

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

Entrevista a Pierre Gentile

Responsable del proyecto “Asistencia de salud en peligro”, Dirección de Actividades Operacionales del CICR.

En 2011, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja dio inicio al proyecto “Asistencia de salud en peligro”, una iniciativa mundial que persigue un objetivo ambicioso: hacer más segura la prestación de asistencia de salud en conflictos armados y otras situaciones de emergencia. Dos años después, Pierre Gentile, responsable del proyecto en el CICR, nos habla de los logros obtenidos, los desafíos que se plantean y el camino por seguir para que ese deseo se haga realidad.

¿En qué consiste el proyecto “Asistencia de salud en peligro”?

El proyecto “Asistencia de salud en peligro” nació de una triste comprobación: los pacientes, el personal de salud, los establecimientos y los vehículos sanitarios, están ahora más afectados por la violencia que antes. Basta con seguir la actualidad: así se trate de un ataque contra una ambulancia en Medio Oriente, del saqueo de un centro de salud en República Centroafricana, esta violencia no pasa inadvertida para los medios de comunicación internacionales.

Sin embargo, si bien el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media luna Roja y muchos otros actores con frecuencia habían sido testigos de hechos de esta naturaleza, que a veces hasta los habían afectado de manera trágica, abordaban este problema no como un tema en sí, sino más bien como una suma de incidentes aislados, sin vínculo alguno entre ellos. La comunidad internacional en su conjunto hacía lo mismo. Luego de haber realizado un estudio en el terreno, nos dimos cuenta de que existían esquemas habituales de violencia, independientemente del contexto en el cual ésta se ejerciera. Dimos inicio entonces al proyecto “Asistencia de salud en peligro”. Lo primero que hicimos fue sensibilizar a la opinión pública sobre el problema y sobre las consecuencias humanitarias de ese fenómeno, que probablemente afecta a

millones de personas. Movilizamos a numerosos actores, por ejemplo, profesionales de la salud, autoridades nacionales y ministerios de Salud. Con su ayuda, el equipo del proyecto se dedica a establecer buenas prácticas y recomendaciones que puedan contribuir a que la prestación de asistencia de salud en el terreno sea más segura.

“Asistencia de salud en peligro” es un proyecto basado en observaciones fácticas. ¿Qué significa eso concretamente?

En este número de la *International Review*, se publica un artículo de Robin Coupland, asesor médico del CICR, que presenta un panorama del estudio que realizamos en dieciséis países; la primera etapa tuvo como objetivo registrar y analizar los incidentes violentos que hubieran afectado la asistencia de salud entre 2008 y 2010. Este estudio nos permitió comprender mejor el fenómeno y sirvió de base para el proyecto. Pero no nos detuvimos allí; el método evolucionó y continuamos reuniendo información en un mayor número de países. Para cada incidente registrado, la calidad de los datos se controla primero en la delegación del CICR que corresponda. Los datos luego son centralizados e ingresados de manera sistemática en Ginebra, a fin de garantizar que los diferentes casos sean interpretados de manera coherente en los distintos países que participan de la recolección de datos. En 2013, el CICR publicó un nuevo informe basado en un año completo de datos reunidos en 22 países afectados por la violencia armada. A partir de esta base, pudimos analizar más de 900 incidentes.

En relación con la realidad que reflejan, estos datos sólo son la punta del iceberg. No pretendemos esbozar un cuadro completo de los incidentes que se producen; sólo podemos tener conocimiento de una pequeña parte de ellos y, por lo tanto, ese número no refleja exactamente la realidad en el terreno. De todas maneras, creemos que el método utilizado nos permite comprender las principales tendencias. Tenemos la intención de continuar reuniendo los datos con regularidad y publicar informes anuales. Con el tiempo, esperamos comprobar una evolución positiva de la situación en el terreno.

¿Cuáles son las principales observaciones del proyecto “Asistencia de salud en peligro” en esta etapa?

Las principales tendencias que hemos comprobado pueden resumirse en tres puntos.

Primeramente, la gran mayoría del personal de salud afectado son prestatarios locales, mientras que los prestatarios internacionales de asistencia de salud son víctimas de violencia sólo en el 7% de los casos, una realidad muy diferente de la idea que nos presentan en general los medios de comunicación. E incluso es probable que ese número esté sobreestimado. Se nos informa más de los incidentes que afectan a los actores internacionales que de los que afectan a los prestatarios de salud locales, en particular cuando esos incidentes se producen en regiones lejanas.

Por lo tanto, la proporción de prestatarios locales víctimas de violencia probablemente esté más cercana al 95 o al 97%.

Para nosotros, es esencial comprender esta tendencia, para no considerar que nuestro proyecto y el hecho de proteger la asistencia de salud sólo tienen como

objetivo permitir a las organizaciones internacionales tener acceso a zonas alejadas. Se trata, fundamentalmente, de lograr que los sistemas locales de asistencia de salud estén en condiciones de funcionar o sean reforzados, de ser necesario, para poder responder a una demanda mayor en períodos de emergencia y de crisis.

La segunda comprobación se refiere también a la naturaleza misma de la violencia. La violencia contra la asistencia de salud sin dudas puede adoptar diferentes formas y, con frecuencia, tiene consecuencias trágicas: miembros del personal de salud o pacientes resultan muertos o heridos, o son secuestrados. Sin embargo, la mayor parte de los incidentes consisten en amenazas dirigidas contra miembros del personal de salud. Las amenazas que se observaron en el marco del estudio del CICR son amenazas serias, ante las que debieron reaccionar las personas afectadas, modificando sus costumbres de trabajo o a veces también abandonando su empleo. Aunque no dañen la integridad física del personal de salud, las amenazas pueden tener consecuencias graves para el conjunto de la población que necesita asistencia de salud. Si un poblador vive en una región remota y el enfermero o el médico no puede llegar porque fue amenazado y decidió irse, finalmente es el poblador el que deja de recibir la asistencia de salud que se le brindaba. Este es un aspecto que se debe tener en cuenta. Además de las personas afectadas directamente, hay numerosas personas que resultan afectadas indirectamente, por ejemplo cuando la asistencia de salud propuesta a la población se reduce o es más difícil acceder a ella. Esto se produce, en general, en situaciones de conflicto armado o de emergencia, en las que las necesidades tienden a aumentar. Esta preocupación es central para el proyecto “Asistencia de salud en peligro”.

La tercera comprobación importante está relacionada con las tendencias que han ido surgiendo en materia de violencia contra la asistencia de salud. En particular, hemos observado en varios países que se cometen ataques contra el personal de salud durante las campañas de vacunación. Este tipo de violencia tiene efectos negativos en la capacidad de prevenir epidemias en zonas extensas. En el mismo orden de ideas, hemos detectado varios casos de lo que llamamos “segundos ataques”, es decir situaciones en las cuales se provoca una primera explosión y, cuando los socorristas se esfuerzan por llegar en ayuda de las víctimas, ocurre una segunda explosión que afecta a los heridos y al personal de salud. En esos casos, el objetivo es manifiestamente atentar, entre otras personas, contra quienes vienen a socorrer a las víctimas. De esta forma, se hace aún más difícil brindar asistencia de salud en las emergencias. Los primeros en intervenir se hallan entonces frente a un dilema: actuar y tal vez poner su propia vida en peligro, o no intervenir y tener que abandonar a personas que habrían podido sobrevivir. Se mencionó este dilema en muchas consultas que realizamos a servicios de ambulancias, porque tiene repercusiones muy negativas respecto de los procedimientos operativos de esos servicios y de la manera en que los percibe la población. Es muy preocupante, por supuesto, ya que los heridos tienen derecho a ser atendidos a tiempo, y los servicios de emergencias tienen derecho a poder acceder a las personas que necesitan asistencia médica¹.

1 Para una presentación exhaustiva de los derechos de los enfermos y los heridos, v. Alexandre Breitegger, “Marco jurídico aplicable a la inseguridad y la violencia que afectan la prestación de asistencia de salud salud en conflictos armados y otras situaciones de emergencia”, en este mismo número de la *International Review*.

El proyecto “Asistencia de salud en peligro” reúne a expertos con el fin de elaborar recomendaciones que mejoren la seguridad de la atención de salud. ¿Puede agregar algo al respecto?

Al inicio del proyecto, identificamos algunos temas en torno a los cuales podríamos trabajar para mejorar la seguridad de la prestación de asistencia de salud. Luego organizamos talleres sobre cada uno de estos temas, para los que invitamos a diversos expertos a transmitir sus experiencias y recomendar soluciones para avanzar.

Por ejemplo, uno de estos talleres, que tuvo lugar en Ottawa el año 2013, se ocupó de la seguridad de la infraestructura médica. En la práctica, el debate giró en torno a cuestiones como el modo de asegurarse de que una estructura de salud pueda seguir funcionando durante varios días, cuando la red eléctrica, internet o el sistema de abastecimiento de agua del que depende habitualmente está interrumpido; o cómo hacer para que un hospital esté en condiciones de gestionar a sus empleados, aun cuando el equipo está bajo presión y parte del personal de salud no puede llegar a su lugar de trabajo. En una situación de riesgo, los recursos van a escasear, las demandas van a aumentar y la presión de parte de grupos armados, medios de comunicación o familias de pacientes, tal vez se haga sentir. Uno de los objetivos de las consultas con los expertos sobre este tema era, por ejemplo, comprender cómo hacer frente, de la mejor manera, a una situación de estrés.

En otros talleres, los expertos abordaron, por ejemplo, la manera en que los servicios de ambulancias podían ser eficaces en situación de riesgo. Actualmente, trabajamos en torno a un tema muy diferente, que son las prácticas que pueden implementar los ejércitos y las fuerzas de seguridad para garantizar que la prestación de asistencia de salud sea respetada y protegida. Este tema abarca cuestiones como los arrestos que tienen lugar en los hospitales o la gestión de los puntos de control en las rutas que deben atravesar las ambulancias y, a veces también vehículos privados, que transportan a heridos y enfermos. El dilema que afrontan los portadores de armas es encontrar el equilibrio justo entre las consideraciones humanitarias y las restricciones vinculadas con la seguridad. Deseamos basarnos en las prácticas del ejército; por ello, además de los talleres, llevamos adelante consultas bilaterales con los representantes de diferentes ejércitos.

¿En qué área están especializados los distintos participantes de los talleres?

Según el tema tratado, recurrimos a personas expertas en diferentes áreas. Si trabajamos sobre las prácticas militares, por ejemplo, los expertos serán miembros de los ejércitos de los Estados que trabajen en los servicios médicos y las unidades operativas. Si tratamos la legislación nacional, los expertos serán principalmente legisladores o miembros de las comisiones nacionales de aplicación del derecho internacional humanitario (DIH), y también personas que trabajan en el área de la ética médica.

Para los talleres sobre las medidas que pueden tomar los prestatarios de asistencia de salud, la mayoría de los expertos vendrán del área médica, de distintas organizaciones humanitarias o de organizaciones de profesionales de la salud. Esto

depende también de los destinatarios de la recomendación; hacemos participar en todo lo posible a los actores que aplicarán directamente las recomendaciones. Por ejemplo, si profesionales de la salud recomiendan una medida que deben tomar las autoridades nacionales, tratamos de hacer participar a un experto de un ministerio de Salud.

¿Qué recomendaciones se han formulado hasta ahora?

En esta etapa, se puede decir que algunas formulaciones ya han sido claramente expresadas, mientras que para otras, vemos en qué dirección podrían ir. Por ejemplo, una recomendación que surgió del taller sobre los servicios de ambulancias tiene que ver con la necesidad de prestar una atención particular a los conductores de ambulancias, que con frecuencia son las primeras personas de contacto en los puestos de control. Los conductores suelen tener un papel crucial cuando se trata de evaluar la seguridad de una ruta y, entonces, deben estar completamente integrados en todas las actividades de fortalecimiento de la capacidad destinadas al personal de ambulancias. Otra medida posible que apunta a incrementar la eficacia de los socorristas consistiría en proponer un apoyo psicológico de manera más sistemática, con el fin de reforzar la capacidad del equipo para trabajar bajo presión. Se debe implementar un mecanismo que permita a un equipo descubrir si uno de sus miembros necesita hacer una pausa cuando la carga emocional se hace demasiado pesada.

Algunos talleres dieron lugar a un debate sobre si el personal de las ambulancias debe llevar equipos de protección individual (EPI), como cascos, chalecos anti balas y máscaras de gas. La utilización de material de este tipo siempre presenta ventajas e inconvenientes, razón por la cual hemos consultado a expertos. En este caso, la recomendación no dice si se debe utilizar un EPI o no. Los expertos definieron criterios que podemos recomendar que se apliquen, para evaluar mejor el contexto y decidir si ese tipo de material es necesario o no. La situación es diferente según el contexto. La recomendación tendrá más bien el objetivo de comprender el entorno y las dificultades que presenta, así como establecer los criterios adecuados que permitirán a las personas tomar una decisión adecuada sobre el terreno

Otro ejemplo de recomendación que deseo mencionar se refiere a la seguridad de la infraestructura médica. Durante el taller que tuvo lugar en Ottawa, analizamos diferentes medidas preparatorias que pueden tomar las estructuras de salud. Muchos prestatarios locales de asistencia de salud subrayaron la necesidad de incluir en los planes de emergencia medidas que puedan ayudar a mantener la cadena de abastecimiento, en particular el suministro ininterrumpido de agua, electricidad y medicamentos. Al implementar medidas preparatorias, los profesionales de la salud deben asegurarse de que los contratos que firmen con sus principales proveedores incluyan la obligación de mantener el suministro de servicios, incluso en situación de emergencia. En una situación normal, la mayoría de los contratos tendrán una cláusula que estipule, para el caso de emergencia, que los servicios pueden ser interrumpidos. Sin embargo, en situación de crisis, un hospital tendrá mayor necesidad de esos servicios, ya que el flujo de pacientes

probablemente aumente. Los profesionales de la salud deben asegurarse entonces de que los contratos prevean claramente lo que se espera en caso de emergencia y que los proveedores también cuenten con un plan de emergencia que les permita proseguir su trabajo en una situación de esa naturaleza.

¿Cree usted que la mayoría de estas recomendaciones podrán aplicarse en todas las culturas?

Quando hayamos finalizado todas las recomendaciones, tenemos la intención de transmitir las a las delegaciones del CICR y a las Sociedades Nacionales que trabajan en contextos operacionales, así como a todos quienes puedan ponerlas en práctica, a escala nacional o internacional. Actualmente, llevamos adelante una campaña de comunicación que tiene por objetivo hacer conocer las recomendaciones a todos los actores implicados. Corresponderá luego a cada uno de ellos decidir en qué medida cada recomendación está adaptada al contexto, a las necesidades y a las capacidades correspondientes. La cuestión no es solamente saber si una recomendación es apropiada en una cultura determinada; en algunos casos, simplemente puede no tener interés.

No existe una solución definitiva para el complejo problema de la ausencia de acceso seguro a la asistencia de salud. Mi equipo y yo no nos hemos propuesto definir las cinco mejores recomendaciones aplicables en todo el mundo; intentamos, más bien, determinar diez a quince medidas para cada uno de los siete temas sobre los que trabajamos, lo que equivale a una lista de cerca de un centenar de recomendaciones. No esperamos que la lista se utilice tal cual está enunciada en todos los países. En cambio, nuestro objetivo es que, en cada contexto afectado por el problema, los actores correspondientes dialoguen para definir qué recomendaciones son pertinentes y útiles a fin de que la prestación de asistencia de salud sea más segura.

El problema de la violencia contra la asistencia de salud no puede resolverse si un solo participante aplica un solo tipo de medida en todo el mundo. Los diferentes actores deben adoptar diferentes medidas en los diferentes contextos para que todas esas medidas juntas (esperemos) terminen produciendo un efecto.

El proyecto “Asistencia de salud en peligro” se lleva adelante en colaboración con varios socios. ¿Qué papel tienen esos socios y qué papel tiene el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja?

En efecto, el proyecto se basa en la idea de que el problema concierne a muchos actores. Por lo tanto, debemos asegurarnos de que todos los actores implicados se esfuercen juntos por mejorar la situación en el terreno. Para ello, es indispensable que los ataques contra la asistencia de salud sean considerados una prioridad, no sólo por el CICR, sino también por muchas otras organizaciones en el sector humanitario y en otros.

La primera etapa del proyecto tenía justamente como objetivo principal lograr que la seguridad de la asistencia de salud sea una prioridad para los organismos humanitarios y para la comunidad internacional en general. Nos concentramos mucho en la sensibilización y la movilización de diferentes actores.

Algunos incluso implementaron sus propios proyectos, con objetivos similares a los del proyecto “Asistencia de salud en peligro”². Por ejemplo, Médicos sin Fronteras (MSF) inició el proyecto “Medical Care under Fire” (Asistencia médica en la línea de fuego). Otros unieron sus esfuerzos en el marco del proyecto “Asistencia de salud en peligro”. Hemos entablado una sólida colaboración con varias organizaciones profesionales, como la Asociación Médica Mundial, el Consejo Internacional de Enfermeras y el Comité Internacional de Medicina Militar. Estas organizaciones participan en las consultas con expertos, pero también tienen la importante tarea de difundir las recomendaciones entre sus miembros.

Finalmente, hemos establecido una colaboración muy estrecha con numerosas Sociedades Nacionales, ya que el proyecto pertenece en primer lugar al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Las Sociedades Nacionales se encuentran en la primera línea, no sólo porque corren riesgos en la evacuación de heridos y enfermos en situación de emergencia, sino también porque participan en muchas consultas con expertos. Contamos con un grupo de referencia formado por unas veinte Sociedades Nacionales que formularon promesas durante la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja celebrada en 2011 y siguen de cerca el proyecto. Muchas de ellas han movilizado recursos para alcanzar algunos de los objetivos del proyecto a escala nacional o para sostenerlo a escala internacional.

Usted mencionó el proyecto “Medical Care under Fire” de MSF. Muchas otras ONG pusieron en marcha una iniciativa similar llamada “The Safeguarding Health in Conflict Coalition” (Coalición para proteger la salud durante los conflictos³). ¿Cómo logra su equipo mantener una coordinación entre todos esos proyectos e iniciativas similares en el sector humanitario?

Estas iniciativas son diferentes, pero son paralelas y complementarias. Como he dicho, uno de los objetivos del proyecto “Asistencia de salud en peligro” era movilizar a los principales actores interesados por este problema, con la esperanza de que elaboren sus propios proyectos o al menos que integren el tema en sus propias estrategias. Es, precisamente, lo que hizo por ejemplo MSF. Los objetivos de MSF son ligeramente diferentes de los nuestros, están más orientados hacia la seguridad de su propio personal y sus operaciones, pero finalmente todos tenemos como objetivo el mismo resultado: prestar asistencia de salud en condiciones de seguridad. También tratamos de que participen en el proceso de consultas todos los actores que ya trabajan sobre este tema. Para volver al ejemplo de MSF, esta ONG ya participa en algunos talleres, y nuestra colaboración a nivel operacional es muy buena.

De hecho, para favorecer la colaboración y el intercambio de buenas prácticas entre las diferentes organizaciones y personas que activamente intentan encontrar soluciones, hemos extendido y modificado el sitio oficial del proyecto y creamos la Red “Health Care in Danger”, una comunidad de interés en línea, en la

2 V. www.msf-ureph.ch/en/thematique/medical-care-under-fire y www.msf.org/topics/medical-care-under-fire. Todos los sitios mencionados fueron consultados en noviembre de 2013.

3 V. www.safeguardinghealth.org

que todos los interesados pueden intercambiar recursos, ideas e información sobre los eventos que se avencinan y aprovechar así su participación⁴.

¿Qué ocurre con la independencia del CICR? ¿La Institución puede ser independiente y, al mismo tiempo, cooperar e incluso hasta establecer asociaciones con otras organizaciones y Estados?

Nuestra independencia o nuestra neutralidad no están amenazadas cuando se trata de trabajar con otros actores en este tema para encontrar soluciones pragmáticas y aplicables. El proyecto no se refiere a un país específico, sino a un problema al que lamentablemente nos vemos enfrentados en muchos países, afectados por conflictos armados o por otras situaciones de emergencia. Es necesario encontrar un interés común a muchas organizaciones, para elaborar recomendaciones que permitirán prestar asistencia de salud en condiciones de seguridad. Finalmente, todo se resume a la naturaleza misma de la acción humanitaria: acudir en ayuda de los heridos y los enfermos, en función de la urgencia de su caso e independientemente de quiénes son y dónde están. En ese sentido, el hecho de formular recomendaciones de carácter principalmente preventivo (medidas que las instituciones públicas, las fuerzas armadas, los prestatarios de atención y otros actores pueden tomar para reducir los peligros relacionados con la prestación de asistencia de salud en regiones afectadas por conflictos o por otras situaciones de emergencia) no atenta contra nuestra neutralidad ni contra nuestra independencia.

¿Sería apropiado decir que, desde un punto de vista institucional, el proyecto “Asistencia de salud en peligro” representa también un proceso de aprendizaje para el CICR?

Absolutamente, y plantea por supuesto gran cantidad de desafíos internos. El primero reside en el hecho de que el proyecto es de naturaleza transversal. Reúne diferentes disciplinas dentro del CICR: trabajo de protección, asistencia médica, cooperación dentro del Movimiento, comunicación y sensibilización, conocimientos jurídicos, etc. Todos estos especialistas trabajan juntos en este proyecto. Es lo que hace su fuerza, pero también tiene un costo por lo que respecta a la energía y al tiempo dedicado a la coordinación interna, y también para lograr que la comprensión de los objetivos comunes a corto y largo plazo sea la misma.

Además, precisamente porque el proyecto no está centrado en el CICR, sino que más bien aspira a reunir a una serie de actores en torno a un problema humanitario, existe un desafío interno en relación con la toma de decisiones, en particular la asignación de recursos y de tiempo, ya que nuestros socios no participan directamente en esos procesos internos. Para conservar la visión de los objetivos comunes, el equipo del proyecto debe estar en condiciones de poner siempre en primer lugar los vínculos y las sinergias positivas que el proyecto crea entre el CICR y las otras partes interesadas.

4 Para el sitio oficial, consultar: www.healthcareindanger.org. Para el sitio de la Red “Health Care in Danger”, consultar: www.healthcareindanger.ning.com. Para acceder al sitio de la Red, contactar al administrador de la plataforma (czanette@icrc.org).

Usted está ahora a mitad de camino, ¿cómo evalúa los logros del proyecto y el de las consultas en particular?

En esta etapa, podemos afirmar que hemos logrado sensibilizar y movilizar a una gran cantidad de actores, tanto asociaciones médicas, como la Asociación Médica Mundial y el Consejo Internacional de Enfermeras u organizaciones humanitarias, como MSF, como una serie de Estados o muchas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja. De esta forma, hemos logrado que el tema se debata en muchos foros. Esperamos que esta tendencia no sólo se mantenga, sino que se intensifique en 2014. Hasta ahora, nos satisface comprobar que muchas de las partes interesadas comprendieron que el proyecto podía darles la oportunidad de abordar un problema, que representa una prioridad para muchos prestatarios de asistencia de salud en el mundo.

Comprobamos que hoy muchas Sociedades Nacionales comienzan a desarrollar sus propias actividades, así se trate de aplicar acciones de sensibilización en sus países, reflexionar sobre las medidas que es preciso tomar en sus propias operaciones o estudiar algunas recomendaciones surgidas de los talleres de expertos y ponerlas en práctica. Esto es muy importante: este proyecto es un proyecto del Movimiento, y las Sociedades Nacionales deben hacerlo suyo.

Los talleres de expertos y las recomendaciones que surgen de ellos también son un aspecto importante del proyecto. Debemos aún terminar tres consultas, y los expertos que participan en ellas tienen mucho para enseñarnos. Ya hemos publicado un documento sobre el papel y las responsabilidades del personal médico, y otro sobre los servicios de ambulancias en las situaciones de crisis, que contienen ejemplos muy concretos provenientes del terreno. Vamos a comunicar los resultados del taller sobre la legislación nacional, las prácticas militares y la infraestructura médica, a través de diferentes publicaciones. Estas publicaciones serán útiles para las actividades que se llevarán adelante en 2014–2015, para difundir las recomendaciones. Esperamos que luego sean puestas en práctica por las autoridades nacionales, los ministerios de Salud, los prestatarios de asistencia de salud, las ONG, las organizaciones internacionales, los ejércitos o los servicios de seguridad, según a quién estén destinadas.

El proyecto “Asistencia de salud en peligro” finalizará en 2015. ¿Cuáles son, en su opinión, las prioridades y los desafíos para los próximos años?

Un desafío particular proviene del hecho de que el proyecto es de corto plazo. Fue diseñado con la idea de obtener el apoyo de distintos actores para definir soluciones prácticas, y luego difundir los resultados de los talleres de expertos. Pero el problema no va a desaparecer cuando el proyecto haya finalizado, y ya sabemos que el plazo del año 2015 es muy breve como para constatar un verdadero cambio en el terreno.

Debemos reflexionar sobre lo que es necesario hacer para que un número suficiente de actores haya implementado sus propios planes de acción y estrategias a fin de afrontar el problema, para que persista una dinámica perenne al terminar el proyecto.

Si bien algunas recomendaciones pueden aplicarse de manera relativamente rápida, harán falta algunos años para implementar completamente la mayoría de

ellas y obtener un cambio que perdure en el terreno, para la seguridad de quienes prestan asistencia de salud.

Entonces, el desafío será llegar a mantener la movilización en torno a este tema después de 2015, tanto en el marco del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, como con los diferentes colaboradores que se reunieron por el proyecto.

Si bien hemos podido sensibilizar y reunir a muchos actores clave en torno a este tema, si bien los talleres de expertos están muy adelantados y la elaboración de las recomendaciones está en curso, somos muy conscientes de que los verdaderos desafíos están por venir y que tienen que ver con la aplicación de esas recomendaciones en 2014–2015. Por supuesto, ese es el punto más importante, porque solo cuando se hayan aplicado las recomendaciones sobre el terreno podremos esperar comprobar una mejora para los pacientes. Por consiguiente, debemos poner nuestra energía en alentar a las partes interesadas para que apliquen las recomendaciones.