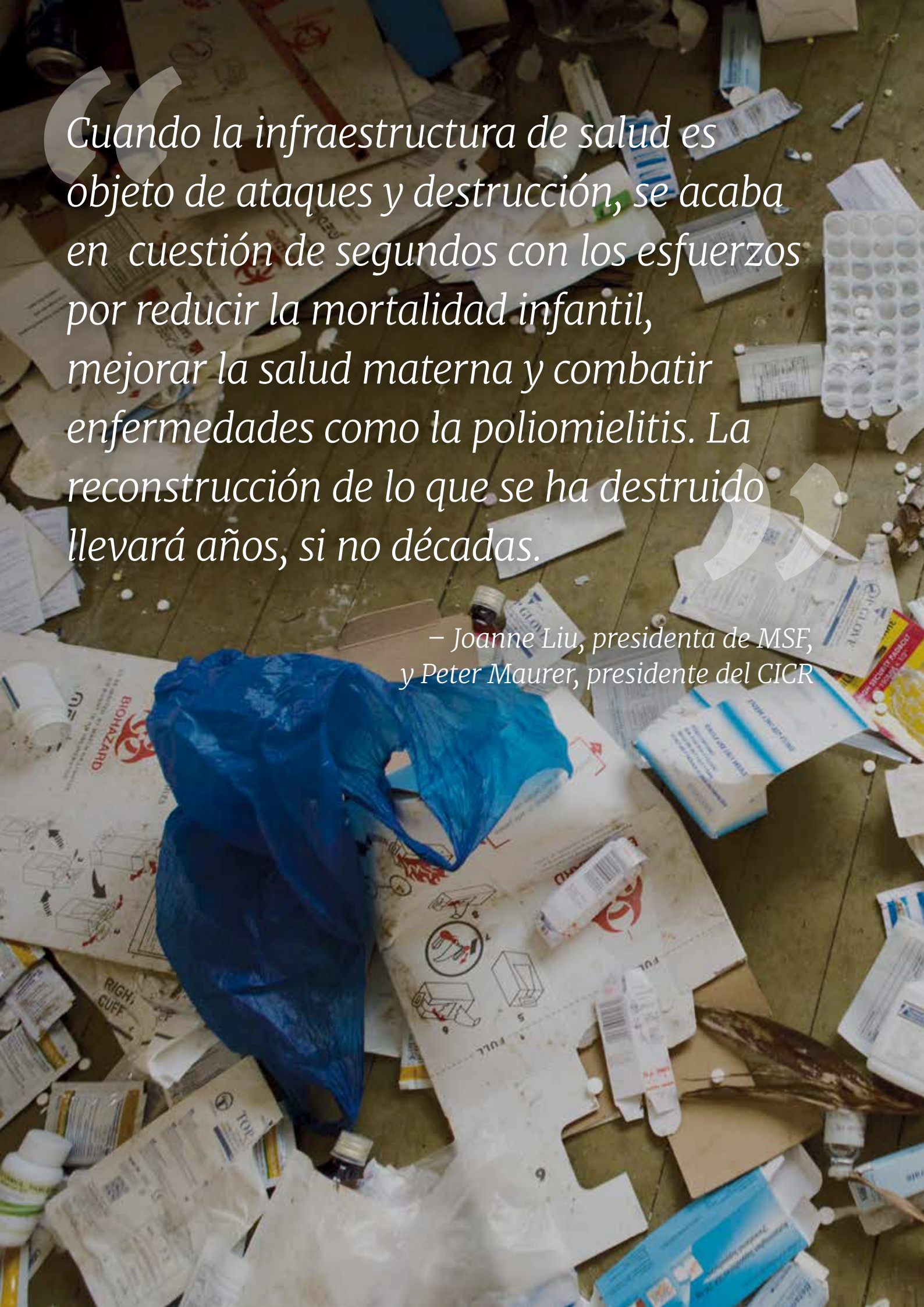




UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE

HACER FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA
LA ASISTENCIA DE SALUD EN PAKISTÁN,
PERÚ Y EL SALVADOR

EXPERIENCIAS SELECCIONADAS



Cuando la infraestructura de salud es objeto de ataques y destrucción, se acaba en cuestión de segundos con los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir enfermedades como la poliomielitis. La reconstrucción de lo que se ha destruido llevará años, si no décadas.

– Joanne Liu, presidenta de MSF,
y Peter Maurer, presidente del CICR



PRÓLOGO

Las causas de la violencia contra los servicios de salud son complejas y variadas. Pero su impacto es el mismo en todas partes. Cuando las personas tienen dificultades para acceder a los servicios que necesitan, mueren, sufren discapacidades o enferman innecesariamente. Y los costos humanos, sociales y económicos a largo plazo son igualmente reales, aunque más difíciles de cuantificar. Por ello, hacer algo contra esta violencia es una cuestión de vida o muerte.

Hace seis años, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja puso en marcha la iniciativa “Asistencia de salud en peligro”, para atraer la atención mundial sobre la violencia contra los servicios de asistencia de salud.

La respuesta de la comunidad internacional ha sido sumamente alentadora. Ese impulso político y diplomático culminó el 3 de mayo de 2016, cuando el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas adoptó una resolución histórica, la resolución S/RES/2286 (2016), en la que hacía un llamamiento a los Estados para que respetara el derecho internacional humanitario y protegieran al personal de salud en las zonas de conflicto. Asimismo, el Consejo de Seguridad pidió al secretario general de la ONU que recomendara sin demora formas de proteger mejor a las personas enfermas y heridas y al personal de salud, así como el material y las instalaciones de uso médico, y de exigir responsabilidades a quienes perpetraran actos de violencia en ese ámbito.

El 18 de agosto de 2016, el secretario general escribió al presidente del Consejo de Seguridad para establecer “medidas prácticas que todos los Estados deben aplicar para prevenir los actos de violencia, los ataques y las amenazas contra la asistencia de salud en los conflictos armados, mejorar la protección de la atención médica y garantizar la documentación de los actos de violencia, los ataques y las amenazas contra la asistencia de salud, así como la rendición de cuentas y la reparación”. El intercambio de información y experiencias relativas a la protección de la provisión de servicios de salud era una de las recomendaciones más importantes que se formulaban en la carta.

En respuesta, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha comenzado a recopilar estudios de caso. La finalidad de esta publicación es presentar tres iniciativas adoptadas para proteger la provisión de asistencia de salud y prevenir la violencia, o mitigar su impacto, en El Salvador, Pakistán y Perú. Esta publicación está dirigida principalmente al personal humanitario y de salud y, en particular, a los miembros del Movimiento Internacional. La intención es que sirva como herramienta de aprendizaje y como fuente de inspiración para un debate abierto (con representantes de las autoridades, legisladores, responsables de la formulación de políticas y otros interesados) sobre las formas de resolver este problema humanitario fundamental.

Juntos, podemos poner fin a la violencia contra la asistencia de salud.

– Ali Naraghi, jefe de la iniciativa “Asistencia de salud en peligro”

INTRODUCCIÓN

En Karachi, la ciudad más grande de Pakistán, 130 médicos murieron en actos de violencia y 150 fueron secuestrados entre 2012 y 2014, según el importante periódico nacional *The News*.

En El Salvador, la violencia de las maras y la delincuencia están ampliamente extendidas, y las tasas de homicidios son de las más altas del mundo. Según las autoridades, 1.776 personas tuvieron muertes violentas en los primeros seis meses de 2017. En realidad, esa cifra representa una mejora en relación con el mismo período de 2016 (en el que se registraron 3.060 homicidios). Por esta violencia, el personal de salud no puede llegar hasta las comunidades que necesitan sus servicios, lo cual las deja sin una atención médica adecuada.

En Perú, en el valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro, el acceso a la asistencia de salud y la prestación segura de esta son especialmente difíciles. Ese valle es una zona realmente remota que se caracteriza por infraestructuras de salud inadecuadas y presencia de grupos y actores

armados. Allí, el personal de salud debe hacer frente a las malas condiciones laborales; señala, como problemas, amenazas, negativas de acceso para los pacientes, secuestros, ocupaciones de centros de salud y robos de medicamentos.

Estos ejemplos de Pakistán, El Salvador y Perú no son casos aislados. En todo el mundo, a diario se ataca a personas que brindan asistencia de salud, se discrimina a pacientes, se retienen ambulancias en puestos de control, se bombardean hospitales, se saquean insumos médicos y se corta el acceso de comunidades enteras a servicios críticos.

Entre enero de 2012 y diciembre de 2014, el CICR documentó casi 2.400 incidentes violentos contra la asistencia de salud en once países afectados por conflictos armados u otros tipos de violencia. Más del 90% de los casos afectaron a prestadores locales de asistencia de salud, lo cual representó una grave amenaza para la eficacia y la sustentabilidad de los sistemas de atención de salud nacionales. Y es posible que esas cifras sean solo la punta del iceberg.

DEFINICIONES



Por **“violencia contra el personal de salud”**, se entiende muertes, lesiones, secuestros, hostigamientos, amenazas, intimidaciones y robos, así como detenciones de personas por cumplir sus obligaciones médicas.

Por **“personal de salud”**, se entiende médicos, enfermeros, miembros del personal paramédico (entre otros, especialistas en primeros auxilios) y personal de apoyo asignado a funciones médicas; al personal administrativo de las instalaciones de salud; y al personal de las ambulancias.



Por **“violencia contra los pacientes”**, se entiende matar, herir, hostigar e intimidar a pacientes o a quienes tratan de acceder a asistencia de salud; bloquear el acceso oportuno a atención sanitaria o interferir con ese acceso; negar asistencia o abstenerse de brindarla de una forma deliberada; discriminar en el acceso a la atención sanitaria y en la calidad de esta; e interrumpir la asistencia médica.

Por **“personas heridas y enfermas”**, se entiende cualquier persona, militar o civil, que requiera asistencia médica y que se abstenga de llevar a cabo cualquier acto hostil. Están incluidos los casos de maternidad, los bebés recién nacidos y todas las personas que se encuentren débiles.

Cuando se perturba la prestación de servicios de salud a raíz de ataques y actos de violencia, quienes pagan el costo inmediato son las personas enfermas y heridas. Sin embargo, toda la comunidad padecerá los efectos de esa situación a largo plazo, con muertes, discapacidades y enfermedades evitables que generan pérdidas económicas, cargas sociales y aún más sufrimiento humano. Está claro que, en lo que respecta a las cifras de personas afectadas, la violencia y las amenazas de violencia contra el personal y las instalaciones de salud y contra los pacientes son, en la actualidad, uno de los problemas humanitarios y de salud pública más grandes, más complejos y, al mismo tiempo, menos reconocidos. Sin embargo, es posible hacerle frente, como demuestran los tres estudios de caso que se detallan en esta publicación.

Karachi es escenario de una iniciativa ejemplar para abordar la violencia contra la asistencia de salud, que ha unido a organizaciones internacionales, institutos nacionales de investigación, entidades académicas y benéficas y organizaciones de la sociedad civil. En Perú, el Ministerio de Salud, la Cruz Roja Peruana y el CICR

han aunado fuerzas para mejorar la protección y la seguridad del acceso a la asistencia de salud en un valle remoto y peligroso. En El Salvador, un protocolo interinstitucional firmado por las autoridades gubernamentales y los proveedores de atención de salud aborda algunos de los problemas asociados con brindar servicios de asistencia sanitaria a las comunidades afectadas por altos niveles de violencia.

Estas tres iniciativas, que tienen el objetivo de entender mejor las raíces de esa violencia y cómo hacerles frente, constituyen oportunidades para aprender y deberían inspirar más acciones, tanto a nivel local como en otros lugares. De hecho, eso ya está sucediendo: por ejemplo, en noviembre de 2015, un encuentro de ministros de Salud de los gobiernos de Colombia, El Salvador y Honduras con representantes de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja de esos países propició el intercambio de experiencias, prácticas idóneas y lecciones aprendidas para promover el respeto por la protección de los servicios de salud en esos tres países y mejorar esa protección. Y la campaña RastaDein, un componente clave del proyecto de Karachi, se está ampliando a todo el país.



Por **“violencia contra instalaciones de salud”**, se entiende bombardeos, saqueos, ingresos forzosos, disparos hacia el interior, acordonamientos y otras interferencias forzosas en el funcionamiento de las instalaciones de salud (como privarlas de electricidad y agua).

Por **“instalaciones de salud”**, se entiende hospitales, laboratorios, clínicas, puestos de primeros auxilios y centros de transfusión sanguínea, así como los lugares para la venta de artículos médicos y farmacéuticos de esas instalaciones.



Por **“violencia contra los vehículos médicos”**, se entiende ataques contra vehículos médicos, robos de estos e interferencias en ellos.

Por **“vehículos médicos”**, se entiende ambulancias, buques y aeronaves hospital (ya sean civiles o militares) y vehículos que transporten material o insumos médicos.



En los estudios de caso concretos que se presentan a continuación, se dan detalles de los logros y las limitaciones de estas iniciativas. Sin embargo, cabe hacer algunas observaciones aquí.

La violencia contra la asistencia de salud muchas veces pasa inadvertida, por lo que se subestima la dimensión del problema. Por diversas razones, las víctimas no denuncian los incidentes: la falta de un sistema para realizar las denuncias, la sensación de que denunciar un incidente sería inútil o el temor a más violencia. Sin embargo, en los tres estudios de caso, se comprobó que hablar sobre el problema y llamar la atención de la opinión pública sobre él fue un catalizador del cambio. Además, según expresaron algunas de las personas entrevistadas, fue también una experiencia de catarsis. Está claro que la inacción contra la violencia recurrente es peligrosa, porque puede transformarse en aceptación y, de ese modo, agobiar al personal de salud y exponerlo a diversos peligros. Una de las recomendaciones de la iniciativa “Asistencia de salud en peligro” es establecer mecanismos nacionales de obtención de datos, que permitirían entender mejor los problemas, analizar tendencias y patrones, y adoptar respuestas adecuadas.

Los estudios de caso destacan, además, la necesidad de una colaboración intersectorial, para garantizar que las iniciativas sean lo suficientemente

coherentes, sustentables y creativas para funcionar. Por otro lado, no suele haber un único actor que pueda promover por sí solo los cambios necesarios: se necesitan alianzas amplias (formales o informales) de distintos actores unidos por su interés en este problema complejo. Por lo tanto, otra recomendación de la iniciativa “Asistencia de salud en peligro” es aprovechar las distintas capacidades de esos actores. Lo ideal sería unir varias iniciativas a nivel nacional en el marco de un plan de acción común para todo el país, que prevenga y aborde la violencia contra la asistencia de salud. Esos esfuerzos deberían integrarse, asimismo, en los planes de salud pública, para que se haga un seguimiento de su implementación y para que esta se mida en relación con los indicadores. Además, deberían asignarse recursos suficientes a esas tareas.

Por último, los tres estudios de caso evidencian la necesidad de un cambio de políticas. Se trata no solo de cambios en la legislación, sino también en la reglamentación, en la asignación de recursos, etc. Los cambios de políticas requieren tiempo y un compromiso de las autoridades. Para mantener esta cuestión en un lugar prioritario en las agendas globales y nacionales y seguir obteniendo los resultados que tanto se necesitan, es preciso un esfuerzo común de los sectores humanitarios, de desarrollo y de la salud, junto con las organizaciones de la sociedad civil.

ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

“Asistencia de salud en peligro” es una iniciativa del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que persigue el objetivo de abordar el problema de la violencia contra pacientes, miembros del personal sanitario e instalaciones y vehículos de salud, así como de garantizar el acceso a la asistencia de salud en conflictos armados y otras situaciones de emergencia y su prestación en condiciones de seguridad.

Las actividades realizadas en el marco de “Asistencia de salud en peligro”, que se puso en marcha en 2011, abarcan tres ámbitos separados, pero interconectados:

INCREMENTAR LA SENSIBILIZACIÓN PÚBLICA RESPECTO DE LA VIOLENCIA CONTRA LA ASISTENCIA DE SALUD

La iniciativa “Asistencia de salud en peligro” se propone ampliar, mediante actividades de comunicación pública que destaquen el impacto humanitario de la violencia contra la misión médica, la comprensión pública de las iniciativas internacionales y nacionales para la protección de la asistencia de salud y el apoyo a esas iniciativas.

CONSOLIDAR Y MEJORAR LAS PRÁCTICAS SOBRE EL TERRENO Y LA RESPUESTA NACIONAL A LA VIOLENCIA

La iniciativa “Asistencia de salud en peligro” respalda la identificación y la implementación de medidas prácticas concretas y de respuestas operacionales a nivel tanto nacional como local para prevenir la violencia y proteger la asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de emergencia.

MOVILIZAR A COMUNIDADES DE INTERÉS GLOBALES Y LOCALES

La comunidad de interés es un catalizador del cambio que respalda, a nivel local, la implementación de recomendaciones y medidas para proteger la asistencia de salud. La componen, entre otros, profesionales de la salud, gobiernos, portadores de armas, representantes de la sociedad civil, ONG y organizaciones internacionales. En conjunto con esta comunidad y mediante investigaciones, debates, consultas y talleres en todo el mundo, la iniciativa “Asistencia de salud en peligro” ha identificado varias recomendaciones y diversos pasos prácticos para proteger los servicios de salud y ahora promueve su divulgación y su implementación donde sean necesarios.

MÁS INFORMACIÓN

www.healthcareindanger.org/es/

<http://community.healthcareindanger.org/join/>

@HCIDproject #NotaTarget

**PROTEJAMOS LA
ASISTENCIA DE SALUD**

**ES UNA
CUESTIÓN
DE VIDA
O MUERTE**

EL CAMINO POR SEGUIR

PROTEGER LA ASISTENCIA DE SALUD EN KARACHI

INSTANTÁNEA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA ASISTENCIA DE SALUD EN KARACHI

Karachi, en la provincia de Sindh, es la ciudad más grande de Pakistán, así como el principal puerto y el centro económico del país. Tiene una población de aproximadamente veinte millones de personas.

Como ocurre en muchas otras ciudades en países en vías de desarrollo, la mayoría de los servicios de salud en Karachi los brindan empresas privadas y entidades benéficas, lo que dificulta la provisión de un nivel de asistencia similar en toda la ciudad.

Un ejemplo es el sistema de ambulancias. Lo gestionan tres grandes organizaciones benéficas, junto con diversas ONG más pequeñas, grupos religiosos y empresas privadas. En su mayoría, el sistema no está reglamentado, y se estima que un 75% de la flota consta de vehículos de transporte básicos que no cuentan con material de salvamento. Además, quienes trabajan en la mayoría de las ambulancias tienen escasa formación paramédica.

La violencia es un peligro permanentemente presente en situaciones relativas a la asistencia de salud. Sin embargo, parece haber, al mismo tiempo, pocas respuestas generales. Algunos hospitales han reaccionado a los ataques con un aumento de las medidas de seguridad, pero el personal de salud no recibe capacitación formal sobre la gestión de la violencia y no existen leyes ni políticas específicas que aborden el problema.

Muchos trabajadores del sector de la salud en Karachi han denunciado ataques e intentos de extorsión por parte de bandas delictivas. Algunas de esas personas incluso han huido del país para proteger su propia integridad y la de sus familias. Sin embargo, las pruebas demuestran que la mayoría de los ataques contra el personal de salud los llevan a cabo familiares de los pacientes. Muchos trabajadores del sector se quejan de una falta de respeto general por la profesión médica.



SERVICIOS DE AMBULANCIA

RESULTADOS DE UN ESTUDIO REALIZADO POR EL CICR Y SUS SOCIOS EN KARACHI

LOS CONDUCTORES DE AMBULANCIAS AFRONTAN UN MAYOR RIESGO DE VIOLENCIA QUE CUALQUIER OTRA CATEGORÍA DEL PERSONAL DE SALUD.



LA POBLACIÓN DEMUESTRA POCO RESPETO POR LOS CONDUCTORES DE AMBULANCIAS.



TODOS LOS HOSPITALES GRANDES CON UNIDADES PARA TRATAR TRAUMATISMOS ESTÁN EN EL DISTRITO SUR DE LA CIUDAD, Y MUCHOS PACIENTES CON LESIONES QUE HACEN PELIGRAR SUS VIDAS DEBEN VIAJAR DISTANCIAS LARGAS PARA RECIBIR ATENCIÓN.



HAY CONGESTIÓN DE TRÁFICO EN LAS CALLES, Y LOS CONDUCTORES NO SUELEN APARTARSE PARA DEJAR PASAR LAS AMBULANCIAS.



TRABAJAR EN MEDIO DEL PELIGRO

Ese día concreto estábamos en un nivel de alerta alto, ya que había varias procesiones religiosas. Explotaron dos bombas en la ciudad. Todo el personal médico del hospital acudió para ocuparse de los heridos. Luego estalló una bomba justo frente a la entrada principal, que mató a 18 personas inocentes que pasaban por allí. Más tarde, se encontró y se desactivó una segunda bomba, más potente. Tuvimos suerte de que ningún miembro de nuestro personal resultara herido. Recuerdo el destello y el ruido terriblemente fuerte que le siguió. Recuerdo la onda expansiva, salir despedido por el suelo, polvo por todas partes y personas que gritaban en su huida. Recuerdo las voces de mis colegas médicos que me gritaban: “¡Corra! ¡Corra! ¡Es una bomba!”. Pero yo no podía moverme.

Desde entonces, hemos aumentado considerablemente la seguridad aquí y contamos con una mayor presencia de la policía paramilitar cerca del hospital, para que nos ayude. Pero no es suficiente. Sufrimos todo el tiempo ataques, agresiones verbales e incluso amenazas de muerte. Pero tratamos de demostrarle a la población que todavía nos importa, porque sabemos que estamos ante situaciones terribles de traumas emocionales y desesperación, especialmente aquí, en urgencias. Algunas personas creen que los miembros del personal de salud son héroes, pero eso no implica que deban soportar esta violencia sin sentido que les impide hacer su trabajo. No debemos tener miedo de decir no a la violencia contra la asistencia de salud.

– Dr. Seemin Jamali, director ejecutivo del centro Jinnah Postgraduate Medical Centre (JPMC) en Karachi

“Recuerdo las voces de mis colegas médicos que me gritaban: ‘¡Corra! ¡Corra! ¡Es una bomba!’. Pero yo no podía moverme.”





A. Rafiqi/Noor para el CICR

“No es frecuente que sucedan situaciones tan extremas pero, cuando suceden, una sabe que podría ser su último día de trabajo.”

Fue hace alrededor de dos años. Yo tenía turno de noche en urgencias y trajeron a un joven. Había habido un tiroteo entre seguidores de partidos políticos rivales y estaban trayendo pacientes a toda velocidad. Habíamos empezado a ocuparnos del primer paciente cuando trajeron con urgencia a otro joven, acompañado por unos veinte hombres. Normalmente no permitimos que ingresen tantas personas con un paciente, pero a veces amenazan o incluso atacan a nuestros guardias de seguridad y consiguen entrar.

Resultó que los dos hombres eran de grupos rivales. Alguien del segundo grupo se dio cuenta de que el primer paciente (un hombre que ellos habían tratado de matar) estaba ahí mismo, en la misma sala de urgencias. Uno de ellos sacó su pistola y trató de disparar al primer paciente. Cuando vimos que sacaba un arma, corrimos a buscar refugio. No estoy segura de cómo impedimos esa muerte, pero sí sé que logramos la intervención rápida de los Rangers [policía paramilitar]. Esas situaciones tan extremas son poco frecuentes pero, cuando suceden, una piensa que podría ser su último día de trabajo.

– Naseem Akhtar, segunda enfermera, sala de urgencias de JPMC

COMPRENDER EL PROBLEMA

El equipo de “Asistencia de salud en peligro” en Karachi quería entender cómo la violencia afectaba de maneras distintas a distintos grupos y qué impacto tenía en el sistema de salud. Primero, hablamos con miembros de la profesión médica, académicos, representantes de la sociedad civil y las autoridades. Luego, realizamos un estudio amplio. Recabamos datos, organizamos grupos de discusión e hicimos entrevistas al personal, activistas y responsables de la formulación de políticas. Al finalizar el estudio, habíamos establecido vínculos cercanos con varias organizaciones en la ciudad.

Nuestras conclusiones nos aportaron conocimientos sobre los patrones de la violencia que afectan el sistema de salud en Karachi. Resultó alarmante que un 66% de quienes

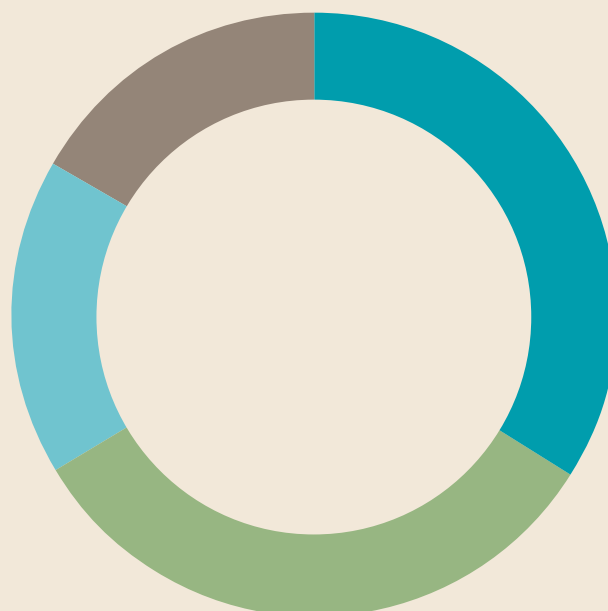
trabajan en la salud afirmaran que habían sido atacados o que habían sido testigos de violencia en los doce meses anteriores al estudio, aunque la mayoría de los incidentes no habían sido graves y los habían perpetrado miembros de la comunidad y familiares de pacientes. También, descubrimos que quienes corrían el mayor riesgo eran los miembros del personal de los hospitales públicos y los conductores de ambulancias.

Durante las entrevistas iniciales, algunos médicos afirmaron que eran reacios a denunciar los incidentes porque temían represalias. Aún más preocupante fue que muchos miembros del personal de salud dijeron que la violencia era una realidad que simplemente debían aceptar. Algunos incluso pensaban que los pacientes tenían derecho a ponerse violentos.

LA VIOLENCIA CONTRA LA ASISTENCIA DE SALUD: RESULTADOS DE UN ESTUDIO REALIZADO EN VARIOS CENTROS DE KARACHI

VIOLENCIA QUE HA PADECIDO O DE LA QUE HA SIDO TESTIGO

● Padecido	16,90%
● Testigo	32,50%
● Ambos	16,50%
● Ninguno	34,10%



DESARROLLAR LA CAPACIDAD DEL PERSONAL DE SALUD PARA AFRONTAR LA VIOLENCIA

Contratamos como consultor a un psicólogo para elaborar un programa de capacitación para el personal de salud. Habíamos visto que muchos incidentes violentos empezaban como disputas verbales, por lo que encargamos una guía que explicara cómo emplear técnicas de comunicación para reducir la intensidad de esas situaciones. Probamos el programa y descubrimos que, aunque el número de incidentes solo se redujo levemente, los incidentes se resolvieron mejor y la violencia fue menos grave.

Ahora hemos publicado un paquete de manuales y otros materiales multimedia, que incluyen

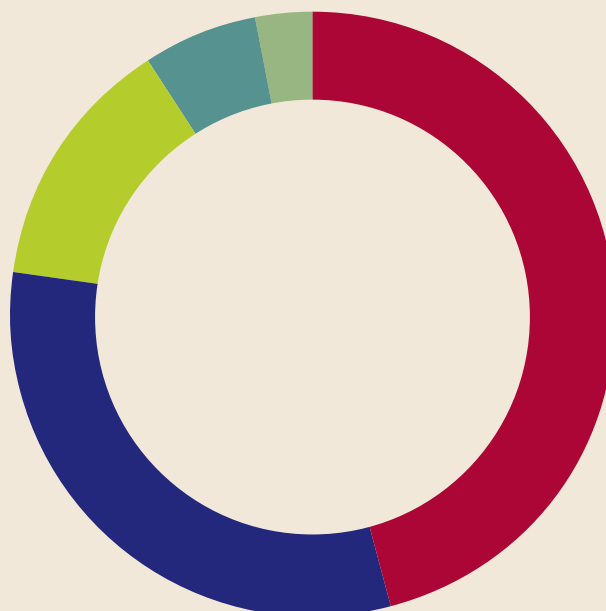
nuevos elementos para la enseñanza, por ejemplo, cómo dar malas noticias a los pacientes y sus familiares, qué relación hay entre la ética médica y la violencia, y cómo prevenir la violencia contra prestadores de salud.

Los hospitales y los servicios de ambulancia que participaron en nuestros cursos piloto de capacitación recibieron muy bien esos materiales. Nuestro objetivo ahora es lograr su incorporación en el programa de estudios de las facultades de Medicina de toda la provincia de Sindh, para que todos los médicos recién titulados estén en condiciones de abordar la violencia en su trabajo.

Muchos miembros del personal de salud dijeron que la violencia era una realidad que simplemente debían aceptar. Algunos incluso expresaron que los pacientes tenían derecho a ponerse violentos.

PRINCIPALES RAZONES PARA NO DENUNCIAR EL INCIDENTE

● No tuvo importancia	45,70%
● Es inútil	31,10%
● Temía sufrir consecuencias negativas	13,40%
● No sabía ante quién denunciarlo	6,10%
● Se sentía avergonzado/culpable	3%



CEDER EL PASO A LAS AMBULANCIAS

También, trabajamos con conductores de ambulancia. Dado que los conductores de ambulancia de Karachi están en el frente de batalla en una gran ciudad, es más probable que sufran agresiones que otros profesionales de la salud. Los ataques pueden afectar gravemente la recuperación y la supervivencia del paciente, pero la queja principal de los conductores son las obstrucciones del paso por parte de otros automovilistas.

Para ver cómo se comportaban los automovilistas con las ambulancias, el Instituto de Salud Pública desplegó observadores en algunas de las calles con más tráfico de Karachi. Resultó alentador que hallaran que dos tercios de los conductores de la ciudad cedían el paso. Sin embargo, el tercio restante, que incluía a muchos operadores de transporte privados, no lo hacía.

Las personas de la comunidad nos conocen y saben lo que hacemos. Nunca pensé, ni por un segundo, que sería el objeto de un ataque. Nuestro fundador, Edhi Sahib, siempre nos había dicho que salvar aunque solo sea una vida ayuda a salvar a toda la humanidad. Pero, un día, mientras corría con una camilla hacia personas heridas tiradas en una calle, sentí que una piedra o algo así me golpeaba la espalda. Aunque iba de uniforme y tenía encendidas las luces de la ambulancia, alguien me había disparado. Después de eso, no recuerdo mucho. Creo que me desmayé, aunque sí recuerdo a un hombre mayor herido tirado cerca de mí que me hablaba, me alentaba para que me quedara quieto, rezara y tuviera paciencia. Yo no podía hacer nada más que quedarme en el suelo, quieto. Las balas volaban a mi alrededor, y la gente tenía demasiado miedo como para salir de sus casas para ayudar.

—Mujadid Rehman, operador de ambulancia de Edhi Emergency Services

“Las personas de la comunidad nos conocen y saben lo que hacemos. Nunca pensé, ni por un segundo, que sería el objeto de un ataque.”



UN PASO EN LA DIRECCIÓN CORRECTA

Para que nuestra iniciativa tenga éxito en una ciudad tan grande, el gobierno debe involucrarse y las herramientas deben promocionarse mucho. Por ello, nuestra estrategia se ha basado en desarrollar y probar herramientas a nivel de base, pero luego promocionarlas junto con el gobierno en todo el país. Nosotros y nuestros socios podemos brindar asistencia técnica, pero solo puede producirse un cambio duradero si hay voluntad política.

Hicimos una presentación sobre nuestro estudio en Karachi, en noviembre de 2015. Un participante apuntó que muchos miembros del personal de salud agradecían que “finalmente venga alguien a preguntar por su sufrimiento”.

El hecho de hablar sobre un problema y llamar la atención de la opinión pública sobre él muchas veces puede ser un catalizador del cambio. También, puede ser una experiencia de catarsis para las personas involucradas. Pero hemos subido el listón. Queremos reducir de manera drástica el número de incidentes violentos en situaciones relativas a la asistencia de salud y lograr que la población trate con más respeto a los miembros del personal de salud en todo el país. Sin embargo, solo podremos lograrlo con un esfuerzo concertado a largo plazo.

LOGRAR TRANSMITIR EL MENSAJE

El equipo de “Asistencia de salud en peligro” realizó una campaña de alto perfil en los medios de comunicación sobre ceder el paso a las ambulancias. Una vez que los medios de comunicación paquistaníes se hicieron eco de la campaña, nos invitaron a programas televisivos en el horario de máxima audiencia, en algunos de los principales canales de televisión del país. También, aparecieron en los medios de comunicación personalidades de la profesión médica, miembros del personal del CICR y conductores de ambulancia.

La campaña fue un éxito mayor de lo que esperábamos, y muchos proveedores de servicios de salud y periodistas hablaron de los terribles casos de brutalidad que padecía el personal de respuesta temprana. Registramos un impresionante 16% de mejora en el comportamiento de los automovilistas en relación con las ambulancias. Aunque ese logro es alentador, debemos realizar más campañas de ese tipo y a mayor escala.

La ley también debe cambiarse, para imponer a los automovilistas de Sindh la obligación de ceder el paso a las ambulancias. En 2015, nos habíamos asociado con el centro de estudios Research Society of International Law para analizar áreas en las que fuera necesario un cambio de legislación.

Descubrimos que los servicios de ambulancia contaban con una reglamentación insuficiente y que no había coordinación formal entre distintas partes del sistema de salud, especialmente en la atención de urgencia. También, vimos que no había medidas específicas para prevenir la violencia ni para proteger a los miembros del personal de salud y a los pacientes de la violencia en contextos de asistencia de salud.

Ahora estamos estudiando la factibilidad de cambiar la ley y de promocionar esos cambios en conjunto con las autoridades.

RECURSOS

Publicaciones e informes principales

- *Violence against Health Care: Results from a Multicentre Study in Karachi*
- *Towards Protecting Health Care in Karachi: A Legal Review*

Material de capacitación

- *Paquete de capacitación sobre la reducción de la violencia en la asistencia de salud*
- *Material de capacitación para reducir la intensidad de la violencia en las instalaciones de salud*

LLEVAR LA ASISTENCIA DE SALUD A ZONAS REMOTAS

PROTEGER LA ASISTENCIA DE SALUD EN EL VRAEM

OBTENER TRATAMIENTO EN UN VALLE REMOTO

En Perú, la violencia ha alcanzado niveles preocupantes en el valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) que abarca cinco regiones administrativas: Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica y Junín. El VRAEM es una zona remota, de acceso especialmente difícil. Por ello, debido a la geografía, en algunas áreas, no hay mucha presencia de las autoridades. Ello la convierte en el caldo de cultivo perfecto para el narcotráfico y actividades ilegales.

En el VRAEM, también se producen brotes de violencia ocasionales entre el grupo armado liderado por los hermanos Quispe Palomino y las fuerzas armadas y policiales, y también entre narcotraficantes armados. A raíz de esas tensiones, la población local vive con miedo.

La combinación de todos esos factores ha tenido efectos devastadores en muchos aspectos de la vida de los pobladores de la zona, especialmente en su acceso a la asistencia de salud.



B. Heger/CICR



B. Heger/CICR

“Para venir aquí, realmente hay que ser valiente. Muchas personas necesitan nuestra ayuda, pero no tenemos ni los recursos más básicos.”

– Miembro del personal de salud destacado en el puesto sanitario del Alto Mantaro

“No hay carreteras. Desde varias comunidades de la región de Ayacucho, hay que caminar diez horas para llegar al puesto de salud más cercano. Pero la situación es aún peor para los habitantes de la región de Junín: les puede llevar hasta dos días.”

– Delegado del CICR, sobre el acceso a la asistencia de salud en el VRAEM



B. Heger/CICR

Líder comunitario en Junín sonríe tras recibir del CICR una camilla que facilitará el traslado de personas enfermas y heridas hasta el puesto de salud más cercano.

COMPRENDER EL PROBLEMA

Entre mayo y diciembre de 2014, el CICR en Lima llevó a cabo veinte entrevistas grupales con un total de 295 trabajadores de 92 establecimientos de salud del VRAEM. El objetivo fue establecer en qué medida la presencia de las fuerzas armadas, otros grupos armados y narcotraficantes afectó la asistencia de salud en la región y evaluar a qué riesgos estaba expuesto el personal de salud.

Descubrimos que el personal de salud de la región había sufrido varios tipos de violencia. Los entrevistados hablaban con especial frecuencia de personas armadas que robaban y hurtaban medicamentos, ingresaban a las instalaciones de salud con sus armas y sometían a interrogatorios al personal de salud.

Varias personas señalaron que habían sido amenazadas por grupos armados, muchas veces para impedirles que denunciaran el robo de medicamentos. El personal de salud también señaló haber sufrido presiones para brindar información sobre sus pacientes, relegando, por miedo, el deber de respetar la confidencialidad médica.

El personal de salud también señaló haber sufrido presiones para brindar información sobre sus pacientes, relegando, por miedo, el deber de respetar la confidencialidad médica.



J. Boylan/COR

RESULTADOS DE ENTREVISTAS CON 295 MIEMBROS DEL PERSONAL DE SALUD ACTIVOS EN EL VRAEM

¿Qué acciones propone para prevenir la violencia o mitigar sus efectos?	%
Capacitar al personal de salud	56%
Más materiales e insumos	56%
Dar bono al personal residente en el VRAEM	44%
Mejorar la seguridad en las instalaciones	33%
Diseñar planes de contingencia	22%
Coordinar las acciones con las autoridades comunitarias	22%
Garantizar que a los vehículos y al personal de salud se los pueda identificar como tales	22%
Mejorar los canales de comunicación	22%
Coordinar las salidas	22%
Solicitar más personal	11%
Contar con un vehículo de emergencia específico	22%
Implementar un programa de salud mental para las personas afectadas por el conflicto armado de los años 1980	22%
Otorgar credenciales	22%
Utilizar la comunicación por radio	11%
Reportar los horarios de las salidas (partida y regreso)	11%
Implementar un programa de incentivos salariales para el personal	11%
Solicitar un seguro de vida al Estado	11%
Mejorar las condiciones laborales	11%
Evaluar los mecanismos de notificación en la base militar contraterrorista	11%
Capacitar al personal de seguridad	11%
Difundir en radio y televisión mensajes sobre el trabajo neutral del personal de salud	11%
Sensibilizar a la opinión pública sobre la labor del personal de salud	11%
Construir letrinas, dar empleo a las familias y mejorar la salud en las comunidades	11%

FASE 1: SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS

El CICR sistematizó los resultados de las entrevistas y transmitió a las autoridades sus conclusiones para hallar, de manera conjunta, formas de mejorar el acceso a la asistencia de salud y su provisión segura en el VRAEM. Compartir nuestras conclusiones con el Ministerio de Salud dio resultados.

El viceministro de Salud creó, en marzo de 2015, un grupo de trabajo integrado por personas de varios departamentos del ministerio, del CICR y de la Cruz Roja Peruana. El objetivo de ese grupo de trabajo fue desarrollar herramientas operacionales y jurídicas para reforzar la protección y la seguridad del personal, los vehículos y las instalaciones de salud.

El CICR contribuyó mediante la preparación de documentos técnicos que luego se enviaron al resto de los miembros del grupo, quienes hicieron comentarios y observaciones antes de la aprobación final. De ese proceso surgieron dos documentos.

- Un informe (*Sistematización de la normativa peruana relacionada con la asistencia de salud en situaciones de riesgo a la luz del derecho internacional*) que detalla la legislación vigente para proteger la asistencia de salud en situaciones peligrosas, compara la ley nacional con las normas internacionales

e identifica vacíos e incompatibilidades entre la legislación nacional y las normas internacionales.

El informe contiene, asimismo, una serie de recomendaciones, como: (i) establecer un símbolo o emblema estándar para identificar a los servicios de salud, que pueda asegurarles una mayor protección; y (ii) crear un sistema de reporte centralizado para que todos los miembros del personal de salud puedan notificar incidentes de violencia relativos a la seguridad y la protección del personal de salud, de tal forma que se incremente la visibilidad del problema y se implementen soluciones.

- Una guía de derechos y deberes (*Respetar y proteger los servicios de salud*, Guía de Derechos y Deberes, Perú) que sirve de herramienta para mejorar la protección que se brinda al personal de salud y la seguridad de este. La guía da explicaciones generales y fáciles de entender sobre los derechos y las obligaciones de todo el personal de salud (incluidos los voluntarios de la Cruz Roja Peruana) y, especialmente, de quienes trabajan en contextos de inestabilidad social y desastres naturales y en zonas vulnerables como el VRAEM.



EL CICR sistematizó los resultados de las entrevistas y transmitió a las autoridades la preocupación por esta problemática para hallar de manera conjunta formas de mejorar el acceso a la asistencia de salud y la provisión segura de esta en el VRAEM. Compartir nuestras conclusiones con el Ministerio de Salud dio resultados.



M. Burgos/CICR

Promesa realizada por el Comité Nacional para el Estudio y la Implementación del Derecho Internacional Humanitario, en cumplimiento de la resolución 4, “Asistencia de salud en peligro: seguir protegiendo juntos la provisión de atención de salud”.

Promover y adoptar varias medidas pertinentes (legislativas, institucionales y de otra índole), junto con políticas públicas, para garantizar que se trate con respeto a las personas heridas y enfermas y al personal de salud, y que esas personas, así como las instalaciones y recursos que los Estados y las organizaciones humanitarias brindan a los servicios médicos, se protejan en conflictos armados y otras situaciones de emergencia.

Con el apoyo de las organizaciones correspondientes, garantizar que se cumplan las obligaciones jurídicas internacionales relativas a la protección de las personas heridas y enfermas, el personal de salud y las instalaciones y los vehículos médicos, con el objetivo de garantizar una atención en tiempo y forma para las personas afectadas.

Adoptar medidas jurídicas y de aplicación que sean responsabilidad de cada organización y medidas relativas al uso y la protección de los emblemas de organizaciones nacionales, internacionales y humanitarias que porte el personal de salud y que muestren las instalaciones y los vehículos médicos, con los pasos necesarios para prevenir y castigar su uso no autorizado de acuerdo con los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales.

FASE 2: DIFUNDIR EL MENSAJE

El sistema de salud de Perú está descentralizado y cuenta con autoridades de salud regionales independientes del Ministerio de Salud, que forma parte del gobierno central. En 2015 y 2016, el CICR colaboró con las autoridades de salud regionales para sensibilizarlas sobre la importancia de proteger los servicios de salud.

En el marco de esa colaboración, el personal del CICR presentó la Guía de Derechos y Deberes en las instalaciones que se presentaban con un mayor riesgo de padecer la violencia contra el personal de salud en el VRAEM. Se hizo lo mismo con voluntarios de la Cruz Roja Peruana. Se realizaron tres talleres regionales para voluntarios, en Piura, Lima y Arequipa, para sensibilizarlos sobre el problema de la violencia contra la asistencia de salud y para promocionar la Guía de Derechos y Deberes.

COLABORACIÓN CON EL MOVIMIENTO

En 2017, en el marco de su acuerdo de cooperación con el CICR, la Cruz Roja Peruana sumó a su plan operacional anual actividades de “Asistencia de salud en peligro” dirigidas a sus voluntarios, de cara no solo a sensibilizar a los voluntarios, sino también a capacitar sobre el problema a futuros capacitadores y, por lo tanto, a mejorar la capacidad de la Cruz Roja Peruana.



GUÍA DE RESPUESTA

En septiembre de 2017, el Ministerio de Salud ya había distribuido la Guía Derechos y Deberes a 3.458 profesionales de la asistencia de salud del programa SERUMS, de los cuales 2.437 trabajaban en el VRAEM. Se tiene programada la distribución de la Guía de Derechos y Deberes a los 13.000 miembros del personal de salud del programa SERUMS. Tras la fase piloto, el objetivo es distribuir la guía informativa a todo el personal de salud del país (más de 200.000 personas).



ALENTAR LA ACCIÓN DE LAS AUTORIDADES

La acción del gobierno peruano respecto de esta temática ha ido en aumento.

En agosto de 2016, el gobierno se comprometió a adoptar medidas nacionales para garantizar el respeto y la protección de los servicios de salud en relación con la resolución 4, “Asistencia de salud en peligro”, aprobada en la XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en diciembre de 2015.

El Ministerio de Salud y la Cruz Roja Peruana adoptaron la Guía de Derechos y Deberes redactada por el grupo de trabajo, razón por la cual aparecen en el documento los logotipos de ambas entidades.

En abril de 2017, la Dirección General del personal de salud del Ministerio de Salud comenzó a utilizar esta guía. Para lograr que llegara al público previsto, se realizaron actividades de sensibilización y se distribuyó la guía entre los profesionales de la salud del programa del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), que constituye el 3% del total del personal de salud a nivel nacional.

Para el Ministerio de Salud, esta guía es una herramienta útil para transmitir mensajes prácticos y para sensibilizar al personal de salud en lo que respecta a sus derechos y deberes.

LO QUE HEMOS APRENDIDO

El hecho de que la Guía de Derechos y Deberes haya sido aprobada por el Ministerio de Salud, además del CICR y de la Cruz Roja Peruana, fue fundamental para garantizar su satisfactoria distribución. A la Dirección General de Personal de Salud del Ministerio de Salud, le resulta útil la guía, ya que ha tenido un impacto en quienes trabajan en el programa SERUMS y brinda información directa sobre cómo pueden protegerse a sí mismos. Fue esencial que participaran en el proceso de validación de la guía las autoridades de salud, ya que son ellas las que están a cargo de implementar las recomendaciones y difundir la información entre el personal de salud.

El diálogo con las autoridades, al igual que el trabajo para garantizar la implementación de las recomendaciones, se enfocará en las autoridades centrales en Lima, dado que las acciones que se adoptan a nivel central tienen mayor impacto a nivel nacional.



M. Cordero/IDR

AÚN QUEDA UN LARGO CAMINO POR RECORRER

El camino por recorrer aún presenta varios desafíos. Primero, el personal de salud en Perú está integrado por unas 200.000 personas, y la labor de distribuir la Guía de Derechos y Deberes a todas ellas (en estrecha colaboración con la Cruz Roja Peruana, el Ministerio de Salud y las autoridades de salud regionales) únicamente puede llevarse a cabo por etapas.

Además, las autoridades de salud no obtienen, organizan ni analizan desde un lugar central datos sobre los incidentes de violencia contra el personal de salud. Asimismo, muchos de esos incidentes no se notifican, lo cual dificulta la labor de estimar la dimensión real del problema. Para que tengan éxito las iniciativas como un sistema de notificación de incidentes, deben contar con el respaldo de una voluntad política al más alto nivel.

En Perú, no hay todavía una comunidad de interés que fomente una cultura de responsabilidad entre todos los interesados. Una comunidad así movilizaría apoyo en favor de esta cuestión y estimularía la colaboración entre la comunidad de asistencia de salud, las fuerzas del orden, las organizaciones humanitarias y las autoridades gubernamentales.

Por último, la Cruz Roja Peruana es un socio clave en esta iniciativa y está presente en todo el país, pero el proyecto solo será sostenible si la Cruz Roja Peruana asume la responsabilidad de esta temática y realmente hace de “Asistencia de salud en peligro” una parte integral de su identidad.

CÓMO SEGUIMOS A PARTIR DE AHORA

Aunque queda mucho por recorrer, creemos que la distribución de la Guía es un primer paso sólido para contribuir al fortalecimiento de los conocimientos del personal de salud en lo que respecta a sus derechos y deberes y, a la vez, sensibilizar a otros grupos, como las fuerzas armadas, la policía y las autoridades de salud.

Después de todo, si bien es importante sensibilizar a las víctimas de ese tipo de incidentes, también es importante sensibilizar a quienes pueden evitar que se produzcan.

El próximo paso es seguir contribuyendo con el Ministerio de Salud y a la Cruz Roja Peruana en la implementación de las recomendaciones que se establecen en la sistematización (v. más arriba). En particular, será necesario crear un símbolo o emblema estándar para todos los servicios de salud y la creación de un sistema de notificación de incidentes.

El CICR seguirá brindando asistencia técnica, aunque la voluntad política de las autoridades será fundamental para avanzar.



B. Heger/CICR

RECURSOS

Publicaciones e informes principales

- *Sistematización de la normativa peruana relacionada con la asistencia de salud en situaciones de riesgo a la luz del derecho internacional**
- *Respetar y proteger los servicios de salud**

* Solo disponible en español.

UNA LLAMADA PELIGROSA

PROTEGER LA ASISTENCIA DE SALUD EN EL SALVADOR

BARRERAS INVISIBLES

El servicio de salud de El Salvador es considerable, teniendo en cuenta el tamaño del país: 576 unidades de salud comunitarias, cinco redes regionales, diecisiete redes de atención de salud básicas (redes del Sistema Básico de Salud Integral, SIBASI) y 68 microrredes, que en conjunto brindan cobertura a un 67,2% de la población. Pese a ello, obtener acceso a asistencia de salud puede resultar difícil.

Los niveles de violencia afectan negativamente los servicios de atención de salud, tanto los que presta la Cruz Roja Salvadoreña como los que ofrecen el sector público y el privado.

Muchas veces, se impide que los miembros del personal de salud a quienes se considera “de fuera” ingresen en comunidades que viven bajo el control territorial de grupos delictivos; eso constituye una barrera invisible en torno a esos profesionales que debilita claramente la idea de que los servicios de salud deben ser universales y accesibles para toda la población.

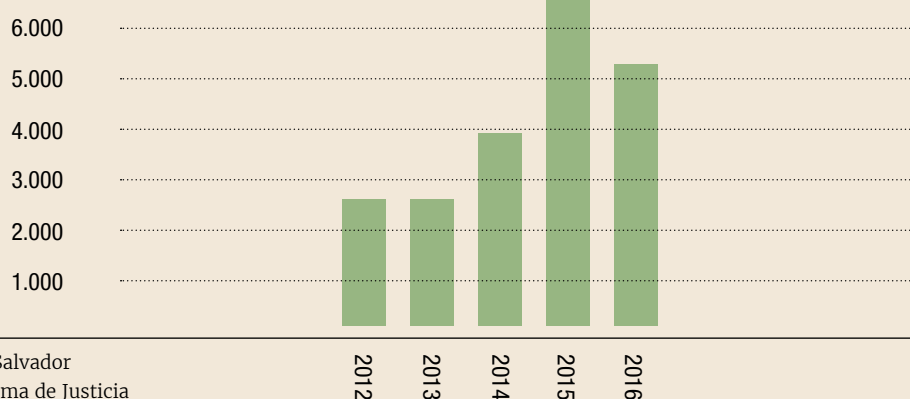


INSTANTÁNEA DE LA VIOLENCIA EN EL SALVADOR

- La violencia armada es la principal causa de muertes prematuras en el país. El Salvador es uno de los países más peligrosos del mundo, según los índices.
- Doce años de guerra civil (1980–1992) se cobraron más de 75.000 vidas y dejaron una cifra estimada de 10.000 personas desaparecidas.
- Entre enero de 2009 y diciembre de 2016, la Policía Nacional Civil recibió 11.252 denuncias sobre personas desaparecidas.
- Alrededor de 17.000 alumnos de la educación pública han abandonado el colegio sin terminarlo en 2017, principalmente por la violencia y la falta de seguridad.

Índice de homicidios
cada 10.000 habitantes

38,9 38,1 59,3 100,8 80



Fuente: El Salvador
Corte Suprema de Justicia

TRABAJAR CARA A CARA CON EL PELIGRO

En mayo de 2017, cuatro promotores de salud que trabajaban en San Salvador fueron interceptados a punta de pistola por un grupo delictivo que los sometió a abusos sexuales.

– Miembro del personal de la Cruz Roja Salvadoreña



© Comandos de Salvamento



© El País-El Salvador

En abril de 2016, un niño de catorce años murió al ser alcanzado por disparos mientras asistía a una sesión de capacitación de primeros auxilios en La Libertad. Era voluntario de los Comandos de Salvamento. Varios desconocidos irrumpieron en el edificio blandiendo armas de alto calibre y dispararon al niño, sin mediar palabra.

– Incidente denunciado ante los medios de comunicación locales por un miembro de los Comandos de Salvamento, una organización local de servicios de emergencia



C. Salvadoreña

El personal de salud que simplemente hacía su trabajo en las comunidades temía que podía pasar algo. Había habido incidentes de violencia contra conductores de ambulancia, enfermeros, paramédicos, voluntarios y miembros del personal administrativo en los centros de salud. Seguían cumpliendo sus labores humanitarias, pese al temor a ser atacados. Pero había que hacer algo.

– Médico salvadoreño

TRABAJAR JUNTOS PARA ABORDAR EL DESAFÍO

En julio de 2014, la Cruz Roja Salvadoreña reunió a representantes de los principales proveedores de asistencia de salud de El Salvador para que debatieran la mejor forma de abordar los ataques contra el personal de salud y prestar asistencia de salud dada la falta de seguridad general. En noviembre de 2014, se creó un comité interagencias, al que se encargó la elaboración de un protocolo interinstitucional para la coordinación y la prestación segura de atención de urgencia prehospitalaria.

Ese comité presentó un protocolo: un conjunto de normas y reglas para que las instituciones de asistencia de salud mejoraran la coordinación y minimizaran los riesgos de seguridad que se adoptó ese mismo año.

Sin embargo, un año después, tras una serie de nuevos incidentes de seguridad, se acordó que el protocolo debía actualizarse con urgencia para tener en cuenta el bienestar tanto físico como psicológico de los miembros del personal de salud y para incluir todo tipo de servicios de salud.

En octubre de 2015, comenzó el trabajo con representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los Comandos de Salvamento, el Cuerpo de Bomberos, el Fondo Solidario para la Salud, el Sistema de Emergencias Médicas, la Policía Nacional Civil, la Cruz Verde Salvadoreña, el Comando de Sanidad Militar, la Asociación de Hospitales Privados salvadoreña y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. El Protocolo Interinstitucional de Coordinación y Protección a los Servicios de Salud se firmó el 30 de mayo de 2016.

El Ministerio de Salud pidió al comité que desarrollara las herramientas necesarias para aplicar con eficacia el protocolo, lo cual llevó a la creación de grupos de trabajo para la implementación de partes específicas de él, por ejemplo, sensibilización, definición de zonas y procedimientos. En el contexto de ese trabajo, la Cruz Roja Salvadoreña elaboró un plan de acción para 2016-2017.

El 30 de mayo de 2016, el Protocolo Interinstitucional de Coordinación y Protección a los Servicios de Salud obtuvo la firma de las siguientes entidades:

- Ministerio de Salud
- Cruz Roja Salvadoreña
- Comandos de Salvamento
- Cuerpo de Bomberos
- Fondo Solidario para la Salud
- Sistema de Emergencias Médicas
- Policía Nacional Civil
- Cruz Verde Salvadoreña
- Comando de Sanidad Militar
- Asociación de Hospitales Privados salvadoreña
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social



C. Salvadoreña

PLAN DE ACCIÓN DE LA CRUZ ROJA SALVADOREÑA

El plan de Protección de los Servicios de Salud opera en tres niveles.

1. **Interno:** se propone dar a la Cruz Roja Salvadoreña las herramientas necesarias para garantizar que esta pueda brindar sus servicios de salud y realizar su trabajo humanitario en condiciones de seguridad.
2. **Externo:** se propone habilitar a la Cruz Roja Salvadoreña para que pueda seguir colaborando con otras entidades en el seguimiento de la protección del personal de salud de otras organizaciones y ayudarla a lograr una mejora de esa protección.
3. **A nivel del Movimiento:** se propone estimular el apoyo a un nuevo manual de seguridad para los servicios de salud, que podría utilizarse en otros países de la región que tengan una inestabilidad social similar.

COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PARES

En el marco del proceso de actualización del protocolo, en noviembre de 2015, se celebró un encuentro de expertos sobre la cuestión de proteger al personal y las instalaciones de salud. Reunió a ministros de Salud de los gobiernos de Colombia, El Salvador y Honduras y a representantes de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja de esos países, en reconocimiento de que El Salvador no era el único país de la región con problemas de violencia. Los objetivos del encuentro fueron:

1. intercambiar experiencias, prácticas idóneas y lecciones aprendidas de cara a promover el respeto por la protección de los servicios de salud en Colombia, El Salvador y Honduras y a mejorar esa protección;
2. reforzar iniciativas conjuntas entre gobiernos y Sociedades Nacionales (en su función de auxiliares de las autoridades públicas), a la medida de la situación en cada país;
3. elaborar planes de acción para proteger los servicios de salud en El Salvador y Honduras y garantizar apoyo para el seguimiento y la implementación de esos planes, en el marco de la cooperación con expertos en Colombia.

Los asistentes recomendaron tomar medidas para:

- (a) crear mecanismos tendientes a estimular la cooperación internacional entre los gobiernos de Colombia, El Salvador y Honduras, sus Sociedades Nacionales y el CICR, con el apoyo del panel de expertos sobre personal e instalaciones médicos de Colombia y de la Cruz Roja Noruega, con vistas a mejorar el acceso seguro a servicios de salud en El Salvador y Honduras;
- (b) establecer medios para evaluar el impacto que tiene en la población local de cada país la falta de respeto por los servicios de salud y por la protección de estos;
- (c) incrementar las oportunidades de diálogo entre las autoridades gubernamentales y las Sociedades Nacionales;
- (d) modificar la legislación vigente sobre la protección del personal, el transporte y la infraestructura relativos a la asistencia de salud, los códigos éticos médicos y el acceso a servicios de salud.





DESAFÍOS Y PROYECCIONES




Internamente, la Cruz Roja Salvadoreña se propone:

- llegar a todos los miembros del personal de esa Sociedad Nacional para sensibilizarlos sobre las nuevas herramientas;
- crear una cultura de denuncia de los incidentes en el marco de la Sociedad Nacional;
- institucionalizar el uso de la herramienta de evaluación de riesgos;
- brindar atención psicosocial especial para los proveedores de servicios de salud que hayan sido víctimas de la violencia;
- reforzar la campaña de comunicación sobre el respeto de los servicios de salud.

Externamente, la Cruz Roja Salvadoreña se propone:

- ampliar la red de actores que pueden sensibilizar sobre el protocolo e implementarlo;
- crear un formulario en línea totalmente anónimo para denunciar incidentes;
- establecer una red interagencias de facilitadores del protocolo;
- proponer un grupo técnico interinstitucional a nivel departamental, para garantizar que la información sea accesible en todo el sistema de salud;
- crear alianzas intersectoriales para realizar una campaña masiva sobre el respeto de los servicios de salud.

Ayudamos a personas de todo el mundo afectadas por conflictos armados y otras situaciones de violencia, haciendo lo posible por proteger su dignidad y aliviar su sufrimiento, a menudo junto a nuestros asociados de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Además, procuramos prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales. Somos una institución con la que se puede contar a la hora de realizar actividades para salvar vidas en zonas de conflicto, trabajando mano a mano con las comunidades locales para entender y satisfacer sus necesidades. Nuestra experiencia y nuestros conocimientos especializados nos permiten responder con rapidez, eficacia e imparcialidad.

 facebook.com/ICRCespanol/
 twitter.com/cicr_es
 instagram.com/cicr_americas



CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
T +41 22 734 60 01
shop.icrc.org
© CICR, marzo de 2018