

La violencia contra la asistencia de salud: las enseñanzas obtenidas en Afganistán, Somalia y República Democrática del Congo

Fiona Terry

Investigadora independiente que realizó actividades de investigación para el proyecto del Comité Internacional de la Cruz Roja "Asistencia de salud en peligro". Titular de un doctorado en Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional Australiana, es autora de *Condemned to Repeat? The Paradox of Humanitarian Action** e integra el consejo editorial de la *International Review of the Red Cross*.

Resumen

El presente artículo examina la metodología y las principales conclusiones de los estudios efectuados en el terreno en Afganistán, Somalia y República Democrática del Congo entre 2010 y 2013 en el marco del proyecto del CICR "Asistencia de salud en peligro". Examina algunas de las medidas tomadas por el CICR en sus programas de salud para facilitar el acceso a la asistencia, así como el método que aplica para promover un mayor respeto de la legislación destinada a proteger ese acceso. Por último, el artículo contiene propuestas de medidas suplementarias que podrían contribuir a limitar esa violencia.

Palabras clave: proyecto CICR Asistencia de salud en peligro, Afganistán, Somalia, República Democrática del Congo, acceso a la asistencia de salud, violencia contra la asistencia de salud, estatuto protegido de la asistencia de salud y de los pacientes, comprobación/observación de actos de violencia.

* *Cornell University Press, Ithaca y Londres, 2002.*

Pocos episodios de violencia provocan un rechazo tan enérgico como el ataque deliberado contra un hospital, el homicidio de trabajadores de la salud que llevan a cabo una campaña de vacunación o la explosión de una ambulancia cargada con explosivos en el lugar de un accidente para agravar aún más la masacre y los daños. Ese tipo de acontecimientos aparece en los titulares de los medios de comunicación en todo el mundo y suscita un sentimiento de escándalo ante actos que constituyen violaciones graves del derecho internacional. Sin embargo, no se difunde tanto que esos hechos dramáticos solo representan una pequeña proporción de los actos violentos a los que se exponen día a día el personal y las instalaciones de salud, un fenómeno constante que adopta numerosas formas más insidiosas que aquellas de las que se hacen eco los medios de comunicación. Esos actos de violencia impiden el acceso a la asistencia de salud de millones de víctimas de conflictos armados y otras situaciones de emergencia, justamente en el momento en que más la necesitan.

Con el objeto de lograr una mejor comprensión de la frecuencia y los tipos de violencia contra el sistema de salud, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) inició en 2011 el proyecto “Asistencia de salud en peligro”, luego de que un estudio preliminar realizado en dieciséis países demostrara que el problema estaba más extendido de lo que se creía y que, a la vez, no se lo había estudiado lo suficiente. Se solicitó a delegaciones del CICR de veinte países afectados por conflictos armados u otras situaciones de violencia que reunieran información sobre ese tipo de incidentes. Además, el CICR encomendó tres estudios exhaustivos para examinar la cuestión: en Afganistán (2010), Somalia (2012) y República Democrática del Congo (RDC) (2013)¹.

El presente artículo aborda algunas de las principales conclusiones de esos tres estudios internos. Algunos de los actos de violencia que figuran en ellos eran deliberados y su objeto era impedir, obstaculizar o negar la asistencia médica destinada a personas consideradas enemigas o a sus adeptos. Sin embargo, la gran mayoría de los incidentes se debe a que no se respeta el estatuto protegido de la asistencia de salud y de los pacientes. En otros términos, hubo instalaciones y medios de transporte sanitarios que sufrieron daños, saqueos o que no pudieron seguir funcionando, no porque prestaban servicios de salud específicamente, sino porque no fueron preservados o protegidos contra esos ataques.

La primera parte del artículo describe los diversos tipos de incidentes contemplados por los estudios sobre la asistencia de salud en peligro antes de analizar sus conclusiones. Luego, abordaremos la manera en la que el CICR reacciona cuando se atenta contra la protección de la asistencia de salud en el mundo, para formular propuestas sobre las medidas suplementarias que podrían adoptarse.

1 Fiona Terry, “Protecting health-care in Afghanistan: IHL violations and the ICRC’s response, April 2009–April 2010”, documento interno del CICR, junio de 2010; *id.*, “ICRC Health-Care in Danger project: Somalia case-study”, documento interno del CICR, julio de 2012; *id.*, “ICRC Health-Care in Danger project: Democratic Republic of Congo case-study”, documento interno del CICR, marzo de 2013.

Reunir información sobre la violencia contra la asistencia de salud

En su calidad de guardián del derecho internacional humanitario, el CICR tiene, entre otras responsabilidades, el deber de vigilar el respeto de las normas que protegen la asistencia de salud. Como explican más en profundidad otros artículos del presente volumen², el DIH impone ciertos deberes a todas las partes en un conflicto armado:

- respetar y proteger al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios que se utilicen con fines exclusivamente médicos;
- prestar asistencia y atención médicas sin distinción alguna de carácter desfavorable basada en criterios que no sean médicos;
- respetar a los heridos y los enfermos, protegerlos de los ataques o los malos tratos y velar por que reciban la asistencia médica adecuada;
- tomar todas las medidas posibles para buscar, retirar y evacuar a los heridos y los enfermos sin distinción alguna.

El derecho relativo a los derechos humanos también establece la obligación de los Estados de proteger a los heridos y los enfermos de los ataques, así como la de respetar, proteger y aplicar el derecho a la salud³.

Sin embargo, numerosos actos que impiden u obstaculizan el acceso a la asistencia de salud no constituyen una violación del DIH, razón por la cual los estudios en el terreno ampliaron su área de investigación para incluir tanto las violaciones del derecho, como las infracciones de menor gravedad contra la asistencia de salud. Los incidentes se dividieron en categorías, de la siguiente manera⁴:

1. Violencia contra las instalaciones de salud

Esta categoría abarcó ataques contra instalaciones de salud, como dispensarios, hospitales, almacenes de material médico, laboratorios y farmacias, bajo la forma de bombardeos, disparos de artillería, entradas forzadas, disparos con armas ligeras, destrucción de material y saqueo. También incluye actos como el acordonamiento de una zona en la que había una instalación sanitaria cuando esa medida impedía el acceso del personal sanitario y los pacientes a dicha instalación.

2. Violencia contra el personal de salud

Esta categoría abarcó los ataques desplegados contra médicos, personal paramédico (incluidos los socorristas voluntarios) y personal de apoyo asignado a funciones médicas, como el hecho de matar, raptar, acosar, amenazar, intimidar, desvalijar o incluso arrestar y detener a los miembros del personal sanitario por haber cumplido sus tareas médicas.

2 V., por ejemplo, el artículo de Alexandre Breitegger.

3 Para más información, v. los artículos de Alexandre Breitegger, Amrei Müller y Len Rubinstein y Katherine Footer en el presente volumen, entre otros.

4 Esas categorías también se utilizaron en la publicación del CICR, "Asistencia de salud en peligro. La realidad del problema", Ginebra, 2011, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/icrc-003-4072.pdf> (para todas las referencias a fuentes de Internet: consultado en junio de 2013).

3. **Violencia contra los heridos y los enfermos**
Esta categoría incluyó los ataques dirigidos contra los pacientes o personas que intentaban acceder a la asistencia de salud, incluido el hecho de matar, herir, acosar o intimidar a esas personas, bloquear u obstaculizar el rápido acceso a la asistencia de salud, negarse a prestar la asistencia médica o discriminar e interrumpir la asistencia médica mediante el arresto o la detención de combatientes heridos por parte de fuerzas armadas que no podían o no quería continuar la asistencia médica.
4. **Violencia contra los medios de transporte sanitarios**
Esta categoría abarcó los ataques contra ambulancias, buques o aeronaves sanitarias o los helicópteros de evacuación, civiles o militares, así como el hecho de obstaculizar el transporte de material y suministros médicos. Asimismo, incluyó los secuestros a mano armada de miembros de organizaciones médicas humanitarias cuando se desplazaban en vehículos debidamente identificados.
5. **Usos indebidos de las instalaciones de salud o de los emblemas protectores**
La última categoría agrupó los incidentes en los que se hizo uso indebido de los emblemas de la cruz roja o la media luna roja o de otros signos que designen instalaciones de salud, medios de transporte sanitarios o personal sanitario (incluidos los actos de perfidia), así como los actos que comprometieron el carácter neutral de las instalaciones sanitarias civiles. Si bien el hecho de portar armas dentro de una instalación de salud no constituye una violación del DIH, es posible que comprometa la imagen de neutralidad de la instalación.

La mayor parte de los incidentes recopilados en Afganistán, Somalia y República Democrática del Congo correspondían a varias de las categorías enumeradas. La división de los incidentes en esas categorías y su presentación en forma de cuadro permitió visualizar las tendencias de la violencia contra la asistencia de salud de manera eficaz en cada situación. A veces, los esquemas derivados de esta clasificación iban en contra de las percepciones extendidas en las delegaciones del CICR, en algunos casos, marcadas por acontecimientos traumáticos que no necesariamente eran representativos del problema. Gracias a un análisis más profundo de las tendencias, los equipos presentes en el terreno pudieron adaptar mejor sus temas de debate con las partes beligerantes, para tratar los problemas más apremiantes entre los que se habían identificado.

Los documentos y las investigaciones de terreno también ayudaron a reajustar las imágenes asociadas a tal o cual situación dentro de la Institución. Por ejemplo, persistía hasta hace poco una imagen de Somalia de principios de los años 1990 —la de una camioneta con una ametralladora, estacionada afuera de un quirófano del hospital de Medina en Mogadiscio, para impedir que los combatientes ordenasen a los cirujanos, bajo amenaza de arma de fuego, que dieran prioridad en la asistencia a sus camaradas heridos—. Los veinte años de conflicto ininterrumpido transcurridos desde esa fecha sin que se restableciera el orden

público pudieron hacer creer que la asistencia de salud se hallaba en estado de sitio permanente en todo el país; pues bien, ese no es el caso. Sin duda, la asistencia de salud es más que insuficiente en numerosas partes del país, pero la violencia ya no está omnipresente. Actualmente, los visitantes del hospital de Medina aceptan dejar sus armas en la entrada contra entrega de un comprobante numerado. Además, los profesionales de la salud interrogados en la capital afirman que tanto los combatientes como la población respetan las instalaciones de salud, casi en la misma medida en que respetan las mezquitas. Incluso los problemas de discriminación basada en la pertenencia a los clanes o las represalias contra el personal sanitario que no logra salvar a un paciente son mucho menos frecuentes de lo que se podría pensar. Por lo tanto, el proyecto permitió no solo conocer mejor los problemas vinculados al respeto de la asistencia de salud, sino también plantear cuestiones interesantes sobre las razones por las que la asistencia de salud es más respetada en algunas situaciones o entre algunas partes beligerantes que en otras.

La dificultad de reunir información precisa

Los intentos de obtener una imagen precisa de los tipos y la frecuencia de los casos de violencia contra la asistencia de salud tropezaron con varios obstáculos considerables. El primero de ellos en Afganistán, Somalia y República Democrática del Congo no era otro que la dificultad de obtener información sobre los incidentes de parte de una gran número de actores de la salud, en particular en Somalia y en Afganistán, donde hay territorios enteros inaccesibles tanto para el personal del Ministerio de Salud como para las organizaciones internacionales de socorro. Solo después de entrevistarse con los pacientes del hospital de Mirwais en Kandahar, por ejemplo, el CICR pudo hacerse una idea del estado de los servicios de salud en las regiones del sur del país, en manos de la oposición, y de las dificultades que enfrentaban las personas que deseaban llegar al hospital. En esos tres países, el acceso a la asistencia fuera de las grandes ciudades plantea problemas incluso en tiempo de paz: requiere recorrer largas distancias a pie, en burro o en motocicleta. Es imposible saber cuántas personas enfermas o heridas no logran nunca llegar a un centro de salud.

También resultó sorprendentemente difícil persuadir a otros actores de la salud de que compartieran la información que poseían respecto de los incidentes. Ello se debe en parte al carácter sensible de las negociaciones con las partes beligerantes o las bandas criminales sobre los incidentes de seguridad —en particular, cuando se relacionan con secuestros y pedidos de rescate—, pero esta dificultad refleja también cierta competencia entre organismos de asistencia, que prefieren minimizar los problemas a los que se enfrentan para preservar una imagen de éxito, que es esencial para sus esfuerzos de colecta de fondos en su país y de cara a sus donantes institucionales. Parte de los incidentes de seguridad puede deberse a los actos o a la imagen de una organización de asistencia, así se trate de actos destinados a vengar el despido de un empleado nacional en Somalia, de las repercusiones de un acuerdo poco satisfactorio con una milicia local en Afganistán, o

de una comunidad encolerizada porque una organización no gubernamental con más ambiciones que capacidades no cumplió sus promesas en República Democrática del Congo. Pocas son las organizaciones de asistencia dispuestas a exponer públicamente y con detalles ese tipo de incidentes. Los prestadores nacionales de servicios de salud, tanto públicos como privados, son todavía más discretos, aun cuando por su número, están sin dudas expuestos a más incidentes que los actores internacionales. Por ello, las fuentes de información sobre esos incidentes siguen siendo muy limitadas, lo que implica una distorsión notable de los datos.

En segundo lugar, la diversidad de incidentes comprobados en cada país planteó interrogantes respecto de los criterios de inclusión en el conjunto de los datos y suscitó numerosos debates dentro de los equipos del CICR. Algunos opinaban que solo deberían tomarse en cuenta los casos de violencia que incluyeran un motivo vinculado a la función médica. Según ese punto de vista, un médico abatido en un robo a mano armada en su domicilio no estaría incluido, como tampoco el secuestro de una enfermera si hubiera un pedido de rescate, ni el ataque a mano armada de un vehículo del CICR que no transportara personal o material sanitario. Sin embargo, el hecho de restringir los criterios de esta manera plantea un doble problema: primero, el motivo rara vez es claro e incluso actos puramente criminales pueden tener connotaciones políticas, dado que las pandillas criminales tienen pocas posibilidades de poder operar en algunas regiones de Afganistán, Somalia o República Democrática del Congo sin el acuerdo tácito o activo del grupo armado que ejerce el poder en el territorio. Segundo, y más importante, las consecuencias de un incidente como el homicidio o el secuestro de un trabajador de la salud profesional implican el mismo perjuicio para la población, independientemente de si el motivo está o no vinculado a la función médica de la víctima. Ello es particularmente cierto en Somalia, que solo cuenta con un médico cada 25.000 habitantes⁵. Por esa razón, los tres estudios de caso examinaron no solo los motivos, sino también las consecuencias de los incidentes para decidir si correspondía tomarlos en cuenta.

Las conclusiones principales de los estudios en el terreno

Durante las décadas de conflicto armado en Afganistán, Somalia y República Democrática del Congo, los combatientes cometieron violaciones muy graves de las leyes de protección de los establecimientos, el personal y los vehículos sanitarios. La primera guerra del Congo (1996-1997), que destruyó los campos de refugiados ruandeses en el este de la República Democrática del Congo, comenzó cuando los soldados ingresaron en el hospital de Lamera en Kivu Sur, el 6 de octubre de 1996, y ejecutaron a más de treinta pacientes y miembros del personal de salud del establecimiento. En Somalia, los actos de saqueo y la expulsión de una multitud de grandes organizaciones de asistencia en 2011 redujeron drásticamente la oferta de servicios de salud en un período en el que las regiones del

5 Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, cap. 6, disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/.

sur y el centro del país estaban afectadas por una grave escasez de alimentos, lo que desencadenó un aumento del número de decesos que la vacunación habría podido prevenir y agravó los efectos devastadores de la desnutrición. Finalmente, en Afganistán, en repetidas ocasiones se cometieron actos de perfidia, incluso en abril de 2011, cuando se utilizó una ambulancia para perpetrar un ataque suicida contra un centro policial de entrenamiento en las afueras de Kandahar⁶.

Durante los períodos examinados en cada estudio de caso (de abril de 2009 a abril de 2010 en Afganistán, de 2006 a 2012 en Somalia, y en 2012 en la República Democrática del Congo), ese tipo de incidente grave fue relativamente poco frecuente, aunque las consecuencias de la prohibición de un gran número de organismos de asistencia sanitaria en algunas partes del territorio somalí sigan siendo sensibles en la actualidad. Sin embargo, contrariamente a los otros dos incidentes mencionados, la asistencia de salud no parece, en el caso de Somalia, haber sufrido abusos o ataques, ni haber sido negada como parte de una estrategia militar destinada a perjudicar al adversario: las organizaciones de asistencia no fueron expulsadas para privar a la población de asistencia de salud⁷. En realidad, ninguno de los países estudiados conoció ataques de instalaciones y personal sanitario de una magnitud comparable a los que tienen lugar actualmente en Siria, cuyo objetivo declarado es privar deliberadamente a la oposición de atención médica⁸. No obstante, se produjeron algunos incidentes de ese tipo, que abordaremos en la siguiente sección, antes de tratar las formas de violencia más extendidas, que se deben más a una falta de respeto del estatuto protegido de la asistencia de salud que a una voluntad manifiesta de hacer un uso indebido de ella o de atacarla.

El recurso estratégico a la violencia contra la asistencia de salud

La violencia intencional o las amenazas de violencia contra las instalaciones y el personal de salud con fines militares han sido más frecuentes en Afganistán que en Somalia o en República Democrática del Congo. Ello se debe, sin duda alguna, a la naturaleza asimétrica del conflicto que enfrenta a una fuerza internacional muy bien armada, equipada y entrenada junto con sus aliados afganos, contra un conjunto de grupos fragmentados, pero hábiles. Aunque los talibanes hayan reconocido que el uso de una ambulancia en el ataque perpetrado en abril de 2011 en las afueras de Kandahar fue un error que “no se volverá a repetir⁹”, esa no era la primera vez que un vehículo pintado como ambulancia se empleaba en un

6 CICR, “Afganistán: ambulancia utilizada en ataque contra centro policial de entrenamiento”, comunicado de prensa 11/85, 7 de abril de 2011, <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/news-release/2011/afghanistan-news-2011-04-07.htm>

7 Sin embargo, la prohibición en sí tenía motivos militares, ya que el grupo islámico militante Al Shabab sospechaba que el personal de algunas organizaciones de asistencia era espía y temía que se revelara la ubicación de sus dirigentes, que podrían luego ser atacados con drones.

8 V. Jonathan Whittall, “My enemy’s doctor is my enemy”, en *The Huffington Post*, 10 de abril de 2013, disponible en: www.huffingtonpost.co.uk/jonathan-whittall/syria-medicins-sans-frontieres_b_2829593.html

9 “Afghanistan: Taliban rue ambulance attack”, en *IRIN*, 12 de abril de 2011, disponible en: www.irinnews.org/PrintReport.aspx?ReportID=92446

ataque¹⁰, y la perfidia se alienta incluso en la *Layha* —o código de conducta— de los talibanes. Las normas que permiten a los combatientes hacerse pasar por civiles para perpetrar un atentado suicida y modificar su apariencia para confundirse entre la población local no han sido modificadas entre la versión de ese código de 2009 y la de 2010, aun cuando se modificaron otras disposiciones y se añadieron numerosas cláusulas, aparentemente con miras a que los talibanes tuvieran una percepción más favorable por parte de la población afgana (como la supresión del artículo que aprobaba los ataques contra las organizaciones de asistencia, en la versión de 2010)¹¹. Las instalaciones y el personal de salud suelen ser los primeros en padecer las consecuencias del evidente sentimiento de frustración que suscita el combate contra un enemigo tan escurridizo. Las fuerzas internacionales y gubernamentales registraron puestos de primeros auxilios y dispensarios en búsqueda de combatientes de la oposición heridos y amenazaron a miembros del personal con represalias si se negaban a señalar la presencia de esos combatientes en el futuro. En algunos casos, una violación trae aparejada otra violación: cuando el personal de un hospital en la provincia de Baghlan, al norte del país, recibió la orden de no asistir a los combatientes de la oposición o a sus familiares, estos últimos secuestraron a un médico para que atendiese a sus heridos.

La política abiertamente expuesta de la coalición, que consistía en utilizar la asistencia “humanitaria” para ganarse los corazones y las mentes de los civiles afganos y extinguir la legitimidad del gobierno de Hamid Karzai en el país, comprometió la neutralidad de la asistencia (médica o de otro tipo) y la convirtió en un objetivo de la oposición. Varios incidentes acontecidos en 2009 y 2010 —amenazas contra el personal sanitario, farmacias y dispensarios obligados a cerrar sus puertas, advertencias a la población de no utilizar tal o cual instalación sanitaria— parecían directamente destinados a contradecir las declaraciones de la coalición, según las cuales la estabilidad estaba restablecida en una zona determinada. Además, los afganos que eran sorprendidos colaborando con las tropas extranjeras o con el Gobierno eran amenazados o “castigados”. Incluso tras una campaña militar “exitosa” destinada a expulsar a los insurgentes de Marjah, en la provincia de Helmand, en febrero de 2010, la seguridad del personal de salud no estaba en absoluto garantizada. Los médicos locales se negaron a ayudar a los *marines* estadounidenses a restablecer los servicios de salud en la zona, pues consideraban que la actividad era demasiado riesgosa. “Para llegar hasta aquí, los talibanes me detuvieron tres veces para preguntarme adónde iba y si trabajaba para los estadounidenses. Es demasiado peligroso”, declaró un médico¹². Sin embargo, a mediados de 2010, se produjo un cambio de

10 Por ejemplo, el 18 de enero de 2010, se perpetró un ataque con esta modalidad contra un edificio del gobierno en Kabul.

11 V. Thomas H., Johnson y Matthew C. DuPe, “Analysing the new Taliban Code of Conduct (Layeha): an assessment of changing perspectives and strategies of the Afghan Taliban”, en *Central Asian Survey*, vol. 31, n.º 1, marzo de 2012, pp. 77–91; Muhammad Munir, “The Layha for the Mujahideen: an analysis of the code of conduct for the Taliban fighters under Islamic law”, en *International Review of the Red Cross*, vol. 93, n.º 881, marzo de 2011, pp. 81–120.

12 Karim Talbi, “Uphill task for US Marines on Afghan healthcare”, en AFP, 24 de marzo de 2010, disponible en: <http://www.afghanistannewscenter.com/news/2010/march/mar252010.html#23>

táctica de la oposición armada: en lugar de obstaculizar o cerrar las instalaciones de salud en las regiones que habían caído en sus manos, las autorizó a funcionar para ganarse la lealtad y el apoyo de la población local.

También en RDC, algunos casos de violencia contra la asistencia de salud parecían encuadrarse en una estrategia más amplia destinada ya sea a castigar a una población por su lealtad percibida hacia un grupo armado, o a crear un “no man’s land” inhabitable en un territorio disputado. Este último caso es particularmente flagrante en Kivu Norte, donde poblados enteros fueron vaciados de sus habitantes e incendiados —instalaciones sanitarias incluidas— en el marco de la violencia que enfrentaban a las comunidades hunde y hutu. Además, se supone que la tentativa de asesinato del ginecólogo de renombre mundial, Denis Mukwege, ocurrida en su domicilio en Bukavu, en octubre de 2012, tenía intenciones políticas. Su legitimidad como médico que asistía a las víctimas de graves actos de violencia sexual confiere un peso considerable a sus críticas sobre la impunidad reinante en República Democrática del Congo respecto de esos crímenes y, tanto su personal como él mismo recibieron amenazas vinculadas directamente con sus actividades. Asimismo, en República Democrática del Congo se produjeron algunos secuestros de trabajadores de la salud a fin de obtener asistencia para combatientes rebeldes.

Aunque esos hechos se hayan producido fuera del marco temporal analizado por el estudio en el terreno, apenas unos años antes, República Democrática del Congo había sido el escenario de una de las peores manipulaciones de servicios de salud con fines militares jamás cometida. En octubre de 2009, las fuerzas gubernamentales atacaron siete puestos de vacunación en la región de Masisi, donde las familias de los combatientes rebeldes de las Fuerzas Democráticas de Liberación de Ruanda esperaban para ser inoculados con la vacuna contra el sarampión. Algunos miembros del equipo de Médicos Sin Fronteras, que habían organizado la campaña y obtenido “garantías” de seguridad de todas las partes, tuvieron la sensación de haber servido como carnada¹³. Las consecuencias inmediatas fueron devastadoras en sí mismas, pero Médicos Sin Fronteras también se interrogó acerca del impacto a más largo plazo de esa falta de cumplimiento de la palabra empeñada en la capacidad de la organización para llevar adelante campañas futuras de vacunación vitales u otros programas de salud.

Las pruebas de abuso deliberado o de destrucción de instalaciones sanitarias con fines militares fueron mucho más difíciles de hallar en Somalia. *Human Rights Watch* afirmó que los daños causados a tres hospitales de Mogadiscio durante la ocupación de la ciudad por parte de las fuerzas etíopes en 2007 habían sido deliberadamente ocasionados, lo que sugería que los etíopes sospechaban que los establecimientos asistían a los insurgentes¹⁴. Los tres hospitales fueron gravemente dañados y saqueados, y uno de ellos, Al Arafat, permaneció cerrado durante años.

13 “RDC: une vaccination MSF sert d’appât lors d’une attaque inacceptable contre des civils”, comunicado de prensa de Médicos Sin Fronteras del 6 de noviembre de 2009, disponible en: <http://www.msf.ch/news/communiqués-de-presse/detail/rdc-une-vaccination-msf-sert-dappat-lors-dune-attaque-inacceptable-contre-des-civils/>.

14 V. Human Rights Watch (HRW), *Shell-Shocked: Civilians under Siege in Mogadishu*, HRW, Nueva York, agosto de 2007, pp. 51–57.

No obstante, las entrevistas con los antiguos colaboradores del establecimiento presentes en aquel entonces sugieren que los motivos que animaron a los etíopes no eran tan claros como sugiere *Human Rights Watch*¹⁵. Según ellos, los oficiales etíopes deseaban utilizar al menos uno de esos establecimientos como puesto de observación y habrían tratado correctamente al personal; el saqueo del hospital, afirmaron, sería obra de soldados de rango inferior. El personal negó tener conocimiento de acusaciones según las cuales los hospitales estaban bajo las órdenes de Al Qaeda o que se habrían pintado leyendas que representaban esa lealtad en los muros, como afirma *Human Rights Watch*. No obstante, las tropas etíopes son responsables de no haber respetado esas instalaciones de salud como estaban obligadas a hacerlo en virtud del DIH y de no haberlas protegido contra el saqueo de los otros.

Falta de respeto de la debida protección a la asistencia de salud y los pacientes

El problema que surge con más frecuencia en los tres últimos estudios de caso en el ámbito sanitario es la imposibilidad de los heridos y enfermos de recibir asistencia de salud cuando la necesitaban. Si bien cada estudio recopiló tipos de obstáculos diferentes —que abordaremos más adelante—, uno de ellos es omnipresente: tras un enfrentamiento militar, los combatientes no ayudaban a los civiles heridos a recibir asistencia médica. En todos los casos parecen haberse realizado esfuerzos, a menudo por iniciativa de un miembro del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, para evacuar a los combatientes heridos, prodigarles los primeros auxilios y organizar su traslado hacia una instalación médica, pero rara vez se vio a los soldados realizando esfuerzos similares para que los civiles recibieran asistencia. Esta es indudablemente la obligación de derecho internacional más incumplida por todas las fuerzas combatientes en esas tres situaciones.

Obstáculos que impiden a los pacientes llegar a los lugares de asistencia

Los violentos combates que asolaron Mogadiscio, la capital somalí, en 2007, 2009 y 2010, causaron algunos de los peores obstáculos al acceso a la asistencia de salud, según se comprobó en los estudios de caso. En marzo de 2007, los disparos de obuses y los combates callejeros eran tan intensos que los habitantes no se atrevían a aventurarse fuera de su domicilio, y nadie recogía a los heridos y los muertos. Los cadáveres se descomponían en las calles. En agosto de 2010, estallaron nuevamente combates violentos en diversos barrios de la ciudad, que impidieron a los habitantes dejar su vivienda durante ocho días seguidos. Hasta fines de 2008, ningún servicio de ambulancias funcionaba en Mogadiscio, y la mayoría de los heridos llegaban al hospital en carretilla, en carretas tiradas por burros o a pie. Desde 2009, están activas algunas compañías de ambulancias, que han ayudado a salvar numerosas vidas. No obstante, la mayoría están mal equipadas, y ni sus

15 Las entrevistas con el personal de los hospitales se llevaron a cabo en Mogadiscio, en junio de 2012.

conductores ni su personal han recibido la menor formación médica¹⁶. Además, el traslado de los heridos y los enfermos al caer la noche se torna peligroso; cuando el día termina, son escasos los vehículos en las rutas, a causa del clima de temor y sospecha debido a los ataques de los insurgentes. Por todas esas razones, sigue siendo muy difícil llegar a una instalación de salud en caso de necesidad, incluso en la capital, que sin embargo está relativamente animada.

En las regiones del sur y el centro de Somalia, los principales obstáculos para una asistencia rápida son el número limitado de instalaciones sanitarias y las restricciones que pesan sobre el suministro de medicamentos y material. Se produjeron robos de suministros y material médico en varios complejos de Naciones Unidas en 2009, y luego, en 2011, cuando todos los organismos de Naciones Unidas fueron expulsados de los territorios en poder de Al Shabab. En 2009, los objetivos de esas acciones incluían el almacén central de UNICEF en Jowhar, que contenía suministros destinados a más de cien dispensarios administrados por comunidades y organismos de asistencia locales. El robo de material con cadena de frío destruyó miles de dosis de vacunas, y suministros nutricionales costosos destinados a 40.000 niños desnutridos en doscientos centros terapéuticos y ochenta centros de alimentación suplementaria también desaparecieron¹⁷. Nadie sabe exactamente cuántas son las personas sin acceso a la asistencia de salud hoy en día en el sur y el centro del país, ni cuáles son las consecuencias de esta situación por lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad. Recientemente, se detectaron varios casos de polio-mielitis causadas por el poliovirus salvaje en Somalia¹⁸, lo cual hace temer que el virus se propague en esa población de niños no vacunados, echando por tierra los avances realizados en pos de la erradicación de la enfermedad a nivel mundial.

El saqueo de las instalaciones de salud y los vehículos que las abastecen también es una causa importante de insuficiencia de los servicios de salud en el este de República Democrática del Congo. Más de la mitad de todos los actos de saqueo habrían sido cometidos por soldados gubernamentales de las Fuerzas Armadas de la República Democrática del Congo (FARDC); los demás habrían sido perpetrados por actores armados que no dependían de las autoridades estatales, asociados a un grupo armado o simples bandidos. Esos actos de saqueo —que no se dirigen solo a los centros sanitarios, sino que también afectan las tiendas, las iglesias y las viviendas privadas— son un síntoma de problemas estructurales más amplios en República Democrática del Congo, vinculados a la debilidad del Estado. Los miembros de las fuerzas armadas no reciben un salario regular, por ello, buscan otros medios de satisfacer sus necesidades, como la explotación ilegal de minerales, el comercio de especies en peligro de extinción u otros tipos de contrabando. Al igual que los miembros de grupos armados no estatales, explotan a las poblaciones

16 “Life and death on the streets of Somalia”, en *Forgotten Diaries*, 28 de agosto de 2010, disponible en: <http://forgottendiaries-ethiopia.blogspot.ch/2010/08/life-and-death-on-streets-of-somalia.html>

17 “Hostilities against aid work in Jowhar put lives of Somali children and women at risk”, comunicado de prensa de UNICEF, Nairobi, 17 de junio de 2009, disponible en: http://www.unicef.org/media/media_50020.html

18 “Polio outbreak spreads in Somalia”, Polio Global Eradication Initiative, 30 de mayo de 2013, disponible en: <http://www.polioeradication.org/tabid/488/iid/305/Default.aspx>

locales, apoderándose por la fuerza de lo que necesitan. Los centros sanitarios, con sus medicamentos, material y dinero en efectivo, son objetivos fáciles, y el fruto del saqueo se toma en concepto de “botín de guerra”. Los casos de saqueo tienden a aumentar cuando se aumentan las tensiones, con el desplazamiento de las tropas de una región a otra. El número de incidentes se acrecentó a partir de mayo de 2012, tras el comienzo de los ataques del grupo rebelde M23 contra posiciones en poder del Gobierno en Kivu Norte, cuando llegaron refuerzos de las FARDC provenientes del sur. Otros grupos armados se aprovecharon de la situación para ocupar los territorios que quedaban liberados y, en el camino, a veces recurrieron al saqueo. El retiro de las FARDC de Goma también estuvo acompañado de graves incidentes —saqueo y violaciones—, en particular en la ciudad de Minova¹⁹, ubicada al borde de un lago, aunque el hospital de la ciudad, que recibe apoyo de Médicos Sin Fronteras, afortunadamente no fue afectado.

En Afganistán, los principales obstáculos que impedían llegar a las instalaciones de salud estaban directamente ligados a la inseguridad, por diversos motivos. En primer lugar, la falta de garantías de seguridad fiables en las regiones periféricas impide que el personal sanitario, tanto del Gobierno como de numerosas organizaciones internacionales de socorro, presten servicios de salud allí. Los heridos y los enfermos deben recorrer largas distancias para recibir la asistencia que necesitan. En segundo lugar, los artefactos explosivos improvisados colocados a lo largo de las rutas impiden la circulación segura de los pacientes y el personal de salud²⁰, incluso en las zonas que poseen servicios de salud idóneos. Por último, los procedimientos de los puestos de control y los cierres de rutas representan un obstáculo grave para la asistencia médica rápida de los heridos y los enfermos. Los largos registros de los vehículos en los puestos de control crean extensas filas de espera y, a menudo, hay que esperar varias horas para pasarlos. En 2009-2010, no existía ningún sistema para tratar rápidamente las urgencias médicas, y evitar la fila de espera era peligroso: en 2009, varios civiles fueron abatidos cuando intentaban adelantarse en una fila de vehículos inmovilizados. Los cordones en las rutas durante las operaciones de seguridad también impiden que los heridos sean tratados a tiempo. El 3 de febrero de 2010, una niña herida en una explosión en Chahar Dara, en la provincia de Kunduz, falleció poco después de llegar al hospital, luego de haber sido trasladada en la espalda de un hombre durante una hora, porque la ruta estaba acordonada.

Último motivo de preocupación, tanto en Afganistán como en República Democrática del Congo: el arresto de pacientes heridos y enfermos (excombatientes reales o presuntos), retirados de instalaciones de salud contra la opinión del personal sanitario. El hecho de estar fuera de combate no confiere inmunidad contra el arresto y el enjuiciamiento, pero la autoridad que proceda a ello está obligada por ley a asegurar la continuidad de la asistencia de salud para las personas que

19 V. Pete Jones, “Congo’s army accused of rape and looting as M23 rebels win image war”, en *The Guardian*, 26 de noviembre de 2012, disponible en: <http://www.theguardian.com/world/2012/nov/26/drc-army-accused-rape-murder-congo>

20 “Afghanistan: mines prevent resumption of normal life in Marjah”, comunicado de prensa del CICR n.º 10/34, publicado en inglés el 5 de marzo de 2010, disponible en: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/news-release/2010/afghanistan-news-050310.htm>

arreste: pues bien, esa obligación no siempre se cumple. De ese modo, en República Democrática del Congo varios heridos fueron evacuados de una instalación de salud, uno de ellos cuando todavía tenía colocada una vía de suero intravenoso con antibióticos, tras una operación. La información recabada posteriormente lleva a pensar que no recibió el tratamiento que exigía su estado de salud. En Afganistán, las fuerzas de seguridad deben hallar un delicado equilibrio para garantizar la seguridad de las ciudades a las que llegan hombres heridos, respetando su derecho de ser rápidamente asistidos. La tendencia de la oposición a recurrir a la simulación incrementa las sospechas de las fuerzas de seguridad y, a veces, los heridos deben sufrir largos interrogatorios antes de acceder a la atención médica.

La violencia contra el personal sanitario

En los tres países estudiados, se registraron casos de trabajadores de la salud amenazados o atacados por haber desempeñado su labor o haber asistido a todos los combatientes heridos y enfermos que lo necesitaban, sin discriminación basada en la parte a la que pertenecían. En República Democrática del Congo y Afganistán, también hubo casos de trabajadores de la salud secuestrados por combatientes de la oposición que querían que sus heridos fueran asistidos. Sin embargo, la gran mayoría de los incidentes violentos que afectaron a miembros del personal de salud se debió más a su proximidad a los combates o a su exposición al delito por su labor que al hecho de ser tomados como objetivo por las funciones que desempeñaban. En todos los casos, las personas más expuestas a las balas perdidas y a despertar sospechas son los voluntarios de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, a menudo obligados a estar cerca de la escena de los enfrentamientos para evacuar a los heridos, prodigar primeros auxilios o identificar y enterrar a los muertos. En República Democrática del Congo y Afganistán, esos voluntarios con frecuencia recibieron amenazas porque se sospechaba de ellos o por la acción que cumplían, a pesar de llevar los petos que indicaban claramente su pertenencia al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Los empleados de la Media Luna Roja Somalí, aunque no fueron tan activos en operaciones de primeros auxilios, también son muy conscientes de los riesgos inherentes a su labor. En algunas zonas, la atención prehospitalaria y de traslado médico a los enfermos o los heridos que se hallan en estado crítico se ofrece de manera limitada en los dispensarios que administran, por temor a las consecuencias que el fracaso de los esfuerzos realizados por salvar la vida de un paciente podría implicar para el personal.

Los homicidios y los secuestros de colaboradores de los organismos de asistencia, incluidos trabajadores de la salud, acarrearán graves consecuencias para el sector de la salud en Afganistán y Somalia, así como en República Democrática del Congo, en menor medida. En Afganistán y en Somalia, prácticamente matan a miembros del personal sanitario nacional por trabajar con “infielotes extranjeros” o los secuestran para exigir un rescate de su familia o de su organización. Muchos renunciaron y dejaron puestos vacantes en los servicios de salud, tras los incidentes violentos que los tenían como objetivo a ellos mismos o a sus colegas.

Las consecuencias de algunos incidentes, como el atentado suicida perpetrado en la ceremonia de entrega de diplomas en la Universidad Benadir en Mogadiscio en diciembre de 2009, fueron persistentes y graves. El fundador de la Facultad de Medicina, el doctor Shahid, y también varios docentes, perecieron en la explosión en el Hotel Shomo y, como consecuencia de ese drama, seis de los médicos recién diplomados partieron al extranjero, tres de ellos tras haber recibido cuidados intensivos²¹. Esos médicos y estudiantes no eran el objetivo del ataque: este iba dirigido a los cuatro ministros del Gobierno presentes en la prestigiosa ceremonia de entrega de diplomas, apenas la segunda que se organizaba en los últimos veinticuatro años. Los cuatro ministros perdieron la vida en ese ataque, pero las repercusiones de ese atentado fueron considerables, ya que a Somalia siempre le costó formar y conservar personal sanitario, incluso actualmente. En 2011, había más de 40 médicos somalíes con un puesto en Nairobi, demasiado preocupados por su seguridad y la de su familia para volver a trabajar a su país²².

El secuestro y el homicidio de trabajadores de la salud expatriados también causan efectos secundarios considerables, ya que las organizaciones internacionales de asistencia reducen su actividad o, simplemente, ponen término a sus programas tras un incidente violento. Por ejemplo, el asesinato de tres empleados de Médicos Sin Fronteras, en enero de 2008 en la ciudad costera somalí de Kismayo, provocó que se retiraran ochenta y siete colaboradores expatriados de Médicos Sin Fronteras de catorce proyectos en todo el país. Del mismo modo, el homicidio de dos colaboradores de Médicos Sin Fronteras en Mogadiscio en diciembre de 2011 provocó el cierre de todos los proyectos de salud administrados por la sección belga de esa institución. El secuestro de dos empleadas españolas de Médicos Sin Fronteras en el campamento de refugiados de Dadaab (Kenia) en octubre de 2011, seguido de su traslado a Somalia, causó la suspensión de todos los programas médicos que no fueran actividades de urgencia, en todo el país, hasta la liberación de las dos mujeres. No es posible cuantificar las consecuencias de esas repercusiones de la violencia contra la asistencia de salud, pero está fuera de toda duda que privan a decenas de miles de somalíes de una asistencia médica de calidad.

Último problema observado en todos los estudios, en particular en República Democrática del Congo y en Afganistán: la presencia de personas armadas o con uniforme dentro de las instalaciones de salud. Esa presencia no solo compromete la imagen de neutralidad de las instalaciones de salud, sino que también representa una amenaza para el personal y los pacientes. En República Democrática del Congo, numerosas personas se quejaron de que la presencia de soldados con uniforme en los hospitales, para actuar como “guardaenfermos” de colegas enfermos o heridos, era una fuente de traumatismo psicológico y estrés adicional para las víctimas de violación que se encontraban hospitalizadas, ya que muy a menudo las violaciones eran cometidas por hombres con uniforme.

21 Entrevista con Mohammed Nur, vicerrector de la Universidad Benadir, Mogadiscio, 12 de junio de 2012.

22 M. Arte, “Exodus of medical professionals from Somalia”, en Somalia Report, 5 de noviembre de 2011, disponible en: http://www.somaliareport.com/index.php/post/715/Exodus_of_Medical_Professionals_from_%20Somalia

Actividades del CICR destinadas a proteger la asistencia de salud

Los estudios en el terreno permitieron comprobar que el CICR, por sus actividades médicas y de protección, ya respondía a algunas de las principales preocupaciones planteadas por la investigación: las dificultades de los heridos y los enfermos para acceder a la asistencia y los actos de violencia cometidos contra las instalaciones y el personal de salud. El CICR integra en sus proyectos de salud algunas medidas para proteger al personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios y también a los pacientes. Esas medidas van desde protegerlos materialmente —como la colocación de una película plástica sobre los vidrios de las aberturas de los hospitales para evitar que una explosión causada por una bomba los convierta en proyectiles mortales o la creación de zonas de seguridad en los centros de salud para el personal y los pacientes— hasta negociar el paso con total seguridad de las ambulancias por los puestos de control, o abordar la cuestión de los ataques contra los centros de salud con los dirigentes de los grupos armados que son los autores de dichos ataques. Para el CICR, el respeto más estricto de los principios de neutralidad e imparcialidad es vital, no solo para preservar su capacidad de traspasar las líneas para salvar a los combatientes y los civiles heridos, sino también para resguardar su credibilidad respecto de las violaciones del DIH en sus gestiones con todas las partes en un conflicto, con la esperanza de lograr que cesen los abusos.

Las ventajas de este enfoque integrado son evidentes en las actividades que el CICR lleva adelante en Kivu Norte y Kivu Sur, en República Democrática del Congo. En 2012, el CICR evacuó a 370 combatientes y civiles gravemente heridos desde zonas de conflicto y los trasladó a hospitales generales de referencia de Goma y de Bukavu, a los que prestaba apoyo con recursos tanto económicos como humanos, gracias a equipos de cirujanos que aportaban sus competencias e impartían formación. Las evacuaciones se realizaron por avión, helicóptero y carretera, pero también a pie, en las regiones aisladas, con la ayuda de voluntarios de la Cruz Roja Congoleña. Una de las evacuaciones ocupó a treinta y cinco voluntarios durante varios días, ya que había que transportar a los heridos en camillas a través de un terreno muy accidentado. Pese a la extrema violencia de los combates en el este de República Democrática del Congo y a las violaciones frecuentes del DIH, solo una de esas evacuaciones se enfrentó a un problema de seguridad. Un convoy de camiones del CICR, que transportaba a treinta y cuatro combatientes heridos, fue inmovilizado y amenazado cuando atravesaba un territorio en manos de una parte adversa. Sin embargo, dado que el CICR —al que le habían asegurado que el convoy sería respetado— había informado a todos los grupos armados de esos desplazamientos, el “malentendido” fue rápidamente disipado con la llegada de un soldado de mayor rango. El respeto de la neutralidad del hospital al que el CICR prestaba apoyo en Goma salta a la vista al recorrer los diversos departamentos: se pueden ver hombres que guardan cama, con la pierna en tracción, que reciben asistencia por heridas de arma de fuego y que comparten la habitación con sus enemigos mortales. Los combatientes comprenden que las lealtades de grupo se

quedan en la puerta de la instalación y que los pacientes deben permanecer fuera de combate hasta su salida.

Las restricciones de seguridad en Afganistán y en Somalia no permiten que ni el CICR ni las Sociedades de la Media Luna Roja efectúen evacuaciones desde zonas de combate como las que se realizan en República Democrática del Congo. Por ello, en Afganistán, el CICR solicita ese servicio a los conductores de taxi, que pueden recorrer esas regiones con relativa seguridad, y les reembolsa los gastos en que hayan incurrido, según criterios estrictamente definidos. En Somalia, ante la agobiante afluencia de heridos, el CICR desplegó equipos de cirujanos en diversos hospitales del país para operar a los heridos, independientemente del bando al que pertenecieran. El hospital de Keysaney, en Mogadiscio, que recibe apoyo del CICR pero es administrado por la Media Luna Roja Somalí, vio el barrio en el que se sitúa cambiar de bando en repetidas ocasiones en los últimos veinte años, pero, salvo algunos daños ocasionados por balas perdidas y obuses de mortero, no se vio afectado por la destrucción que asola una gran parte de la ciudad. El personal afirma rotundamente que el hospital fue protegido porque todos saben que algún día podrían necesitarlo y recibir asistencia allí, independientemente del clan al que pertenezcan. La aplicación constante de ese principio de imparcialidad fue la clave de la subsistencia del establecimiento.

La formación de los combatientes en primeros auxilios es otra herramienta a la que recurre el CICR para tratar de limitar el costo humano de los conflictos, y ese programa —que se propone a todas las partes— también ofrece una excelente oportunidad para recordar la importancia de la asistencia de salud y la necesidad de respetarla y protegerla. En Afganistán, esa formación se imparte a los talibanes y a otros combatientes de la oposición, así como a las instancias gubernamentales a cargo de la seguridad y a la policía. El CICR puede adaptar sus mensajes para tratar los problemas específicos de los diversos grupos. Por ello, las fuerzas gubernamentales fueron alentadas a respetar la deontología médica, que garantiza el respeto de la confidencialidad de la información relativa a los pacientes y que prioriza la asistencia médica por sobre el interrogatorio de los sospechosos heridos, mientras los combatientes de la oposición eran alentados a respetar el emblema protector de la Cruz Roja, así como las instalaciones y el personal sanitarios. Esos contactos con combatientes de rango medio, que permiten hablarles del derecho y conocer su opinión, complementan las gestiones de carácter más oficial dirigidas a las altas esferas de los grupos armados y las fuerzas militares y que se organizan luego de los actos de violencia contra la asistencia de salud. Los informes orales y escritos sobre los incidentes dieron sus frutos o en Afganistán y suscitaron, por ejemplo, modificaciones en las reglas de enfrentamiento del ejército de Estados Unidos dentro de las instalaciones de salud.

De ese modo, la amplia gama de actividades del CICR en el ámbito de la salud, asociada a su acción de protección, forma una base ideal a partir de la cual es posible examinar otros medios para reducir los actos de violencia contra la asistencia de salud. La recopilación sistemática de datos que inició el proyecto “Asistencia de salud en peligro” ayuda a las delegaciones a comprender mejor el

tipo y la frecuencia de los actos de violencia contra la asistencia de salud y a adaptar sus programas operacionales en consecuencia, así como el contenido de sus debates con las partes beligerantes. Además, la participación en el proceso del conjunto de los asociados de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja facilitó el intercambio de información y prácticas óptimas a través de decenas de situaciones nacionales diferentes.

Conclusión y orientaciones futuras

El alcance y el número de incidentes violentos perpetrados contra la asistencia de salud que se han registrado en los tres estudios de caso son, evidentemente, preocupantes. En el mejor de los casos, se puede hablar de una gran falta de respeto del derecho a la asistencia de salud y el estatuto protegido de las instalaciones de salud, el personal y los medios de transporte sanitarios. En el peor de los casos, la asistencia de salud fue manipulada, atacada o prohibida para perjudicar a las personas consideradas enemigas. Además, todo ataque violento contra instalaciones, personal o medios de transporte sanitarios tiene repercusiones más amplias, que trascienden sus objetivos: sin duda alguna, la suspensión o el cierre de servicios de salud por motivos de seguridad han tenido repercusiones en millones de personas.

Dado que hasta aquí ninguna organización internacional había recopilado datos sobre la violencia contra la asistencia de salud²³, resulta imposible evaluar si la situación empeoró respecto de las décadas anteriores. Los conflictos del pasado tuvieron su cuota de ataques atroces contra instalaciones y personal de salud y contra pacientes: tras la evacuación del hospital de Vukovar (Croacia) en 1991, se descubrieron más de 200 cuerpos en una fosa común²⁴; en 1994, durante el genocidio de Ruanda, hubo miembros de la población tutsi heridos que fueron sacados de las ambulancias que los transportaban y ejecutados en los puestos de control²⁵; en febrero de 2009, el bombardeo del único hospital en condiciones de funcionar en el norte de Sri Lanka durante el conflicto²⁶ hirió o mató a un gran número de las 500 personas que recibían asistencia allí; y un mes antes, se le había impedido a socorristas que prestaran auxilio a personas heridas y moribundas en las viviendas destruidas de la ciudad de Gaza²⁷.

23 V. Leonard Rubenstein y Melanie Bittle, "Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict", en *The Lancet*, vol. 375, enero de 2010, pp. 329–340.

24 V. Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, causa *Mkršić y otros* ("Hospital de Vukovar"), IT-95-13/1, y las causas *Ovčara* ante la Sala de Crímenes de Guerra del Tribunal de Distrito de Belgrado.

25 "Rwanda 1994: La vraie vie est absente", conferencia a cargo de Philippe Gaillard, jefe de la delegación del CICR en Ruanda durante el genocidio, realizada en el Museo Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en Ginebra el 18 de octubre de 1994, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5xnqjm.htm>

26 "Patients killed in cluster bomb attack on Sri Lanka hospital", en *The Guardian*, 4 de febrero de 2009, disponible en: www.guardian.co.uk/weather/2009/feb/04/srilanka-terrorism

27 "Gaza: l'armée israélienne n'assistent pas les blessés palestiniens, le CICR demande d'urgence l'accès à ces derniers", comunicado de prensa 09/04, 8 de enero de 2009, disponible en: <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/news-release/2009-and-earlier/palestine-news-080109.htm>

Sin embargo, algo es seguro: la instrumentalización de los socorros en la “guerra contra el terrorismo” volvió sospechosos los motivos y las intenciones de las organizaciones de asistencia en Afganistán y en otros lugares, incluida Somalia. Esa sospecha, en relación con los prestadores de asistencia de salud, empeoró en 2011, a causa del papel que desempeñó un médico en la localización del dirigente de Al Qaeda, Osama bin Laden, en su escondite en Abbottabad (Pakistán) gracias a la toma de muestras de ADN efectuada en el marco de una falsa campaña de vacunación. Indudablemente, tras ese episodio, el número de ataques contra equipos de vacunación aumentó, especialmente en Pakistán. Para empeorar la situación, los responsables estadounidenses que apoyaron ese uso indebido de los servicios médicos no manifiestan remordimiento alguno. Uno de ellos declaró al periódico *The Guardian*:

La campaña de vacunación formaba parte de la persecución del terrorista más buscado del mundo, eso es todo. Si Estados Unidos no hubiese demostrado ese tipo de creatividad, todo el mundo se preguntaría por qué no utilizaron todas las herramientas de las que disponían para encontrar a bin Laden²⁸.

Ese es el tipo de mentalidad que representará el mayor obstáculo para mejorar la seguridad de la asistencia de salud en los conflictos en todo el mundo. Cuando el acto de prodigar asistencia de salud pierde así su neutralidad o su imparcialidad, introduciendo una discriminación entre personas que pueden ser tratadas y otras que no pueden serlo, su estatuto protegido queda comprometido y es vulnerable a los ataques.

Los episodios de violencia que se repiten en todo el mundo muestran que se debe redoblar la actividad para fortalecer el respeto de las normas que protegen la asistencia de salud y los pacientes. En primer lugar, es esencial que los organismos de salud, el personal de los ministerios de Salud y los prestadores de asistencia de salud privados estén mucho más informados sobre la protección que confiere el derecho internacional a la asistencia de salud y las responsabilidades correspondientes del personal sanitario de defender la deontología de la asistencia de salud. El personal y los organismos de salud deben tratar el problema de la violencia de manera conjunta y establecer más mecanismos para prevenirla. Era sorprendente comprobar hasta qué punto eran escasos los centros sanitarios y los hospitales en República Democrática del Congo que, por ejemplo, tenían normas para impedir el ingreso de armas al establecimiento. Cuando se propuso la idea, fue inmediatamente bien recibida por el personal sanitario. Ese tipo de procedimientos debe convertirse en la norma en los establecimientos de salud y los vehículos sanitarios en el país, para suscitar menos objeciones con el tiempo.

En segundo lugar, la comunidad de la asistencia de salud debe sumarse a las iniciativas de comunicación destinadas a sensibilizar a la población sobre las

28 Traducción del CICR. Saeed Shah, “CIA’s fake vaccination programme criticised by Médecins Sans Frontières”, en *The Guardian*, 14 de julio de 2011, disponible en: <http://www.theguardian.com/world/2011/jul/14/cia-fake-vaccination-medecins-frontieres>

consecuencias de los actos de violencia dirigidos contra la asistencia de salud. Uno de los mensajes disuasivos podría consistir en afirmar claramente que esos actos pueden constituir crímenes de guerra e implicar graves sanciones para sus autores. Sin embargo, quizás ese mensaje deba estar dissociado de las organizaciones de asistencia activas en el terreno, a fin de no dar lugar a la sospecha de que las pruebas de esos actos se enviarán a la Corte Penal Internacional (temor que ya condujo a amenazas contra el personal sanitario en República Democrática del Congo y a expulsiones de organizaciones de ayuda en Sudán). Ese mensaje podría complementarse con un segundo mensaje que, con un ánimo más persuasivo, apelara a la reciprocidad: si respeta los servicios de salud de sus enemigos, es probable que ellos respeten los suyos. Podrían utilizarse novelas radiofónicas y otros vectores de comunicación populares para transmitir mensajes destinados a permitir que el personal de salud local desempeñe sin obstáculos sus funciones de ayuda a los heridos y los enfermos.

En tercer lugar, sería deseable que una organización internacional tomara la responsabilidad de vigilar más sistemáticamente los actos de violencia contra la asistencia de salud. Las organizaciones de protección de la salud, nacionales o internacionales, deberían ser alentadas más enérgicamente a señalar esos incidentes, para que los problemas se entiendan y se combatan mejor. También es importante una mayor precisión sobre qué tipos de incidentes deben señalarse, para reducir la subjetividad en ese ámbito.

En cuarto lugar, los organismos de asistencia deben reflexionar acerca de las consecuencias que pueden tener sus actos y sus declaraciones en la percepción de su neutralidad en contextos de conflicto. Por ejemplo, en una declaración reciente, un alto responsable de la Organización Mundial de la Salud vinculó los progresos de la vacunación a la derrota sufrida por las fuerzas de Al Shabab en manos de la Unión Africana, y afirmó que “desde que Al Shabab fue eliminado, las organizaciones de salud acuden prontas a vacunar a los niños²⁹”. Ese tipo de comentario no favorecerá los esfuerzos para reforzar la vacunación antipoliomielítica en las regiones en poder de Al Shabab en el contexto del reciente brote de poliomielitis. Un gran número de otros organismos de ayuda solo suscriben desde lo puramente formal las posiciones humanitarias que deben manifestar para poder operar con total seguridad en las zonas de conflicto, y se producen numerosos incidentes a causa de las lagunas de comunicación y de una aceptación insuficiente por parte de la población local. Dadas las repercusiones de largo alcance que un solo incidente violento contra una organización de socorro puede tener, es responsabilidad de todos lograr que esas organizaciones tengan mayor aceptación en los contextos en los que operan.

Por último, y sobre todo, las organizaciones humanitarias deben unirse, tanto en los debates bilaterales como a la hora de tomar posiciones públicas, para

29 Somalia launching new five-in-one child vaccines”, en *AP*, 25 de abril de 2013. Ese artículo fue tomado por periódicos del mundo entero, incluso por órganos somalíes como *Hiiraan Online*: “New push against polio and new vaccines in Somalia”, en *Hiiraan Online*, 26 de abril de 2013, disponible en: www.hiiraan.com/news4/2013/Apr/29046/new_push_against_polio_and_new_vaccines_in_somalia.aspx

oponerse a toda iniciativa política que mine la neutralidad de la asistencia de salud. Así como el uso de una ambulancia para cometer un atentado suicida suscita desconfianza respecto de todas las ambulancias, en desmedro de las personas que deben ser rápidamente trasladadas a un hospital, la participación de un solo médico en un acto de espionaje suscita desconfianza respecto de los profesionales de la salud, en desmedro de todos. Si se desvía de su objetivo, la asistencia de salud no logrará sino atraer más violencia. Redunda en interés de toda la comunidad de la asistencia de salud, y más ampliamente de la comunidad humanitaria, apoyarse y luchar para lograr el respeto de la deontología médica y de las normas que protegen la asistencia de salud.