



ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

LA REALIDAD DEL PROBLEMA

¡NO MÁS VIOLENCIA CONTRA
LA ASISTENCIA DE SALUD!

ES UNA
CUESTIÓN
DE **VIDA**
O **MUERTE**



CICR



CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202, Ginebra, Suiza
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
shop@icrc.org www.icrc.org
© CICR, noviembre de 2011

Portada: Atef Safadi

Una ambulancia se llena de gas lacrimógeno durante una manifestación.

ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

LA REALIDAD DEL PROBLEMA

UNA GRAN PREOCUPACIÓN PARA EL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA

En la tarde del 7 de enero de 2009, el personal del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y de la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina realizó un descubrimiento aterrador en una casa del barrio de Zaytun, en la ciudad de Gaza: cuatro niños pequeños agachados junto a los cuerpos sin vida de sus madres. La casa había sido bombardeada cuatro días antes, pero no se había permitido a las ambulancias acudir en ayuda de las víctimas. Cuando llegaron, doce cadáveres yacían en el suelo de la habitación, y los niños estaban demasiado débiles para levantarse. Los soldados que se encontraban en un puesto de control cercano no habían prestado ayuda a los heridos y, cuando las ambulancias llegaron a aquel grotesco escenario, les ordenaron dar la vuelta. El personal de las ambulancias desobedeció las órdenes y rescató a los supervivientes.

Menos de un mes después, en la región de Vanni, en el norte de Sri Lanka, el bombardeo del hospital Puthukkudiyiruppu se cobró numerosos muertos y heridos entre los 500 pacientes que estaban siendo atendidos en el único hospital operativo en la zona norte del país, devastada por la guerra. El recinto del hospital fue alcanzado directamente por dos obuses, por lo que hubo que ordenar su evacuación. Los pacientes fueron trasladados a un centro comunitario que carecía de agua potable.

En septiembre del mismo año, varios soldados entraron de madrugada en el hospital Ghazi Mohammed Jan, en la provincia de Wardak, en Afganistán, buscando a un combatiente enemigo herido. Al no dar con él, reunieron a todo el personal y les ordenaron que les notificaran la presencia de todos los "combatientes enemigos" que hubiesen llegado en busca de tratamiento. Cuando el personal se negó, acogiéndose a la deontología médica, los soldados los amenazaron a punta de pistola, diciéndoles que, si no obedecían, los matarían. Varios miembros del personal abandonaron el hospital tras este incidente, demasiado asustados para seguir trabajando allí.



En diciembre de 2009, un hombre se inmoló en una ceremonia de graduación en Mogadiscio, la capital de Somalia, segando la vida de varios estudiantes de medicina que habían estudiado duro para sacar a su país del sufrimiento y la desesperación que dejaron dos décadas de guerra civil. Era sólo la segunda promoción de licenciados en medicina de los últimos veinte años, lo que privaba al pueblo somalí de los médicos que tanto necesitaba.

Estos cuatro incidentes acaecidos en 2009 en cuatro conflictos diferentes representan sólo la punta del iceberg: los ataques al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios, y las trabas para impedir que los heridos y los enfermos reciban asistencia médica se han convertido en la tónica general de los conflictos y revueltas de todo el mundo. Estos episodios tienen unos efectos secundarios desastrosos: abandono de su puesto de trabajo por parte de los profesionales de la salud, cierre de hospitales y paralización de las campañas de vacunación. Este efecto dominó deja a comunidades enteras sin acceso a unos servicios adecuados. La violencia, tanto si es real como si es en forma de amenazas, contra los pacientes, y el personal y las instalaciones de salud es uno de los problemas humanitarios más graves de la actualidad y, sin embargo, suele pasar desapercibido.



Christopher Morris/VII

Reafirmar el sueño de Henry Dunant

Prestar asistencia a los heridos, independientemente del bando al que pertenezcan, es la idea que dio origen al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja hace más de 150 años, en el sangriento campo de batalla de Solferino, en Italia. Henry Dunant, un hombre de negocios suizo, fue testigo de la matanza de junio de 1859 y, horrorizado por el sufrimiento, movilizó a los habitantes de esa localidad para ayudar a los heridos sin tener en cuenta si eran del bando austríaco o francés. “Tutti fratelli” —todos hermanos— era su lema, mientras ofrecían a los 40.000 soldados que yacían heridos o moribundos un mínimo de dignidad como seres humanos: agua para calmar su sed, un apósito para vendar una herida, un último mensaje a sus familias para que una madre, esposa o hija supieran que fue de sus hijos, esposos o padres.

De estos orígenes tan humildes nació el derecho internacional, que establecía el derecho de los combatientes y la población civil a no padecer mayores sufrimientos durante los conflictos armados y a recibir asistencia. Para que este derecho se cumpla en la práctica, el personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios deben ser protegidos: están prohibidos los ataques contra ellos siempre y cuando desempeñen una labor neutral y traten a todos los pacientes por

igual, independientemente de su ideología política, credo religioso u origen étnico. Signos protectores como la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo se introdujeron para señalar claramente al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios en tanto que entidades protegidas. Estas disposiciones, consagradas en los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y en sus Protocolos adicionales, así como en el derecho internacional consuetudinario, vinculan el derecho a recibir atención médica con la obligación de todas las partes en un conflicto de buscar y recoger a los heridos después de la batalla, y de facilitar el acceso a las instalaciones de salud. Los instrumentos de derechos humanos protegen la asistencia de salud en todo momento, incluso durante los disturbios internos. Estas leyes son de obligado cumplimiento para todos los Estados y las partes en los conflictos de todo el mundo. Pero no siempre se respetan.

En 2008, el CICR emprendió un estudio para analizar cómo los actos de violencia afectan a la prestación de asistencia sanitaria en 16 de los países en los que trabaja. Se recogieron denuncias de incidentes de una gran variedad de fuentes, como los organismos de salud, el personal de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y los medios de comunicación. A continuación se analizaron dichos incidentes para determinar las formas más graves de violencia, que se exponen en las páginas que figuran a continuación. Aunque las estadísticas ofrecen un panorama desolador sobre el carácter generalizado de los ataques a pacientes y al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios, lo cierto es que no llegan a reflejar la verdadera magnitud del problema, especialmente en las zonas a las que no pueden acceder las organizaciones humanitarias ni los periodistas, como numerosas regiones de Pakistán y Afganistán. Además, las estadísticas no muestran los efectos indirectos y multiplicadores de estos ataques, como son el cierre de las instalaciones de salud y la huida del personal. Esta publicación analiza, en primer lugar, los trastornos a los que se ve sometida en general la asistencia de salud durante los conflictos y las luchas intestinas, para, a continuación, pasar a examinar los tipos específicos de violencia.

EL COSTE AÑADIDO DE LA VIOLENCIA

La violencia interrumpe los servicios de salud precisamente cuando son más necesarios

Los conflictos armados y los disturbios internos — como las protestas violentas y las revueltas— provocan lesiones a quienes participan directamente y quienes se ven atrapados en ellos. Las lesiones más graves precisan atención médica, sin embargo, es justamente en esos momentos de necesidad cuando los servicios de salud son más propensos a sufrir interrupciones, interferencias y ataques. La violencia, tanto real como en forma de amenazas, afecta a la prestación de asistencia sanitaria de modos diversos.

En primer lugar, los enfrentamientos activos en las proximidades de las instalaciones de salud impiden que accedan a ellas los heridos y enfermos, el personal sanitario, y los vehículos que transportan medicamentos esenciales y equipamiento médico para reabastecerlas. Los enfrentamientos también pueden provocar el corte del suministro de agua y electricidad, así como de las reservas de combustible para los generadores de emergencia. Por ejemplo, los cruentos combates librados en la capital de Côte d'Ivoire, Abiyán, en marzo de 2011, impidieron a las ambulancias recoger a los heridos y a la organización médica humanitaria Médicos Sin Fronteras (MSF) reabastecer al hospital de Abobo Sur, el único hospital operativo en la mitad norte de la ciudad. Decenas de heridos llegaban al hospital cada día como buenamente podían, y los suministros médicos empezaron a agotarse rápidamente. El jefe del equipo de MSF, el doctor Salha Issoufou, declaraba, preocupado: “si esto sigue así, el hospital se va a quedar sin anestesia, compresas estériles y guantes quirúrgicos”.

En segundo lugar, la violencia puede obligar a la población civil, incluido el personal sanitario y sus familias, a desplazarse a zonas más seguras. El ministro de Sanidad de Irak informó que, entre 2003 y 2006, 18.000 de sus 34.000 médicos habían huido del país. Libia también ha sufrido el éxodo de los profesionales de la salud desde que estallaron los enfrentamientos a principios de 2011, dado que un alto porcentaje de su personal sanitario, especialmente las enfermeras,



eran trabajadores migrantes. Cuando, en el mes de febrero, los gobiernos extranjeros ordenaron a sus conciudadanos que abandonasen el país, muchos centros de salud básicos, como los hospitales de Bengasi y Misrata, se quedaron sin gran parte de su personal, lo que los sumió en una situación crítica. La escasez de personal no sólo afecta a los heridos en los combates, sino también a los ciudadanos libios de a pie con enfermedades crónicas que requieren atención periódica.

En tercer lugar, la violencia dificulta la ejecución de importantes programas de medicina preventiva, como las campañas de vacunación, con las repercusiones que ello podría acarrear en el futuro. Por ejemplo, la lucha para erradicar la poliomielitis ha sufrido duros reveses en países como Afganistán, Pakistán y la República Democrática del Congo, donde la seguridad



Peter DiCampo/III Mentor Program

El hospital de Abobo Sur en Abiyán, normalmente con capacidad para 12 camas, llegó a albergar a más de 130 pacientes durante la violencia postelectoral de 2011.



André Liohn/CICR

La principal clínica de Misrata, en Libia, tuvo que ser evacuada cuando la tomaron para utilizarla como base militar.

de los equipos de vacunación es difícil de garantizar. Asimismo, los conflictos provocan el desplazamiento de la población a zonas que se encuentran fuera del alcance de los sistemas ordinarios de salud, justamente cuando es más susceptible de padecer enfermedades. Estos trastornos que ocasiona la violencia a la asistencia de salud son menos visibles y más difíciles de cuantificar que los ataques cometidos abiertamente contra el personal y las instalaciones de salud, sin embargo, son igual de letales para los heridos y enfermos que nunca podrán recibir la ayuda que precisan.

OBTENER ACCESO PARA LOGRAR ERRADICAR LA POLIOMIELITIS

Durante más de 20 años se han hecho grandes esfuerzos para erradicar la devastadora enfermedad de la poliomielitis, reduciéndose significativamente su transmisión y su prevalencia en todo el mundo. Sin embargo, la violencia que impera en algunos países es uno de los principales escollos que impiden su erradicación total. En dos de los cuatro países donde la poliomielitis es endémica — Pakistán y Afganistán— la cobertura de las vacunaciones se ve limitada por los combates y/o por la falta de garantías de seguridad para que los equipos de vacunación puedan acceder a todas las zonas en las que se transmite la enfermedad. Las ofensivas militares también provocan desplazamientos de población que pueden propagar la enfermedad de zonas infectadas a zonas que no lo estaban: la provincia de Punjab, en Pakistán, donde no se había registrado ningún caso de poliomielitis en dos años, sufrió un brote en 2008 a causa de la afluencia de personas que huían de la violencia en la provincia de Jyber Pajtunjwa y de las Áreas Tribales bajo Administración Federal. En algunas zonas de Afganistán y Pakistán hay cientos de miles de niños a los que no se puede acceder.

En 2007, el Ministerio de Sanidad afgano y la Organización Mundial de la Salud solicitaron al CICR que utilizara sus contactos exclusivos con la oposición armada en Afganistán para negociar el paso seguro de los equipos de vacunación contra la poliomielitis. Aunque algunas zonas siguen siendo inaccesibles, el acuerdo de la oposición con este plan permitió reanudar las campañas de vacunación en el país, cuya cobertura ha aumentado notablemente.

“Una de las primeras víctimas de la guerra es el propio sistema de salud”.

Marco Balzan, Jefe de cirugía de guerra del CICR



Karim Sahib/Foto AFP

Un médico contempla los escombros que dejó la explosión de un óbús en el hospital Jairallah de Bagdad.

VIOLENCIA CONTRA LAS INSTALACIONES DE SALUD

El término **violencia comprende** los bombardeos aéreos y de artillería, los saqueos, la irrupción por la fuerza, los tiroteos, el asedio, o cualquier otra interferencia por la fuerza en el funcionamiento de las instalaciones de salud (como la privación de agua y electricidad).

La expresión **instalaciones de salud** incluye los hospitales, laboratorios, dispensarios, puestos de primeros auxilios, centros de transfusión de sangre, y los depósitos de suministros médicos y farmacéuticos de estas instalaciones.

Los ataques a las instalaciones de salud durante la violencia armada y los disturbios internos se suelen clasificar en cuatro categorías. La primera es el ataque deliberado de esos lugares para obtener una ventaja militar, privando a los adversarios y a quienes puedan ser percibidos como sus partidarios de asistencia sanitaria para tratar sus heridas. Algunos ataques también tienen por objeto sembrar el terror entre la población local mediante el ataque a una instalación protegida. En alguna ocasión se han cometido ataques para rescatar a camaradas heridos que se encontraban detenidos, mientras recibían tratamiento en el hospital: el ataque al hospital Jinnah de Lahore, Pakistán, en junio de 2010, tenía por objeto liberar a

un insurgente herido capturado tras el bombardeo de una mezquita en el que murieron más de 80 fieles. Tres hombres armados disfrazados de policías irrumpieron en el hospital y abrieron fuego indiscriminadamente, matando a varios miembros del personal médico, visitantes y guardias de seguridad.

La segunda categoría de ataque también es deliberada, pero esta vez por motivos políticos, religiosos o étnicos, y no tanto para obtener una ventaja militar *per se*. Este tipo de atentados contra las instalaciones de salud incluyen el incendio de una clínica uzbeka en Kirguistán durante la violencia étnica de junio de 2010; el acordonamiento y la toma por el ejército del hospital general de Salmaniya en Bahrein a principios de 2011 por percibir que apoyaba la causa de los manifestantes antigubernamentales; y la explosión de una bomba en un hospital de Karachi en febrero de 2010 dirigida contra los supervivientes de otro atentado sectario perpetrado poco antes contra un autobús que transportaba a miembros de una secta chiita minoritaria.

El tercer tipo de ataque es el bombardeo aéreo o de artillería no intencionado, también llamado “daño colateral”, de un óbús o mortero dirigido contra un objetivo militar. Esto ocurre sobre todo cuando las operaciones militares se desarrollan en zonas urbanas densamente pobladas. Quienes disparan las armas

deben tomar todas las precauciones factibles para distinguir entre objetivos legítimos e ilegítimos, pero en los conflictos de Libia, Sri Lanka, Somalia, los territorios palestinos ocupados, Líbano, Yemen y Ruanda hemos sido testigos de graves daños a las instalaciones de salud con el pretexto de que fueron por error. El riesgo para los centros de salud aumenta cuanto más cerca se encuentren de las instalaciones militares. Aunque resulte difícil de creer, los doce obuses que cayeron en el hospital de Medina, en Mogadiscio, el 12 de abril de 2011, no estaban dirigidos contra el hospital, claramente señalado, sino contra funcionarios del Gobierno Federal de Transición de Somalia (GFT) que asistían a un acto militar de alto nivel en sus proximidades. Milagrosamente, once de las bombas no hicieron explosión, pero la que sí estalló hirió a dos guardias y sembró el pánico entre los pacientes y el personal. Algunos obuses sí alcanzaron su objetivo, cobrándose la vida de al menos tres personas en la sede militar del GFT.

La cuarta y, tal vez, más común forma de violencia perpetrada contra las instalaciones de salud es el robo de medicamentos y equipamiento médico. Ocasionalmente, el motivo puede ser obtener suministros médicos para los combatientes heridos que temen ingresar en estas instalaciones, pero lo más común es que se cometan, simple y llanamente, con fines delictivos. En 2003, Bagdad sufrió el saqueo de sus instalaciones de salud y la destrucción a gran escala de la infraestructura y los suministros, lo que prácticamente ocasionó el desplome de todo el sistema sanitario de la ciudad. Los hospitales tuvieron que cerrar y las personas heridas y moribundas quedaron desatendidas.

Uso abusivo de las instalaciones de salud

Las instalaciones de salud conservan su estatuto de protección siempre y cuando se dediquen exclusivamente a la atención de los heridos y los enfermos, y no se utilicen para la consecución de objetivos militares. Lamentablemente, ha habido numerosas ocasiones en las que la neutralidad de una instalación de salud ha quedado en entredicho por utilizarse para almacenar armas o lanzar ataques. Por

ejemplo, en la violencia entre palestinos, se han utilizado los hospitales como escudo, con el peligro que ello supone para los pacientes y el personal hospitalario, que pueden quedar atrapados en el fuego cruzado. Las informaciones que llegan desde Libia apuntan a que el hospital Ajdabiyah se utilizó como escudo para los francotiradores. La presencia de combatientes armados en un centro médico por motivos que no sean de salud también pone en peligro su estatuto de protección. En agosto de 2009, un grupo de insurgentes armados irrumpieron en una clínica de la provincia de Paktika, en Afganistán, exigiendo tratamiento para su comandante herido. Tirotearon al personal de ejército que se encontraba en el exterior hasta que un helicóptero de combate disparó varios misiles contra la clínica, matando a todos los insurgentes menos a uno, y reduciendo a cenizas la sala de hombres del hospital.



Dmitry Kostyukov/Foto AFP

Los pacientes tuvieron que ser trasladados al sótano de este hospital después de que el edificio quedara parcialmente destruido.

QUÉ DICE EL DERECHO:

- Las instalaciones de salud deberán ser respetadas y protegidas en todo momento, y no serán objeto de ataque.
- Los emblemas protectores, como la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo, que identifican las unidades sanitarias, deberán ser respetados en toda circunstancia.
- Está permitido portar armas pequeñas en las instalaciones de salud para defensa propia o la de los heridos y enfermos (por ejemplo, contra los bandidos). La presencia de otras armas pone en peligro el estatuto neutral de una instalación.
- Las instalaciones de salud perderán su protección si se utilizan para cometer "actos perjudiciales contra el enemigo".
- Son "actos perjudiciales contra el enemigo" el uso de las instalaciones de salud para albergar a combatientes en buen estado de salud, almacenar armas o municiones, como puestos de observación militar o para poner a cubierto la acción militar.

EL HOSPITAL DEL CICR EN KIGALI: UN OASIS DE HUMANIDAD EN UN DESIERTO DE INHUMANIDAD

Un ejemplo extraordinario de respeto de la inviolabilidad de un hospital, su personal y sus pacientes ocurrió en la capital de Ruanda, Kigali, durante el genocidio de 1994. Durante los tres meses en que se consumó la matanza incesante y organizada de la minoría tutsi y de aquellos a los que se suponía partidarios, los equipos del CICR y de MSF salvaron decenas de vidas en un centro protegido únicamente por la bandera de la cruz roja. Se aventuraron a las calles para recoger a los heridos sin más protección que su insignia, su coraje y la fuerza de sus argumentos para impedir que los heridos fueran sacados a la fuerza por la puerta trasera de las ambulancias. El hospital se vio amenazado en varias ocasiones y, más de una vez, recibió impactos de obuses, pero nunca entraron por la fuerza quienes batían la ciudad en busca de nuevas víctimas. Su ejemplo llevó incluso a que algunos asesinos dejaran de matar: antes de huir de la ciudad, a sabiendas de que habían sido derrotados, varios milicianos llevaron al hospital a una enfermera tutsi, retenida durante tres meses, para liberarla. "Hemos decidido no matarla a pesar de que es tutsi", dijeron al jefe de la delegación del CICR, Philippe Gaillard. "Como enfermera, será más útil en este hospital que muerta".

VIOLENCIA CONTRA LOS HERIDOS Y LOS ENFERMOS

El término violencia comprende el homicidio, las lesiones, el acoso y la intimidación de los pacientes o las personas que tratan de recibir atención médica; el hecho de obstruir o impedir el acceso rápido a la asistencia; denegar o rechazar deliberadamente la prestación de ayuda; discriminar en lo que respecta al acceso a la asistencia sanitaria o a la calidad de la misma, e interrumpir los cuidados médicos.

La expresión heridos y enfermos comprende a todas las personas, sean militares o civiles, que tengan necesidad de asistencia médica y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Esos términos son también aplicables a las parturientas, los recién nacidos y los inválidos.

Uno de los casos más sangrantes de agresión contra los heridos y los enfermos sucedió en noviembre de 1991 en la ciudad croata de Vukovar. El mismo día en que el CICR llegó a un acuerdo sobre el carácter neutral del hospital, 300 pacientes y sus familiares fueron obligados a subir a varios autobuses. Más adelante se encontrarían los cadáveres de 200 de ellos en una fosa común y, a día de hoy, 51 aún siguen desaparecidos. Ejecuciones de pacientes en las ambulancias o en las instalaciones de salud también han ocurrido en Sierra Leona, Colombia, Líbano, la República Democrática del Congo y los territorios palestinos ocupados, así como en México, en el contexto de la violencia entre bandas. También en Libia parecen haberse registrado episodios similares. En Colombia, en septiembre y octubre de 2000, las ejecuciones de pacientes en las ambulancias del CICR llevadas a cabo como represalia, primero por parte de los paramilitares y después de los rebeldes, obligaron al CICR a suspender su participación en la evacuación y el traslado de los pacientes hasta que recibió garantías de que sus ambulancias y pacientes serían respetados.

Más frecuentes que estos ataques tan deplorables son las trabas a los heridos y enfermos que tratan de obtener acceso a la atención médica. En ocasiones, el acceso se impide de manera deliberada, pero, en la mayoría de los casos, los impedimentos se traducen en cortes de carreteras y retrasos en los puestos de control



“Entraron por el aparcamiento y nos ordenaron, a punta de pistola, que nos tumbásemos en el suelo. Entonces, mataron de un disparo al paciente que yacía en la camilla y se marcharon como si nada hubiera pasado”.

Voluntario de Cruz Roja describiendo la ejecución de un paciente en el recinto de la Cruz Roja

por motivos de seguridad. Independientemente de la legitimidad de estos motivos, los largos retrasos en los puestos de control mientras se registran los vehículos y se interroga a los pasajeros pueden costar vidas. Saltarse la cola puede ser peligroso: en Irak y Afganistán las historias sobre vehículos que son tiroteados al tratar de saltarse la fila están a la orden del día. En otros casos, se cortan las carreteras durante horas para hacer un “barrido” en busca de posibles artefactos explosivos, o tras algún incidente de seguridad, lo que puede acarrear consecuencias nefastas. El 3 de febrero de 2010, una niña herida en una explosión en el distrito de Chahar Dara, en la provincia de Kunduz, en Afganistán, falleció poco después de ingresar en el hospital: la habían tenido que llevar en brazos durante una hora porque el ejército había cortado la carretera.



Alejandro Bringas/Reuters

Hombres armados obligaron a detenerse a esta ambulancia para matar a un comandante de la policía que estaba siendo trasladado al hospital.

Con arreglo al derecho internacional humanitario, no se puede dejar a nadie deliberadamente sin atención médica o sin asistencia.



Asmaa Waguih/Reuters



Varios civiles heridos son evacuados en transbordador de Puttumatalan a Trincomalee, en Sri Lanka.

En ocasiones, el ejército y los organismos encargados de hacer cumplir la ley quieren arrestar o detener a un paciente para interrogarlo, lo cual es una demanda perfectamente legítima. Pero las autoridades detenedoras tienen la obligación de velar por la continuidad de la asistencia médica del paciente, algo que resulta difícil en contextos en los que los centros de detención carecen de servicios de salud adecuados. En Afganistán y Pakistán, las autoridades locales han sido receptivas a las solicitudes del CICR de dar prioridad al tratamiento antes que al interrogatorio, permitiendo que los heridos vean a un médico antes de ser interrogados. Pero en otros contextos, la situación es más difícil: en marzo de 2010, en el centro de salud de MSF de Katanga, en Kivu Sur, en la República Democrática del Congo, los soldados se llevaron a cuatro pacientes a pesar de las protestas de los cirujanos de MSF, que advirtieron de que el estado de esos pacientes lo desaconsejaba.

En algunos contextos, los heridos y enfermos son víctimas de la discriminación en lo que respecta a su acceso a la asistencia sanitaria y a la calidad de la misma. Aunque está prohibido por el derecho internacional humanitario y los instrumentos de derechos humanos y es, además, contrario a la deontología médica, ha habido casos en que el personal de salud se ha negado a atender a los pacientes, o les ha proporcionado un tratamiento de menor calidad debido a su origen étnico, religión, o ideología política. Casos de este tipo

se registraron durante la violencia étnica en Kirguistán y Ruanda, en períodos de tensión política como en Zimbabwe y Líbano, y en países donde hay minorías oprimidas, como la comunidad musulmana de los Rohingya, en Myanmar. En los recientes disturbios que estallaron en Bahrein, Siria y Yemen, los manifestantes no se atrevían a acudir a los centros de salud por miedo a que sus heridas los identificaran y les acarrearán duras represalias.

Una última violación de los derechos de los heridos y enfermos que se suele cometer con asiduidad en los conflictos armados —y que, sin embargo, es difícil de documentar— es el hecho de que los combatientes no busquen, ayuden o evacuen a los heridos. El incidente en Gaza relatado al principio, en el que los soldados de los puestos de control ignoraron los gritos de los heridos, los moribundos y sus hijos angustiados, no es un caso aislado. En los conflictos de todo el mundo, los combatientes se desentienden de su responsabilidad de atender a los civiles atrapados entre dos fuegos. Inevitablemente, son sus familiares y vecinos quienes los llevan al hospital, no hombres y mujeres de uniforme o portando armas. Estos familiares y vecinos son tan vulnerables como cualquier paciente a los ataques y a la discriminación en las instalaciones de salud y de camino a ellas.

QUÉ DICE EL DERECHO:

Los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977 contemplan las siguientes normas:

- Los heridos y los enfermos, así como los inválidos y las mujeres encintas, serán objeto de protección y de respeto particulares.
- Los heridos y los enfermos serán protegidos contra los malos tratos y el pillaje.
- No se dejará a nadie deliberadamente sin atención médica o sin asistencia.
- Siempre que las circunstancias lo permitan y, especialmente, después de cada combate, las partes en conflicto tomarán sin tardanza todas las medidas posibles para buscar, recoger y evacuar a los heridos y enfermos sin distinción alguna de carácter desfavorable.
- El cometido especial del CICR viene reconocido con la designación de zonas neutralizadas para proteger a los heridos, los enfermos y las personas heridas de los efectos de la guerra.
- Incumbe en primera instancia a las partes en un conflicto la obligación de atender a los heridos y los enfermos. Toda asistencia prestada por la población local, las organizaciones humanitarias o terceros no exime a las partes de sus obligaciones.

Los instrumentos de derechos humanos, de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y otras convenciones prevén lo siguiente:

- Todo individuo tiene derecho a la vida. Los Estados se abstendrán de retener o retrasar deliberadamente la prestación de la asistencia de salud a los heridos y enfermos que estén en peligro de muerte.
- Cuando el empleo de la fuerza sea inevitable, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley procederán de modo que se preste lo antes posible asistencia médica a las personas afectadas.
- Todo individuo tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados tienen la obligación de prestar, como mínimo, atención primaria básica.
- Todo individuo tiene derecho a acceder a las instalaciones y los servicios de salud básicos sobre una base no discriminatoria. Los Estados se abstendrán de denegar o limitar dicho acceso de manera arbitraria, por ejemplo, a opositores políticos.
- Los Estados deberán tomar medidas activas para permitir y ayudar a las personas a gozar de su derecho a la salud.

ATENDER A TODOS SIN DISCRIMINACIÓN

En dos de los lugares más peligrosos del mundo, Somalia y Pakistán, el personal de los hospitales con los que colabora el CICR no hacen distinción alguna entre los pacientes, sean de un bando u otro. En el tenso ambiente que reina en Pakistán, fue necesario un año de negociaciones, no sin contratiempos, para garantizar el carácter neutral del hospital de Peshawar. En Somalia, en los hospitales Medina y Keysaney, el personal no pregunta a los pacientes a qué clan pertenecen o cuál es su ideología política. En octubre de 2009, se arrojaron panfletos en el recinto del hospital Medina en los que, con imágenes de granadas y revólveres, se advertía al personal de que dejara de atender "al enemigo". Pero el director del hospital, Mohammed Yusuf, aseguró que esas amenazas no iban a alterar su modo de trabajar. "La gente tiene que entender que el personal sanitario es neutral y atiende a todo el mundo, incluso a los que han escrito los folletos y a sus familias".



Tras ser víctima de un ataque, Mohammed Yusuf, director del hospital Medina en Mogadiscio, tiene que llevar escolta las 24 horas del día.



VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL SANITARIO

El término violencia comprende el homicidio, las lesiones, los secuestros, acosos, amenazas, intimidación y robos; así como el arresto de personas por ejercer la misión médica.

La expresión “personal sanitario” comprende a los médicos, enfermeras, paramédicos —entre ellos el personal de primeros auxilios—, el personal de apoyo asignado a actividades médicas, el personal administrativo de las instalaciones de salud, y el personal de las ambulancias.

El personal sanitario que trabaja en situaciones de conflicto armado u otras situaciones de violencia tiene que lidiar con numerosas dificultades, ya que tiene que adaptar la calidad de su asistencia a los recursos disponibles y hacer frente a avalanchas de pacientes a los que hay que prestar atención inmediatamente para salvarles la vida. Tras estos retos profesionales suelen acechar graves peligros relacionados con la naturaleza de su trabajo.

Irak ha sido escenario de algunos de los peores ataques contra los profesionales de la salud. En 2008, el ministro de Sanidad iraquí estimó que, desde el año 2003, más de 625 miembros del personal sanitario habían perdido la vida. En 2007, muchos médicos fueron atacados premeditadamente en un aluvión de asesinatos que se cobraron la vida de doctores como Ibrahim Mohammed Ajil, jefe de un hospital psiquiátrico de Bagdad, asesinado a tiros por varios hombres montados en una motocicleta cuando regresaba a su casa. Otros centenares de médicos han recibido amenazas de muerte o han sido víctimas de secuestros, en ocasiones para obtener un rescate, pero otras veces por motivos políticos o religiosos. Más de la mitad de los médicos del país han huido al extranjero, y muchos de los que se han quedado tienen que vivir en los hospitales en los que trabajan, para eludir el peligroso trayecto de ida y vuelta a sus casas.

Los actos de violencia contra el personal sanitario también son habituales en Afganistán, donde se ve expuesto a amenazas, acosos y ataques. Decenas de miembros del personal sanitario han sido víctimas de secuestros, a veces para reclamar un rescate y otras



Un médico llora la muerte de cuatro de sus colegas: un médico, un conductor de ambulancia y dos enfermeras que perecieron en el bombardeo aéreo de la carretera que une Ajdabyah y Brega, en Libia.

por sus servicios, para que atendieran a combatientes que temían ser arrestados si acudían a una clínica pública. Durante la larga guerra que asoló Sri Lanka, los médicos y el personal sanitario fueron objeto de amenazas y algunos hasta perdieron la vida por "atender al enemigo". En diciembre de 2008, la mitad de los médicos que trabajaban en Vavuniya recibieron amenazas de muerte anónimas en una carta enviada desde Colombo, en la que se advertía de que un médico tamil moriría como venganza por la muerte de un médico cingalés en Batticaloa.

Aunque el personal de salud local suele llevarse la peor parte de las amenazas y las agresiones, en ocasiones, el personal de organizaciones humanitarias extranjeras también ha sido víctima de ataques. En diciembre de 1996, seis colaboradores expatriados que trabajaban en el hospital de campaña del CICR en Novye Atagi, Chechenia, fueron asesinados a quemarropa mientras dormían, en un ataque premeditado contra el recinto del hospital. Un séptimo delegado recibió un disparo, pero sobrevivió gracias a que se hizo el muerto. Los asesinos usaron pistolas con silenciador y su intención era asesinar a todos los colaboradores expatriados,

pero tuvieron que parar cuando se dio la voz de alarma. Entre las víctimas mortales se encontraban cuatro enfermeras, un administrador del hospital y un técnico de la construcción. El CICR suspendió sus operaciones en toda Chechenia y cedió la responsabilidad del hospital al ministro de Sanidad checheno.

Podría decirse que, durante un conflicto armado, la labor sanitaria más peligrosa es la que llevan a cabo el personal de primeros auxilios y los médicos que se aventuran a las líneas del frente para prestar ayuda inmediata a los heridos y evacuarlos a lugares más seguros. Se arriesgan a ser blanco directo de los ataques, a verse atrapados en el fuego cruzado de una batalla, o a resultar heridos por algún artefacto sin estallar desperdigado en la zona. Entre 2004 y 2009, 57 voluntarios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja perdieron la vida o resultaron heridos en acto de servicio. Estos episodios no se limitan a situaciones de conflicto armado: en 2010, el miedo que había cundido entre el personal de salud de México les llevó a manifestarse para exigir el fin de la violencia. En muchas zonas del país, el personal sanitario es cada vez más reticente a atender



a víctimas de disparos si sospechan que pertenecen a bandas criminales, por temor a verse envueltos en la espiral de violencia.

En ocasiones, el personal de salud también ha sido arrestado por ejercer su responsabilidad profesional de atender a todo el mundo, independientemente de quiénes sean y de lo que hayan hecho. A mediados de 2009, tres médicos que trabajaban en el norte de Sri Lanka fueron detenidos; en Yemen, voluntarios de la Media Luna Roja también fueron detenidos, por sospecharse que simpatizaban con los manifestantes de los disturbios de principios de 2011; y en Bahrein, 47 médicos y enfermeras que atendieron a manifestantes fueron detenidos durante los arrestos masivos de personal sanitario que acompañaron a la represión de los manifestantes, y se encuentran ahora a la espera de juicio ante un tribunal militar, imputados por diversos cargos.

Incluso en tiempo de paz, el personal sanitario de muchos países recibe amenazas intolerables de los pacientes y de sus familiares, relacionadas con la calidad del servicio prestado. Un estudio llevado a cabo en seis hospitales libaneses en 2009 reveló que, en el intervalo de un año, el 80 por ciento del personal de urgencias había sido agredido verbalmente y el 25 por ciento

“No tengo ninguna duda de que un misil iba dirigido a nosotros, no sé si con la intención de matarnos o de advertirnos de que nos mantuviéramos alejados pero, desde luego, venía en nuestra dirección”.

Jaled Abu Saada, conductor de una ambulancia de la Media Luna Roja Palestina

físicamente. Más de dos tercios de los agresores eran familiares o amigos de los pacientes. Esta tendencia se ve exacerbada en el fragor de la batalla: en Somalia e Irak, se han dado casos en que las salas de urgencias y los quirófanos fueron invadidos por combatientes armados que exigían que se atendiera inmediatamente a un amigo, familiar o camarada.



Roger Arnold

El personal sanitario que presta una asistencia vital a los heridos también suele exponerse a graves riesgos.

QUÉ DICE EL DERECHO:

- El personal sanitario, ya sea militar o civil, no debe ser atacado ni se le debe causar daño.
- No se obstaculizará al personal sanitario en el ejercicio de sus funciones médicas exclusivas.
- Las partes en un conflicto no molestarán ni castigarán al personal sanitario por ejercer una actividad médica conforme con la deontología, y no les obligarán a realizar actividades contrarias a la deontología, ni a abstenerse de realizar actos exigidos por dicha deontología.
- No se podrá exigir que el personal sanitario dé prioridad al tratamiento de persona alguna salvo por razones de orden médico. El personal sanitario decidirá, de acuerdo con la deontología, qué paciente tendrá prioridad.
- La protección del personal sanitario cesará solamente cuando cometan, al margen de sus tareas humanitarias, actos perjudiciales para el enemigo.

ACCESO MÁS SEGURO PARA EL PERSONAL SANITARIO EN COLOMBIA

El remoto pueblecito de Santa Cruz, en el sudeste de Colombia, está plagado de minas terrestres y de otros restos explosivos de guerra. La única profesional de la salud de este pueblo arriesga su vida y su integridad física cada vez que sale del centro de salud para hacer una visita a domicilio o efectuar una ronda de vacunaciones con su nevera portátil. “Aquí todos caminan por su cuenta y riesgo”, dice con una sonrisa que oculta su malestar. Sabe perfectamente las consecuencias que tendría para sí misma y para su comunidad pisar en el sitio equivocado. Para mejorar su seguridad y la de miles de personas como ella en toda Colombia, el equipo del CICR especializado en la contaminación por armas imparte al personal sanitario técnicas para evitar que pisen o conduzcan sobre un artefacto explosivo. Aprenden a qué deben estar atentos y qué hacer si les estalla uno de estos objetos letales o si se quedan atrapados en medio de ellos. El CICR también dialoga con todas las partes en el conflicto sobre las consecuencias que acarrearán estas armas para la población civil.



Raul Arboleda/Foto AFP



Abir Tanoli/Reuters

VIOLENCIA CONTRA LOS VEHÍCULOS SANITARIOS

El término violencia comprende los ataques, el robo y la obstrucción de los vehículos sanitarios.

La expresión vehículo sanitario comprende las ambulancias, buques o aeronaves sanitarios, ya sean civiles o militares, y los vehículos que transportan suministros o equipamiento sanitario.

El último ejemplo de violencia contra la asistencia de salud lo constituyen los ataques a los vehículos sanitarios. Naturalmente, a menudo las leyes que protegen las instalaciones, el personal y los vehículos sanitarios se solapan, y el tipo de ataques que se cometen contra ellos presentan muchas similitudes. No obstante, la proliferación de los ataques contra los vehículos sanitarios y, más frecuentemente, su uso abusivo para engañar al enemigo, merece una discusión aparte.

Al circular en medio del conflicto para recoger y ayudar a los heridos, las ambulancias pueden sufrir ataques, tanto accidentales como deliberados. La Media Luna Roja Libia denunció que, en mayo de 2011, en un lapso

de cuatro días, tres de sus ambulancias fueron atacadas en sendos incidentes, en los que murió una enfermera y resultaron heridos un paciente y tres voluntarios. Otro voluntario perdió la vida en Zlitan. Este saldo de víctimas recuerda al conflicto de Líbano de 2006, cuando, el 11 de agosto, dos ambulancias fueron atacadas en sendos incidentes. Una de las ambulancias de la Cruz Roja Libanesa, atacada desde el aire cuando transportaba suministros de Tiro a Tibnine, se incendió, resultando heridos los paramédicos que viajaban a bordo. La otra fue tiroteada en la región de Marjayoun cuando acudía en ayuda de las víctimas de un ataque aéreo. Uno de los disparos alcanzó a un paramédico de la Cruz Roja Libanesa, causando su muerte.

También se han registrado ataques a las ambulancias en el territorio palestino ocupado, en Colombia, México, Yemen, Irak y Libia, y en Nepal durante el conflicto entre 1996 y 2006. Algunos de los ataques deliberados y muchos de los impedimentos y retrasos impuestos a las ambulancias en Libia, el territorio palestino ocupado, Afganistán y Nepal se debieron a la desconfianza hacia los servicios de ambulancia suscitada por su uso indebido en el pasado. No todo uso indebido se hace con la intención de causar daños: en Nepal, los conductores de ambulancia se quejan

de que algunos políticos utilizan las ambulancias como un servicio privado de taxi, mientras que otros las utilizan para saltarse los cortes de carretera durante las huelgas generales que paralizan el país. Pero algunos grupos armados sí las usan con fines perversos —es decir, utilizan de manera indebida la misión médica para engañar al enemigo—. En Afganistán, la oposición armada utilizó ambulancias cargadas de explosivos para atravesar los cordones de seguridad. El CICR denunció públicamente esta grave infracción del derecho internacional humanitario tras el atentado cometido el 7 de abril de 2011 con una ambulancia contra un centro de formación de la policía en Kandahar, en el que murieron 12 personas. Un portavoz talibán se comprometió a investigar el incidente y aseguró que no volvería a ocurrir. En Libia el CICR también está recibiendo denuncias sobre el uso indebido de los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja para apoyar las operaciones militares, y sobre el uso de las ambulancias para transportar armas y combatientes armados.

El abuso de confianza que se produce cuando se utilizan de manera indebida los emblemas protectores y las instalaciones y vehículos protegidos puede degenerar en un círculo vicioso que atenta contra el propio objeto de crear entidades neutrales en los conflictos. Cuando las ambulancias se utilizan de forma indebida, ya sea para engañar al enemigo o con algún otro fin, quedan bajo sospecha y, sufren, en el mejor de los casos, los mismos retrasos y trabas que los demás vehículos y, en el peor, ataques. En ambos casos pierden la ventaja que les permitía salvar vidas en los conflictos, en detrimento de los heridos y los enfermos que precisan atención médica urgente.

“Puesto que conculcan la neutralidad de los servicios de salud, esos actos de engaño ponen en peligro al personal sanitario que atiende a los heridos y los enfermos en los hospitales, centros médicos y puestos rurales de salud”.

Extraído de la declaración del CICR en la que se condenaba el uso de una ambulancia en el ataque perpetrado el 7 de abril de 2011 en Afganistán.

QUÉ DICE EL DERECHO:

- Los vehículos sanitarios serán respetados y protegidos en todo momento, y no serán objeto de ataque.
- Las unidades sanitarias no se utilizarán para atacar o poner a cubierto de los ataques a combatientes u otros objetivos militares.
- Los vehículos sanitarios dejan de recibir protección cuando se utilizan, al margen de sus fines humanitarios, para cometer actos perjudiciales para el enemigo.
- Ejemplos de “actos perjudiciales para el enemigo” son el transporte de tropas en buen estado de salud, armas o municiones, o la recogida o transmisión de información militar.
- No se considerará un acto perjudicial para el enemigo el hecho de que el personal sanitario esté dotado con armas ligeras individuales para su defensa propia, o armas recogidas a los heridos.
- Los incidentes aislados de “actos perjudiciales contra el enemigo” en los que estén involucrados el personal, las instalaciones o los vehículos sanitarios no dan derecho a los actores armados a atacarles de manera indiscriminada. Se les deberá dar una advertencia y un plazo de tiempo razonable antes de emprender un ataque. El ataque también deberá atenerse a los principios de distinción y proporcionalidad.

AMBULANCIAS EN MÉXICO: ATRAPADAS ENTRE DOS FUEGOS

En los últimos años, la violencia entre bandas relacionada con el narcotráfico se ha cobrado miles de vidas en todo México. A medida que se recrudece la violencia, también lo hace la demanda de servicios de ambulancias. La Cruz Roja Mexicana dirige alrededor del 80 por ciento de todas las ambulancias de urgencia del país y, en ocasiones, se ve atrapada en el fuego cruzado entre bandas rivales, o entre la policía y las bandas, cuando trata de evacuar a las víctimas. “Nunca ha habido agresiones directas contra la Cruz Roja Mexicana”, declaró el coordinador de la sección de Sinaloa, Valentín Castilla Astrada. “Los grupos nos ven como una organización que quiere ayudar, no como partidarios de uno u otro bando”. Sin embargo, el personal de las ambulancias vive constantemente atezado por el miedo de verse atrapado en medio de la violencia. “Nunca sabemos cuándo nos va a pasar algo”, comenta el coordinador adjunto de la sección de la Cruz Roja Mexicana en Ciudad Juárez. “Estamos atemorizados. Antes, sólo nos teníamos que preocupar por las personas enfermas o heridas en un accidente. Trabajábamos en condiciones de seguridad. Pero ahora todo ha cambiado. Cuando un coche se acerca a nosotros, nos da miedo que pueda pasar algo”. El CICR está ayudando a la Cruz Roja Mexicana a revisar sus procedimientos y prácticas vigentes y a introducir nuevos métodos para garantizar la seguridad del abnegado personal de las ambulancias.



QUÉ HACE EL CICR

El CICR organiza intervenciones de urgencia para prestar ayuda en los conflictos que asolan el planeta: dichas intervenciones incluyen una gran diversidad de actividades médicas, desde recoger a los heridos a practicar cirugía de guerra. También acomete numerosas iniciativas entre bastidores —inmediatas, durante el conflicto, y más a largo plazo, en tiempo de paz— en aras de crear un clima de respeto a la labor del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y al derecho internacional humanitario.

INICIATIVAS JURÍDICAS

> El CICR difunde el conocimiento del derecho internacional humanitario entre el personal militar, los funcionarios gubernamentales, los grupos de oposición no estatales, miembros influyentes de la sociedad civil, y la comunidad médica. Alienta a los Estados a que incorporen el derecho internacional humanitario en la legislación interna y a que velen por su cumplimiento, entre otras cosas, mediante leyes que restrinjan el uso de los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja. También difunde las normas que protegen las instalaciones de salud y las obligaciones que incumben a los portadores de armas y al personal sanitario para que la neutralidad de estas instalaciones no se vea comprometida.

> El CICR insta a todas las partes en conflicto a no obstaculizar la prestación de asistencia médica y a que respeten y faciliten la labor del personal sanitario y de los voluntarios.

> El CICR dialoga con todas las partes en un conflicto, independientemente de si el bando opuesto las considera o no “legítimas”. Traslada a las partes concernidas las denuncias de violaciones del derecho internacional humanitario y mantiene con ellas un diálogo confidencial sobre posibles medidas para evitar dichas violaciones en el futuro.

INICIATIVAS PRÁCTICAS

> El CICR negocia con las partes en un conflicto acuerdos de alto el fuego o de paso seguro para organizar la recogida de los heridos y de los fallecidos, el acceso a la atención sanitaria, o los programas de medicina preventiva, como las campañas de vacunación. En algunos contextos, como el territorio palestino ocupado, también negocia la creación de un “carril rápido” para las ambulancias en los puestos de control.

> Refuerza la estructura física de las instalaciones de salud mediante la colocación de sacos de arena, películas a prueba de bomba en las ventanas y la construcción de refugios.

> Señaliza las instalaciones de salud mediante el emblema de la cruz roja o de la media luna roja (en banderas, con pintura en el tejado) y dota a los centros de salud de señales que prohíben portar armas en el interior del recinto. En algunos contextos, como en Somalia, establece un sistema de recogida y recuperación de armas a la entrada del hospital. También proporciona petos al personal sanitario para recordar su estatuto de protección.

> El CICR toma las coordenadas GPS (sistema de posicionamiento global) de los centros de salud y se las proporciona a todas las partes en un conflicto.

> Imparte formación en primeros auxilios a diversos grupos que se hallan expuestos a la violencia para que puedan estabilizar a los pacientes antes de su ingreso en un centro de salud. En algunos casos, el CICR aprovecha esta oportunidad para explicar directamente a los combatientes la importancia de respetar el derecho internacional humanitario.

> Allí donde la violencia contra el personal y las instalaciones de salud es un hecho frecuente, el CICR dirige campañas de información, como las emisiones radiofónicas a través del Fondo Fiduciario de la BBC en Afganistán y una campaña de colocación de carteles en el territorio palestino ocupado.

> El CICR acompaña a los heridos y los enfermos al hospital si temen ser discriminados.

> Organiza servicios de salud móviles en zonas de difícil acceso, como el equipo quirúrgico aéreo en Darfur, en funcionamiento entre 2005 y 2009, o los dispensarios móviles transportados en canoa a las zonas más alejadas de Colombia.

> Organiza campañas de “acceso más seguro” con las Sociedades Nacionales de los países que atraviesan un conflicto u otro tipo de violencia, para enseñar a la población a minimizar los riesgos cuando se adentran en zonas potencialmente peligrosas. También se afana por dar a conocer mejor la función y la labor de la Sociedad Nacional a nivel local y entre el gran público.

> Aborda problemas concretos, como las trabas a las ambulancias, con todas las partes concernidas. Por ejemplo, para mejorar la reputación y el respeto de los servicios de ambulancias en Nepal, el CICR celebra reuniones periódicas con los servicios de ambulancias, la Sociedad Nacional y con entidades estatales y no estatales, con el fin de disipar malentendidos y reiterar las funciones y responsabilidades de los conductores de ambulancias, los partidos políticos y las personas que vigilan los puestos de control.



Thomas Pizer/CICR



Pancho Duda/CICR



Boris Heger/CICR



Juan Carlos Sierra/Semana News

QUÉ QUEDA POR HACER

La violencia contra el personal y las instalaciones de salud y sus beneficiarios, tanto si es real como si es en forma de amenazas, debe ser reconocida como una de las lacras más graves y generalizadas de la actualidad. Como ha quedado patente en este documento, velar por la seguridad de los heridos y los enfermos, así como del personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios durante los conflictos armados y otras situaciones de violencia es una necesidad imperiosa. Todavía queda mucho por hacer para que los heridos y los enfermos puedan acceder rápidamente a la asistencia de salud y tengan a su disposición las instalaciones y el personal necesarios para ser atendidos en condiciones de seguridad y con una dotación suficiente de medicamentos y equipamiento médico. Salvaguardar la asistencia de salud no es algo que pueda realizar la comunidad sanitaria por sí sola. La principal responsabilidad recae en los políticos y los combatientes.

Para sensibilizar al público sobre esta situación y fomentar medidas para atajarla, el CICR está tratando de recabar apoyos para las siguientes iniciativas:

1. Formar una comunidad de interés

El CICR pretende movilizar apoyos para abordar este problema desde dentro del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así como entre la comunidad sanitaria, las organizaciones humanitarias que trabajan en el ámbito de la salud, las fuerzas militares y los Gobiernos de todo el mundo. Mediante el trabajo conjunto, esta comunidad de interés debería fomentar una cultura de responsabilidad entre todos los interesados en la salvaguardia de la asistencia de salud.

2. Recabar información de manera regular y metódica

A fin de entender mejor y afrontar más eficazmente los ataques contra los pacientes, y el personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios, se deberían recabar de manera más sistemática las informaciones sobre incidentes y centralizarlas con los datos de otras organizaciones.

3. Consolidar y mejorar la práctica sobre el terreno

El CICR ha tomado numerosas iniciativas para mejorar el acceso a la asistencia de salud y la protección de la misma en los diversos contextos en los que trabaja. Es necesario compartir de manera más general las experiencias y las mejores prácticas en el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y en la comunidad sanitaria en su conjunto, a fin de fomentar más y mejores iniciativas sobre el particular.

4. Garantizar la protección física

Los hospitales y otras instalaciones de salud en los países afectados por los conflictos armados y otras situaciones de violencia recibirán ayuda para organizar la protección física de sus recintos y desarrollar procedimientos para notificar a los demás su ubicación y los movimientos de sus vehículos.

5. Facilitar un acceso más seguro para el personal y los voluntarios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

El CICR alentará al personal y a los voluntarios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a que redoblen sus esfuerzos para recabar información sobre las amenazas contra los pacientes, el personal, los voluntarios, las instalaciones y los vehículos sanitarios, y a que tomen medidas para afrontarlas.

6. Movilizar a los Estados

Se alentará a todos los Estados que aún no lo hayan hecho a que incorporen leyes nacionales para la protección de la asistencia de salud en situaciones de conflicto armado y disturbios internos, concretamente, a que promulguen y hagan cumplir las leyes que limitan el uso de los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja.

7. Movilizar a las fuerzas armadas nacionales

Se alentará a todas las fuerzas armadas nacionales que aún no lo hayan hecho a que incorporen disposiciones en sus procedimientos operativos estándar respecto de la protección de la asistencia de salud. Estas órdenes operacionales deben versar, entre otras cosas, sobre la gestión de los puestos de control, a fin de facilitar el paso de los vehículos sanitarios y el ingreso en las instalaciones de salud.

8. Movilizar a los grupos armados no estatales

Se entablará un diálogo con los grupos armados que operan al margen del control del Estado acerca de las leyes y las prácticas relativas a la protección de la asistencia de salud.

9. Movilizar a las instituciones especializadas en asistencia de salud y a los Ministerios de Salud

Intensificar el diálogo con los Ministerios de Salud y las instituciones especializadas en este ámbito para fomentar la solidaridad respecto de este asunto y mejorar la comunicación de información sobre la violencia contra el personal y las instalaciones de salud y sus beneficiarios, y sobre las medidas para afrontar esa violencia.

10. Fomentar el interés en los círculos académicos

Alentar a las universidades, otras instituciones educativas y centros de estudios a que incorporen en los estudios de salud pública, ciencias políticas, derecho y seguridad módulos sobre las repercusiones y los modos de afrontar la violencia contra los pacientes y el personal y las instalaciones de salud.

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