PREPARACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES DE SALUD EN CONFLICTOS ARMADOS Y EN OTRAS EMERGENCIAS

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

CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
shop@icrc.org www.cicr.org
© CICR, noviembre de 2015

PREPARACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES DE SALUD EN CONFLICTOS ARMADOS Y EN OTRAS EMERGENCIAS

ÍNDICE

PREFACIO **5**
ACERCA DE ESTA PUBLICACIÓN **9**
EL PROYECTO "ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO" **10**
AGRADECIMIENTOS **12**

1. ANTECEDENTES **15**
1.1 Contexto 15
1.2 Qué establece el derecho 17

2. PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN **21**
2.1 Introducción 21
2.2 Planes de contingencia 21
2.3 Comprender el contexto 21
2.4 Nivel de seguridad de una instalación de salud 22
2.5 Coordinación 24
2.6 Sensibilización 24

3. SEGURIDAD Y BIENESTAR DEL PERSONAL DE SALUD, LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES **29**
3.1 Introducción 29
3.2 Condiciones laborales del personal 29
3.3 Composición de la fuerza laboral 34
3.4 Preparación del personal 34
3.5 Protección de los pacientes 35
3.6 Familiares de los pacientes 35
3.7 Irrupciones 36
3.8 Comunidades 38
3.9 Relaciones con los medios de comunicación 38

4. SEGURIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA DE ASISTENCIA DE SALUD **41**
4.1 Introducción 41
4.2 Evaluación de riesgos 41
4.3 Lograr un equilibrio entre la necesidad de garantizar la seguridad física, el acceso y la percepción positiva 41
4.4 Consideraciones respecto del sitio 42
4.4.1 Ubicación *42*
4.4.2 Distancia de seguridad *42*
4.4.3 Configuración de la instalación *43*
4.5 Organización de los edificios 44
4.6 Acceso y control de los ingresos 45
4.6.1 Primera línea de protección: vallado perimetral *45*
4.6.2 Ingreso del público, controles de seguridad y sistema de clasificación *46*
4.6.3 Segunda línea de protección: impedir irrupciones y daños en zonas críticas *46*
4.7 Salas seguras 47
4.8 Estructura de los edificios 47

4.9 Aberturas 48
4.10 Red de servicios públicos (agua, electricidad, cloacas) 49
4.11 Autosuficiencia 50
4.12 Mantenimiento 50
4.13 Riesgo de incendio 50
4.14 Sistema de comunicación 51

5. SEGURIDAD DE LA CADENA DE ABASTECIMIENTO DE BIENES Y MATERIAL PARA ASISTENCIA DE SALUD 55
5.1 Introducción 55
5.2 Recursos humanos 55
5.3 Sistemas informáticos y de comunicación 55
5.4 Sistemas y recursos financieros 56
5.5 Planificación y preparación 56
5.6 Selección de artículos 57
5.7 Previsión de la demanda y control de inventario 57
5.8 Selección de proveedores 58
5.9 Almacenamiento 59
5.10 Transporte 60

6. REUBICACIÓN TEMPORARIA POR MOTIVOS DE SEGURIDAD 63
6.1 Introducción 63
6.2 Ubicación 63
6.3 Nivel de asistencia y servicios disponibles 64
6.4 Preparativos para el traslado 64

OBSERVACIONES FINALES 67

R. Garcia Vilanova/CICR

PREFACIO

Por Pascal Hundt, jefe de la división de asistencia del Comité Internacional de la Cruz Roja

El respeto y la protección de los heridos y los enfermos, del personal y de las instalaciones de salud, así como de los medios de transporte sanitarios, han sido elementos centrales del desarrollo del derecho internacional humanitario (DIH) desde la aprobación del primer Convenio de Ginebra en 1864. Sin embargo, hoy en día diversas formas de violencia interrumpen o ponen en peligro la prestación de asistencia de salud en muchos lugares del mundo.

La violencia puede interrumpir estos servicios cuando más se los necesita; incluso un único ataque puede tener graves efectos secundarios. Por ejemplo, en una situación de conflicto, un acto de violencia puede provocar la partida del personal de asistencia de salud y el cierre de las instalaciones sanitarias, lo que priva a las personas de acceder a este servicio. Si la prestación de asistencia de salud (incluso básica) o el desarrollo de actividades de salud pública (como programas de vacunación) se ven dificultados como resultado de la violencia, las repercusiones las sufren comunidades enteras. Por lo que respecta al número de personas afectadas, la interrupción violenta de la prestación de asistencia de salud es hoy en día uno de los problemas humanitarios más graves.

La elaboración de recomendaciones prácticas destinadas a mejorar la seguridad de las instalaciones de salud es un componente fundamental del proyecto "Asistencia de salud en peligro". Es necesario comprender en sentido amplio el concepto de seguridad cuando se lo aplica a la asistencia de salud. Por ello, las recomendaciones que se incluyen en esta publicación abarcan todos los aspectos, desde las instalaciones y los insumos hasta el personal sanitario, pasando por los pacientes y sus familiares. Comprenden, en suma, todo lo relacionado con la prestación de asistencia de salud que requiera protección en conflictos armados y en otras emergencias. Si se aplican medidas de seguridad que tengan en cuenta todos estos aspectos, se contribuye a garantizar que los pacientes gocen de protección y reciban atención de alta calidad, y que el personal de salud sea respetado y se sienta seguro en su lugar de trabajo.

La presente publicación no transmite las opiniones de ninguna organización en particular; se trata, más bien, del resultado de un trabajo de colaboración entre varias de ellas, basado en las recomendaciones obtenidas a partir de las consultas de los especialistas con representantes de prestadores de asistencia de salud, autoridades nacionales y organizaciones tanto nacionales como internacionales. La transmisión de estas recomendaciones a los asociados en el terreno, los Gobiernos y otras organizaciones forma parte de los esfuerzos por lograr que la prestación de asistencia de salud goce de mayor seguridad.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a nuestros asociados en la iniciativa "Asistencia de salud en peligro" por sus contribuciones a este trabajo y alentarlos a que continúen participando en la difusión de los mensajes del proyecto y en la aplicación de medidas prácticas para mejorar la seguridad de la prestación de asistencia de salud.

Por Eric de Roodenbeke, director general, Federación Internacional de Hospitales

El acceso a la asistencia de salud ocupa un lugar central en la agenda internacional. La cobertura de salud universal será una de las prioridades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que la Organización de las Naciones Unidas adoptará en 2015. No obstante, y pese a que existe un consenso generalizado en el ámbito de las Naciones Unidas acerca de que el acceso a la salud es un derecho humano básico, éste dista de estar garantizado en todas las circunstancias. Por el contrario, en los últimos diez a quince años hemos sido testigos de un retroceso en relación con principios y normas clave de los Convenios de Ginebra, lo que suscita gran preocupación entre todos los que participan en la prestación de asistencia de salud. Para revertir esta tendencia, se necesitará un esfuerzo significativo.

Por ello, la Federación Internacional de Hospitales ha decidido ofrecer un importante respaldo al proyecto "Asistencia de salud en peligro", iniciativa conducida por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), además de concienciar a los prestadores de asistencia de salud acerca de la responsabilidad que les compete en cuanto a la adopción de medidas que les permitan seguir trabajando, incluso en medio de la presión que generan los conflictos armados.

Es preciso adoptar medidas urgentes en todo el mundo, sobre todo para mejorar la preparación en los países que se hallan en situación de paz. Estamos ante un marcado incremento de los actos violentos y las irrupciones en las instalaciones de salud, no solo de personas que desean recibir asistencia y de sus familiares, sino también de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que, tal vez por la presión que reciben de los medios de comunicación, se ven forzados a intervenir o a adoptar medidas enérgicas ante el aumento de los delitos. Ya en tiempo de paz se debería considerar la adopción de medidas encaminadas a limitar y atenuar la violencia en estos entornos. Al igual que sucede con la enfermedad, es mejor prevenir que curar. Dicho de otro modo, es preferible adoptar medidas para impedir o reducir drásticamente el impacto de la violencia, que simplemente reaccionar ante el incidente después de ocurrido. No obstante, una cosa no excluye la otra; quizás resulte efectivo adoptar ambos enfoques en forma conjunta.

Como se explica en esta publicación, existe una serie de medidas de pequeña escala que se puede poner en práctica para mejorar la seguridad de las instalaciones de asistencia de salud. La puesta en práctica adecuada y sistemática de estas medidas representará una gran diferencia cuando surja una crisis. Se debe considerar la adopción de medidas preventivas lo antes posible, en especial, las que tienen que ver con la disposición de los edificios y la protección de la infraestructura. Por su parte, las medidas reactivas deben estar integradas en los procedimientos operativos y evaluarse, ponerse a prueba y revisarse periódicamente.

Esas medidas contribuirán también a desarrollar un mayor sentido de preparación. Si bien la rutina de la mayoría de los servicios de asistencia de salud es predecible y se puede controlar, también se puede ver fácilmente alterada por un desastre de gran magnitud u otra situación que provoque un gran número de heridos. La adopción de medidas de mitigación en un período de estabilidad será un importante aporte para garantizar que las instalaciones de asistencia de salud continúen funcionando cuando más se las necesite. También se debe preparar al personal para que evalúe los distintos riesgos, elabore respuestas y aplique medidas, mediante ejercicios basados en hipótesis realistas. Estos ejercicios deberían repetirse con la frecuencia suficiente como para entrenar a todos los colaboradores que se integren en la plantilla, así como para mantener un alto grado de preparación entre los que ya forman parte de ella.

Es importante considerar esta publicación como un manual práctico, más que como una mera fuente de información. El presente documento tiene por finalidad ayudar a las instalaciones de asistencia de salud a prepararse para situaciones de estrés externo o para abordar las existentes y, en última instancia, para lograr su misión, es decir, asistir a quienes lo necesiten y contribuir a la salud de la población.

C. Granier-Deferre/CICR

ACERCA DE ESTA PUBLICACIÓN

La presente publicación aborda cuestiones pertinentes para la seguridad de las instalaciones de asistencia de salud ubicadas en contextos proclives a conflictos armados y otras emergencias o que están en medio de esas situaciones. Incluye recomendaciones de medidas que se pueden adoptar para mejorar la preparación y la seguridad de estas instalaciones a fin de mitigar el riesgo de interrupciones en la prestación de asistencia de salud.

Además, promueve algunas medidas preventivas fundamentales que han de considerarse en las etapas iniciales del diseño de una instalación de asistencia de salud, a fin de incrementar su resiliencia ante los riesgos de mayor gravedad.

En el marco del proyecto "Asistencia de salud en peligro", se llevaron a cabo dos talleres de expertos sobre el tema de la seguridad de las instalaciones de asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias. El primero tuvo lugar en Ottawa (Canadá) en septiembre de 2013 y fue organizado conjuntamente por el CICR y la Cruz Roja Canadiense. El segundo tuvo lugar en Pretoria (Sudáfrica) en abril de 2014 y fue organizado conjuntamente por el CICR y el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de ese país. Esta publicación se basa en los resultados de los intercambios que mantuvieron los participantes en ambos talleres.

El público destinatario de esta publicación abarca directivos y administradores de instalaciones de asistencia de salud, arquitectos e ingenieros civiles que trabajan en la infraestructura de asistencia de salud, personal sanitario y prestadores de asistencia de salud (tanto del ámbito nacional como internacional) que directa o indirectamente brindan sus servicios en contextos proclives a conflictos armados u otras emergencias o que se hallan en medio de esas situaciones.

- El **capítulo 1** presenta una reseña del impacto que la violencia puede tener en la prestación de asistencia de salud, destaca la importancia de mejorar la seguridad de las instalaciones destinadas a prestar esa asistencia y analiza la protección que les confiere el derecho internacional.
- El **capítulo 2** se centra en los planes de contingencia de las instalaciones de asistencia de salud, las medidas para mejorar la coordinación y la cooperación entre las distintas instalaciones y la sensibilización respecto de su prestación en forma segura.
- El **capítulo 3** hace referencia a cuestiones relativas a la seguridad y el bienestar del personal de salud y de los pacientes, así como a los métodos de preparación y acción ante situaciones de estrés provocadas por una emergencia.
- El **capítulo 4** aborda una serie de principios de arquitectura y cuestiones de ingeniería sobre el diseño de instalaciones de asistencia de salud, que gozan de reconocimiento general, y propone medidas que podrían mejorar el nivel de seguridad de la infraestructura.
- El **capítulo 5** describe a grandes rasgos los riesgos potenciales derivados de la interrupción de la provisión de equipamiento y bienes para la asistencia de salud, y propone medidas para mejorar el nivel de preparación y la resiliencia de los servicios de asistencia de salud.
- El **capítulo 6** considera las consecuencias de reubicar temporalmente los servicios de asistencia de salud en un lugar más seguro cuando el nivel de riesgo para la seguridad del personal y de los pacientes supere el que es posible controlar en la ubicación actual y brinda orientación respecto de qué cuestiones se debe considerar en ese proceso.

EL PROYECTO "ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO"

En noviembre de 2011, la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja invitó al CICR a iniciar un proceso de consultas con especialistas de los Estados, del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otros interesados del sector de asistencia de salud a fin de formular recomendaciones destinadas a mejorar la seguridad de la prestación de servicios de asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias. También se solicitó al CICR que presentara ante la XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que se celebra en 2015, un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de esta resolución, aprobada en el marco de la creciente preocupación de la comunidad humanitaria por la falta de respeto de la protección de la que gozan los prestadores de asistencia de salud y sus beneficiarios en virtud del derecho internacional humanitario (DIH) y otros conjuntos de normas.

En cumplimiento de esta resolución, el Movimiento decidió poner en marcha el proyecto "Asistencia de salud en peligro" en 2011. Conducido por el CICR, y en asociación con otros componentes del Movimiento, el proyecto se basa en el trabajo con los Estados y otras partes influyentes para mejorar la seguridad y la prestación de asistencia de salud en forma imparcial y eficiente en conflictos armados y en otras emergencias. Sus cuatro temas prioritarios son: (i) ataques contra los servicios y los pacientes; (ii) obstaculización ilícita de la prestación de servicios de asistencia de salud; (iii) discriminación en el tratamiento de los pacientes; e (iv) ingreso armado en las instalaciones de salud por portadores de armas.

El proyecto aborda estas cuestiones a través de dos enfoques, a saber: la respuesta operacional y las consultas con expertos y con la diplomacia. Este último apunta a establecer asociaciones con los principales interesados a fin de ampliar el alcance del proyecto, aplicar soluciones sostenibles y afianzar la determinación de los asociados de lograr sus objetivos. Para respaldar ambos enfoques, se puso en marcha una campaña de comunicación cuyo propósito es generar mayor conciencia entre la opinión pública sobre la falta de acceso seguro a la asistencia de salud y lograr apoyo para la adopción y la aplicación de medidas que permitan mejorar la seguridad y la prestación de asistencia de salud en forma eficaz e imparcial.

Con el objetivo de mantener el impulso de la XXXI Conferencia Internacional y seguir trabajando para la XXXII Conferencia, entre 2012 y 2014 se realizó una serie de talleres y consultas con especialistas internacionales, cuya organización estuvo a cargo del CICR en colaboración con los Estados, las Sociedades Nacionales y las organizaciones no gubernamentales de distintos países. Los temas que se trataron fueron los siguientes:

- derechos y responsabilidades del personal de salud;
- el papel de las Sociedades Nacionales en cuanto a la protección de la prestación de asistencia de salud;
- prácticas operacionales militares que garanticen el acceso y la prestación de asistencia de salud en forma segura;
- servicios de ambulancia y de atención prehospitalaria en situaciones de riesgo;
- seguridad de las instalaciones de asistencia de salud;
- legislación nacional y represión penal;
- el papel de la sociedad civil y los líderes religiosos en la promoción del respeto de la asistencia de salud.

Cada taller reunió a expertos de entre diez y veinticinco países que representaban a organizaciones gubernamentales internacionales, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, la comunidad de la salud y círculos académicos. La finalidad de los talleres fue elaborar recomendaciones y definir soluciones prácticas para los temas mencionados precedentemente.

En el contexto del proyecto, también se abordó la cuestión de la deontología en conflictos armados y otras emergencias y se realizó una serie de consultas bilaterales y confidenciales con grupos armados no estatales sobre la violencia que afecta la prestación de asistencia de salud.

El CICR también ha recurrido a otros medios para generar mayor conciencia y promover soluciones para estas cuestiones, por ejemplo, la recolección de información sobre incidentes violentos que afectan la prestación de salud en diversos contextos donde el CICR está presente[1] y la elaboración de material de formación, como el módulo de enseñanza virtual titulado "The rights and responsibilities of health-care personnel working in armed conflict and other emergencies"[2] (Derechos y responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias).

1 CICR, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2014*, CICR, Ginebra, abril de 2015. Éste es el informe más reciente del CICR sobre incidentes violentos que afectan la asistencia de salud. En 2013 y 2014, se publicaron informes similares.

2 CICR, *Health Care in Danger*: *The rights and responsibilities of health-care personnel working in armed conflict and other emergencies* [módulo de enseñanza virtual], CICR, Ginebra, 2014. Disponible en línea en: www.healthcareindanger.org/elearning (consultado en abril de 2015).

AGRADECIMIENTOS

Las contribuciones que la Cruz Roja Canadiense y el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de Sudáfrica realizaron a los talleres sobre el proyecto "Asistencia de salud en peligro" han constituido importantes fuentes de referencia para esta publicación, junto con el aporte de personas y organizaciones asociadas, tanto del seno del Movimiento como externas. Deseamos agradecer especialmente a las fuentes externas y a los representantes de organizaciones que participaron en el proceso de revisión: la Cruz Roja Canadiense, la Media Luna Roja Egipcia, la Iniciativa Humanitaria de la Universidad de Harvard, la Federación Internacional de Ingeniería Hospitalaria, la Federación Internacional de Hospitales, el Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional, Médicos Sin Fronteras, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

DEFINICIONES

El proyecto "Asistencia de salud en peligro" abarca una serie de situaciones diferentes, por lo que las expresiones que se utilizan en esta publicación (como personal e instalaciones de salud y medios de transporte sanitarios) deben entenderse en forma más general que las expresiones "personal médico", "unidades sanitarias" y "medios de transporte sanitarios" según el significado que tienen en el derecho internacional humanitario (DIH), que se aplica en conflictos armados. Tanto el personal médico como las unidades y los medios de transporte sanitarios están comprendidos en la definición del DIH cuando han sido destinados, por una autoridad competente de una parte en conflicto, exclusivamente a fines sanitarios. En el contexto de "Asistencia de salud en peligro", el personal, las unidades o los medios de transporte pueden quedar comprendidos en la definición aun cuando no hayan sido asignados por una parte en conflicto.

Las **instalaciones de salud** son hospitales, laboratorios, clínicas, salas de primeros auxilios, centros de transfusión de sangre y los depósitos médicos y farmacéuticos de dichas instalaciones.

La expresión **personal de salud** incluye:

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

Por **medios de transporte sanitarios** se entiende ambulancias, aeronaves o buques médicos, ya sean civiles o militares y, en general, cualquier medio de transporte que traslade a heridos y enfermos, al personal de salud, o que transporte material o insumos médicos. La expresión incluye todos los vehículos utilizados con fines de asistencia de salud, aun cuando no se hayan asignado exclusivamente a transporte sanitario ni estén bajo el control de una autoridad competente de una parte en conflicto (por ejemplo, vehículos privados que se utilizan para trasladar a los heridos y los enfermos a una instalación de asistencia de salud, vehículos para transportar insumos médicos y transportes de personas que trasladan personal médico (por ejemplo, para programas de vacunación locales o para trabajar en clínicas móviles).

E. Schneider/UN Photo

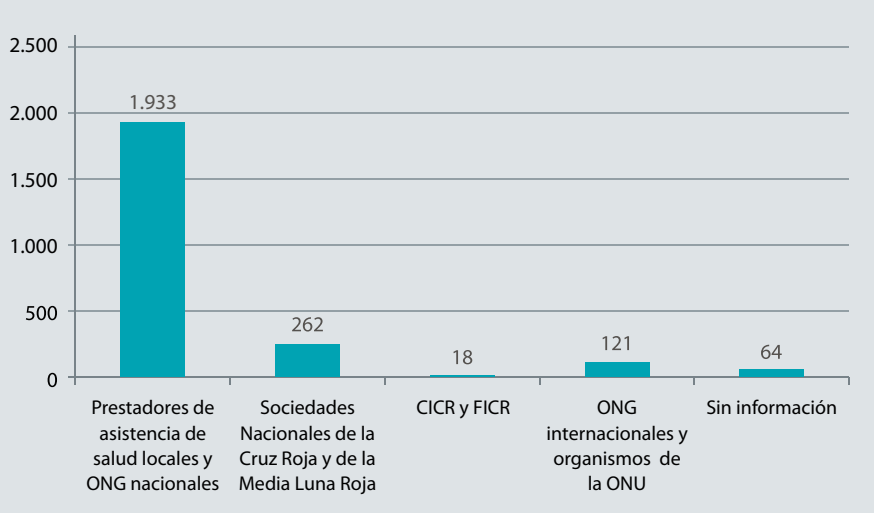
1. ANTECEDENTES

1.1 Contexto

En conflictos armados y en otras emergencias, la violencia interrumpe la prestación de servicios de asistencia de salud cuando más se la necesita. La violencia contra los heridos y los enfermos, y contra el personal y las instalaciones de salud, constituye un problema grave y crucial, aunque soslayado, en el plano humanitario.

En 2012, como parte del proyecto "Asistencia de salud en peligro", el CICR comenzó a recabar información sobre incidentes violentos que afectaron la prestación de asistencia de salud en el contexto de conflictos armados y otras emergencias[3]. En fecha reciente, ha publicado un informe sobre un total de 2.398 incidentes que se basa en datos de once países, recopilados entre enero de 2012 y diciembre de 2014. El informe brinda un panorama de esos incidentes, en los que se recurrió al empleo o a la amenaza del empleo de violencia contra el personal de salud, los heridos y los enfermos, las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios.

En consonancia con las conclusiones de los informes previos, publicados en 2013 y en 2014, el informe correspondiente a 2015 pone de relieve que los trabajadores de la salud locales, entre ellos el personal de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las ONG locales, fueron la categoría de prestadores más afectados por la violencia, víctimas del 91% de los incidentes registrados.



** Sin información: información no disponible o no aplicable (cuando el prestador no fue objeto de violencia en el incidente).*

Además, 1.222 de los incidentes documentados (alrededor del 50%) se dirigieron contra instalaciones de salud o tuvieron lugar en ellas, lo cual alteró su actividad normal. En relación con los incidentes mencionados, el informe determinó que:

- **resultaron muertos o recibieron golpes y/o heridas los pacientes**, sus familiares u otras personas presentes en el momento del incidente;
- **el personal de salud fue víctima de amenazas y coacción** para que actuara contra la deontología o brindara tratamiento en forma gratuita;
- el personal de salud también fue víctima de amenazas y agresiones físicas por parte de los **pacientes y sus familiares**;
- las instalaciones fueron objeto directo de disparos, bombardeos o incendios o sufrieron daños indirectos durante la conducción de las hostilidades;
- en muchos de los incidentes en los que hubo personas heridas o fallecidas, se emplearon **explosivos o se condujeron operaciones de bombardeo**;

3 Se recabaron datos de una amplia variedad de fuentes: personas afectadas directamente por el incidente o que participaron en él (víctimas, testigos, directores de hospitales, etc.), Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, medios de comunicación masivos (locales e internacionales), otras organizaciones humanitarias y comunidades de la asistencia de salud locales.

- **las irrupciones armadas** tuvieron como objetivo cometer actos de violencia contra quienes se encontraban en el interior de las instalaciones, como la expulsión de los pacientes por la fuerza y los arrestos;
- las instalaciones de salud fueron objeto de varios actos de **saqueo y pillaje**, con frecuencia en el marco de una irrupción, y hubo casos frecuentes de robos a personas que se encontraban en su interior;
- las instalaciones de salud fueron **ocupadas y utilizadas indebidamente**; quienes perpetraron estos actos forzaron el acceso a los servicios de asistencia de salud o utilizaron los edificios con fines militares;
- una de las consecuencias de estos incidentes fue la **pérdida de recursos y graves daños**, lo que con frecuencia se tradujo en la **suspensión de los servicios de asistencia de salud**.

Intencional o no, la violencia ejercida contra instalaciones de salud, en su interior o en el predio donde están ubicadas, puede alterar la prestación de los servicios. Naturalmente, esas interferencias afectan la labor cotidiana del personal de salud, y es posible que le provoquen un mayor nivel de estrés, a menos que se adopten medidas para proteger al personal y prepararlo para estas situaciones.

A fin de atenuar el riesgo de interrupción de la prestación de asistencia de salud y de proteger la integridad de los servicios, es necesario considerar la seguridad de las instalaciones desde diversas perspectivas. Hace falta una combinación de medidas para mejorar la seguridad de la infraestructura, proteger los servicios y los mecanismos de la cadena de abastecimiento e incrementar la protección del personal y de los pacientes que están a su cuidado. Es importante adoptar este enfoque integral para definir planes de preparación que permitan a las instalaciones de salud seguir funcionando en presencia de diferentes riesgos, independientemente de que estos provengan de situaciones de conflicto armado o de desastres naturales, o de otros factores.

Las medidas de seguridad pueden ser más o menos complejas, según el contexto y los recursos disponibles. No obstante, es importante asegurarse de que las medidas aplicadas no repercutan negativamente en la percepción y la aceptación de la instalación de salud en la comunidad local. Para ello, se deberían realizar actividades de difusión y sensibilización tendientes a generar mayor conciencia sobre la naturaleza imparcial de la prestación de asistencia de salud y de los tipos de servicios que se ofrecen. La comunicación periódica también podría contribuir a alentar a las autoridades y a los dirigentes de las comunidades a que adopten un papel más activo en cuanto a la difusión de información sobre estas cuestiones.

Llamamiento por un acceso más seguro a la asistencia de salud

Por el Dr. Rudi Coninx, Departamento de Gestión del Riesgo en las Emergencias y Respuesta Humanitaria, de la Organización Mundial de la Salud

Las instalaciones y el personal de salud, así como el derecho a la asistencia de salud, son cada vez menos respetados. La violencia cometida contra el sistema sanitario limita el acceso a los servicios por parte de las personas que más los necesitan y cuando más se los necesita. Los ataques contra las instalaciones de salud no solo tienen graves consecuencias para los pacientes y el personal sanitario directamente afectados, sino también para la salud pública en general. Por ejemplo, si el personal de salud no puede vacunar contra la poliomielitis y se produce un brote de esa enfermedad, se genera un grave problema de salud pública que puede tener ramificaciones internacionales.

El incumplimiento de las normas del derecho internacional humanitario, la desconsideración del carácter sagrado de la asistencia de salud y los ataques deliberados contra las instalaciones y el personal de salud y los pacientes interfieren de manera inevitable en la prestación de esa asistencia y en la accesibilidad de los servicios. Se trata de un derecho fundamental y no negociable de todas las personas que debe respetarse en todas las circunstancias. Está consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (suscrita por 193 Estados Miembros). Si la prestación de asistencia de salud no se respeta y si se dirigen ataques contra el personal de salud y los pacientes, ese derecho resulta vulnerado.

Los Estados Miembros deben adoptar medidas para mejorar la preparación y prever soluciones que sus respectivos ministerios puedan poner en práctica. Se debe reafirmar el carácter sagrado de la asistencia de salud y el derecho a recibirla. Es necesario asegurarse de la continuidad de los servicios y aplicar medidas para impedir los ataques. Se debe promover el respeto de los servicios de asistencia de salud y considerar la posibilidad de hallar formas alternativas para prestarlos cuando sea necesario.

1.2 Qué establece el derecho

Se deben adoptar todas las medidas posibles para brindar y facilitar asistencia de salud esencial a los heridos y los enfermos de manera imparcial. Así lo establecen el derecho internacional humanitario (DIH), que solo se aplica en situaciones de conflicto armado, y el derecho internacional de los derechos humanos (DIDH), que contiene las obligaciones jurídicas que los Estados deben observar tanto en tiempo de paz como de guerra. Conforme al DIH, todas las partes en conflictos armados deben brindar asistencia y atención de salud imparcial a los heridos y los enfermos, en función de los recursos con que cuenten y de la factibilidad de hacerlo en medio de las hostilidades[4]. En virtud del derecho a la salud, el DIDH exige a los Estados garantizar el acceso a instalaciones, bienes y servicios de salud esenciales; alimentación, vivienda y condiciones sanitarias adecuadas, un suministro adecuado de agua segura y potable, y brindar medicamentos esenciales. En tal sentido, los Estados están obligados a respetar los principios de no discriminación y acceso equitativo, así como a elaborar y poner en práctica estrategias de salud pública[5].

En lo que atañe a la prestación de asistencia de salud, el DIH establece que las instalaciones de salud destinadas exclusivamente a tareas sanitarias por una autoridad competente de una parte en conflicto deben ser respetadas y protegidas[6], es decir que no se las debe atacar ni se debe impedir indebidamente que cumplan sus funciones[7]. Si bien el ingreso armado en estas instalaciones no está prohibido per se, no se lo debe llevar a cabo de manera tal que demore indebidamente o impida de plano la prestación de asistencia de salud a los heridos y los enfermos que allí se encuentren. Además, es necesario proteger las instalaciones de salud de las interferencias de terceros y adoptar medidas para ayudarlas a llevar a cabo sus tareas[8], lo cual incluye facilitar la provisión de recursos (por ejemplo, agua o electricidad) esenciales para el funcionamiento de la instalación. Asimismo, no se debe obligar al personal de salud a realizar actos contrarios a la deontología ni a abstenerse de hacer lo que ésta exige[9]. Análogamente, el DIDH requiere que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho de los heridos y los enfermos de acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria y que adopten medidas positivas para impedir que terceros interfieran en la prestación de servicios de asistencia de salud, además de permitir que los individuos disfruten del derecho a la salud y contribuir a que esto suceda[10].

4 V. en particular CG I, II, III y IV, artículo 3 común; CGI, art. 12; Protocolo adicional I (PA I), art. 10; Protocolo adicional II (PA II), art. 7; J.M. Henckaerts y L. Doswald-Beck, *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, CICR, 2005, Norma 110.

5 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000 (Observación general 14), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F2000%2F4 (consultado el 20 de enero de 2015).

6 CG I, art. 19; CG IV, art. 18; PA I, art. 12; PA II, art. 11; *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, op, cit., Norma 28.

7 Jean S. Pictet (ed.), *Commentary on the First Geneva Convention*, CICR, 1952, pp. 196, 220 y 280; Sandoz/Swinarski/Zimmerman (eds.), *Comentario sobre los Protocolos adicionales*, CICR, 1987, pp. 166 y 250 (PA I) y p. 1433 (PA II).

8 Ibíd.

9 PA I, art. 16; PA II, art. 10; Estudio sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, Norma 26.

10 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párrs. 33, 35, 37 y 43.

No se utilizarán los emblemas de la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo para otros fines que no sean identificar a las instalaciones o el personal de salud protegidos y autorizados para utilizarlos, o indicar que determinadas personas o bienes están vinculados con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja[11]. Se deben adoptar todas las medidas necesarias para evitar y reprimir el uso indebido de estos emblemas[12].

11 CG I, arts 39-44; PA I, art. 18 (1) y (4); PA II, art. 12; Protocolo adicional III (PA III).
12 CG I, art. 54; PA II, art. 12; PA III, art. 6.

M. Di Iauro/Getty Images/CICR

2. PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

2.1 Introducción

Al elaborar un plan de contingencia para una instalación de salud, es importante definir medidas apropiadas para el contexto. Se debe considerar cuidadosamente cómo las medidas de seguridad física pueden influir en la accesibilidad y la percepción que el público tiene de la instalación.

El presente capítulo destaca los principales aspectos que se deben tener en cuenta al formular un plan de contingencia. También hace referencia a las herramientas de evaluación y a las experiencias directas de intervenciones en otras clases de emergencias, como desastres naturales.

2.2 Planes de contingencia

En una situación de violencia o de condiciones de seguridad precarias, la prestación de asistencia de salud puede verse afectada a causa de daños provocados a la infraestructura de asistencia de salud o de la interrupción de los servicios y los mecanismos de la cadena de abastecimiento básicos. Los planes de contingencia pueden contribuir a la reducción de esos riesgos. Este proceso debería ser conducido por la instalación de salud, a fin de que lo incorpore como una responsabilidad propia desde el comienzo y de que todos los factores pertinentes se tengan en cuenta.

Consideraciones para tener en cuenta en la elaboración de planes de contingencia

- *Se debería consultar a una amplia gama de interesados, entre ellos el personal médico y no médico y todos los interesados externos que corresponda.*
- *La planificación debería priorizar la definición de formas de fortalecer la resiliencia* ***de la instalación de salud*** *en cuanto a su estructura física y su funcionamiento. Luego, los esfuerzos deberían concentrarse en* ***fortalecer la coordinación y la cooperación*** *con otros prestadores de asistencia de salud, ya que una instalación de esta clase rara vez funciona en forma aislada. A fin de garantizar la coherencia con otras instalaciones, el plan de contingencia debería guardar relación con los planes nacionales o regionales existentes. Se debería prestar especial atención a mejorar la cooperación con otros prestadores de salud en lo que atañe a servicios especiales, derivaciones, insumos para especialidades médicas y recursos de reserva.*
- *Se debería tratar de lograr soluciones pragmáticas y apropiadas para el contexto. Las medidas seleccionadas no deben tener un efecto adverso en la* ***percepción y la aceptación*** *de la instalación de salud entre el público en general.*
- *Antes de la aprobación final del plan, se recomienda llevar a cabo un* ***ejercicio de práctica a fin de evaluar si las medidas propuestas son factibles*** *y si pueden efectivamente aplicarse en caso de surgir una crisis. El personal debe conocer y comprender las responsabilidades que tiene durante una crisis a fin de que el plan se implemente en forma eficaz. La realización de* ***cursos de preparación y ejercicios de práctica para todo el personal*** *en forma periódica ayudará a dotarlo de todo lo necesario para responder y adaptarse rápidamente si se produce una emergencia.*
- *El plan de contingencia no es un documento estático;* ***se lo debe revisar periódicamente*** *a fin de adaptarlo a los cambios que se producen en la situación externa. Como parte de estas revisiones periódicas, se deberían establecer mecanismos para reflejar las enseñanzas obtenidas, de modo de contribuir a las operaciones futuras y mejorarlas.*

2.3 Comprender el contexto

El grado de vulnerabilidad de una instalación de salud y las clases de riesgos a los que se ve expuesta se pueden determinar mediante una evaluación de riesgos. Idealmente, estas evaluaciones deberían estar a cargo de especialistas en seguridad o, de no ser posible, de los directivos de la instalación.

Es necesario adoptar un enfoque integral para identificar y analizar las diferentes clases de riesgos y el impacto que pueden tener en las instalaciones, el personal y los pacientes. Por ejemplo, se deberían evaluar las posibles consecuencias de incidentes como explosiones, interrupciones en el suministro de agua o electricidad, irrupciones, inundaciones y riesgos relativos a la ubicación de la instalación. Esas

evaluaciones se deberían realizar en las instalaciones existentes de manera sistemática, durante las renovaciones a gran escala y antes de emprender nuevos proyectos de construcción, ya que la adopción de determinadas medidas antes de que surja una emergencia, y no después, puede resultar más eficiente y rentable.

Principales etapas de una evaluación de riesgos

1. *Identificación del riesgo. ¿Qué podría suceder? ¿Quién o qué podría causar un incidente que afecte al personal, los pacientes y las instalaciones? Describir las fuentes de riesgo. Describir las posibles consecuencias para el personal, los pacientes y las instalaciones si el riesgo se materializara.*
2. *Análisis del riesgo. ¿Cuán vulnerables son el personal y los pacientes al riesgo y cuál es su grado de exposición? Examinar las medidas de mitigación de riesgos existentes, que comprenden desde las medidas para evitar que el riesgo tenga lugar hasta las medidas que tienen por objeto mejorar el grado de preparación para responder a un hecho y recuperarse de él, si ocurriera. Evaluar el nivel de formación del personal al respecto. Reflexionar sobre la eficacia de estas medidas para mitigar el riesgo y considerar la adopción de acciones adicionales.*
3. *Evaluación del riesgo. ¿Qué se va a hacer al respecto? Considerar el impacto previsto de las actividades y elegir un accionar apropiado para hacer frente a los problemas.*
4. *Mitigación del riesgo. ¿Quién va a poner en práctica las medidas adicionales y cuándo lo hará? Elaborar un plan de acción o esquema de seguimiento para supervisar la aplicación de medidas de mitigación de riesgos adicionales.*

2.4 Nivel de seguridad de una instalación de salud

La integridad de los servicios que se brindan en una instalación de salud solo puede protegerse si se abordan las amenazas desde distintos ángulos. Es necesario comprender los riesgos y las vulnerabilidades de la infraestructura y la administración de la instalación de salud y tener en claro el efecto que una situación dada puede tener en el personal de salud y en los pacientes. Es necesario considerar todos estos aspectos al evaluar la resiliencia de una instalación de salud.

Para definir cuáles son las medidas de seguridad más apropiadas, se debe realizar una evaluación que permita determinar el nivel básico y los actuales niveles de seguridad de la instalación. Las herramientas existentes para ese fin, por ejemplo, el Índice de Seguridad Hospitalaria[13], elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, serían útiles para esta tarea. Este tipo de evaluación consideraría todas las clases de riesgos y las medidas operacionales apropiadas para el contexto que se puede definir sobre la base de los resultados.

Pertinencia del Índice de Seguridad Hospitalaria para los conflictos armados

Por el Dr. Ciro Ugarte, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS))

Cuando se produce una crisis o un desastre, los servicios básicos deben seguir funcionando para proteger a la población afectada y limitar o reducir el impacto negativo del hecho. En este contexto, la capacidad de los servicios de salud de funcionar en forma ininterrumpida suele ser una cuestión de vida o muerte. Aplicado a situaciones de conflicto, el concepto de "hospitales seguros"[14] adquiere más importancia aún, ya que abarca la posibilidad de seguir funcionando y cuidando a los que lo necesitan, al tiempo que se protege al propio personal.

En teoría, el sector de la salud debería poder garantizar que todas las instalaciones de salud estén a resguardo de los efectos de las crisis y los desastres. En la práctica, se debe priorizar la protección de las instalaciones que ofrecen servicios vitales y que están ubicadas en zonas de alto riesgo. Es imprescindible que estos servicios se brinden en estructuras edilicias que puedan proteger a los pacientes, al personal y a las visitas, que el equipamiento y el mobiliario,

13 Disponible en línea en: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=907&Item id=884 o http://www.who.int/hac/events/safe_hospitals_info.pdf o http://www.safehospitals.info/ (consultado el 20 de enero de 2015).

14 Un "hospital seguro" es una instalación de salud cuyos servicios permanecen accesibles y en funcionamiento al máximo de su capacidad dentro de la misma infraestructura tanto durante un desastre como inmediatamente después de ocurrido éste.

así como los servicios públicos básicos (agua, electricidad, gases médicos, etc.) continúen operativos y que el personal esté seguro y pueda brindar asistencia de salud cuando más se la necesita, incluso en circunstancias difíciles.

Quizás no se pueda lograr un grado de completa seguridad y protección de las instalaciones, pero de todos modos es posible adoptar medidas para aumentar progresivamente su protección. El primer paso consiste en asegurarse de que la estructura de la instalación pueda soportar los efectos del desastre (sea éste natural o causado por el hombre) y no se desmorone, con el consiguiente saldo de muertos o heridos entre sus ocupantes (pacientes, personal de salud y visitas). Este primer nivel de protección se denomina "protección estructural" o "protección de la vida".

El segundo paso consiste en asegurarse de que los equipos, el mobiliario, los servicios públicos y los componentes arquitectónicos (ventanas, paredes divisorias, cielorrasos, elevadores, etc.) de la instalación sean seguros y sigan funcionando plenamente. Este nivel de protección se denomina "protección no estructural" o "protección de la inversión". El último paso consiste en garantizar la adecuada aplicación de los protocolos y procedimientos de emergencia de la instalación por parte de personal de salud debidamente entrenado. Este nivel de protección corresponde a la "protección funcional" o "protección operativa".

Existen varias metodologías y herramientas para determinar el nivel de protección de una instalación de salud, entre ellas, las evaluaciones de vulnerabilidad hospitalaria, los análisis de riesgo y vulnerabilidad, las evaluaciones estructurales y no estructurales, los estudios de equipamiento y líneas vitales, y las evaluaciones organizacionales y funcionales. Sin embargo, no es realista utilizar estos enfoques tradicionales durante conflictos y desastres, ya que su aplicación puede tomar varios meses y tener costos financieros elevados. Por ello, con el aporte de diversos especialistas nacionales e internacionales, se ha desarrollado una herramienta de diagnóstico rápido y de bajo costo para evaluar la probabilidad de que un hospital o una instalación de salud permanezcan operativos durante situaciones de emergencia.

Esta herramienta, llamada Índice de Seguridad Hospitalaria, permite que los países y los encargados de tomar decisiones evalúen la seguridad de una instalación de salud conforme a factores estructurales y no estructurales, incluidos el medioambiente y la red de servicios de salud a la que la instalación pertenece. Su objetivo es evitar que las instalaciones se transformen en víctimas de los conflictos o los desastres. A modo de comparación, el Índice de Seguridad Hospitalaria es como una fotografía fuera de foco, que muestra lo suficiente de las características básicas de la instalación como para confirmar o descartar rápidamente la existencia de riesgos inminentes.

Al determinar el Índice de seguridad o puntaje de una instalación, los encargados de tomar decisiones en el ámbito de la salud tendrán una idea de si puede seguir funcionando y responder a una mayor demanda en caso de ocurrir una emergencia o un desastre de envergadura. El Índice no reemplaza los costosos estudios de vulnerabilidad exhaustivos, pero es relativamente económico y fácil de aplicar. Por ello, es un importante primer paso a la hora de priorizar las inversiones de un país en seguridad hospitalaria.

El cálculo del Índice de Seguridad de una instalación de salud consta de diversos pasos:

1. Información general del establecimiento de salud: suele completarla el personal del hospital antes de la evaluación. Incluye información sobre el nivel de complejidad de la instalación, la población que asiste, sus especialidades médicas, otros servicios disponibles y las categorías y el número de miembros del personal de salud.
2. Lista de verificación de hospitales seguros: es utilizada por un equipo de evaluadores para determinar el nivel de seguridad de 145 aspectos (agrupados por ubicación, componentes estructurales, no estructurales y funcionales de la instalación de salud), en comparación con un conjunto de normas de referencia.
3. Índice de seguridad: los resultados de la lista de verificación se cargan en una calculadora que pondera cada variable según su importancia relativa para la capacidad de un hospital de hacer frente a un desastre y seguir funcionando. El puntaje de seguridad se calcula automáticamente.
4. Niveles de seguridad hospitalaria: el puntaje definitivo del Índice de Seguridad clasifica a la instalación de salud en uno de tres niveles de seguridad, lo que ayuda a las autoridades a determinar cuáles son las instalaciones que requieren de intervención con mayor urgencia. La categoría A se aplica a instalaciones que pueden proteger la vida de sus ocupantes y que

probablemente continúen funcionando en caso de crisis y desastres. La categoría B se asigna a instalaciones que pueden afrontar el riesgo, pero en las que los equipos y los servicios críticos están en riesgo. La categoría C corresponde a instalaciones de salud en las que la vida y la seguridad de sus ocupantes se consideran en riesgo durante emergencias y desastres, por lo que se requiere la adopción de medidas correctivas inmediatas.

El uso de la Lista de verificación de hospitales seguros brinda información útil sobre las fortalezas y las debilidades de una instalación de salud. El personal del hospital será el primero en aplicar, dentro del plazo recomendado, las medidas correctivas necesarias para mejorar su nivel de protección.

El actual Índice de seguridad hospitalaria de OPS/OMS incluye una serie de consideraciones relativas específicamente a conflictos, condiciones de seguridad deficientes y emergencias complejas.

1. Ubicación de la instalación de salud y posibilidad de que tengan lugar conflictos armados, disturbios civiles, ataques terroristas, actos de violencia y delitos.
2. Nivel de seguridad del perímetro de la instalación de salud.
3. Nivel de seguridad del ingreso al hospital y de su circulación interna.
4. Existencia de disposiciones para la circulación de ambulancias, otros vehículos, personal, pacientes y visitas.
5. Identificación y permisos específicos para el personal de salud, de acuerdo con sus ámbitos de responsabilidad.
6. Identificación de zonas de acceso limitado o restringido dentro de la instalación de salud.
7. Normas de seguridad respecto de la ubicación del centro de operaciones de emergencia del hospital.
8. Protocolos y procedimientos de seguridad para telecomunicaciones internas y externas.
9. Seguridad ante robos y violencia dentro de la instalación de salud.
10. Protocolos y procedimientos para impedir el secuestro de pacientes y de trabajadores de la salud.
11. Restricciones sobre el uso de armas dentro de la instalación de salud.
12. Disposiciones para impedir, limitar y responder a ataques contra trabajadores de la salud dentro y fuera de la instalación de salud.

Si bien todos los elementos del Índice de Seguridad Hospitalaria enumerados son aplicables a los conflictos armados y a emergencias humanitarias o complejas, en estas situaciones quizás sea necesario añadir otras consideraciones. Luego de definirlas, se las debería normalizar para utilizarlas en situaciones de conflicto específicas y considerarlas como suplementarias del Índice de Seguridad Hospitalaria, a fin de abordar los desafíos específicos que los servicios de salud enfrentan según la naturaleza, la intensidad y la magnitud del conflicto de que se trate.

2.5 Coordinación

Es preciso realizar esfuerzos para trabajar en coordinación con otras instalaciones mediante estructuras locales establecidas y para alinearse con los planes de coordinación existentes en el ámbito nacional o regional, a fin de evitar la duplicación de sistemas. Los centros de emergencia y las autoridades locales pueden desempeñar un papel fundamental en ese sentido, sobre todo los que están vinculados al ministerio de salud o los que suelen ocuparse de coordinar la prestación pública de asistencia de salud.

Se deberían aplicar mecanismos de coordinación en forma sistemática y lo antes posible, idealmente en tiempo de paz o en las etapas iniciales de un conflicto, ya que puede resultar más difícil organizar la coordinación en medio de una crisis y con partes que no han tenido una práctica previa.

2.6 Sensibilización

Si se logra que se comprenda el papel de los prestadores de asistencia de salud, es posible que también se comprenda en mayor medida el carácter imparcial de la prestación de esta asistencia y, en consecuencia, mejorar la seguridad de las instalaciones de salud. La comunicación sobre la calidad de la atención y la clase de servicios que se ofrecen debería incluirse en los esfuerzos sistemáticos de sensibilización.

El diálogo con las principales partes interesadas debería abarcar las autoridades, los actores armados, los representantes de las comunidades locales y otras figuras influyentes. Resulta fundamental contar con canales de comunicación prestablecidos y una interpretación común del papel de los prestadores de asistencia de salud para garantizar el acceso a este servicio y su seguridad cuando se produce una crisis.

Asimismo, y con el objeto de mejorar la seguridad de una instalación de salud, se debería examinar en forma continua y sistemática la percepción que de ella tienen las otras partes interesadas y el público en general, así como su accesibilidad para el personal, los pacientes y otros usuarios del servicio. Los controles periódicos permiten detectar los cambios que se producen e identificar la necesidad de revisar y adaptar las medidas de seguridad que se aplican.

Lista de control para el seguimiento de la percepción sobre una instalación de salud

- *¿Existe la percepción de que la instalación de salud brinda servicios sin discriminación?*
- *¿Cuál es la percepción respecto de las distintas medidas de seguridad que se aplican en la instalación, entre el personal, los pacientes, las comunidades y los actores armados?*
- *¿Qué papeles desempeñan respectivamente los administradores, el personal médico jerárquico y los guardias de seguridad para garantizar la seguridad de la instalación? ¿Todas las partes interesadas pertinentes entienden con claridad cuál es su función?*

Hospitales en situaciones de desastre: la respuesta al huracán Katrina y su vinculación con el proyecto del CICR "Asistencia de salud en peligro"

Por Erin Downey, Magíster en Salud Pública, Doctora en Ciencia, Especialista Afiliada, Iniciativa Humanitaria de la Universidad de Harvard; y Anjanette Hebert, CHPA, CHEP, Directora de Seguridad, Protección y Preparación para Emergencias, Centro Médico General Lafayette

Desarrollo del proceso para emergencias

Una de las recomendaciones generales de la iniciativa "Asistencia de salud en peligro" es que los hospitales establezcan redes comunitarias para vincular a los socorristas locales con un mayor número de recursos. El establecimiento de esas redes forma parte de una estrategia más amplia para fortalecer la resiliencia y la capacidad de respuesta locales en conflictos armados y en otras situaciones de emergencia.

En Luisiana, el segundo estado más pobre de Estados Unidos de América, el acceso a la asistencia de salud es desproporcionadamente bajo, las inequidades raciales y sociales son elevadas, y la violencia armada causa estragos. Todos estos factores tienen un efecto adverso en la seguridad de sus habitantes. A la luz de esta vulnerabilidad, se inició un "Proceso de emergencia de estado" a fin de evaluar y aumentar la resiliencia de los hospitales de ese estado ante los desastres, incorporado en el marco del Programa de Preparación Hospitalaria, de alcance nacional, que comenzó en 2002, luego de los ataques terroristas del 11/9.

El proceso se concentró en desarrollar una red de respuesta a desastres para todo el estado, que se logró a través del fortalecimiento de la capacidad y la resiliencia en las siguientes áreas:

- comunicación entre hospitales, para lo cual se seleccionó una instalación de salud para que se encargara de establecer nexos con otras instalaciones de la región;
- coordinación entre hospitales, para lo cual se desarrollaron planes para agrupar recursos o aprovecharlos al máximo;
- colaboración entre hospitales, mediante la elaboración de planes para definir cómo y cuándo compartir recursos.

Sin embargo, la red en desarrollo en la región de Nueva Orleans no estaba preparada para el aislamiento que sufrió tras el huracán Katrina, en agosto de 2005. La ruptura de los diques provocó inundaciones luego del paso del huracán, lo cual llevó la situación de un estado de desastre a uno de catástrofe. Al menos 1.250.000 personas se vieron impedidas de acceder a los tres hospitales que seguían operativos con salas de emergencia (de un total de 20). El huracán Rita, que sucedió al Katrina menos de un mes después, tocó tierra 587 km al oeste del sitio donde lo había hecho Katrina, lo cual repercutió directamente en otros once hospitales, por lo menos. Todas estas instalaciones fueron finalmente evacuadas para asistir a los pacientes en otros lugares.

A través de la red que se había formado poco tiempo antes, los hospitales comenzaron a transferir de manera sistemática a miles de pacientes a las regiones al norte del estado para que recibieran tratamiento. Sus 47 hospitales de agudos absorbieron la mayor cantidad posible de pacientes, hasta que ellos también colmaron su capacidad y comenzaron a elevar el número de pacientes que debían ser evacuados fuera del estado. La eficacia de este esfuerzo coordinado a través de una red que funcionaba adecuadamente se vio disminuida por la magnitud de la catástrofe.

En general, la respuesta de Estados Unidos a esta temporada de huracanes en particular se consideró catastrófica. Una de las grandes enseñanzas que arrojó la situación es en qué medida las deficiencias y las fallas de los hospitales se pueden mitigar si las instalaciones funcionan como una red y no en forma aislada. Luego de Katrina, los esfuerzos de planificación en Luisiana se ampliaron de modo de incluir a socios del ámbito federal, planificadores de servicios de ambulancia, la policía, los bomberos, los trabajadores de salud pública y otros socorristas de la comunidad. Esta red ampliada se activó nuevamente en 2008, durante el huracán Gustav, para tratar y trasladar a miles de pacientes en lo que se transformó en la mayor evacuación hospitalaria en la historia de Estados Unidos. Esa hazaña no habría sido posible antes de mejorar y coordinar el proceso de emergencia.

Ya en su segunda década, la red de Luisiana se activa con frecuencia; algunos de los elementos del sistema se utilizan a diario en el tratamiento de pacientes con traumatismos y para articular las necesidades de recursos con la demanda. Se necesitaron aportes financieros tanto del ámbito nacional como de los estados, adopción de políticas e inversión de tiempo y esfuerzo de la comunidad local para tender esta red y poner en práctica sus sistemas. También fue esencial generar confianza e identificar a los dirigentes comunitarios. Lograrlo insumió varios años y una inversión financiera considerable. Hoy en día, los miembros de la comunidad local son la fuerza que sostiene la red y el componente fundamental para garantizar la eficacia de sus sistemas.

En el marco de la iniciativa "Asistencia de salud en peligro", sería posible desarrollar modelos similares para las comunidades menos desarrolladas que enfrentan situaciones de violencia o desastre. Al igual que en Luisiana, la clave radica en crear un enfoque que se pueda ampliar y resulte práctico y realista para cada comunidad, pero que a su vez se inserte en un marco de planificación general más amplio. Si bien las amenazas que las instalaciones de asistencia de salud enfrentan en situaciones de conflicto difieren de las que se plantean en el caso de desastres naturales, la forma de abordarlas puede ser similar. Se puede lograr colaboración si las redes comunitarias están integradas por personas locales provenientes de distintas disciplinas y con una buena comprensión de las dificultades de su comunidad. Este modelo debe estar respaldado también por una acción nacional y multinacional más amplia. Este tipo de enfoques apoyan los esfuerzos para reducir los riesgos de desastres emprendidos en el Marco de Acción de Hyogo de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas, cuya vigencia por otra década más (2015-2025) se está debatiendo en la actualidad.

Elaboración de planes para emergencias

Como parte del proyecto "Asistencia de salud en peligro", se analizó también la posibilidad de elaborar planes para emergencias que incluyan personas, procesos y estructuras, con especial énfasis en que puedan utilizarse en diferentes zonas geográficas. En ocasión del huracán Katrina, el personal de salud no tenía planes de contingencia personales, lo que disminuyó su capacidad de atender las necesidades del hospital. Las obligaciones personales para con su familia, sus seres queridos e incluso sus mascotas afectaron su capacidad de contribuir a la acción de respuesta. Además, el personal no sabía con claridad cuáles eran sus funciones y sus responsabilidades en la respuesta al desastre. No se habían definido claramente las expectativas en todos los casos, con lo cual los hospitales sufrían la falta de personal. En algunas comunidades, se dictó la orden de evacuación, pero a los hospitales se les pidió que permanecieran abiertos, por lo que el personal recibió mensajes contradictorios respecto de qué debía hacer.

Para 2008, cuando otros huracanes (Gustav e Ike) asolaron Luisiana, la respuesta del personal aumentó considerablemente, hecho que se atribuyó al desarrollo de planes de contingencia personales. Esto mejoró en forma directa la capacidad de los hospitales de seguir brindando servicios de asistencia de salud. La elaboración de planes de emergencia para los hospitales significó también que el personal estuviera preparado para dar respuesta en forma continua y para que asumiera responsabilidades que excedían sus funciones habituales, como seguridad,

mantenimiento y, en casos extremos, asistencia para la evacuación. Estos planes también incluyeron estrategias para alojar y alimentar al personal de modo que pudiera brindar asistencia durante plazos prolongados. La mayoría de los hospitales contaba con "equipos de respuesta" que se habían formado previamente y con "equipos de recuperación" para relevar al primer grupo una vez que el proceso pasara de la respuesta a la recuperación.

Los planes de emergencia coordinados son esenciales para dar una respuesta eficaz a un desastre o a una situación de crisis. Si bien el foco de la iniciativa "Asistencia de salud en peligro" está puesto en las zonas afectadas por conflictos y crisis, es mucho lo que se puede aprender de la experiencia de Luisiana en cuanto a la planificación para desastres. Al reunir a especialistas regionales provenientes de muchos contextos, se puede aprender sobre las dificultades de brindar asistencia en ambientes inestables. En 2002, cuando comenzaron los esfuerzos de planificación en ese estado, los participantes estaban escépticos y tardaron en colaborar, porque consideraban que las diferencias entre las regiones eran grandes. La fuerza y el poder de la red crecieron cuando los especialistas locales en planificación comenzaron a darse cuenta de que enfrentaban problemáticas similares y a percibir los beneficios de elaborar estrategias y soluciones comunes. Además, a medida que los participantes locales comenzaron a interactuar entre ellos, aumentó su capacidad de definir estrategias de planificación realistas y viables, y se generó un sentido de pertenencia comunitaria y de liderazgo.

J. Remy/MSF

3. SEGURIDAD Y BIENESTAR DEL PERSONAL DE SALUD, LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES

3.1 Introducción

Este capítulo trata sobre la seguridad y el bienestar del personal de salud, de los pacientes y de sus familiares en situaciones de conflicto armado y otras emergencias. Si bien se hace referencia a algunas de las responsabilidades que el personal de salud tiene en estas situaciones, éstas no son el tema central del capítulo. Se las aborda con mayor exhaustividad en la publicación del proyecto "Asistencia de salud en peligro" denominada "Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias"[15], y en el material de formación que se elaboró en el marco del proyecto, por ejemplo, el módulo de enseñanza virtual titulado *The rights and responsibilities of health-care personnel working in armed conflict and other emergencies*[16]. (Derechos y responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias).

3.2 Condiciones laborales del personal

Cualquier situación de crisis puede desestabilizar el funcionamiento de una instalación de salud. Las presiones externas, las tensiones dentro de la comunidad y los contactos estresantes con los pacientes y sus familiares, las partes en conflicto u otros actores armados que pueden ser estresantes son solo algunas de las dificultades a las que posiblemente se enfrente el personal de salud.

El estrés del personal puede tener diversos orígenes, desde las responsabilidades propias de su tarea y el entorno laboral hasta su situación personal. Los miembros del personal tienen la misma probabilidad de sufrir los efectos de una crisis que las personas a las que atienden. Las preocupaciones por la seguridad de sus familiares, por satisfacer sus propias necesidades básicas (como agua y alimentos) o incluso la experiencia traumática de verse forzados a abandonar su hogar pueden poner en peligro su bienestar personal y su capacidad de cumplir sus tareas.

Para poder desempeñar su labor y cuidar a los demás, el personal de salud debe tener satisfechas sus propias necesidades fisiológicas y de seguridad básicas. Por consiguiente, se debe hacer todo lo posible para crear un entorno que lo respalde y sea conducente para que trabaje en forma eficiente. A modo de ejemplo, se podría establecer mecanismos de incentivos y ofrecer ayuda material y no material al personal y sus familiares. También es importante que los turnos se organicen de manera tal que el personal pueda tomarse tiempo para prepararse para la crisis y cuidar de los miembros de su familia.

Otras formas efectivas de gestionar el estrés del personal son los ejercicios recreativos en equipo y otras actividades que ayuden a liberar el estrés en el trabajo, además de canales para distender las situaciones conflictivas.

15 CICR, *Asistencia de salud en peligro: Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*, CICR, Ginebra, abril de 2013.

16 CICR, *Asistencia de salud en peligro: The rights and responsibilities of health-care personnel working in armed conflict and other emergencies* [módulo de enseñanza virtual], CICR, Ginebra, 2014. Disponible en línea en: www.healthcareindanger.org/elearning (consultado en abril de 2015).

Apoyo psicológico y social para el personal de instalaciones de asistencia de salud

Por Anjana Dayal De Prewitt, Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Introducción

El personal de salud que trabaja en situaciones de conflicto es vulnerable al estrés y a las experiencias traumáticas. En consecuencia, se le debería ofrecer apoyo psicológico y social apropiado y dotarlo de las habilidades básicas para que a su vez pueda ayudar a otros (pares, pacientes y sus familiares o cuidadores). El Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja[17] brinda apoyo técnico a las Sociedades Nacionales para la elaboración y la aplicación de programas de apoyo psicosocial en distintos contextos, incluso para voluntarios y personal de asistencia de salud. La finalidad de esos programas es promover una mayor resiliencia al fortalecer sus recursos internos (como los sistemas de valores y las creencias personales) y externos (redes de familiares, amigos, las personas mayores de la comunidad, líderes religiosos y profesionales que brindan ayuda)[18].

La fuerza laboral debe contar con una combinación de sistemas de apoyo tanto básicos como profesionales. En esta sección, se ofrecen recomendaciones para brindar apoyo psicosocial al personal de salud que trabaja en situaciones peligrosas, así como a los pacientes y sus cuidadores.

Dificultades

Quienes viven en zonas de conflicto tienen muchas probabilidades de sufrir estrés psicológico. El estrés suele definirse como la sensación de estar abrumado, tenso y preocupado[19]. Si no se lo atiende adecuadamente, puede traducirse en "distrés" y en el fracaso de las estrategias defensivas y de adaptación. Entre los más afectados en los entornos de asistencia de salud, se encuentra el personal que trabaja en hospitales, laboratorios, clínicas, salas de primeros auxilios, centros de transfusión de sangre y depósitos médicos y farmacéuticos, además de los pacientes y sus cuidadores. En la mayoría de los casos, el personal de salud es el único prestador de servicios para todas las partes en una zona de conflicto. Con frecuencia se encuentra exigido en distintas direcciones cuando trata de responder a los pedidos de las partes en conflicto para que brinde sus servicios, responder a las expectativas de los pacientes y sus familiares e intentar brindar información adecuada y oportuna a los medios de comunicación y otros interesados.

Entre las reacciones comunes al estrés[20], se puede mencionar una disminución del grado de alerta y rendimiento, problemas psicosomáticos (como dolores de espalda, apatía, aumento o disminución del apetito o el sueño), falta de criterio y tensión en las relaciones personales. El agotamiento profesional (síndrome de burnout)[21] es otra consecuencia común del trabajo en situaciones que generan estrés durante un período prolongado sin adoptar medidas adecuadas para protegerse de sus efectos. Se trata de un estado emocional caracterizado por agotamiento emocional crónico, ausencia de energía, disminución del entusiasmo y motivación para trabajar, menor eficiencia en el trabajo, menor sentido de logro personal, pesimismo y cinismo.

Son al menos tres los factores que dificultan la prestación de apoyo al personal de salud, los pacientes y los cuidadores en una situación de conflicto. En primer lugar, ante las necesidades inmediatas de los pacientes y las situaciones de vida o muerte a las que se enfrentan, es fácil descuidar el apoyo psicológico básico que se debe brindar al personal. En segundo lugar, el estrés se considera un problema de salud mental y, por ende, es un tabú en muchas culturas.

17 Para más información sobre el Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial, v. la página web en el sitio de la Federación Internacional: https://www. http://ifrc.org/es/introduccion/health-activities/apoyo-psicosocial/ (consultado el 13 de marzo de 2015).

18 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *Psychosocial Support: Towards safe and healthy living*, Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Copenhague, 2009.

19 Australian Psychological Society, *Understanding and Managing Stress*, Australian Psychological Society, Melbourne, 2012.

20 K. De Jong, *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence: A community-based approach*, 2.ª ed., Médicos Sin Fronteras, Ámsterdam, 2011.

21 D. Meichenbaum, "Resilience and posttraumatic growth: A constructive narrative perspective," en L.G. Calhoun y R.G. Tedeschi (eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, Nueva Jersey, 2006, pp. 355-368.

Por último, son muy pocos los supervisores y miembros del personal entrenados en técnicas de apoyo psicosocial.

Prevención del estrés

El estrés (tanto del personal como de los pacientes) se puede prevenir si se adoptan medidas apropiadas para atenuar los estresores, es decir, los factores que lo provocan. El entrenamiento del personal para que responda a exigencias cambiantes y trate con diferentes personas puede ayudar a prepararlo para situaciones problemáticas y reducir sus niveles de estrés. Existe también una serie de medidas prácticas que se puede adoptar y contribuir a reducir el estrés y la tensión del personal, por ejemplo, organizar la zona de recepción de la instalación de asistencia de salud para poder supervisar el acceso debidamente y aplicar medidas de seguridad para controlar y reducir las irrupciones indeseadas.

Gestión del estrés

El Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial recomienda enfoques intersectoriales y de múltiples niveles para tratar las reacciones ante las situaciones traumáticas y el estrés. La mayoría de las personas podrán recuperarse de un hecho adverso con un apoyo mínimo (por ejemplo, calmarlas, escucharlas o brindarles apoyo psicológico básico). El apoyo de la familia, los pares y la comunidad, combinado con el cuidado personal, sería suficiente para facilitar la cura. Sin embargo, en algunos casos, de ser factible, se necesitará el trabajo más específico y especializado de profesionales de la salud mental, trabajadores sociales o consejeros espirituales.

Pacientes y cuidadores: uno de los principales estresores del personal de salud que trabaja en zonas de conflicto es el trato con los pacientes y los cuidadores que los acompañan, que suelen estar preocupados por la seguridad y la calidad del tratamiento y se desquitan con el personal. Por ello, es importante que éste haya sido entrenado para abordar adecuadamente las reacciones de estrés de los pacientes, sus cuidadores y otras visitas. En tal sentido, las siguientes recomendaciones pueden resultar de utilidad.

- **Ofrecer apoyo psicológico básico:** las instalaciones de salud reciben toda clase de visitas, desde pacientes y sus familiares hasta miembros del ejército nacional y otros actores armados. Estas personas se acercan con una variedad de preguntas y pedidos que pueden dar lugar a discusiones innecesarias, y que es posible evitar si se entrena a los miembros del personal, incluido el de seguridad, en la escucha activa. El hecho de escuchar con calma a una persona arrebatada puede impedir que la situación llegue a mayores. También se podría impartir formación al personal en apoyo psicológico básico, que no solo incluye la escucha activa, sino también aprobar los sentimientos que se han expresado y satisfacer las necesidades inmediatas. Además, se podría ofrecer entrenamiento en técnicas básicas de respuesta a emergencias e intervenciones en salud mental y en identificación de casos que requieren apoyo o derivación.
- **Brindar información:** es importante que tanto los pacientes como sus cuidadores cuenten con información suficiente acerca de su permanencia y su tratamiento en la instalación de salud. Se les debe informar cuántos cuidadores pueden acompañar a un paciente, para controlar el número de personas presentes. También deberían saber si cuentan o no con una sala de espera con instalaciones básicas, como baños y agua potable. Si la familia de un paciente desconfía del personal de salud, en aras de la transparencia, una posibilidad sería permitir que sus familiares más cercanos estén presentes en el quirófano (de ser factible). Y lo que es más importante, si los cuidadores reciben orientaciones básicas sobre cómo asistir al paciente, pueden ser un recurso útil, en particular, en contextos en los que las instalaciones no tienen personal suficiente.
- **Solicitar colaboración de los trabajadores sociales:** cuando un paciente o su cuidador están muy estresados, se recomienda solicitar colaboración de los trabajadores sociales, trabajadores psicosociales o consejeros, que cuentan con aptitudes para brindar apoyo psicológico básico.

Personal de salud: no todas las personas reaccionan del mismo modo ante el mismo hecho. Algunas pueden reaccionar con rapidez, mientras que otras quizás lo hagan más tarde. En consecuencia, se recomienda evaluar periódicamente la fuerza laboral y sus necesidades, para brindar apoyo oportuno a todo el personal. Se debe recordar también que los mecanismos de adaptación varían de una persona a otra, según la cultura, el sistema de creencias, el género y la edad. En consecuencia, y para que resulten efectivas, las intervenciones deben ser

flexibles y estar adaptadas al contexto. A continuación, se ofrecen algunas recomendaciones sencillas para los supervisores/administradores, equipos y personas que deben hacer frente a reacciones generadas por el estrés.

Supervisores/administradores: para que el apoyo sea eficaz, es necesario que los directivos tengan la determinación de ofrecerlo. Se recomienda elaborar protocolos de detección y orientación para aplicarlos antes de un hecho que provoca estrés, mientras se desarrolla y luego de finalizado, con entrenamiento o pautas para el apoyo de los pares y el cuidado personal. Cabe destacar, no obstante, que las experiencias traumáticas severas quizás requieran la intervención de profesionales de salud mental.

Las siguientes recomendaciones pueden resultar de utilidad:

- Brindar orientación y apoyo a los integrantes del equipo.
- Realizar evaluaciones del personal antes y después de su asignación, si es que es enviado a otro destino. Para quienes estén asignados a un solo lugar, el control puede realizarse semestralmente y luego de cada hecho estresante.
- Respetar la confidencialidad para que las personas se sientan lo suficientemente seguras para admitir que están estresadas y pidan ayuda.
- Destacar la importancia del cuidado personal.
- Garantizar que el personal tenga períodos de descanso entre un hecho estresante y otro.
- Crear un sistema de apoyo entre pares para intercambiar experiencias.
- Brindar oportunidades para que la fuerza laboral adquiera habilidades en apoyo psicológico básico y el cuidado personal.
- Brindar un seguimiento de apoyo a los integrantes del equipo.

Equipos: la instauración de sistemas de apoyo entre pares tiene muchos beneficios, entre ellos la pronta provisión de asistencia y ayuda al personal que lo necesita, por parte de alguien que conoce bien la situación. Este apoyo, si se brinda en una etapa temprana, puede evitar que surjan problemas futuros, ya que ayuda a que las personas adquieran aptitudes personales de adaptación. Al formar grupos de apoyo, los pares pueden aunar conocimientos, perspectivas y experiencias en beneficio mutuo.

Un grupo de pares puede brindar:

- apoyo informal durante la tarea y posteriormente;
- un marco formal para debatir y resolver los problemas en forma conjunta;
- un espacio para conversar, expresar pensamientos y sentimientos frente a alguien con quien la persona afectada se siente cómoda;
- la oportunidad de escuchar a los demás e intercambiar percepciones con ellos (por ejemplo, ¿qué piensa/n usted/ellos acerca de un hecho estresante en particular?);
- la posibilidad de alentar y respaldar a los colegas y de estar disponible, pero sin interferir;
- confidencialidad (pilar de todo apoyo que se brinde);
- un seguimiento y una derivación no invasivos a un profesional para que brinde asistencia si la persona afectada manifiesta deseos de lastimar a otros o de lastimarse a ella misma.

Individuos: el personal de la salud tiene un papel muy importante en el tratamiento de su propio estrés. Las personas suelen no prestar atención a sus propias reacciones psicológicas ante situaciones estresantes, ya sea por falta de tiempo o de conciencia al respecto. Se recomienda que se entrene a los miembros del personal en los cuidados básicos que deben tener con ellos mismos.

Las siguientes recomendaciones pueden resultar de utilidad:

- Cuídese especialmente, coma bien, limite la ingesta de alcohol y tabaco y manténgase en buen estado físico.
- No trate de ocultar sus sentimientos.
- Exprese sus sentimientos a pares en los que confíe o a su supervisor toda vez que experimente incidentes que lo perturben luego de cada turno laboral.
- No se automedique.
- Continúe con sus tareas de rutina, como ir a trabajar, cocinar, bañarse y estar con amigos y con la familia.

- Busque una salida saludable, por ejemplo, compartir sus sentimientos con amigos, hacer ejercicio o expresarse a través de la escritura.
- No se autoexija.
- Busque ayuda de un profesional.
- Hable abiertamente y exprese sus problemas sin temer las consecuencias.
- Haga una pausa cuando sienta que sus niveles de tolerancia disminuyen.
- Manténgase en contacto con familiares y amigos.
- Evite el perfeccionismo, es decir, hacer lo imposible para hacer todo a la perfección, ya que esto suele dar lugar a desencanto y conflicto.

Apoyo emocional, informativo e instrumental[22]

Los dirigentes y el personal de salud designado deberían brindar apoyo emocional, informativo e instrumental para hacer frente al temor, el estrés y la ansiedad, controlar las expectativas y colaborar con el proceso de normalización. Las medidas que se presentan en el cuadro a continuación se deberán adoptar cuando resulten apropiadas y pertinentes para la situación de que se trate. Cabe recordar que todos los programas de salud mental deben adaptarse al contexto.

Emocional	Informativo	Instrumental
• Reconocer el estrés y las exigencias adicionales. • Brindar consejos para la gestión del estrés y entrenamiento en medidas de adaptación. • Habilitar una línea telefónica de atención permanente para el personal, destinada a brindar información y apoyo para la gestión del estrés y la ansiedad. • Crear un sistema de pares para alentar al personal a que se cuide mutuamente.	• Garantizar una comunicación clara, honesta y frecuente. • Enviar notificaciones por escrito con estrategias de cuidado para el personal, redactadas en un lenguaje que transmita una preocupación genuina por el personal. • Brindar oportunidades para que el personal haga preguntas, ofrezca sugerencias y sea parte del proceso, por ejemplo, sesiones informativas durante las pausas del almuerzo y envío de correos electrónicos, en forma periódica. • Garantizar que se haga un seguimiento apropiado y oportuno de las preguntas y sugerencias del personal. • Asegurarse de que los miembros del personal cuenten con información adecuada o tengan acceso a ella. • Si no se tiene acceso a internet, distribuir copias impresas de las orientaciones.	• Establecer un proceso claro para comunicarse y ponerse en contacto con los seres queridos y mantenerlos al tanto de las novedades. • Responder a las necesidades físicas de los miembros del personal (como alimentos, transporte, atención de niños/personas mayores, medicación, equipos). • Crear espacios o centros de descanso para el personal con colaciones saludables y acceso a teléfonos y ordenadores, en especial cuando deben trabajar muchas horas.

22 Ministerio de Salud de Columbia Británica, *Pandemic Influenza Psychosocial Support Plan for Health Care Workers and Providers*, septiembre de 2012.

Acerca del Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial

El Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial trabaja en el marco de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y apoya a las Sociedades Nacionales en la promoción y la facilitación del bienestar psicosocial de los beneficiarios, el personal y los voluntarios. Con sede en Copenhague, en la oficina de la Cruz Roja Danesa, el Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional tiene por objeto ayudar al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a generar mayor conciencia respecto de las reacciones psicológicas ante los desastres o los disturbios sociales, facilitar el apoyo psicológico y psicosocial, promover la restauración de las redes comunitarias y los mecanismos de adaptación y mejorar la asistencia emocional al personal y los voluntarios. El Centro procura garantizar que el apoyo psicosocial esté cada vez más integrado en la labor de las Sociedades Nacionales y en las intervenciones y los programas de la Federación Internacional como un medio eficaz para aliviar el sufrimiento humano, mejorar el bienestar psicosocial, acelerar la recuperación y fortalecer la resiliencia de las comunidades[23].

3.3 Composición de la fuerza laboral

La percepción que la comunidad tenga de una instalación de salud puede influir en el nivel de seguridad del personal y los pacientes. Desde este punto de vista, es importante tener en cuenta su administración, en particular, en lo que a la dotación de personal se refiere. Para aumentar las probabilidades de que la instalación de salud goce de aceptación entre los miembros de la comunidad, el proceso de contratación debe ser transparente y la composición de la fuerza laboral se debe considerar con sumo cuidado. En la medida de lo posible, debería reflejar la diversidad étnica, cultural y religiosa de la comunidad, además de tener una representación de género equitativa.

3.4 Preparación del personal

Cuando se trabaja en una instalación de salud, es imposible evitar por completo el estrés. Sin embargo, reconocer su existencia y preparar a las personas para las probables dificultades permite abordarlo mejor (y, eventualmente, reducirlo).

Los administradores deben asegurarse de que las condiciones de trabajo del personal sean lo más previsibles posible. No obstante, es probable que durante una crisis el personal deba trabajar con flexibilidad y adaptarse a necesidades cambiantes. A fin de prepararse para una situación de este tipo, quizás se deban revisar las obligaciones contractuales para poder modificar las responsabilidades. Se deben dejar tan en claro como sea factible las funciones y las responsabilidades del personal y qué se espera de sus integrantes en una situación de emergencia, a fin de evitar confusiones.

Es necesario brindar entrenamiento y realizar ejercicios de práctica en forma periódica, en los que todo el personal, tanto médico como no médico, debería participar.

Áreas clave que se deben incluir en el entrenamiento:

- *Protección y negociación, comprender los riesgos derivados de la protección, el principio de "no causar daño", comunicación y sensibilización sobre protección social.*
- *Comunicación y trato con los pacientes, los familiares y otros interesados clave, incluidos los medios de comunicación. Prever entrenamiento sobre cómo hacer frente a la presión de los familiares de los pacientes y otras personas, controlar sus expectativas y las conductas agresivas.*
- *Apoyo psicológico básico y estrategias de apoyo y cuidado personal.*

Además, el personal de salud debe estar informado de sus responsabilidades en la prestación de asistencia de salud en conflictos armados u otras emergencias y de los dilemas de índole ética que

23 La misión y la estrategia del Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional están disponibles en: http://pscentre.org/who- we-are/mission-strategy/ (consultado en abril de 2015).

puede enfrentar al llevar a cabo sus tareas. Este tema se aborda con mayor exhaustividad en la publicación del proyecto "Asistencia de salud en peligro" titulada *Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armadas y en otras emergencias*.

3.5 Protección de los pacientes

El nivel de atención y la calidad de los servicios que se ofrecen en una instalación de salud pueden influir en la percepción que la comunidad y otros interesados tienen de ella y, por ende, incidir indirectamente en su seguridad. Por ello, es esencial asegurarse de que la prestación de asistencia de salud no pierda su imparcialidad y de que, al desatarse la crisis, la calidad de los servicios no disminuya.

Es fundamental mantener la confidencialidad para garantizar la seguridad de los pacientes. En consecuencia, el personal de salud debería actuar con precaución al momento de informar datos sensibles de los pacientes. En algunas circunstancias, el derecho interno deja sin validez el requisito absoluto de confidencialidad. En algunos países, el personal de salud podría tener la responsabilidad de transmitir determinada información a las autoridades: traumas provocados por disparos y algunas enfermedades infecciosas, por ejemplo. En contextos militares, se presentan situaciones donde claramente es necesario transmitir información sobre la condición de determinada persona a un superior. La persona de que se trate deberá ser informada de que la transmisión de información en ese caso es un requisito legal o militar. Una persona que recibe asistencia de salud puede negarse a autorizar que se transmita la información sanitaria que le incumbe. Si el paciente no da su consentimiento para transmitir sus datos de salud, y no es posible respetar su deseo, el personal de salud debe explicarle por qué ello no es posible y cuáles serían las consecuencias de transmitir esa información[24] .

Si bien el personal de salud debe garantizar la protección y el respeto de los pacientes que están a su cuidado, también es necesario que esté atento a los riesgos que algunos de ellos pueden llevar a la instalación de salud. Algunos pueden plantear una mayor amenaza para la seguridad de otros pacientes y del personal, ya sea por su conducta o por su procedencia, y es importante que el personal sea consciente de ello. Se recomienda que lo mencionado no sea un factor para hacer diferenciación entre los pacientes, ya que ello podría afectar la seguridad de la instalación; por el contrario, en su trato con los pacientes, el personal debería mantener la mayor neutralidad posible. No obstante, en algunas circunstancias excepcionales y cuando sea factible desde el punto de vista médico y práctico, quizás sea necesario dar de alta antes de lo habitual a los pacientes que representan un riesgo elevado.

3.6 Familiares de los pacientes

Es importante ser sensible a las necesidades y las experiencias de los familiares de los pacientes, ya que no solo sufren el estrés de la crisis imperante, sino también las inquietudes por la salud de su ser querido. Naturalmente, esto los afecta y puede influir en su conducta hacia los demás. El trato con ellos debe caracterizarse por la cooperación y la cordialidad, la comprensión de su situación y el conocimiento de los riesgos y los posibles enfrentamientos que pueden surgir.

Como medida práctica, es aconsejable asegurarse de que la instalación de salud cuente con salas de espera adecuadas para los familiares, que también pueden funcionar como forma de limitar el número de personas en el lugar. Los familiares pueden ayudar a brindar apoyo y atención adicional a los pacientes (por ejemplo, alimentarlos o contenerlos); de hecho, se trata de una tradición arraigada en muchas culturas. Sin embargo, durante una emergencia, también es importante controlar debidamente el caudal de personas para disminuir el riesgo de saturación del espacio.

Otra medida que se puede adoptar para aliviar la carga de trabajo del personal de salud al tratar con los pacientes es solicitar la colaboración de trabajadores sociales para que brinden apoyo emocional.

24 Esta sección se basa en la publicación del proyecto "Asistencia de salud en peligro" titulada *Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armadas y en otras emergencias*, CICR, Ginebra, abril de 2013. Para más información relativa a la confidencialidad médica, v. la publicación del proyecto "Asistencia de salud en peligro" titulada *Domestic normative frameworks for the protection of health care*, CICR, Ginebra, enero de 2015.

Es importante comunicarse periódicamente con los familiares para informarles sobre el tratamiento de sus seres queridos. En algunos casos, quizás resulte aconsejable o necesario, en lugar del consentimiento del paciente mismo o además de éste, solicitar el consentimiento de un familiar para aplicar un determinado tratamiento. Esta manera de proceder puede servir para evitar posibles malos entendidos sobre qué prácticas se realizaron y por qué.

3.7 Irrupciones

Las irrupciones armadas y no deseadas en las instalaciones de salud pueden amenazar su seguridad. En la medida de lo posible, se debería entrenar al personal de salud sobre cómo hacer frente a estas situaciones.

Al abordar este tema, es importante hacer una diferenciación entre los ingresos armados lícitos y las irrupciones (ilícitas). Naturalmente, estas últimas se deben evitar a través de medidas y sistemas de seguridad física para controlar el ingreso al sitio, como se explica en el capítulo 4. El diálogo periódico y los esfuerzos de sensibilización con las partes en conflicto y otros interesados también resultan medidas de prevención importantes, que sirven para promover la comprensión de la naturaleza imparcial de la asistencia de salud y de los servicios que se brindan.

En la mayoría de los contextos, las instalaciones de salud suelen aplicar una política de prohibición de ingreso con armas. Se trata de una medida preventiva para evitar una escalada de la tensión o el conflicto dentro de la instalación, pero que en algunos casos puede ser difícil de cumplir, en particular si la confianza entre los miembros de la comunidad ha disminuido. Sin embargo, se deberían hacer todos los esfuerzos posibles por alentar a las personas a que dejen sus armas fuera antes de ingresar en la instalación.

Mejorar la seguridad de las instalaciones hospitalarias en Kaga Bandoro, República Centroafricana

Contexto

En 2012, cuando estalló el conflicto en República Centroafricana, una de las primeras ciudades en caer en manos de Séléka, una coalición de grupos armados provenientes sobre todo del norte y del este del país, fue Kaga Bandoro, en el distrito de Nana Bribizi. Luego de tomar la ciudad en diciembre de ese año, la coalición se dirigió a la capital, donde perpetró un golpe de estado en marzo de 2013.

Desde entonces, la vida cotidiana en Kaga Bandoro se ha caracterizado por una constante falta de seguridad, que ha afectado el acceso a la asistencia de salud y la economía local.

El acceso a la salud en este distrito se ha visto afectado por esta situación por diversos motivos. Uno de ellos es que, como consecuencia de las deficientes condiciones de seguridad, la mayoría del personal de asistencia de salud calificado abandonó la ciudad y se dirigió a Bangui; otro es el saqueo deliberado del hospital local y sus vehículos. La presencia de actores armados en el predio del hospital disuadió a los pacientes de acudir a la instalación y acceder a sus servicios de asistencia de salud.

La inestabilidad en la zona también tuvo un efecto negativo en la economía local. Los incidentes frecuentes en los principales caminos, que incluyeron saqueos, redujeron drásticamente el comercio. Simultáneamente, la falta de pago de los salarios de los funcionarios públicos locales ha dejado a muchas familias sin poder satisfacer sus necesidades domésticas básicas.

El proyecto

El hospital de Kaga Bandoro es la instalación de asistencia de salud de referencia y presta servicios a unos 134.000 habitantes de ese distrito. Con el apoyo del CICR, y en el marco de "Asistencia de salud en peligro", en 2013 se dio inicio a un proyecto para mejorar la seguridad del hospital[25].

25 Financiado por el Gobierno de Suiza, en el marco del proyecto "Asistencia de salud en peligro".

La infraestructura era particularmente vulnerable debido a la falta de una barrera física o cerco perimetral para controlar el acceso a las instalaciones, lo que tenía las siguientes consecuencias:

- problemas de protección vinculados a la presencia de actores armados en el hospital, que intensificó la sensación de falta de seguridad entre el personal y los pacientes. En algunos casos, esto llevó a que no quisieran internarse;
- actos periódicos de vandalismo (como el saqueo de cables eléctricos durante la noche).

Se decidió construir una pared perimetral alrededor de las instalaciones y marcar claramente la zona con señales y emblemas apropiados para mejorar el nivel de protección. El programa se organizó bajo la forma de "dinero por trabajo", contó con la participación de miembros de la comunidad y brindó ayuda económica a familias de bajos ingresos afectadas por la inestabilidad imperante en el distrito, mediante pagos mensuales de 2.000 francos CFA. Paralelamente a las obras de construcción, se llevaron a cabo sesiones de concienciación sobre la naturaleza imparcial de la prestación de asistencia de salud, dirigidas a diversos públicos, como actores armados, personal del hospital y habitantes locales, y persiguieron los siguientes objetivos:

- instar a los actores armados y a los habitantes locales a respetar y proteger al personal y las instalaciones de asistencia de salud y a los vehículos sanitarios y reconocer que gozan de protección en virtud del DIH, del DIDH y de la legislación nacional;
- contribuir a que el personal de salud y los pacientes se sientan más seguros dentro del hospital.

Resultados

La seguridad del hospital de Kaga Bandoro se reforzó con la construcción de una pared perimetral, con sólidos cimientos, que debería durar al menos 25 años. El programa de construcción "dinero por trabajo" empleó a 160 personas y contribuyó a los ingresos de sus hogares.

El principal resultado del proyecto es que los portadores de armas ya no pueden ingresar libremente al predio del hospital. Además, se instaló un sistema de alarma para que el personal y los guardias del hospital puedan informar directamente al CICR o a las patrullas de seguridad locales sobre cualquier intento de ingreso a las instalaciones por la fuerza en horas de la noche. Cuando comenzó la crisis, las tareas nocturnas se suspendieron por razones de seguridad; sin embargo, con este sistema de alarma, el personal ha podido reanudarlas sin temor. Durante los períodos de elevada tensión en la ciudad, el CICR respaldó al personal en la coordinación de la llegada y la admisión ordenada de los pacientes, con frecuencia portadores de armas heridos, para reducir el nivel de estrés del personal y de los demás pacientes.

Se realizaron sesiones informativas para generar conciencia sobre la naturaleza imparcial de la prestación de salud entre públicos de origen diverso y se recurrió a diferentes medios de comunicación, incluida una obra de teatro breve. Durante las sesiones, se transmitieron los siguientes mensajes fundamentales:

- se deben respetar los carteles que indican la prohibición de ingreso con armas en la entrada del hospital. Esto significa que las armas se deben dejar fuera antes de entrar;
- se debe respetar al personal de salud y no amenazarlo, para que pueda seguir desempeñando su tarea de salvar vidas;
- los hospitales son de importancia vital para la comunidad. Sus bienes se deben respetar y nunca se los debe saquear. Las ambulancias y los medicamentos salvan vidas, por lo que nunca deben ser objeto de destrucción ni de pillaje.

Se ha observado que, en momentos de tensión, los familiares que visitan a los pacientes suelen amenazar verbalmente a los pacientes que pertenecen a otros grupos étnicos. El CICR ha incrementado gradualmente su diálogo y nivel de contacto no solo con los actores armados, sino también con miembros de la sociedad civil, por ejemplo, los grupos de jóvenes, para sensibilizarlos sobre esta cuestión. Los voluntarios de la Cruz Roja local realizan sesiones de concienciación para visitantes y pacientes por igual dos veces por semana, y sus mensajes se refuerzan mediante afiches que se producen localmente.

3.8 Comunidades

Si bien la responsabilidad general por garantizar la seguridad de una instalación de salud recae en las autoridades estatales, la participación de los líderes de la comunidad en los esfuerzos de sensibilización y difusión puede ayudar a lograr un mayor respeto de parte de miembros de la comunidad hacia los servicios que se brindan y promover la comprensión de la naturaleza imparcial de la prestación de asistencia de salud. Ello, a su vez, puede contribuir a mejorar la seguridad del personal, de los pacientes y de las instalaciones.

3.9 Relaciones con los medios de comunicación[26]

El contacto con los medios de comunicación es otra causa posible de estrés y de riesgos de seguridad para el personal y los pacientes. Sin embargo, los periodistas pueden aportar cambios positivos si cuentan con un panorama realista de lo que está sucediendo en determinado contexto violento. Una cobertura mediática adecuada puede contribuir a que la asistencia de salud reciba más recursos, influir en la naturaleza y la magnitud de la violencia e incluso ayudar a ponerle término.

El diálogo regular con los medios de comunicación para explicarles cómo funciona la instalación puede reducir la tensión si surge una situación de emergencia. El uso de diferentes canales para transmitir información sobre los servicios de salud disponibles y generar más conciencia y aceptación sobre la prestación imparcial de asistencia de salud puede tener un efecto positivo en la seguridad general de una instalación de salud. En todo contacto con los medios de comunicación, se debe priorizar la confidencialidad del paciente.

Consejos para tratar con los medios de comunicación

- *Designar a un miembro del personal de la instalación de salud como persona de contacto para todos los asuntos relativos a los medios de comunicación.*
- *Asegurarse de que se haya elaborado una política relativa a los medios de comunicación que contenga orientaciones claras respecto del uso de los medios sociales.*
- *Asegurarse de que todo periodista que desee una entrevista con un miembro del personal o ingresar en la instalación de salud tenga una copia de esa política.*

Otros puntos para tener en cuenta

- *El bienestar y la privacidad de los heridos y los enfermos siempre prevalecen por sobre la curiosidad o las necesidades de los periodistas.*
- *Resguardar a los heridos y los enfermos de la mirada insistente de los medios de comunicación.*
- *Solicitar las credenciales de toda persona que se presente como periodista.*
- *No dejarse intimidar para dar respuestas que no se desea dar.*
- *No responder a preguntas destinadas a provocar una reacción emocional.*
- *Verificar cuándo las declaraciones del personal están siendo grabadas y cuándo no (los periodistas a veces consideran que una conversación normal es una entrevista). Si es imposible saberlo con certeza, dar por sentado que las declaraciones están siendo grabadas.*
- *Estar atentos a posibles dispositivos o cámaras de grabación ocultos.*
- *Tomar la iniciativa de hablar con los medios de comunicación; organizar conferencias de prensa cuando haya una actividad que dirija la atención hacia la instalación de salud.*
- *Antes de hacer cualquier declaración pública, prestar cuidadosa atención a la veracidad y las consecuencias de lo declarado, por la propia seguridad y por la de los heridos y los enfermos, así como por la de los colegas.*

26 Esta sección se basa en extractos de la publicación del proyecto "Asistencia de salud en peligro" titulada *Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*, CICR, Ginebra, abril de 2013.

S.Maguire/CICR

4. SEGURIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA DE ASISTENCIA DE SALUD[27]

4.1 Introducción

Los conflictos armados y otras emergencias representan una amenaza para la seguridad física de las instalaciones de salud. En ocasiones, los ataques pueden causar daños a partes vitales de la infraestructura, lo que a su vez puede perturbar la normal prestación de servicios de salud.

Ninguna medida puede proteger íntegramente una instalación de salud de un ataque de artillería pesada, un ataque aéreo o una irrupción. Sin embargo, las medidas de protección pueden atenuar las consecuencias de estos incidentes y disuadir para que ni siquiera ocurran. La adopción de determinadas medidas puede contribuir a la protección del personal y los pacientes que se encuentran en una instalación de este tipo y limitar la interrupción de los servicios de salud para la población en general.

En este capítulo, se ofrece una reseña de una serie de principios de arquitectura y de ingeniería ampliamente reconocidos que pueden influir en la seguridad física de la infraestructura de salud. Si bien las medidas que se detallan procuran mejorar la seguridad de las instalaciones de salud, solo se puede lograr un elevado nivel de protección si todas las partes en conflicto, las autoridades estatales y la población en general acuerdan preservar las instalaciones y al personal de salud de interferencias y ataques.

4.2 Evaluación de riesgos

Para determinar qué medidas adoptar, en primer término se deben evaluar los riesgos en forma exhaustiva. Al respecto, consúltese los pasos clave de una evaluación de riesgos, en la sección 2.3.

Los riesgos para la infraestructura de salud pueden ser directos o indirectos:

- los riesgos directos incluyen las irrupciones por parte de grupos armados y los ataques dirigidos contra la infraestructura de salud;
- los riesgos indirectos comprenden interrupciones en el suministro de agua o energía y las trabas al acceso de pacientes, personal o material.

Así los riesgos sean directos o indirectos, uno de los factores fundamentales que se debe tener en cuenta en la evaluación de riesgos es la importancia de la continuidad en la prestación de los servicios de asistencia de salud, como se señaló en el capítulo 1.

4.3 Lograr un equilibrio entre la necesidad de garantizar la seguridad física, el acceso y la percepción positiva

Al adoptar medidas para mejorar la protección física de una instalación de salud, es fundamental considerar cómo podrían incidir en la percepción que de ella tienen tanto la comunidad como las partes en conflicto. Una instalación de salud con el aspecto de una fortaleza puede ser más vulnerable a los ataques que una estructura menos protegida, ya que se la podría percibir como un objetivo militar valioso o incluso como un posible bastión de una de las partes en conflicto. El nivel apropiado de protección física de las instalaciones de salud puede variar según el contexto.

Las medidas de seguridad no deberían intimidar a los usuarios de la instalación ni hacer sentir a los visitantes que no son bienvenidos. El acceso restringido a ciertas zonas dentro de una instalación de salud

27 El contenido de este capítulo se basa en los resultados de los talleres de expertos del proyecto "Asistencia de salud en peligro", así como en la bibliografía existente en la materia. Más específicamente, se hace referencia a las publicaciones del Instituto Indio de Tecnología de Kanpur (*IITK-GSDMA Guidelines on Measures to Mitigate Effects of Terrorist Attacks on Buildings*, 2008), del Ministerio de Defensa de los Estados Unidos (*UFC 4-023-07: Unified Facilities Criteria – Design to Resist Direct Fire Weapons Effects*, 2008) y de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (*FEMA 453: Safe Rooms and Shelters – Protecting People Against Terrorist Attacks*, 2006).

no debería perturbar el flujo de pacientes y de insumos esenciales. Además, ésta debe mantener una capacidad de intervención inmediata para hacer frente a situaciones con grandes números de heridos.

4.4 Consideraciones respecto del sitio

4.4.1 Ubicación

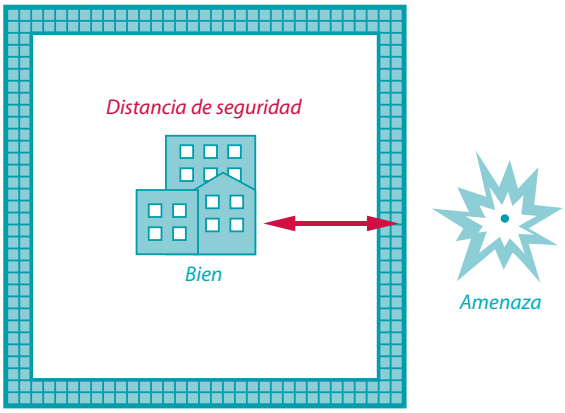
La ubicación de una instalación de salud puede volverla vulnerable al daño. Si se encuentra próxima a un objetivo potencial –por ejemplo, un campamento militar, una planta de productos químicos, un centro de transporte o una planta generadora de energía–, el riesgo de que sufra daño colateral se acentúa. En estos casos, quizás resulte necesario adoptar medidas de protección reforzadas.

Partiendo del supuesto de que una instalación de salud señalizada como tal no será objeto delibrado de ataques, se recomienda señalizar claramente su presencia a través de medios físicos o visuales, de modo de diferenciarla del resto de la zona de conflicto y evitar confusiones. El DIH no contiene normas estrictas respecto de la distancia a la que pueden colocarse las armas respecto de una instalación de salud, pero existe la obligación general de adoptar todas las precauciones posibles para proteger los bienes de carácter civil que estén bajo su control, incluidas las instalaciones de salud, de los peligros resultantes de las operaciones militares[28].

Se deberían identificar tan pronto como sea posible vías alternativas hacia la instalación de salud desde ella para garantizar que tanto los pacientes como el personal y los insumos tengan al menos dos formas diferentes de llegar a ella o, en el peor de los casos, evacuarla. De ser factible, este tipo de consideración se debería incluir en los planos de las redes de carreteras urbanas.

4.4.2 Distancia de seguridad

Los efectos de una explosión disminuyen drásticamente con la distancia: la intensidad del impacto en un punto dado es inversamente proporcional al cubo de su distancia desde la fuente de la explosión. Por lo tanto, la forma más eficiente de proteger las instalaciones de salud del daño por explosiones consiste en aumentar su distancia de las fuentes de amenaza de explosión, denominada "distancia de seguridad".



La distancia de seguridad ideal dependerá de la clase de amenaza explosiva, del tipo de construcción y del nivel de protección deseado. Las construcciones convencionales, con un diseño apropiado y rodeadas de espacio libre suficiente, pueden estar adecuadamente protegidas de una explosión. Por el contrario, en un sitio urbano típico, en el que la instalación está muy próxima a otros edificios o espacios públicos, lograr una distancia de seguridad satisfactoria puede resultar más difícil. En esos casos, es posible adoptar medidas de protección en coordinación con las autoridades municipales, como: construcción de un muro perimetral reforzado, uso de bolsas de arena o su equivalente local

28 PA I, art. 58 (c), *Estudio sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario*, Norma 22. Además, conforme al DIH aplicable a los conflictos armados internacionales, existen obligaciones específicas en virtud de las cuales, y siempre que sea posible, las partes en conflicto deben asegurarse de que las instalaciones de salud estén ubicadas de modo tal que los ataques contra objetivos militares no pongan en peligro su seguridad. V. en particular: CG I, art. 19 (2); CC IV, art. 18 (5) y PA I, art. 12 (4).

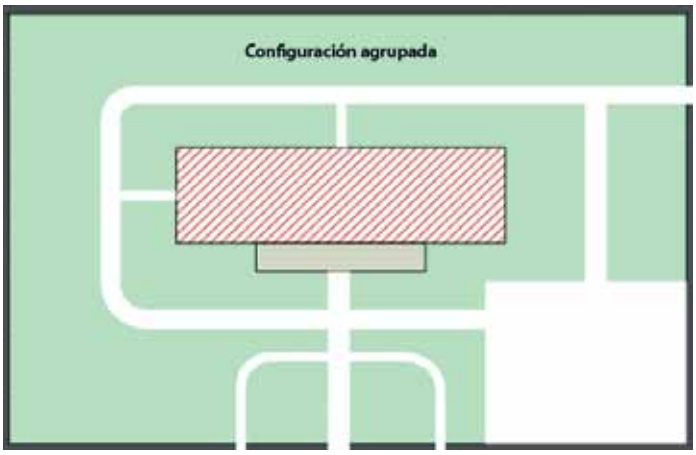
(por ejemplo, barreras de tierra) y colocación de obstáculos (como bloqueos de carreteras). Estas medidas permitirían ampliar la línea perimetral y fortalecer la resiliencia de la instalación. Otra medida aconsejable consiste en trasladar las salas de atención de pacientes hacia el centro del edificio y lejos de las paredes externas, aunque se puede reducir de manera significativa la capacidad de la instalación de salud y privar a los pacientes de luz natural. Los edificios con habitaciones orientadas hacia un atrio interno serían más apropiados en un caso como éste.

4.4.3 Configuración de la instalación

En general, los hospitales o las instalaciones de salud se construyen en varias etapas, y no de una sola vez, sin tener demasiado en cuenta cómo racionalizar el movimiento del personal, los pacientes, los visitantes y los insumos. Si se reconfigura la diagramación interna y se controla el flujo de bienes y personas de manera más efectiva, es posible mejorar la seguridad y el funcionamiento general de la instalación de salud. Toda vez que sea posible, los planos de diseño y construcción se deberían elaborar teniendo en cuenta cómo se ampliará la instalación en el futuro, a fin de mantener una configuración adecuada y aumentar su seguridad.

Cuando se han de construir varias unidades en un sitio, existen dos opciones: agruparlas o bien distribuirlas. Cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas, que varían según el contexto.

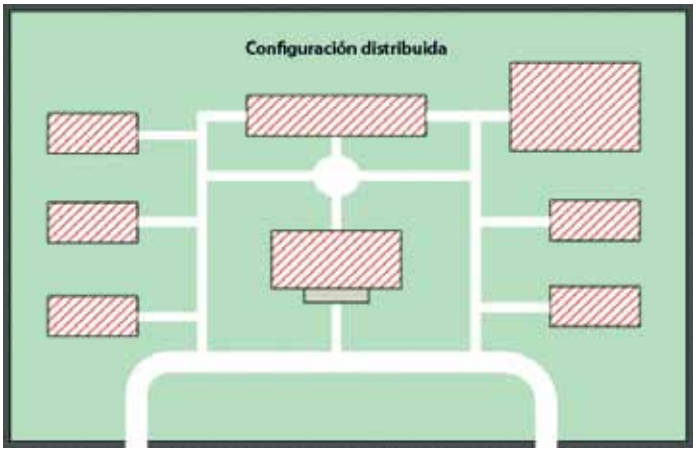
Configuración agrupada



El agrupamiento de las unidades permite llevar al máximo la distancia de seguridad desde el perímetro para todas las unidades y reducir al mínimo el nivel de protección adicional que se necesita en el perímetro y el número de posibles puntos de ingreso y puestos de vigilancia. Siempre resulta más fácil designar una parte en particular de un único edificio de varios pisos como refugio seguro o sala segura (por ejemplo, el subsuelo) en caso de ataque.

La desventaja del agrupamiento de unidades (en comparación con una serie de unidades distribuidas y separadas) es que hay mayor concentración de personas en un único lugar. En consecuencia, el número de víctimas y el grado de daño colateral en caso de un ataque explosivo podría ser mayor que en una configuración distribuida. Un grupo de unidades en un edificio de varios pisos también puede ser más sensible a una falla en los servicios públicos: por ejemplo, si el suministro eléctrico se ve afectado, los elevadores que se utilizan para trasladar a los pacientes de una parte del edificio a otra quedarán inutilizables.

Configuración distribuida



Esta configuración ofrece varias ventajas. Así sea objeto de un ataque aéreo, un bombardeo o una irrupción, una instalación formada por varias unidades distribuidas sobre una superficie amplia tendrá menos riesgo de sufrir daño colateral que una instalación cuyas unidades estén agrupadas. Los intentos de ataques o irrupciones se pueden demorar o evitar si el paisaje que rodea los edificios se diseña adecuadamente y se instalan determinados elementos arquitectónicos para obstaculizarlos. Se puede crear una zona de seguridad entre las zonas de acceso del público y las partes vitales de la instalación, por ejemplo, a través de una serie de obstáculos o barreras físicas, un camino serpenteante o una división de unidades dentro de la instalación.

Sin embargo, proteger varios edificios de una sola planta distribuidos en una zona amplia es más difícil que hacerlo con un único edificio de varios pisos, salvo que el perímetro esté controlado y que los puntos de acceso estén vigilados en todo momento. El muro perimetral debería construirse de una altura considerable y a una distancia significativa de la instalación de salud. Otra posibilidad sería trazar planes para proteger rápidamente el perímetro, cuando sea necesario, pero esto incrementaría los costos de vigilancia (guardias, dispositivos electrónicos, etc.), ya que el número de puntos de control de ingreso se multiplicaría.

4.5 Organización de los edificios

Para que una instalación de salud pueda seguir funcionando de manera efectiva durante una crisis, también se debe tener en cuenta la ubicación de zonas tales como el estacionamiento, la zona de almacenamiento de combustibles y la recepción. Éstas se consideran peligrosas y deben mantenerse alejadas de las partes protegidas de la instalación. En una zona urbana, las áreas peligrosas deberían ubicarse idealmente fuera del edificio principal o en los bordes externos del edificio. La creación de una zona de recepción independiente fuera de la planta del edificio principal, por ejemplo, protege la instalación de daño o derrumbe en caso de producirse una explosión en la entrada.

Como medida de seguridad, las instalaciones que no son críticas (como las oficinas) podrían ubicarse en los pisos superiores, mientras que las que sí lo son (por ejemplo, los quirófanos) podrían ubicarse hacia el centro del edificio.

Las áreas de almacenamiento de combustibles inflamables deberían estar a cierta distancia de aquellas a las que el público puede acceder, como las entradas o los estacionamientos. Si la instalación está ubicada en un terreno montañoso, esas áreas podrían ubicarse bajo tierra o más abajo de donde se encuentran los edificios operativos y las instalaciones críticas, tomando en cuenta también los riesgos de inundación.

En algunos casos, se podrían adoptar algunas medidas de engaño lícitas para disimular las zonas críticas o desviar a los atacantes a una parte de la instalación que no sea crítica. Por ejemplo, un edificio esencial ubicado parcialmente bajo tierra, con ingresos ocultos y una cubierta de tierra y vegetación

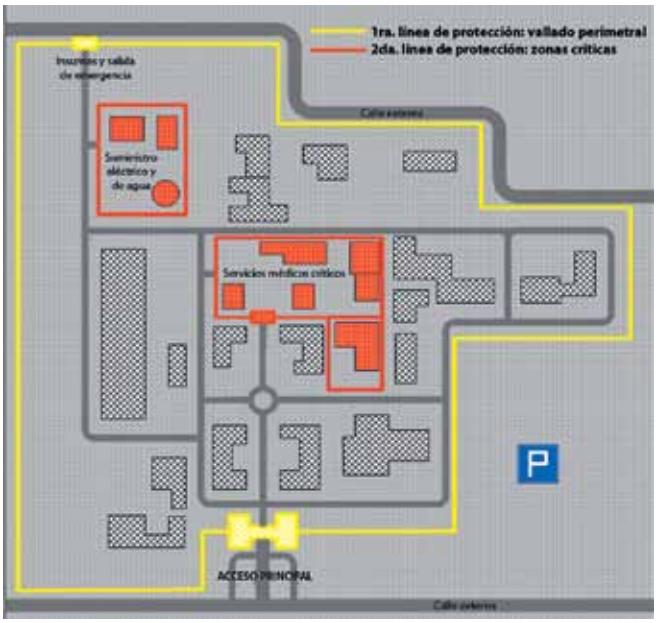
(denominado "techo verde"), tendrá menos probabilidad de atraer la atención de un atacante en caso de producirse una irrupción, que un edificio más prominente con ingresos claramente identificados.

4.6 Acceso y control de los ingresos

Es necesario adoptar medidas para controlar el acceso y los ingresos, así como para dirigir el flujo de personas dentro de la instalación de salud y en sus alrededores. Algunas zonas críticas del interior de la instalación requieren protección adicional a fin de reducir lo más posible el riesgo de intromisiones o irrupciones armadas no deseadas. Se debe lograr un equilibrio entre proteger los servicios de asistencia de salud de las interrupciones y mantener un acceso eficiente para el personal, los pacientes y los familiares.

A fin de evitar o atenuar el impacto de las irrupciones armadas o las explosiones, se recomienda establecer líneas concéntricas de control y protección. Para ello, es posible utilizar métodos físicos u operativos y dotar a la instalación de niveles de seguridad cada vez mejores. Así, se establecerán varios niveles de medidas de seguridad entre el lugar de ingreso del público y las zonas críticas, lo cual aumenta la posibilidad de detener a un intruso con malas intenciones antes de que pueda poner en riesgo el funcionamiento de la instalación.

Personal de salud



4.6.1 Primera línea de protección: vallado perimetral

El primer nivel de control debería ubicarse en el perímetro del sitio y consistir en vallados y otras barreras con puntos de ingreso controlados por guardias. La elección del tipo de vallado depende del contexto, de las probables amenazas y de la instalación de salud en sí. Podría tratarse desde una simple red de alambre sostenida con postes hasta un muro de hormigón armado con alambre de púas, barreras y bolardos.

Al limitar el número de puntos de entrada, se facilitará el control de los ingresos a la instalación, aunque también debería considerarse la necesidad de contar con salidas de emergencia de fácil acceso. Se podría disponer iluminación adecuada a lo largo del cerco perimetral y la entrada principal para facilitar la identificación de personas y de vehículos. Si bien los árboles pueden dar cierta privacidad y evitar que la instalación sea objeto directo del fuego de armas pequeñas, también pueden permitir que los intrusos accedan a ella al treparlos y saltar el vallado. Las áreas de estacionamiento deberían estar ubicadas idealmente fuera de la zona de seguridad, en especial si no se realiza control de los vehículos en la entrada.

4.6.2 Ingreso del público, controles de seguridad y sistema de clasificación

La ubicación y el diseño del ingreso del público a la instalación de salud son aspectos cruciales desde el punto de vista de la seguridad. El ingreso debería estar a la vista de los guardias de seguridad o bajo su control, en tanto las entradas del personal deberían estar alejadas de la zona principal de recepción y más cerca del estacionamiento. Además, debería ser lo suficientemente grande como para responder ante un incremento repentino del número de pacientes y vehículos que necesiten acceder al sitio en situaciones con elevados números de heridos. Se podría considerar una entrada independiente para las ambulancias. Si el estacionamiento está ubicado dentro del perímetro de la instalación de salud, en el acceso principal se deben aplicar procedimientos de control más estrictos, tanto para personas como para vehículos. Se debería tener la precaución de coordinarlos de tal manera que no impidan que los vehículos que están esperando para ingresar al sitio obstruyan las calles circundantes.

Los ingresos deberían estar organizados de modo tal de evitar superposiciones entre los controles de seguridad y el sistema de clasificación médica. Es necesario diferenciar claramente la función de los guardias de la del personal de salud. Los primeros solo deberían encargarse de la seguridad y de controlar el acceso, y no, del sistema de clasificación ni de cuestiones clínicas. El control de seguridad se debe realizar antes de la clasificación mencionada. Si ambos controles se realizan a una distancia significativa uno de otro, algunos miembros del personal de salud también deberían estar presentes en la zona de control de seguridad para detectar posibles casos de emergencia.

Se debe poner en práctica un sistema de alerta temprana para informar al personal de salud en caso de producirse una irrupción. Cuando resulte apropiado, se podrían instalar cámaras y sistemas de seguridad. La conveniencia de instalar sistemas de seguridad electrónica debería decidirse, en parte, en función del número y las competencias de los miembros del personal que deberían utilizarlos. Una instalación ubicada en una región con costos de mano de obra bajos podría utilizar un sistema de seguridad con un gran número de guardias, mientras que, para una instalación que esté en una zona donde esos costos sean elevados, la mejor opción puede ser un sistema con tecnología de avanzada que no necesite de tanto personal.

Para evitar el acceso irrestricto a la instalación de salud y a sus pacientes y limitar el número de familiares, compañeros de armas y combatientes heridos en el sitio, se debería considerar la posibilidad de instalar una sala de espera con un nivel de seguridad intermedio. Es probable que los procedimientos de control en las zonas de seguridad y recepción deban adaptarse para estar acordes a las prácticas culturales y a cuestiones de género (como controles separados para hombres y para mujeres).

Siempre que sea factible y pertinente, se deberían trazar planes para disponer de un espacio y de recursos para la atención del personal y sus familiares en el sitio cuando los movimientos hacia la instalación de salud y desde ella estén restringidos a raíz de las condiciones de seguridad.

4.6.3 Segunda línea de protección: impedir irrupciones y daños en zonas críticas

Se debe proteger las zonas críticas dentro de la instalación de salud de las irrupciones armadas. Por zona crítica se entiende un espacio físico que contiene material, personas o insumos esenciales para la continuidad de las actividades de emergencia en la instalación de salud. Las zonas consideradas críticas varían de un contexto a otro, pero puede tratarse de las siguientes:

- quirófano;
- unidad de cuidados intensivos;
- farmacia;
- suministro de agua;
- suministro eléctrico;
- sala de comunicaciones (radio, conmutador, servidor).

Según los servicios de asistencia de salud que la instalación brinde, áreas como el laboratorio y los servicios de diagnóstico por imágenes (radiografías, ultrasonido, etc.) y transfusión de sangre también podrían considerarse críticos.

No será fácil evitar el riesgo de daño a zonas críticas en caso de un ataque aéreo o fuego de artillería directos sin realizar obras de refuerzo significativas. Otra solución podría ser trasladar los servicios médicos críticos a otras zonas dentro de la instalación que cuenten con mayores niveles de protección. De no ser ello posible, se podrían adoptar medidas para reforzar la protección de las paredes exteriores del edificio, por ejemplo, mediante la colocación de bolsas de arena delante de las aberturas (ventanas, puertas, etc.) y de película plástica sobre las ventanas para atenuar el impacto del fuego de artillería o las explosiones.

Los vallados, las puertas y otras aberturas se pueden adaptar conforme el grado de protección requerido. Cuando resulte apropiado, el nivel de protección será mayor mediante el uso de equipos de control de acceso, sistemas de detección de intrusos, vigilancia y, en determinados accesos, guardias que controlen el ingreso y supervisen los controles. Los equipos que se utilicen deberían ofrecer la posibilidad de cerrar fácilmente las puertas desde el interior. Un nivel mínimo de iluminación por la noche permitirá que los guardias de seguridad y el personal controlen más eficazmente el ingreso de personas y vehículos e identifiquen a posibles intrusos y portadores de armas.

La aplicación de procedimientos de control y barreras físicas, como vallados en el ingreso a zonas críticas, reducirá el riesgo de irrupciones.

4.7 Salas seguras

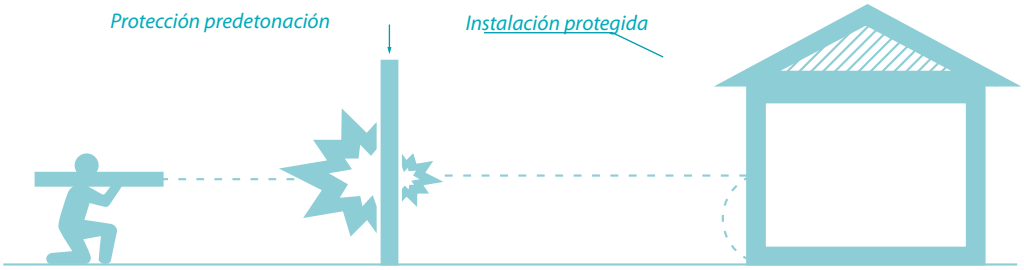
En función del contexto, quizás sea necesario prever la posibilidad de construir salas seguras para casos de emergencia. Cabe recordar que el espacio mínimo necesario en una sala segura por persona sana, para una permanencia de al menos dos horas, es de cinco pies cuadrados (alrededor de 0,5 metros cuadrados)[29]. Si la sala segura se ha de utilizar para alojar pacientes o para un período de permanencia más extenso que el mencionado, los requisitos de espacio pueden ser significativamente mayores. Antes de trazar cualquier plan, es necesario llevar a cabo un estudio de factibilidad. La mayor parte de las instalaciones de salud no tendrá la capacidad de contar con salas seguras suficientemente grandes como para alojar a todos sus pacientes. En consecuencia, quizás sea necesario recurrir a soluciones alternativas ante una situación de emergencia, por ejemplo, una evacuación preventiva.

Las salas seguras deberían estar ubicadas en el medio de la instalación de salud o en otras ubicaciones de acceso fácil y rápido. Se debe tener en cuenta que deben contar con ventilación adecuada, lo cual dependerá del posible número de ocupantes. Las salas utilizadas para servicios médicos que no necesitan de luz natural, como cirugía y diagnóstico por imágenes, podrían ubicarse en el centro de la instalación y convertirse en salas seguras en caso de necesidad.

4.8 Estructura de los edificios

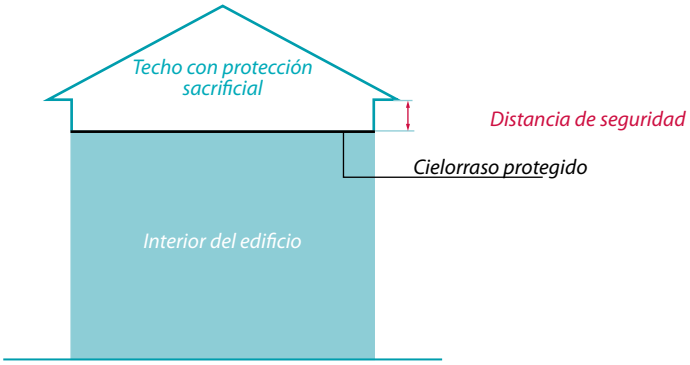
No es factible consignar aquí todas las medidas posibles para proteger la estructura física de las instalaciones de salud contra dispositivos explosivos y armas antitanque o de gran calibre. La protección eficaz contra este tipo de amenazas solo podrá lograrse mediante obras de construcción costosas. Sin embargo, si se dota a la instalación de protecciones predetonación en todo su perímetro, es posible mejorar la protección ante algunos tipos de fuego de artillería de gran calibre. Si se colocan a una distancia de seguridad adecuada respecto de la instalación de salud, pueden actuar como escudo y contribuir a reducir el impacto de los explosivos en el edificio.

29 *FEMA 453: Safe Rooms and Shelters – Protecting People Against Terrorist Attacks,* Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, Washington D.C., 2006.



Fuente: Ministerio de Defensa de Estados Unidos (UFC 4-023-07)

Estas protecciones también se pueden instalar en los techos ("techos con protección sacrificial").



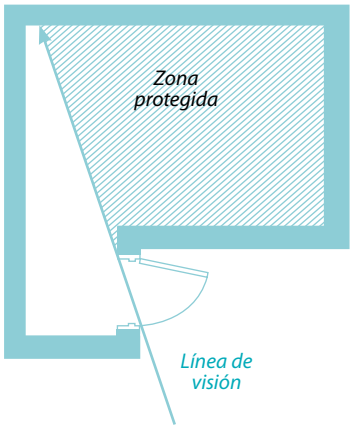
Fuente: Instituto Indio de Tecnología de Kanpur (IITK-GSDMA Guidelines on Measures to Mitigate Effects of Terrorist Attacks on Buildings)

Los muros de mampostería reforzada u hormigón armado ofrecerán resistencia a los efectos de las armas de menor calibre. A modo de ejemplo, una mampostería reforzada de 200 mm o un hormigón armado de 100 mm pueden ofrecer protección contra armas de un calibre de hasta 7,62 mm.

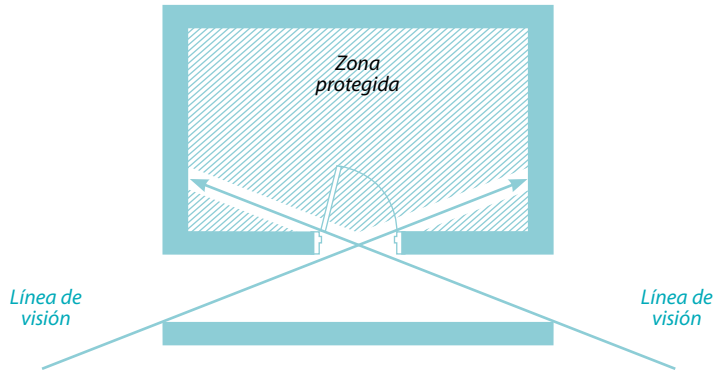
4.9 Aberturas

Las aberturas (por ejemplo, puertas y ventanas) son algunas de las partes más vulnerables de cualquier edificio. Se deberían adoptar medidas para mejorar su seguridad, de modo de impedir las irrupciones y protegerse de los efectos de explosiones y balas perdidas.

La mejor manera de optimizar la seguridad es limitar el número de aberturas en el edificio. Para lograr un equilibrio entre la necesidad de seguridad y la de contar con luz natural, las ventanas y las puertas se deberían colocar o proteger en forma estratégica. Por ejemplo, idealmente las ventanas no deberían estar orientadas hacia zonas peligrosas, y las que tengan esta orientación deberían contar con protección adecuada contra el fuego de artillería directa.



El método más común para proteger una instalación contra posibles ataques a través de las ventanas de la planta inferior es construir un muro protector a cierta distancia de la abertura. También es posible utilizar bolsas de arena apiladas.



Este tipo de construcción limitará los riesgos de que ingrese una bala perdida a la zona protegida y reducirá los efectos de voladura de las explosiones cercanas. En zonas donde el riesgo de explosión es elevado, otra posible medida es recubrir las ventanas con una película plástica. Esto reduce el riesgo de lesiones provocadas por fragmentos de vidrio, algo muy común que puede afectar a un gran número de personas al mismo tiempo.

A fin de mejorar la protección contra irrupciones, conviene asegurarse de que cada abertura se pueda cerrar firmemente desde el interior o, para las áreas de farmacia, almacenamiento de combustible, generadores o bomba de agua, desde el exterior. Para ello, es posible instalar puertas o celosías blindadas y colocar rejas de seguridad al lado de puertas, ventanas y muros. Estas rejas deberían ser de acero y de gran solidez. La distancia entre rejas debe ser suficientemente reducida como para para evitar que una persona pueda pasar entre ellas.

4.10 Red de servicios públicos (agua, electricidad, cloacas)

Los servicios públicos esenciales deben estar ubicados en el subsuelo o debidamente protegidos de los efectos de las voladuras y de sabotaje. Nunca se los debe ubicar junto al muro perimetral del establecimiento de salud.

Se debe impedir el acceso no autorizado a los suministros de agua y seguridad a través de medidas como la instalación de vallados u otras barreras que se puedan cerrar. Si estos suministros están ubicados en unidades elevadas, deberían no estar a la vista, en la medida de lo posible.

El acceso a los tanques de almacenamiento de agua y las plantas de tratamiento se debe controlar para impedir que se la intente contaminar deliberadamente. Asimismo, se deben realizar pruebas e inspecciones periódicas para garantizar que el agua no haya sido contaminada con un agente químico o biológico.

Cuando sea factible, se deberían adoptar medidas para que las instalaciones de salud puedan acceder a fuentes de agua alternativas independientes de la red de agua local, ya que en el contexto de un conflicto armado u otro tipo de emergencia ésta es vulnerable al daño. Un pozo con un sistema de bombeo y capacidad de almacenamiento ubicado dentro del perímetro de la instalación de salud es un ejemplo de una fuente de agua alternativa. Si la instalación de salud depende de un único suministro y no puede acceder a otras fuentes, se debería prever el transporte por camión cisterna ante una situación de emergencia. En tales casos, se debe verificar cuidadosamente la calidad del agua que ingresa en la instalación de salud.

De igual modo, se deberían adoptar medidas para que las instalaciones de salud tengan acceso a suministros eléctricos alternativos, como sistemas de generación de reserva, para los servicios médicos críticos. También podrían considerarse fuentes sustentables de energía, como la energía solar. El suministro eléctrico alternativo debería mantenerse separado del original, para evitar que ambos se vean afectados

por un ataque o una irrupción. Las zonas de almacenamiento de combustible se deberían proteger, y el acceso a ellas debería impedirse mediante:

- barrera física que se pueda cerrar (por ejemplo, un vallado);
- guardias, si corresponde;
- cámaras de vigilancia, de ser factible.

Las salas cerradas, como los quirófanos, deberían contar con ventilación adecuada, ya sea por medios naturales o mecánicos. Si el sistema de ventilación utilizado es del segundo tipo, debe estar conectado al suministro eléctrico de reserva.

Por último, si la red cloacal es subterránea y se incineran los residuos médicos para reducir el riesgo de contaminación, es posible proteger el sistema de gestión de residuos de una instalación de salud.

4.11 Autosuficiencia

Se debe contar en todo momento con una reserva mínima de combustible para garantizar que la instalación de salud pueda seguir funcionando por un determinado período durante una emergencia (por ejemplo, diez días). En muchos contextos, el combustible es un bien estratégico para las operaciones militares. La instalación de sitios de almacenamiento en una ubicación poco visible podría impedir que sea objeto de robo por las partes en conflicto. Las instalaciones de salud también podrían considerar la opción de contar con más de un sitio para almacenar el combustible. Sin embargo, deberán ponderar los beneficios de guardar grandes cantidades en el sitio en relación con el riesgo de que ello las convierta en objeto de ataques o saqueos.

También se debería considerar cómo la instalación mantendrá un suministro de combustible suficiente durante un conflicto armado u otra emergencia. Se debe contar con planes de contingencia que establezcan proveedores o vías alternativos.

Análogamente, la instalación debería contar con suficiente capacidad de almacenamiento de agua, lo cual dependerá de su tamaño, de las distintas opciones de suministro y de cuán confiables sean. Se debería contar con una reserva mínima de 48 horas.

4.12 Mantenimiento

La instalación de salud debería contar con un plan de mantenimiento que le permita seguir funcionando en caso de que un conflicto armado, ataque o sitio impida que el personal de mantenimiento externo llegue al lugar. El plan debería garantizar la disponibilidad de procedimientos, repuestos y personal entrenado.

4.13 Riesgo de incendio

La instalación de salud debería contar con medidas para protegerse del riesgo de incendio, lo cual incluye la evacuación de los pacientes y del personal, la detección de peligros de incendio y la mitigación de los riesgos de incendio. Las puertas de salida, pasillos y escaleras deben estar despejados en todo momento. Se deben instalar extinguidores, mangueras y alarmas de incendio donde corresponda. Además, deberían colocarse puertas resistentes al fuego en las ubicaciones estratégicas. Como norma general, se debe priorizar el uso de materiales resistentes al fuego de modo de minimizar la propagación en caso de ocurrir un incendio.

El plan de evacuación en caso de incendio se debe exhibir claramente, y todo el personal debe conocerlo. La capacidad del personal de actuar de inmediato al desatarse un incendio es crítica para controlarlo. Por consiguiente, otra medida de seguridad es entrenar al personal y realizar simulacros de incendio.

4.14 Sistema de comunicación

Durante una crisis, es indispensable poder comunicarse eficazmente. Por ello, es preciso proteger los sistemas y las tecnologías de comunicación (como teléfonos satelitales, transmisores-receptores de radio y conexiones de internet), y garantizar que estén prontamente disponibles para comunicarse tanto dentro del sitio como con el mundo exterior en caso de surgir una emergencia. El uso de la energía solar como suministro eléctrico alternativo para el sistema de comunicación es una forma de protegerlo de un corte del servicio.

Dificultades que se presentan al brindar asistencia de salud en una situación de conflicto: la experiencia de Médicos Sin Fronteras en Trípoli, Líbano

Por Sergio Bianchi, Zeina Ghantous y Laurent Ligozat, Médicos Sin Fronteras

En 2012, y en respuesta a las importantes necesidades de ayuda médica de la población local luego de una serie de intensos estallidos de violencia, Médicos Sin Fronteras puso en marcha un programa en la ciudad libanesa de Trípoli[30]. A medida que la crisis siria avanzaba, la ciudad pasó a ser el escenario de choques entre las milicias de Jabal Mohsen –un barrio alauita de la ciudad– y los grupos armados sunitas activos en el barrio adyacente de Bab Al Tabbaneh[31]. Entre 2011 y 2013, se produjo una escalada de violencia, y los civiles de ambos barrios comenzaron a ser atacados por las milicias armadas. En 2013, 77 personas murieron y 484 resultaron heridas en el fuego cruzado. Más del 50% de las muertes y lesiones tuvieron lugar durante los últimos tres meses de 2013, el período más violento en la historia del conflicto.

Preocupada por el impacto de la violencia en los civiles y por la eventual pérdida de acceso a la asistencia de salud en Jabal Mohsen y Bab Al Tabbane[32], la organización puso en marcha un programa para ofrecer servicios de salud reproductiva y primaria en dos centros de asistencia de salud. Al hacerlo, se expuso a la violencia contra los servicios de asistencia de salud y documentó las consecuencias que tuvo para la ciudad. Cabe destacar que Trípoli es solo una de las muchas zonas de Líbano donde la violencia afecta la asistencia de salud.

Inicialmente, MSF procuró negociar la apertura de un centro de asistencia de salud imparcial para los pacientes de ambas sectas[33]. Ante la negativa de las partes en conflicto de ofrecer las garantías de seguridad requeridas para este tipo de instalación, se adoptó la decisión pragmática de ofrecer servicios similares en dos instalaciones de salud existentes, una en Jabal Mohsen, para los pacientes alauitas, y otra en Bab Al Tabbaneh, para los sunitas.

Sin embargo, los prestadores de salud que trabajan en Trípoli (entre ellos, MSF) han sido objeto de violencia en razón de su profesión y de su pertenencia a una u otra secta. Los pacientes también han sufrido ataques por este último motivo.

La violencia por pertenecer a la profesión médica incluyó agresiones tanto físicas como verbales contra el personal médico de MSF y el personal del Ministerio de Salud Pública que tan solo estaba cumpliendo sus tareas. Esas agresiones llevaron a una escalada de las tensiones entre el personal y los pacientes, problemas de salud mental y renuncias del personal, lo que alteró el normal funcionamiento de los centros de asistencia de salud primaria y las salas de emergencia. Cabe destacar, sin embargo, que las limitaciones de la prestación de asistencia de salud pública en instalaciones como el Hospital General de Trípoli y en centros de asistencia de salud primaria (entre ellas, la denegación de acceso a la asistencia de salud y largos períodos de espera) se debieron fundamentalmente a factores estructurales[34] más que a confrontaciones sectarias, aun cuando estas últimas intensificaron la agresión.

30 El presente artículo se basa en los resultados de un informe de Z. Ghantous y S. Bianchi de 2014, titulado *Tripoli's fragmented health care: Consequences of fighting on the provision of medical assistance*. El informe, preparado en el marco del proyecto "Atención médica bajo fuego", una iniciativa internacional que MSF puso en marcha en 2013 para abordar el problema de la violencia contra la provisión de asistencia de salud en crisis humanitarias, incluyó 53 entrevistas semiestructuradas a personal de MSF, a trabajadores de la salud no pertenecientes a MSF, a pacientes y a otros interesados de la asistencia de salud en el norte de Líbano, principalmente en Trípoli, entre febrero y julio de 2014.

31 Desde el punto de vista histórico, el enfrentamiento armado entre sunitas y alauitas se remonta a la guerra civil en Líbano (1975-1990). Hubo otros enfrentamientos violentos entre ambas comunidades en 2008.

32 MSF no es la única organización humanitaria presente en ese contexto. El CICR, la Cruz Roja Libanesa y la Asociación Médica Islámica también trabajan activamente en la ciudad y la zona circundante. Asimismo, ya existe un sistema de asistencia de salud, caracterizado por la predominancia de instituciones privadas costosas que coexisten con instalaciones públicas de asistencia de salud primaria y secundaria sin recursos suficientes.

33 En Líbano, a las colectividades religiosas (sunitas, chiitas, alauitas, maronitas, etc.) se las denomina "sectas".

34 Ejemplos de esos factores son la falta de capacidad para atender el repentino aumento de la población de Trípoli, la insuficiencia de fondos públicos, la escasez de personal y la organización deficiente de las salas de emergencia.

En respuesta a estos problemas estructurales e incidentes de violencia, MSF incrementó sus recursos (tanto humanos como materiales) y modificó la disposición de sus instalaciones. Usó el espacio libre delante del ingreso a la clínica para construir una zona de espera techada para los eventuales pacientes, con lo cual los separó de la zona de consulta, donde trabaja el personal médico. Sumadas a las actividades de promoción de la salud para los pacientes que esperaban ser atendidos, estas medidas contribuyeron a reducir los niveles de estrés entre el personal de salud que trabajaba en la clínica y mejorar su motivación, además de reducir el conflicto entre el personal y los pacientes. A su vez, la mayor motivación y la reducción del número de conflictos se tradujeron en un mejor acceso de los pacientes vulnerables a la asistencia de salud.

Los enfrentamientos entre las milicias de ambas sectas, a raíz de la pertenencia a alguna de ellas, provocó la suspensión de los servicios de asistencia de salud primaria en el barrio de Bab Al Tabbaneh. Durante los estallidos de violencia, en determinadas ocasiones el personal de MSF no pudo llegar a la clínica ubicada en Bab Al Tabbaneh. En Jabal Mohsen, se tornó imposible utilizar el transporte sanitario tradicional para derivar los casos graves a las instalaciones de asistencia de salud secundaria. Estas limitaciones al acceso a la asistencia de salud se sumaron a una división de los servicios médicos en función de cuestiones sectarias, debido al temor generalizado que reinaba por igual entre los pacientes y el personal médico de que su pertenencia a una secta u otra los convirtiera en objeto de ataques[35]. Por ejemplo, los pacientes alauitas dejaron de concurrir al Hospital General de Trípoli, el hospital de derivación más cercano, porque estaba en un barrio dominado por las milicias sunitas. De igual modo, los médicos alauitas dejaron de trabajar fuera de Jabal Mohsen.

Al adoptar la vía pragmática de llevar a cabo actividades médicas en ambas comunidades, MSF procuró mitigar los problemas de acceso a la asistencia de salud. Sus iniciativas resultaron eficaces para garantizar cierto grado de seguridad para su personal, las instalaciones y los pacientes, lo que permitió asegurar la provisión continua de asistencia médica en ambos vecindarios y mejorar el acceso a la asistencia de salud primaria para todos. La respuesta de MSF se adaptó a las divisiones sectarias prevalecientes en la ciudad, donde el acceso de los pacientes alauitas a las instalaciones de asistencia de salud secundaria más cercanas era cada vez más restringido. Se necesita entonces un esfuerzo colectivo para abordar el problema subyacente, que es el acceso limitado de los pacientes a la asistencia de salud en razón de su pertenencia a una secta u otra. Dicho en términos sencillos, la experiencia de MSF en Trípoli plantea la cuestión de cómo brindar acceso irrestricto a los centros de salud, a las salas de emergencia y a los hospitales a todos los habitantes de una ciudad en un contexto de extrema violencia y de alto riesgo para la población civil.

35 En las entrevistas, se informaron diversos ataques en el Hospital General de Trípoli y en sus alrededores a causa de la pertenencia de los pacientes y del personal de salud a una secta u otra.

B. Heger/CICR

5. SEGURIDAD DE LA CADENA DE ABASTECIMIENTO DE BIENES Y MATERIAL PARA ASISTENCIA DE SALUD

5.1 Introducción

La disponibilidad continua y confiable de bienes y material de calidad para la asistencia de salud es tan importante para la prestación de servicios de salud como el personal calificado, los fondos o la infraestructura. Sin planes de contingencia y medidas específicas para aumentar la resiliencia, la provisión de insumos para la asistencia de salud se puede ver afectada o incluso perturbada a los pocos días de desencadenada una crisis. Si bien es natural considerar los riesgos para la cadena de abastecimiento dentro de la instalación de salud y en sus alrededores, también es importante recordar las posibles interrupciones en los eslabones iniciales de la cadena, sea dentro del país afectado o en el extranjero.

Este capítulo se centra en los riesgos que pueden plantearse a lo largo de toda la red de abastecimiento, las posibles medidas para mejorar la preparación y la resiliencia, y las medidas que se podrían adoptar para mitigar el impacto de las interrupciones inevitables.

5.2 Recursos humanos

La falta de personal calificado para gestionar los insumos médicos, o su partida temporal o permanente, es una posible causa de alteración de la cadena de abastecimiento. A fin de mitigar este riesgo, las medidas de preparación podrían incluir la identificación de algunos miembros del personal para enseñarles nociones básicas de gestión y reabastecimiento de existencias, a fin de que, llegado el caso, puedan reemplazar a quienes suelen ocuparse de estas tareas.

La falta total de personal calificado durante una crisis puede subsanarse buscando la ayuda de otras instalaciones de salud o el asesoramiento de otros profesionales competentes, por ejemplo, farmacéuticos.

5.3 Sistemas informáticos y de comunicación

Una interrupción del flujo de información inevitablemente perturbará el flujo de materiales. Las interrupciones de los servicios de correo electrónico, telefonía o la entrega física de mensajes, pedidos e información sobre los envíos (sea por correo postal, correo privado o mensajería) se traducirá rápidamente en escasez y, finalmente, en faltantes de existencias, aun cuando su suministro no se vea impedido.

Dentro de las instalaciones de salud, y en particular, de las farmacias centrales y los depósitos de insumos médicos, las existencias físicas resultan prácticamente inútiles si no se cuenta con información sobre las cantidades disponibles y su ubicación exacta. Toda interrupción prolongada de los sistemas de información logística empleados para la gestión de la farmacia –así se deba a un corte de energía, fallas técnicas, daño de las computadoras y la red o falta de personal calificado– se traducirá rápidamente en la pérdida de información correcta sobre la disponibilidad y la ubicación de las existencias y tornará imposible la preparación de pedidos de reabastecimiento precisos. Podría insumir muchísimo tiempo ubicar decenas de artículos diferentes sin contar con información detallada sobre su ubicación, en especial si el personal no está familiarizado con el embalaje del proveedor y con las cajas que contienen los medicamentos.

Para evitar la total dependencia de los sistemas de información electrónica, algunas medidas de preparación podrían ser:

- *realizar copias de seguridad de todos los datos que contienen los sistemas de información logística a intervalos regulares y en más de un dispositivo, incluso en discos rígidos externos;*
- *verificar que los proveedores quieran y puedan recibir pedidos por teléfono ante una interrupción de los servicios de correo electrónico, o por correo postal en caso de fallar todos los medios de telecomunicación;*
- *asegurarse de que, en caso de necesidad, las existencias y los pedidos se puedan gestionar con registros sencillos y escritos en forma manuscrita;*
- *colocar los artículos en estantes y sobre palés, ordenados en forma sistemática, para que sea posible encontrar rápidamente cualquier artículo específico;*
- *facilitar los recuentos de inventario sin tener que abrir (todo) el embalaje del proveedor y contar los palés y las cajas en lugar de los paquetes pequeños;*
- *asegurarse de que los bienes más importantes estén identificados y que un número suficiente de miembros del personal sepa dónde están almacenados y cómo gestionar sus existencias.*

Si no se han adoptado medidas de preparación, es posible mitigar el impacto de la pérdida de información sobre las existencias (artículos, cantidades y ubicación), incluso en caso de emergencia, realizando de inmediato registros manuales (por ejemplo, en tarjetas). En el peor de los casos, se debería hacer un recuento físico de todos los artículos (o, al menos, los más importantes), lo antes posible. Si había sistemas de asignación aleatoria de existencias, es decir, sistemas en los que los artículos se almacenan en cualquier lugar disponible y sin ningún orden en particular, es necesario reacomodar las existencias esenciales siguiendo un orden sistemático.

5.4 Sistemas y recursos financieros

Toda interrupción de los sistemas financieros, el cierre de bancos o la falta de efectivo, sea en forma temporaria o permanente, pondrá en riesgo las entregas de los proveedores, ya que el pago de facturas por transferencia bancaria, con cheque o en efectivo podría demorarse o incluso tornarse imposible.

Para mitigar el riesgo de interrupción de los sistemas financieros, podrían tomarse las siguientes medidas de preparación:

- *asegurarse de que las instalaciones de salud cuenten con garantías bancarias o crédito suficiente con sus proveedores;*
- *garantizar la disponibilidad de un monto mínimo de efectivo para adquirir insumos críticos.*

Ante la interrupción o el colapso de los sistemas financieros, los pagos a los proveedores podrían realizarse en efectivo. Otra opción sería solicitar a entidades como organismos gubernamentales u organizaciones humanitarias que provean fondos en préstamo, asuman el pago de facturas o respondan por los pagos futuros de la instalación de salud. También se podrían establecer líneas de crédito con proveedores de confianza, lo cual contribuiría a mejorar la seguridad, ya que reduciría la necesidad de tener grandes montos de efectivo en las instalaciones.

5.5 Planificación y preparación

Es importante que las instalaciones de salud anticipen los conflictos armados y otras emergencias, y prevean medidas para mitigarlos, a fin de que el sistema de abastecimiento de insumos que adopten sea confiable y siga funcionando en esas circunstancias. En caso de producirse una crisis aguda, la instalación de salud que no cuente con planes de preparación integrales y exhaustivos no estará en condiciones de adoptar medidas de mitigación.

Las medidas de preparación podrían ser las siguientes:

- *elaborar y poner en práctica un plan de preparación detallado que abarque todos los aspectos de la gestión de la cadena de abastecimiento;*
- *incrementar la resiliencia de la cadena de abastecimiento.*

Ante una crisis aguda inminente, si no se cuenta con un plan de preparación, se deberían identificar a la mayor brevedad todos los riesgos posibles, para garantizar la rápida aplicación de al menos algunas medidas básicas.

5.6 Selección de artículos

Si bien la interrupción del suministro de insumos a las instalaciones de salud es un motivo obvio de faltantes y escasez de existencias, la falta de planificación o de previsión respecto de los cambios en la demanda durante una crisis aguda también puede ser su causa.

Sin una lista detallada de artículos esenciales, es imposible racionarlos o priorizar su reabastecimiento. Los cambios en las patologías que se han de tratar, por ejemplo, ciertas enfermedades infecciosas o heridas causadas por armas, pueden modificar los artículos para asistencia de salud que se requieren, que no se usaban con tanta frecuencia ni se necesitaban imperiosamente antes de la crisis. A su vez, es probable que en forma repentina las instalaciones de salud deban brindar servicios de salud que no ofrecen como práctica de rutina, por ejemplo, atención pediátrica u obstétrica o cirugía de emergencia.

La selección de productos con requisitos de transporte y almacenamiento especiales (por ejemplo, artículos peligrosos o que requieren una cadena de frío) aumenta la probabilidad de interrupciones en la cadena de abastecimiento.

Se deberían considerar las siguientes medidas de preparación:

- *preparar una lista de artículos básicos e indispensables para los servicios de asistencia de salud esenciales (cirugía, pediatría, obstetricia y tratamiento de patologías que ponen en riesgo la vida);*
- *evitar en la medida de lo posible los fármacos (incluso para pruebas de diagnóstico) que requieran cadena de frío durante su transporte y almacenamiento;*
- *garantizar la disponibilidad de alternativas a los tubos de oxígeno (fuentes locales o concentradores de oxígeno);*
- *garantizar la disponibilidad de todos los artículos necesarios para tratar patologías que suelen ser comunes durante un conflicto armado (heridas causadas por armas, lesiones provocadas por productos químicos, quemaduras, enfermedades infecciosas, emergencias obstétricas, desnutrición, etc.);*
- *garantizar la disponibilidad de todos los artículos necesarios para responder a una epidemia;*
- *tener existencias (adicionales) de indumentaria de cirugía desechable en caso de que los servicios de esterilización no den abasto o se vean interrumpidos.*

5.7 Previsión de la demanda y control de inventario

Si bien el control de inventario y la previsión de la demanda son cuestiones mucho menos obvias que otras, como garantizar que las rutas de abastecimiento estén despejadas, no dejan de tener importancia para un suministro continuo y confiable de bienes. Los pronósticos inexactos o que no se han adaptado bien pueden traducirse rápidamente en faltantes y escasez de existencias si una crisis aguda provoca un aumento repentino y significativo de la demanda.

La demanda de servicios de asistencia de salud en determinada instalación puede aumentar durante una crisis por diversas razones: un aumento del número de personas que llegan con cuadros agudos, una afluencia de personas desplazadas a la zona o que otras instalaciones hayan sufrido daño o quedado inaccesibles.

La frecuencia de las distintas patologías variará inevitablemente entre una crisis y otra; por lo tanto, si los pronósticos se basan exclusivamente en la demanda histórica, inevitablemente se dará lugar a errores importantes. Con el objeto de mejorar la exactitud de las previsiones, se debería utilizar el método de la morbilidad para cuantificar las necesidades en materia de fármacos, que consiste en determinar el número probable de episodios de tratamiento individual y las necesidades para cada uno de ellos.

Si el personal de salud no cumple con los protocolos de tratamiento estándar que se usaron como base para las previsiones, pueden producirse faltantes aun cuando los pronósticos hayan sido precisos y se hayan determinado las existencias de emergencia.

Las siguientes son algunas de las posibles medidas de preparación más importantes para prever la demanda y establecer existencias de contingencia:

- *asegurarse de que se establezcan y observen los protocolos de tratamiento, en particular, los correspondientes a patologías comunes en casos de crisis agudas;*
- *prepararse para la posibilidad de una afluencia de heridos por armas, una disminución en las cirugías electivas y un aumento en las de emergencia y una mayor demanda de asistencia de salud como resultado de cambios en la clase de patologías que requieren tratamiento y la llegada de personas desplazadas a la zona;*
- *incrementar las existencias de artículos esenciales (existencias de contingencia) para hacer frente a las necesidades durante un plazo determinado (por ejemplo, diez días) si la instalación de salud trabaja al máximo de su capacidad o se ve desbordada;*
- *sobre la base del número estimado de pacientes y las patologías previstas, aumentar las existencias de artículos cuya demanda se prevé que aumentará.*

Si se desata una crisis y no se han adoptado previamente medidas de preparación, es necesario controlar cuidadosamente los niveles de existencias durante el transcurso de la emergencia, en especial de artículos de alta rotación, para anticiparse a los faltantes, racionar su uso e identificar posibles sustitutos a la mayor brevedad.

5.8 Selección de proveedores

Al evaluar los riesgos, los administradores de instalaciones de salud naturalmente se concentrarán en la parte de la cadena de abastecimiento que les compete. Sin embargo, es importante que tengan en cuenta la totalidad de la cadena, ya que el debilitamiento o perturbación de cualquiera de los eslabones inevitablemente afectará las instalaciones que se encuentran en el nivel inferior.

Las sanciones comerciales internacionales contra el país afectado por el conflicto o las restricciones de los gobiernos a las importaciones dentro del país pueden interrumpir de manera repentina el suministro normal de artículos para la asistencia de salud y de repuestos para los equipos médicos. Es probable que los ingenieros biomédicos y técnicos calificados no puedan viajar para realizar el servicio técnico y la reparación de los equipos. Por la interrupción que tal vez sufran las fuentes nacionales o locales de las que se adquieren esos artículos, es posible que en el mercado comience a haber bienes falsificados o de menor calidad o que los haya en mayor número.

Las compras pueden verse demoradas o interrumpidas si se alteran la ley y el orden, y resulta imposible celebrar y cumplir los contratos con proveedores o transportistas comerciales.

A fin de mitigar el riesgo de que las fuentes de abastecimiento se vean perturbadas, antes de que surja una crisis se debería considerar la adopción de las siguientes medidas de preparación:

- *confirmar que los proveedores comerciales estén dispuestos a continuar con las entregas durante situaciones de crisis (agudas);*
- *identificar al menos un proveedor comercial alternativo para no depender de un único proveedor;*
- *identificar fuentes alternativas de artículos esenciales para la asistencia de salud (por ejemplo, el ministerio de salud, instalaciones de asistencia de salud cercanas, existencias de emergencia y organizaciones internacionales);*
- *establecer un sistema para intercambiar y actualizar información sobre las existencias disponibles en otras instalaciones de salud y depósitos médicos (cercanos) (pertenecientes al gobierno, a organizaciones humanitarias, etc.);*
- *garantizar la disponibilidad de repuestos, y que todos los equipos médicos estén en buen estado de funcionamiento y hayan recibido mantenimiento y servicio técnico apropiados, de conformidad con los cronogramas recomendados;*
- *en el caso de instalaciones de salud más grandes, contratar a un ingeniero o técnico en biomedicina para que mantenga los aparatos médicos y otras instalaciones técnicas.*

Cabe recordar que las redes son más resilientes que las unidades individuales. Si las medidas de preparación en una instalación de salud determinada demuestran ser insuficientes para garantizar el suministro confiable de artículos para asistencia de salud, aquellos que escaseen podrían solicitarse al ministerio de salud, a otras instalaciones de salud (que quizás tengan excedente de existencias de artículos específicos) o a organizaciones humanitarias, o tomarse de existencias de contingencia.

5.9 Almacenamiento

Los riesgos para las existencias de insumos médicos y las instalaciones donde se almacenan se deben tener en cuenta no solo dentro de la instalación de salud, sino también en los demás puntos de la cadena de abastecimiento –como depósitos en cruces fronterizos, aduanas, ministerio de salud, fabricantes comerciales, proveedores y organizaciones humanitarias–, ya que el daño de esas existencias e instalaciones tendrá consecuencias negativas para toda la cadena, independientemente de dónde se produzca.

El impacto inmediato del conflicto armado, combinado con una alteración general de la ley y el orden, aumenta significativamente el riesgo de que se cometan crímenes, robos, hurtos, saqueos, actos vandálicos y destrucción sin sentido de bienes a manos de individuos o de las partes en conflicto.

Los riesgos asociados directamente con el conflicto armado incluyen la confiscación de artículos y equipos para la asistencia de salud por las partes en conflicto, además del daño directo a las instalaciones de almacenamiento de insumos médicos provocado por dispositivos explosivos, disparos, bombardeos o incendios. El daño probablemente se exacerbe a raíz de la inexistencia de asistencia técnica, por ejemplo, de los servicios de bomberos, o la demora en recibirla.

Existe también el riesgo de daño o destrucción de artículos que son sensibles a la temperatura (como vacunas o pruebas de diagnóstico) a raíz de cortes de energía o de daño a los sistemas centrales de calefacción, los refrigeradores o los equipos de aire acondicionado.

Las medidas que se enumeran a continuación deberían contribuir a aumentar la resiliencia de los edificios y servicios públicos hospitalarios y la mayoría de ellas pueden aplicarse también a las instalaciones destinadas al almacenamiento de insumos médicos:

- *asegurarse de que las partes en conflicto tengan conciencia de la importancia fundamental de las existencias médicas a lo largo de toda la red de abastecimiento (por ejemplo, en cruces fronterizos, bases de proveedores, depósitos de insumos médicos e instalaciones de salud);*
- *verificar que haya existencias suficientes de repuestos, piezas de reemplazo e insumos operativos para un plazo de un año para todos los artículos (esenciales) que componen el equipamiento necesario para la asistencia de salud;*
- *garantizar la disponibilidad de espacio de almacenamiento adicional para contar con un mayor nivel de existencias ante una crisis prevista;*
- *asegurarse de que las existencias tengan la mayor vida útil posible;*
- *garantizar la disponibilidad y el uso de congeladores con un tiempo de mantenimiento máximo en caso de interrupciones en el suministro eléctrico;*
- *ubicar las instalaciones para almacenamiento de insumos médicos en lugares que ofrezcan el máximo nivel de protección ante los efectos directos del conflicto armado;*
- *proteger las instalaciones para el almacenamiento de insumos médicos de los ingresos por la fuerza, colocando puertas de acero y barrotes en las aberturas de las ventanas;*
- *poner en práctica medidas de seguridad física en los edificios donde se guardan insumos médicos (por ejemplo, cubrir las ventanas con ladrillos y proteger las aberturas de las puertas) y las zonas donde están ubicados los sistemas de suministro de agua/electricidad;*
- *verificar que haya un plan de seguridad contra incendios riguroso (que incluya la eliminación de los materiales inflamables y proteja la seguridad de las instalaciones eléctricas, entre otras medidas);*
- *almacenar las mercaderías inflamables y los tubos de gases medicinales (como los que contienen oxígeno) en edificios separados que puedan contener la propagación del incendio;*
- *en climas muy cálidos o muy fríos, trasladar las existencias sensibles a la temperatura hacia un lugar dentro de la instalación de salud donde la necesidad de calefacción o aire acondicionado sea reducida o nula.*

5.10 Transporte

El efecto de las interrupciones en el transporte y el suministro de insumos es tan perjudicial para la prestación de asistencia de salud como la destrucción de las existencias de insumos médicos y la obstrucción del acceso del personal y los pacientes a las instalaciones de salud. Así la destrucción de los insumos para la prestación de salud se produzca en el lugar o estos nunca lleguen a destino, el impacto para el personal de salud y los pacientes que los necesitan es el mismo.

Se deben tener en cuenta los obstáculos que pueden interrumpir o impedir el transporte a lo largo de toda la cadena de abastecimiento, desde los proveedores comerciales en el extranjero hasta los cruces fronterizos, las rutas dentro del país y la última etapa, hasta llegar a las instalaciones de salud.

En el ámbito internacional, las sanciones en materia de transporte (por ejemplo, restringir el transporte por vía aérea) pueden obstaculizar o impedir las entregas por parte de proveedores comerciales o de organizaciones humanitarias.

En el plano nacional, el transporte puede verse interrumpido por el cierre temporal o permanente de las fronteras internacionales y por la ineficiencia o la inexistencia de servicios aduaneros (cruces fronterizos, puertos y aeropuertos). Es probable que el gobierno u otras autoridades estatales bloqueen u obstaculicen intencionalmente las importaciones. Incluso demoras relativamente breves en la aduana pueden dañar los insumos médicos sensibles a la temperatura que quedan expuestos al calor o al frío cuando no se los almacena adecuadamente, en particular, los que requieren que no se interrumpa la cadena de frío o los que son sensibles al congelamiento.

Sin advertirlo, las autoridades que regulan los medicamentos pueden generar demoras significativas (al imponer requisitos poco razonables en cuanto a la calidad y la documentación de los productos) o imposibilitar la importación, al imponer o tolerar demoras prolongadas en la realización de los controles de calidad de lotes de fármacos y de dispositivos médicos desechables.

Dentro del país, el transporte puede verse obstaculizado por la incapacidad o la falta de disposición de los proveedores o transportistas comerciales de entregar los insumos médicos y por el costo excesivo o la falta de combustible para los vehículos.

El transporte por vía aérea puede verse imposibilitado por la falta de infraestructura aeroportuaria, incluidos los servicios de control de tráfico aéreo, la falta de permisos de aterrizaje o de permisos de sobrevuelo. En el caso del transporte por carretera, algunos obstáculos posibles son la presencia de minas terrestres o la obstrucción de la infraestructura (por ejemplo, caminos, puentes, túneles, puertos, aeropuertos y cabezas de línea). Cuando las carreteras de transporte están bloqueadas o han sufrido daños, es posible que los vehículos tengan que hacer largos desvíos, lo que aumenta significativamente el tiempo y el costo del viaje.

Algunas de las medidas de preparación que se deberían tener en cuenta son:

- *concienciar a las autoridades y a las partes en conflicto respecto de la importancia de mantener abiertas las fronteras y de no interrumpir los servicios aduaneros durante una crisis o un conflicto;*
- *abogar para que los insumos necesarios para la asistencia de salud estén exentos de las sanciones al transporte y asegurarse de que se tome esa medida;*
- *analizar los procedimientos y preparar documentos para anticiparse al pedido de exención de sanciones comerciales internacionales;*
- *negociar la dispensa de procedimientos de importación e inspecciones de control de calidad que generan demoras irrazonables;*
- *negociar procedimientos de importación alternativos en caso de no haber autoridades aduaneras;*
- *garantizar la disponibilidad de opciones de transporte alternativas (provistas por las autoridades, organizaciones humanitarias, etc.);*
- *garantizar que haya existencias de combustible de contingencia para los vehículos;*

- *planificar rutas de transporte alternativas en caso de que las que usualmente se utilizan estén bloqueadas;*
- *garantizar la disponibilidad de recursos de transporte para trasladar equipos e insumos en caso de que sea necesario reubicar la instalación de salud.*

Algunas de las medidas de mitigación que se deben tener en cuenta ante un bloqueo del acceso son:

- *negociar el libre paso de vehículos que transportan insumos médicos;*
- *solicitar ayuda, incluso en el ámbito internacional;*
- *solicitar que las organizaciones humanitarias transporten los insumos necesarios;*
- *utilizar ambulancias para transportar insumos médicos;*
- *reducir la frecuencia de los viajes por carretera mediante el transporte de los insumos médicos junto con otros artículos esenciales, por ejemplo, alimentos.*

B. Goris/CICR

6. REUBICACIÓN TEMPORARIA POR MOTIVOS DE SEGURIDAD

6.1 Introducción

Cuando las medidas de seguridad en la instalación demuestran ser insuficientes y los niveles de riesgo para los pacientes y el personal se vuelven incontrolables, la única solución puede ser la reubicación temporaria de los servicios de asistencia de salud. Al planificarla, una de las dificultades radica en no saber durante cuánto tiempo será necesaria, debido a la imprevisibilidad de la situación. En consecuencia, los planes deben ser flexibles y se los debe revisar periódicamente a fin de reflejar la realidad del terreno.

Al preparar la transferencia de los servicios de salud a una nueva ubicación, es necesario recabar información específica. Al igual que sucede con los planes de contingencia, es crucial trabajar con una amplia variedad de interesados en este proceso y consultarlos. Las autoridades locales, los dirigentes comunitarios, los prestadores locales de los sectores público y privado, las organizaciones nacionales e internacionales pertinentes, los pacientes y el personal pueden hacer importantes aportes al análisis de la situación imperante.

Una vez que se ha decidido trasladar los servicios a una ubicación más segura, se deben tener en cuenta varios factores a fin de garantizar que ese traslado, al igual que el de los pacientes y el personal, se realice sin inconvenientes. El presente capítulo no ofrece recomendaciones técnicas detalladas para la reubicación, sino que brinda orientaciones sobre los aspectos que se deben considerar en este proceso.

6.2 Ubicación

El primer paso al prepararse para un traslado consiste en realizar una evaluación del sitio y de la seguridad en la nueva ubicación propuesta. Asimismo, es importante comprender cabalmente los riesgos inherentes a la ubicación actual y cómo se reducirán al concretar el traslado. La información obtenida durante este proceso puede resultar decisiva al momento de elegir la ubicación temporaria, ya que orientará la aplicación de medidas de seguridad y permitirá aclarar si los servicios de salud deben trasladarse a un sitio oculto (es decir, que sea desconocido para las autoridades pertinentes) o a uno que sea reconocible.

Cuestiones jurídicas relativas al traslado temporario de servicios de salud a una ubicación más segura

Al evaluar la posibilidad de reubicar temporariamente los servicios de salud en el contexto de un conflicto armado, cabe aclarar que la elección de una instalación de salud oculta –en otras palabras, el traslado a una nueva ubicación sin el conocimiento de las autoridades competentes– es la última opción. Desde un punto de vista jurídico, el riesgo radica en que una instalación oculta será más vulnerable a los ataques que las que una autoridad competente de una parte en conflicto destina de manera formal y exclusiva a fines médicos, ya que esa autorización es un requisito previo para la protección que confiere el derecho internacional humanitario a las instalaciones de salud. El uso del emblema de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo es un signo visible de esa protección específica. Al no contar con la autorización necesaria, una instalación de salud oculta solo gozaría del nivel de protección que se otorga a los bienes de carácter civil, y las partes en conflicto no estarían obligadas en virtud del DIH a dar aviso previo en caso de ataque. En los casos en los que, a raíz de la continuidad de las hostilidades, se optó por ocultar la instalación de salud, a veces se comunicaron las coordenadas geográficas a las partes en conflicto a los fines de identificar su ubicación. No obstante, es necesario evaluar cuidadosamente, y para cada situación específica, el riesgo de seguridad que conlleva la comunicación de esas coordenadas.

En algunos contextos, la legislación nacional puede limitar el tipo de reubicación temporaria, en especial cuando la prestación de asistencia de salud por parte de ciertos prestadores o a ciertos segmentos de la población se criminaliza. Se deberían realizar esfuerzos de sensibilización, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, para promover la prestación imparcial de servicios de salud, en particular cuando la legislación nacional restringe esa imparcialidad.

Al evaluar la posibilidad de la reubicación, es importante tener en cuenta las opciones disponibles, que incluyen la mudanza a edificios alternativos, a un subsuelo o a instalaciones subterráneas. En algunos contextos, también podría considerarse el uso de hospitales de campaña o de unidades móviles. Si bien la seguridad física de la instalación es un factor importante para el funcionamiento de los servicios de salud, lo mismo puede decirse de la facilidad de acceso para el personal, los pacientes y los prestadores.

Lista de verificación - Considerar la aptitud de las nuevas ubicaciones:

- *realizar un análisis de la seguridad con el aporte de especialistas en la materia, cuando sea posible;*
- *hacer una evaluación del sitio;*
- *evaluar la disponibilidad de personal;*
- *considerar el nivel de accesibilidad para los pacientes y el personal;*
- *considerar las posibilidades de suministro de fármacos, material de enfermería, agua y alimentos, etc.;*
- *evaluar el nivel de aceptación de los servicios de salud en la comunidad;*
- *recabar datos sobre salud e información de vigilancia para determinar qué tipo de servicios médicos se necesitarán en forma prioritaria en la nueva ubicación y los eventuales asociados para la prestación de estos servicios.*

6.3 Nivel de asistencia y servicios disponibles

Una consecuencia de trasladar temporariamente los servicios de asistencia de salud a una nueva ubicación es la suspensión de algunos de esos servicios. Es probable que también sea difícil mantener el mismo nivel de atención que el que se brindaba en la ubicación original. Sin embargo, en la nueva ubicación se debería tratar de lograr el máximo nivel de atención posible. Para ello, es importante dialogar abiertamente con las autoridades, los dirigentes comunitarios y la población en general sobre el tipo de servicios que se brindarían en la nueva ubicación. Si se cuenta con el consentimiento y la aceptación de la comunidad y de los interesados pertinentes, es posible mejorar la protección de la instalación y evitar malos entendidos sobre la reubicación de los servicios y el impacto que esto pueda tener en la imparcialidad de la prestación de asistencia de salud.

Además de los servicios vitales, se debe definir cuidadosamente a qué servicios se dará prioridad. Es necesario evaluar las necesidades en las comunidades que se van a atender y tomar la decisión en consulta con las autoridades locales. Asimismo, en esta etapa se debería trabajar en coordinación con otros prestadores de asistencia de salud en la zona, para establecer sistemas de derivación apropiados o integrarse con ellos. Será importante revisar periódicamente el nivel y la calidad de la atención que se ofrece en la nueva instalación de salud temporaria y adaptar los servicios cuando sea necesario.

En algunas situaciones, se despliega personal internacional para que ayude en la prestación de asistencia de salud. La Organización Mundial de la Salud ha elaborado pautas de referencia para los equipos médicos extranjeros que trabajan en desastres que se producen de forma repentina[36]. Ese documento describe los distintos niveles de atención y las normas mínimas que el personal debe observar. Si un organismo internacional no está familiarizado con el contexto específico en el que sus equipos trabajarán, se recomienda que la definición y el acuerdo sobre la clase de servicios que se van a brindar se haga en consulta y coordinación con las autoridades de salud nacionales.

6.4 Preparativos para el traslado

Es preciso contar con planes para que el traslado de los servicios se efectúe sin complicaciones. Los planes deben estar acompañados de procedimientos operativos estándar tan detallados como sea posible y basados en casos probables. Durante el proceso de planificación para contingencias, al definir estos procedimientos, es importante determinar las limitaciones que son inherentes a la ubicación temporaria, ya que incidirán en los tipos de servicios que podrían ofrecerse y el equipamiento que haría falta trasladar al nuevo emplazamiento.

36 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*, OMS, Ginebra, 2013. Disponible en línea en: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf (consultado el 13 de marzo de 2015).

La logística para trasladar los servicios y establecer una instalación de salud temporaria se debe planificar cuidadosamente, y es necesario evaluar la seguridad, la accesibilidad y las rutas de transporte. Dada su especial necesidad de recibir protección y atención, se debe determinar cuáles son los grupos de pacientes vulnerables y priorizar su reubicación. Si la situación en materia de seguridad lo permite, podría considerarse la posibilidad de un traslado progresivo, aunque esto puede plantear riesgos adicionales para los pacientes y el personal.

Aunque la reubicación temporaria en un sitio más seguro contribuiría a reducir los niveles de estrés del personal de salud que trabaja y vive en una situación de crisis, también puede dar lugar a un nuevo conjunto de estresores. Por ejemplo, es probable que, a raíz de la nueva ubicación de la instalación, el personal deba viajar más o instalarse temporariamente lejos de su hogar. En consecuencia, y a fin de retener al personal durante una reubicación, es importante poner en práctica mecanismos de soporte para ofrecer las mejores condiciones de trabajo posibles al personal de salud y responder a sus necesidades en la nueva ubicación.

Lista de verificación - Preparativos para la reubicación:

- *evaluar la disponibilidad de suministros de agua y energía;*
- *decidir qué equipos y medicamentos se van a trasladar, teniendo en cuenta la disponibilidad de espacio de almacenamiento;*
- *verificar las rutas de transporte y la accesibilidad;*
- *prepararse para un traslado progresivo, en caso de que sea posible utilizar las instalaciones nuevas y las antiguas simultáneamente durante un tiempo;*
- *recordar que el hecho de demorar el traslado puede aumentar los riesgos para determinados pacientes y miembros del personal;*
- *identificar a los grupos vulnerables que pueden necesitar atención alternativa distinta de la que se brinda en la nueva instalación de salud;*
- *asegurarse de que haya procedimientos para resguardar la confidencialidad de los datos de los pacientes y capacitar al personal para que cumpla con estos procedimientos;*
- *identificar y establecer asociaciones con otros prestadores que podrían complementar o reemplazar determinados servicios de salud;*
- *garantizar la disponibilidad de equipos de comunicaciones de reserva y trazar un plan de evacuación;*
- *considerar la posibilidad de desarrollar mecanismos para respaldar al personal durante el proceso de reubicación.*

L.D Pelaez/Semana News

OBSERVACIONES FINALES

El proyecto “Asistencia de salud en peligro” ha permitido establecer un foro para el diálogo entre una amplia gama de interesados que participan en la prestación de asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias.

Los resultados de estos debates, en particular de los talleres que se llevaron a cabo en Ottawa y en Pretoria sobre cómo garantizar la seguridad de las instalaciones de salud, han constituido una fuente de referencia ineludible para esta publicación. Representantes de las autoridades nacionales, de organismos nacionales e internacionales, del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, de profesionales técnicos, de miembros del personal de salud y académicos también hicieron aportes significativos. Algunos de ellos no estaban acostumbrados a trabajar tan estrechamente, de modo que esta colaboración es de por sí un logro.

Si bien esta publicación tiene por objetivo formular recomendaciones para mejorar la seguridad de instalaciones de salud en situaciones de conflicto armado, es evidente que pueden establecerse asociaciones con otros tipos de emergencias. Muchas medidas de prevención, mitigación y preparación que se adoptan en tiempo de conflicto armado también pueden resultar eficaces para desarrollar la resiliencia del sistema de asistencia de salud durante otras situaciones, como los desastres naturales.

Esperamos que la presente publicación no solo sirva de guía para los procesos de planificación de contingencias en instalaciones de salud, sino que también promueva el crecimiento de la red de profesionales creada en el marco del proyecto “Asistencia de salud en peligro”, y la cooperación continua entre ellos, además de sensibilizar sobre la importancia de proteger la prestación de asistencia de salud contra los efectos de los conflictos armados.

B. Heger/CICR

MISIÓN

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

CICR

4239/003 11.2015 0000