOTA:** Composición de Grupo Técnico de Trabajo al momento de escribir esta Guía.

## COOPERACIÓN

La *cooperación* formal e interinstitucional entre miembros del Movimiento sobre el trabajo PRAS en LAC se enmarca en acuerdos generales de coordinación operacional del Movimiento, como el Acuerdo de Sevilla 2.0<sup>77</sup>.

De manera más concreta, PNSs, IFRC, y el CICR tienen acuerdos con las SNs de la región, para apoyar con recursos o experticia técnica:

- El fortalecimiento de las capacidades de las SNs.
- La respuesta operacional en favor de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Ambas modalidades pueden apoyar programas y actividades específicas de las SNs sobre PRAS o bien sobre salud, protección u otros sectores que puedan incluir algunos aspectos de PRAS.

La presentación de la iniciativa regional PRAS, incluyendo la elaboración de la presente guía han sido compartidos desde el 2024 a los liderazgos de los componentes del Movimiento, a nivel global y en la región.

Acuerdos formales de cooperación con las SNs posteriores deberán seguir siendo compartidos en las Mesas Nacionales de Coordinación PRAS, particularmente en las sesiones de planificación anual del año siguiente.

# AGRADECIMIENTOS

Esta Guía PRAS para Latinoamérica y el Caribe (LAC) es el resultado del esfuerzo, colaboración, e intercambio de saberes de muchos actores del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. A todos y cada uno de ellos queremos hacerles un reconocimiento por sus importantes aportes en materia técnica y de contenidos, contribuyendo a hacer de esta Guía una herramienta sólida y de fácil lectura.

Un reconocimiento especial para los equipos de la iniciativa Health Care in Danger, desde Ginebra y Oslo, que generaron la base fundamental de conocimiento sobre la temática de violencia contra los servicios de salud, así como múltiples herramientas y elementos operacionales, que brindan sustento técnico a la iniciativa PRAS.

Asimismo, agradecemos el trabajo de décadas de los miembros del Movimiento en la región: Sociedades Nacionales, Delegaciones del CICR, IFRC y PNSs implicadas de vieja data en iniciativas PRAS, que aportan la riqueza de experiencias que hoy compartimos.

Mención particular a Cruz Roja Noruega, cuyo apoyo específico permitió el lanzamiento de la iniciativa de trabajo conjunto del Movimiento que se explica en esta Guía, y aportó un coliderazgo clave con IFRC y el CICR. También para Cruz Roja Española por unirse al proceso y haber impulsado un compromiso clave sobre la PRAS en la 34ava Conferencia Internacional del Movimiento.

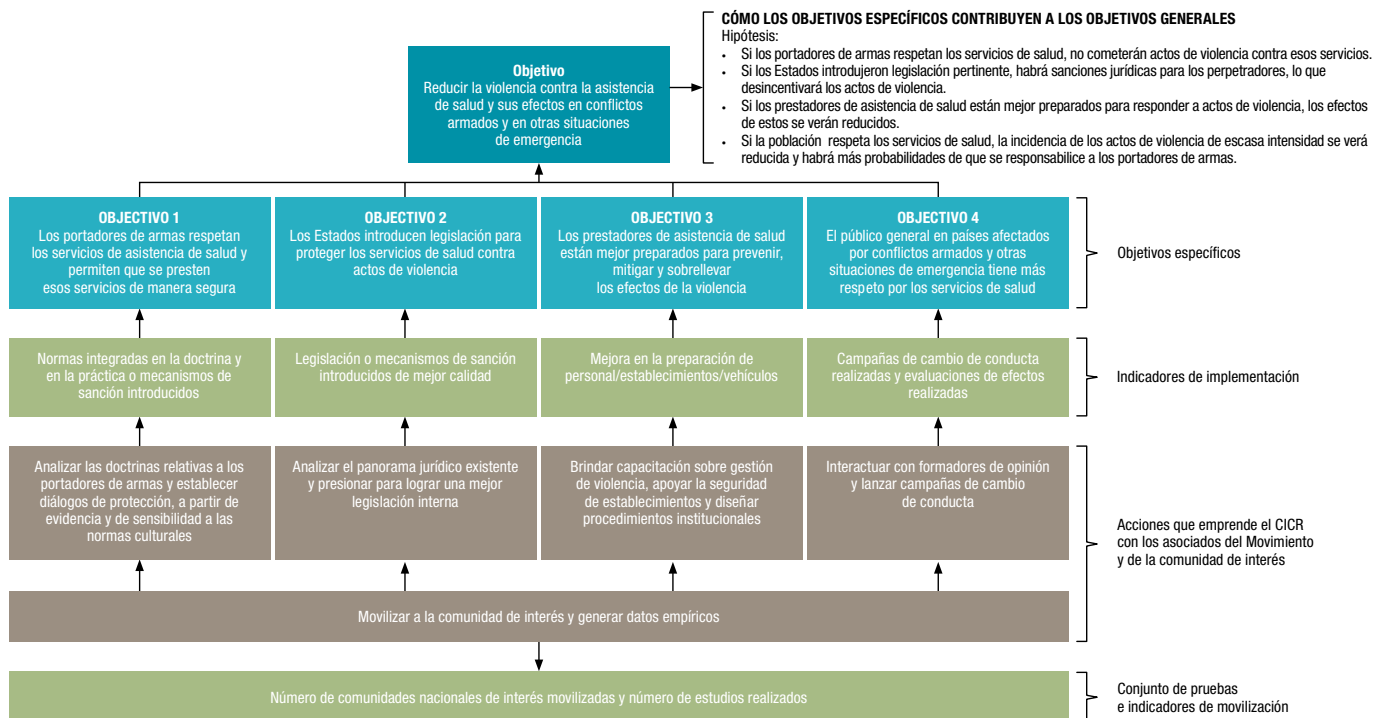
Por último, una dedicatoria especial para todas las personas que día tras día se esfuerzan por responder a las necesidades de asistencia de salud en las comunidades afectadas por la violencia en la región LAC, porque sus esfuerzos son fuente de inspiración y razón de ser de esta Guía.

**Equipo CICR.**

# ANEXOS

## ANEXO 1: TEORIA DEL CAMBIO HCID

### ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO: TEORÍA DEL CAMBIO



## ANEXO 2: ANÁLISIS RÁPIDO DEL PROBLEMA – PRAS

TEMA	PREGUNTAS	OBSERVACIONES	ACCIÓN PROPUESTA
<b>Historial de eventos violentos contra la asistencia de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Se han conocido incidentes de violencia contra el personal de salud, los pacientes, los vehículos o las instalaciones sanitarias?</li> </ul> <p><i>(Considere los ataques, amenazas, obstrucciones o denegación de atención en todas las etapas de la cadena de atención, no solo en los hospitales).</i></p>	<p>Utilice QUÉ-DÓNDE-CUÁNDO-QUIÉN</p> <p><u>sin mencionar nombres de las personas afectadas.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar sobre los eventos (Jefatura, Protección, Gestión de Seguridad)</li> <li>Protocolos para informar sobre los eventos. Socializarlos con personal de salud.</li> <li>Incluir información PRAS en informe general sobre el sistema y contexto de salud.</li> </ul>
<b>Riesgos actuales para instalaciones de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilice encuesta Security Survey / RAP para evaluar los riesgos para instalaciones de salud específicas.</li> </ul> <p><b>Para una valoración más rápida, verifique:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Exposición de áreas críticas a daños durante un posible evento de violencia.</li> <li>Existencia de medidas de seguridad.</li> <li>Existencia planes de contingencia y reubicación.</li> </ol>	<p>Considere las zonas para brindar atención vital (urgencias, quirófanos, etc.), los servicios de farmacia y las zonas de esterilización como áreas críticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los entornos de atención de salud considerados para recibir apoyo estructural se han evaluado mediante Security Survey / RAP.</li> <li>En las instalaciones visitadas para una evaluación rápida de necesidades, se han evaluado los riesgos y preocupaciones generales de seguridad.</li> <li>Informar sobre las necesidades identificadas de reforzar la seguridad pasiva en instalaciones de salud.</li> </ul>
<b>Riesgos actuales para la atención pre-hospitalaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilice encuesta TAARS o la de Evaluación de Riesgo Pre-Hospitalario para evaluar los riesgos para ambulancias.</li> </ul> <p><b>Para una valoración más rápida:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Existen protocolos de seguridad para las ambulancias? ¿Y específicamente para los traslados médicos de emergencia?</li> <li>Considere también los protocolos de seguridad básicos, como ponerse en contacto con otras personas para obtener información o autorización.</li> <li>¿Hay amenazas u obstrucciones para la transferencia en ambulancia?</li> </ol>	<p>Tenga en cuenta todo tipo de medidas de seguridad: comunicación, coordinación, EPP, evaluación de riesgos, autorización para la circulación, etcétera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las evaluaciones de los servicios de ambulancia y prehospitalarios incluyen los riesgos generales de seguridad, las preocupaciones y los protocolos existentes.</li> <li>Mapear los puntos de control / alto riesgo de bloqueo / “fronteras invisibles” y quienes los controlan.</li> <li>Comprobar si es posible desarrollar nuevas medidas de seguridad o mejorar las existentes para los traslados médicos.</li> </ul>

<p><b>Riesgos actuales para el acceso a la salud por los beneficiarios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Existen amenazas directas para las personas que buscan acceder a la atención médica? En caso afirmativo, ¿afectan a toda la población o a grupos específicos?</li> <li>■ Si hay servicios de salud extramural /comunitarios ¿existen protocolos de seguridad que cubran sus movimientos?</li> </ul>	<p>Tenga en cuenta todo tipo de medidas de seguridad: comunicación, coordinación, EPP, evaluación de riesgos, autorización para la circulación, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informar al equipo permanente de despliegue rápido de Protección sobre las obstrucciones al acceso.</li> <li>■ Comprobar si es posible dar soporte a los servicios móviles utilizando las medidas de acceso existentes o desarrollar otras nuevas.</li> </ul>
<p><b>Comportamiento de los portadores de armas hacia el personal sanitario, los pacientes, las instalaciones y el transporte sanitario</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Los portadores de armas se comportan de manera amenazante, retrasando o bloqueando la prestación de atención médica?</li> <li>■ ¿Los portadores de armas se desplazan libremente por las instalaciones de salud?</li> <li>■ ¿Los portadores de armas realizan alguna actividad dentro o en las inmediaciones de las instalaciones de salud que pueda representar una amenaza para las personas o las instalaciones?</li> <li>■ Incluir todo comportamiento de los portadores de armas, independientemente de si están llevando a cabo acciones legales o ilegales.</li> </ul>	<p>Tenga en cuenta todo tipo de medidas de seguridad: comunicación, coordinación, EPI, evaluación de riesgos, autorización para la circulación, etcétera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informar a Jefatura, Protección, Gestión de Seguridad de cualquier incidente o comportamiento poco cooperativo por parte de los portadores de armas.</li> <li>■ Comprobar si es posible desarrollar o mejorar los planes de contingencia.</li> <li>■ Comprobar si es posible mejorar la seguridad pasiva y controlar el movimiento de personas.</li> </ul>
<p><b>Comportamiento de los proveedores de atención de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Los trabajadores de la salud brindan atención con un enfoque ético e imparcial? ¿El personal de salud está tratando a los pacientes y familiares de manera respetuosa?</li> <li>■ ¿Es el personal de salud (no solo el personal clínico) capaz de comprender sus derechos y responsabilidades en situaciones de violencia armada, conflicto armado y otras emergencias?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sensibilizar al personal de salud de la necesidad de proporcionar una atención de salud basada en la ética profesional.</li> <li>■ Compartir la información básica (folleto, presentación, mensajes clave) para sensibilizar sobre los derechos y responsabilidades del personal sanitario en situaciones de violencia armada, conflicto armado y otras emergencias.</li> </ul>	

<p><b>Comportamiento de los miembros de la comunidad hacia los proveedores de atención de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Los servicios de salud y el personal de salud son bien percibidos por la comunidad? ¿La comunidad confía en el personal de salud?</li> <li>■ ¿Existen mecanismos para que la comunidad pueda reclamar o presentar solicitudes al personal de salud?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Comprobar si es posible apoyar a los proveedores de salud para que compartan información sobre sus actividades de manera constructiva.</li> <li>■ Considerar las posibilidades de sensibilización sobre PRAS, o sobre mediación para mejorar la comunicación y la rendición de cuentas entre el equipo de salud y la comunidad.</li> </ul>	
<p><b>Identificación de personal de salud, vehículos sanitarios y estructuras de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿El personal de salud están debidamente identificados con elementos distintivos como chalecos, uniformes o insignias?</li> <li>■ Tenga en cuenta todas las medidas de identificación, independientemente de si son oficiales o no. Tenga en cuenta todos los símbolos de identificación de personal y actividades de salud y no solo el emblema de la Cruz Roja.</li> <li>■ ¿Los establecimientos de salud y los vehículos de transporte están debidamente identificados con símbolos distintivos? Igual que el anterior.</li> </ul>	<p>Indicar los casos en que el personal o los servicios de salud hayan optado por NO llevar ningún símbolo distintivo y por qué.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informar sobre posible mal uso de emblema de la Cruz Roja u otros símbolos de identificación de atención de salud.</li> <li>■ Comprobar si es posible mejorar la identificación cuando sea necesario (no solo mediante el uso de los emblemas, sino también de otros elementos y símbolos alternativos).</li> </ul>

Fuente: Traducción y adaptación de “Health/HCID. Rapid Deployment Team – Rapid Problem Analysis” CICR 2023.

## ANEXO 3: MAPEOS DE NORMATIVA/PRÁCTICAS/INTERÉS PRAS en LAC<sup>78</sup>

País	Normativa						Prácticas			Intereses e intenciones			
	Constitución política	Normativa SST	Normativa SST** con mención VCAS	Normativas relacionadas con VCAS	Normativa específica VCAS*	Normativa del Movimiento	Iniciativas del movimiento para respuesta frente a VCAS	Iniciativas de gobierno para respuesta frente a VCAS	Trabajo intersectorial para abordar la problemática VCAS	Interés de apoyo para implementación de políticas específicas VCAS	Interés de cooperación y coordinación VCAS	Intención de trabajar en normativa VCAS	Intención del movimiento de trabajar en iniciativas VCAS
Bolivia	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	Si
Brasil	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Colombia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Costa Rica	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Ecuador	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
El Salvador	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Guatemala	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si
Haití	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	Si
Honduras	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
México	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si
Perú	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Venezuela	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	Si

\*Violencia contra la asistencia de salud

\*\*Seguridad y Salud en el Trabajo

### Normativa sobre protección del emblema de la Cruz Roja en LAC

País	Normativa	Año
Bolivia	Ley N.° 2390	2002
Brasil	Ley N.° 9707	1998
Colombia	Ley N.° 875	2004
Costa Rica	Ley N.° 8031	2000
Ecuador	“Ley sobre el Uso y Protección del Emblema de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Registro Oficial No. 166”	2007
El Salvador	Decreto Legislativo No. 789	1994
Guatemala	Decreto 102-97, con reformas en el Decreto 27-2011	2011
Haití	no hay ley específica	-
Honduras	“Ley Marco de Protección al Nombre y Emblema de la Cruz Roja”	2004
México	“Ley para el uso y protección de la denominación y del emblema de la Cruz Roja”	2007
Perú	Ley N.° 31739	2023
Venezuela	“Ley de Protección al Nombre y Emblema de la Cruz Roja”	2015

78 Extracto de Mapeo de políticas, prácticas e intenciones en Latinoamérica relacionadas con la protección y respuesta frente a la violencia contra la asistencia de salud, Benjamin Moreno, Diciembre 2024 (no representa posiciones del Movimiento, ni puede publicarse ni total ni parcialmente).

# TABLA DE CONTENIDOS Y CUADROS

<b>GLOSARIO DE ACRÓNIMOS</b>	<b>5</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>1. FUNDAMENTOS Y MARCO DE APLICACIÓN</b>	<b>8</b>
<b>1.1 FUNDAMENTOS</b>	<b>8</b>
Marco institucional: Compromiso del Movimiento con la protección y respeto a la asistencia de salud.	8
Marco legal: todos los marcos legales protegen la asistencia de salud	8
Acceso seguro a la asistencia de salud para poblaciones en situación de vulnerabilidad	8
Protección y respeto para quienes hacen posible la asistencia de salud	9
PRAS en el contexto de “Protección en el Movimiento”	9
<b>1.2 MARCO DE APLICACIÓN</b>	<b>10</b>
Terminología	10
Alcances	11
Animación y participantes	11
Dimensión regional	11
Dimensión nacional	11
Mandatos y funciones de los componentes del Movimiento en PRAS en LAC	12
Marco temporal:	12
Cobertura geográfica	12
Poblaciones objetivo	12
Análisis Del Problema Y Elementos Clave	12
Contexto regional de violencia en aumento	12
Falta de información coherente sobre eventos de violencia contra la asistencia de salud	14
El “continuo” de la violencia contra la asistencia de salud: desde violencia interpersonal hasta conflicto y violencia armada	14
Protección armada de servicios de salud por Fuerzas de Seguridad del Estado	14
Acceso a la asistencia de salud de portadores de armas heridos o enfermos	15
Normativas de protección de la salud: ¿implementación?	15
Impacto de la violencia en el personal de salud	15
“Desinformación”, uso indebido de datos y nuevas tecnologías	17
Protesta social	17
Intersecciones: desastres naturales y cambio climático, epidemias y pandemias, movimientos de población	18
<b>2. LA RESPUESTA PRAS EN LAC: PILARES Y RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>2.1 TEORÍA DEL CAMBIO HCID ADAPTADA A LAC</b>	<b>19</b>
<b>2.2- CUATRO PILARES PARA UNA RESPUESTA ESTRATÉGICA Y EFECTIVA</b>	<b>21</b>
Pilar 1: portadores de armas	21

Procesos.....	21
Portadores de armas en general:.....	22
Grupos Armados (GA) .....	23
<b>Pilar 2: legislación y normativa para PRAS .....</b>	<b>24</b>
Procesos.....	24
Contenido de leyes y normativas en favor de la PRAS .....	24
<b>Pilar 3: resiliencia del personal y sistemas de salud .....</b>	<b>25</b>
Responsabilidad individual.....	26
Gestión de Seguridad.....	26
Apoyo SMAPS para personal de salud afectado por la violencia.....	27
Grupos especiales de personal de salud .....	29
<b>Pilar 4: público general y comunidades .....</b>	<b>31</b>
Público general.....	31
Comunidades.....	31
Autoridades civiles.....	33
Movimiento.....	33
<b>FACILITADORES.....</b>	<b>34</b>
Facilitador 1. Evidencia: registro de eventos e investigación .....	34
Facilitador 2: Movilización de ops y otros actores .....	35
<b>3. RUTA DE APLICACIÓN .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 SECUENCIA DE APLICACIÓN DE LA PRAS .....</b>	<b>37</b>
I. Acercamiento a actores relevantes.....	38
II. Análisis: violencia contra asistencia de salud y respuesta existente.....	38
III. Conocimiento y análisis del marco legal y normativo.....	41
IV. Selección de actividades para implementación .....	41
V. Coordinación y Movilización de OPS y otros actores .....	43
VI. Monitoreo y seguimiento .....	43
VII. Revisión y ajustes .....	44
<b>3.2 - ACCION CONJUNTA DEL TRABAJO PRAS DEL MOVIMIENTO.....</b>	<b>44</b>
Coherencia.....	45
Apoyo mutuo.....	46
Coordinación .....	47
Cooperación .....	48

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 1: Teoría del cambio HCID .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 2: Análisis rápido del problema – PRAS .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 3: Mapeos de normativa/prácticas/interés PRAS en LAC .....</b>	<b>54</b>

# CUADROS

Cuadro 1: Definiciones básicas PRAS .....	11
Cuadro 2: Patrones de violencia contra la asistencia de salud en LAC.....	13
Cuadro 3: Teoría del Cambio PRAS Movimiento LAC .....	20
Cuadro 4: Especificidades PRAS de la Protesta Social .....	32
Cuadro 5: Elementos comunes de registro de eventos de violencia contra la asistencia de salud.....	35
Cuadro 6: Mapeo actores PRAS en LAC.....	36
Cuadro 7: Resumen de secuencia de aplicación de la PRAS .....	37
Cuadro 8: Elementos para análisis rápido de la violencia contra la asistencia de salud .....	39
Cuadro 9: Fuentes de información sobre eventos de violencia contra la asistencia de salud .....	40
Cuadro 10: Niveles de alcance del trabajo PRAS.....	41
Cuadro 11: Optimización del trabajo PRAS del Movimiento en LAC.....	45
Cuadro 12: Elementos de coherencia.....	46
Cuadro 13: Grupos Regionales de Trabajo Temático.....	46
Cuadro 14: Elementos de apoyo mutuo.....	46
Cuadro 15: Responsabilidades y Tareas del Grupo Técnico de Trabajo PRAS Regional.....	47
Cuadro 16: Relaciones de coordinación PRAS Américas .....	48

El Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja es la red humanitaria más grande del mundo. Está compuesto por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), 191 Sociedades Nacionales y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Desde sus orígenes en 1863, el Movimiento ha promovido el respeto por la asistencia sanitaria, fundamentado en el principio de humanidad, así como en disposiciones del Derecho Internacional Humanitario, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y diversas resoluciones internas.

La iniciativa regional para la Protección y el Respeto a la Asistencia de Salud (PRAS) en América Latina y el Caribe, de la cual surge la presente Guía Técnica, representa una continuación de esta tradición y busca compartir con los actores del Movimiento en la región metodologías y buenas prácticas orientadas a promover la protección y el respeto a la salud en situaciones de conflictos armados, otras situaciones de violencia y crisis humanitarias.

