

# Ataques contra la misión médica - Reseña de una realidad polimorfa: el caso de Médicos Sin Fronteras\*

**Dra. Caroline Abu-Sa'Da, Dra. Françoise Duroch, Prof. Bertrand Taithe**

La Dra. Caroline Abu-Sa'Da es doctora en ciencia política y directora de la Unidad de Investigación sobre Riesgos y Prácticas Humanitarias del Centro Operacional de Médicos sin Fronteras (MSF) en Suiza.

La Dra. Françoise Duroch tiene una maestría en Historia, Derecho y Derechos Humanos y un doctorado en Ciencias de la Educación. En la actualidad, dirige el proyecto *Medical Care Under Fire* en la Oficina Internacional de Médicos Sin Fronteras.

El Dr. Bertrand Taithe es profesor de Historia en la Universidad de Manchester. También es fundador y director del *Humanitarian and Conflict Response Institute* y miembro del consejo científico del Centro de Reflexión sobre la Acción y el Conocimiento Humanitarios.

## Resumen

*El propósito de este artículo es realizar un análisis preliminar de las cuestiones relacionadas con los tipos de violencia que afectan las misiones médicas humanitarias. El punto de partida de los autores es que la violencia puede perturbar en cierta medida la labor de una organización médica como Médicos Sin Fronteras, pese a su amplia experiencia y múltiples respuestas a esos acontecimientos violentos. Este artículo ofrece*

\* Los autores expresan especial agradecimiento a la Dra. Maude Montani por toda la ayuda aportada, a Michaël Neuman por sus referencias y comentarios, a Fabrice Weissman por sus sugerencias, a Eleanor Davey y John Borton por una parte de las referencias en el marco de la colaboración académica entre el *Humanitarian Policy Group* y el *Humanitarian and Conflict Response Institute* y a Jérôme Oberreit por su minuciosa relectura.

*un análisis más exhaustivo de las diferentes condiciones y situaciones de violencia, con miras a contribuir a la elaboración de un proyecto de investigación y, en una segunda fase, a una campaña de sensibilización centrada en estos complejos fenómenos.*

**Palabras clave:** violencia, asistencia de salud, criminalidad, guerra, medicina.

\*\*\*

“Si nos matan, las ONG se retirarán y ya no habrá nadie para pagar el chantaje por la protección o los salarios. Nos quieren amedrentados y vivos. Entonces, deberías estar amedrentado y feliz, porque eso quiere decir que puedes trabajar”<sup>1</sup>.

El propósito de este artículo es cuestionar las fuentes y los límites del análisis de los fenómenos de violencia contra las organizaciones médicas humanitarias. La violencia contra los pacientes, los médicos y el personal de salud de Médicos Sin Fronteras (MSF)<sup>2</sup>, a menudo presentada de manera anecdótica, como en esta cita extraída de un ejemplo histórico que data de 1992, no siempre constituyó el núcleo de una reflexión coherente dentro de la Organización. La cuestión de los ataques contra la misión médica seguramente no es nueva, pero a partir de la iniciativa del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) llamada “Asistencia de salud en peligro”<sup>3</sup>, suscita el interés de una comunidad de médicos y trabajadores humanitarios. No obstante, la elaboración y el fundamento de esta reflexión a través de un análisis de la complejidad de esos fenómenos aún están pendientes.

Desde sus orígenes, en 1971, MSF se enfrentó a diversas formas de violencia contra sus pacientes, su personal, sus instalaciones y sus vehículos sanitarios y contra los sistemas de salud nacionales en general. Sin embargo, la Organización nunca abordó esas formas de violencia, a menudo heterogéneas, a partir de una reflexión y un análisis global. Se trataba más bien de acciones esporádicas y reactivas, que en numerosas ocasiones estaban influenciadas por la urgencia operacional y el tiempo mediático.

De modo que el objeto del presente artículo es exponer, en una primera etapa, la importancia que reviste esta temática para MSF, presentando el marco en el que se inscribe esta problemática de la violencia contra la asistencia de salud. Se tratará de examinar las elecciones semánticas que se efectuaron en relación con esa violencia, abordar la cuestión de la pertinencia, considerar la intencionalidad como un parámetro en el cuestionamiento relativo a esos ataques y, finalmente, ver en qué medida esa violencia y su gestión por parte de la Organización ponen en tela de juicio los principios humanitarios.

En una segunda etapa, trataremos de presentar una tipología de los ataques contra la misión médica a los que se enfrenta MSF en los terrenos en los que interviene.

1 Extracto de un diálogo entre una voluntaria de Médicos Sin Fronteras, “Joni”, y James Orbinski en Somalia, hacia 1992. Citado en James Orbinski, *Le cauchemar humanitaire*, Music & Entertainment Books, Marne-la-Vallée, 2010, p. 99.

2 Médicos Sin Fronteras será denominado “la Organización”, “el movimiento” o “MSF” a lo largo de este artículo.

3 CICR, *Asistencia de salud en peligro: la realidad del problema*, CICR, Ginebra, 2011.

Asimismo, presentaremos tres dimensiones ambiguas de la relación que mantiene MSF con la violencia y la inseguridad, dimensiones que pueden ser objeto de investigaciones potenciales: la trivialización de la violencia, la interiorización de la violencia y, la más insidiosa, la tolerancia a la violencia. Este artículo aborda estos tres puntos procurando resaltar su complejidad. Con el anhelo de permanecer lejos de lo anecdótico, se intentará rendir cuenta de los términos de esa violencia en concreto, para darle una “visibilidad”<sup>4</sup> que permita, quizás, comprender sus motivos y su dinámica intrínseca.

Hablar de una trivialización de los fenómenos de violencia puede llevar a reconocer su carácter casi implícito en la prestación de la asistencia médica humanitaria. Pese a las prácticas de “risk assessment”<sup>5</sup> (análisis de riesgos) y de gestión de personal, que están bastante desarrolladas, una organización como MSF no posee los datos transversales y los metaanálisis que deberían sustentar una percepción global de los fenómenos de violencia dentro del movimiento<sup>6</sup> o en los contextos en los que interviene MSF. No obstante, esos datos existen y, a menudo, se procesan en el marco operacional y de los recursos humanos, pero con variabilidades que pueden generar incertidumbres respecto de los orígenes y la naturaleza de la violencia. Dado que la violencia nunca puede erradicarse por completo y la inseguridad y los riesgos son conceptos con tendencia inflacionaria, quizás los organismos humanitarios se han inclinado a considerarlos un elemento constitutivo de su modalidad de funcionamiento<sup>7</sup>.

De ese modo, y en el peor de los casos, podría instaurarse una verdadera tolerancia por parte de los equipos respecto de situaciones que son, en realidad, inaceptables. Dado que la acción humanitaria siempre se inscribe dentro de relaciones de fuerza, puede aparecer una ambivalencia, e incluso ambigüedades. Sin duda alguna, desde un punto de vista histórico, esta tolerancia parece disminuir. Sin embargo, permanece profundamente anclada en la cultura de la Organización. Más recientemente, se entabló un debate en MSF sobre la violencia contra las actividades médicas. Ante la falta de datos y definiciones confiables, una exasperación de la Organización sobre las cuestiones de seguridad también podría revelar lo que los sociólogos británicos llaman “moral panic”, es decir una crisis moral de la Organización, motivada por un sentimiento de angustia general frente a los actos de violencia. En general, ese sentimiento no está vinculado a la demostración racional de un incremento de la inseguridad<sup>8</sup>, por lo que la Organización parece expuesta a

4 Entrevista a Jérôme Oberreit, secretario general de MSF Internacional, 16 de mayo de 2013.

5 Las técnicas del “risk assessment”, utilizadas principalmente en psiquiatría y criminología, se han apartado de su uso inicial. Kevin S. Douglas, David N. Cox y Christopher D. Webster, “Violence risk assessment: Science and practice”, en *Legal and Criminological Psychology*, vol. 4, 1999, pp. 149–184.

6 El movimiento MSF está constituido por 5 secciones operacionales y 23 asociaciones.

7 V. especialmente las memorias de John Norris, *The Disaster Gypsies: Humanitarian Workers in the World's Deadliest Conflicts*, Praeger Security International, Westport, CT, 2007, pp. 7–8.

8 El concepto tiene su origen en los trabajos de Jock Young y Stanley Cohen. A menudo hace referencia al impacto de los medios de comunicación y otras formas de opinión en la elaboración de nuevas percepciones sociales del peligro en respuesta a las inquietudes respecto del cambio social. Ahora, el concepto forma parte de la elaboración de abordajes del riesgo y de la apreciación del riesgo. Stanley Cohen, *Folk Devils and Moral Panics*, Blackwell, Oxford, 1972; Kenneth Thompson, *Moral Panics*, Routledge, Londres, 1998. Para un uso más contemporáneo, v.: Sheldon Ungar, “Moral Panic Versus the Risk Society: The Implications of the Changing Sites of Social Anxiety”, en *The British Journal of Sociology*, vol. 52, n.º 2, 2001, pp. 271–291.

dos corrientes contradictorias: por un lado, equipos que aceptan cotidianamente, incluso toleran, incidentes violentos y, por el otro, una dinámica institucional que parece cada vez menos dispuesta a aceptar la asunción de riesgos<sup>9</sup>. No obstante, cabe observar la presencia actual de problemáticas de seguridad en los círculos médicos en contextos muy diferentes, lo que podría plantear la posibilidad de una percepción nueva de problemas antiguos<sup>10</sup>. En ambos casos, tomar esta violencia como objeto de investigación resultaría justificado<sup>11</sup>.

## Aspectos históricos y teóricos

A menudo, la problemática de la violencia contra las organizaciones médicas humanitarias se plantea como un cuestionamiento de la noción de la neutralidad médica. Si bien la neutralidad médica no es sinónimo de un enfoque razonado de la violencia, algunas organizaciones la reivindican desde los orígenes del movimiento humanitario moderno<sup>12</sup>. Sin remontarse a los numerosos ataques que ya sufrían los médicos y los pacientes inmediatamente después de la adopción del primer Convenio de Ginebra en la guerra de 1870<sup>13</sup>, el tema de la neutralidad médica en las situaciones de guerra llamadas “nuevas” ya era considerado en los años 1950<sup>14</sup> y 1960 lo suficientemente importante como para dedicar conferencias a la temática y publicar artículos en la *Revue Internationale de la Croix Rouge*<sup>15</sup>. Por lo tanto,

- 9 Sobre este punto, v. Michel Tondellier, “L’action organisée face à la prise de risque : l’héroïsme au travail et son institutionnalisation”, Actas del coloquio “Acteur, risque et prise de risque” organizado el 25 y 26 de noviembre de 2004 en el Centre lillois d’ études sociologiques et économiques, UMR 8019 Centre national de la recherche scientifique.
- 10 La prensa china, p. ej., se hace eco de 17.000 incidentes en 2011: *Wall Street Journal*, 22 de octubre de 2012; v. Therese Hesketh, Dan Wu, Linan Mao y Nan Ma, “Violence against Doctors in China”, en *BMJ* 2012; 345/e.5730. La violencia en el ámbito hospitalario también es objeto de sendas investigaciones en Francia y el Reino Unido. V. Ministerio de Trabajo, Empleo y Salud, *Bilan national des remontées des signalements d’actes de violence en milieu hospitalier*, 2011.
- 11 Se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas a fin de fundamentar este artículo. Cuatro personas de MSF participaron en entrevistas que apuntaban a relatar las problemáticas vinculadas a los incidentes que habían experimentado en los terrenos en los que interviene la Organización. Los corpus se registraron y retranscribieron *in extenso*. Las preguntas y la totalidad de las respuestas están disponibles a pedido.
- 12 Frank T. Carlton, “Humanitarianism, Past and Present”, en *International Journal of Ethics*, vol. 17, n.º 1, 1906, pp. 48-55; John F. Hutchinson, “Rethinking the Origins of the Red Cross”, en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 63, n.º 4, 1989, pp. 557-78; Bertrand Taithe, “The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civilians, Humanitarians and War in the ‘Modern’ Age”, en Roger Cooter, Steve Sturdy, Mark Harrison (eds.), *War, Medicine and Modernity*, Sutton Publishing, Stroud, 1998, pp. 22-47; John Hutchinson, *Champions of Charity: War and the Rise of the Red Cross*, Westview Press, Oxford, 1996.
- 13 Charles Duncker, *Les violations de la convention de Genève par les Français en 1870-1871*, Berlin, 1871; J. M. Félix Christot, *Le Massacre de l’ambulance de Saône et Loire le 21 janvier 1871; rapport lu au comité médical de secours aux blessés le 7 juillet 1871*, Vingtrinier, Lyon, 1871; Charles Aimé Dauban, *La Guerre comme la font les prussiens*, Plon, Paris, 1871; Bertrand Taithe, *Defeated Flesh: Welfare, Warfare and the Making of Modern France*, Manchester University Press, Manchester, 1999, pp. 169-73.
- 14 John H. Herz, “Idealist Internationalism and the Security Dilemma”, en *World Politics*, vol. 2, n.º 2, 1950, pp. 157-180.
- 15 Jean des Cilleuls, Raymond de la Pradelle, “La Neutralité de la médecine et la guerre subversive”, en *Revue Internationale de la Croix Rouge*, vol. 42, n.º 496, 1960, pp. 188-195.

esta problemática no es reciente. Lamentablemente, el uso partidista de recursos médicos<sup>16</sup>, el robo o la apropiación exclusiva de servicios de salud y la violencia contra el personal médico con el objeto de privar al adversario de la posibilidad de asistencia de salud, son prácticas de guerra de las que se encuentran ejemplos a lo largo de todo el siglo XX. El caso más reciente de la actualidad siria recuerda de manera contundente cómo los sistemas de salud pueden ser objeto de ataques<sup>17</sup>. De ese modo, puede pervertirse el ejercicio de la medicina para fines logísticos y bélicos. El acceso o la negación del acceso a la asistencia puede provocar que poblaciones enteras se vean privadas de ayuda vital<sup>18</sup>. De ese modo, esos ataques permiten que las partes en conflicto afirmen su poder de manera efectiva y simbólica<sup>19</sup>.

Sin embargo, la violencia de la guerra debe analizarse en su contexto. Si bien no existe una edad de oro del ámbito humanitario frente a los conflictos, cabe observar que esa violencia contra los servicios médicos solo se desplegó en contextos caracterizados por la voluntad de erradicar toda presencia extranjera y, desde los años 1870, los ataques contra las instalaciones y el personal de salud siempre desencadenaron controversias internacionales<sup>20</sup>.

No obstante, y más allá del contexto concreto de esos ataques, estos son polimorfos. Por ello, resulta necesario distinguir entre varios elementos y reconocer

- 16 Laurence Brown, “The Great Betrayal? European Socialists and Humanitarian Relief during the Spanish Civil War”, en *Labour History Review*, vol. 67, n.º 1, 2002, pp. 83-99.
- 17 Médicos Sin Fronteras, *Syria: All Parties To The Conflict Must Respect Medical Facilities*, 26 de enero de 2013, disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6582&cat=press-release> (consultado el 13 de junio de 2013); Olivier Falhun, “En Syrie, l’humanitaire confronté à ses limites”, CRASH, 12 de marzo de 2012, disponible en: <http://www.msf-crash.org/sur-le-vif/2012/03/12/4902/en-syrie-lhumanitaire-confronte-a-ses-limites/> (consultado el 13 de junio de 2013).
- 18 A deeply worrisome pattern is emerging, where people and their scarce resources are deliberately targeted by all the armed groups involved in inter-communal violence. Hospitals, health clinics, and water sources are all targets, suggesting a tactic of depriving people of life’s basic essentials, precisely when they need them most” (Está surgiendo una muy preocupante tendencia, según la cual las personas y sus escasos recursos son objeto de ataques deliberados por parte de todos los grupos armados que participan en violencia entre comunidades. Hospitales, clínicas y fuentes de agua son objeto de los ataques, lo que sugiere que se trata de una táctica para privar a la población de los bienes esenciales para la vida, precisamente cuando más los necesitan.), Médicos Sin Fronteras, “Even Running Away Is Not Enough: Attacks in Jonglei, South Sudan, Perpetuate Extreme Violence”, 24 de enero de 2012, disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/press-release/even-running-away-not-enough-attacks-jonglei-south-sudan-perpetuate> (consultado el 6 de febrero de 2015).
- 19 “La biopolitique désigne la prise de contrôle par le pouvoir des processus affectant la vie, depuis la naissance jusqu’à la mort (maladie, vieillesse, handicap, effet du milieu, etc.) et qui, pour être absolument aléatoires à l’échelle individuelle, ont, comme phénomène collectif, des effets économiques et politiques déterminants.” (Por biopolítica se entiende la toma de control por el poder de los procesos que afectan la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (enfermedad, vejez, discapacidad, efecto del medio ambiente, etc.) y que, por ser totalmente aleatorios a escala individual, tienen, como fenómeno colectivo, efectos económicos y políticos determinantes.), Marie Cuillerai y Marc Abélès, “Mondialisation : du géo-culturel au bio-politique”, en *Anthropologie et Sociétés*, vol. 26, n.º 1, 2002, p. 22.
- 20 En ese sentido, el derecho internacional que rige el recurso a la fuerza armada (*jus ad bellum*) y el derecho humanitario que rige el uso de la fuerza (*jus in bello*) concuerdan. V. Martti Koskeniemi, *The Gentle Civilizer of Nations: The Rise and Fall of International Law, 1870-1960*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002; Samuel Moyn, *The Last Utopia: Human Rights in History*, Harvard University Press, Belknap, 2010; David. G. Chandler, “The Road to Military Humanitarianism: How the Human Rights NGOs Shaped a New Humanitarian Agenda”, en *Human Rights Quarterly*, vol. 23, n.º 3, 2001, pp. 678-700.

la permeabilidad de posibles categorías analíticas<sup>21</sup>. Sin embargo, es posible destacar algunos puntos transversales que distinguen, quizás de manera artificial, nexos causales que a menudo se superponen:

- el carácter brutal de las relaciones sociales en las que se inscriben, en general, los ataques contra la misión médica<sup>22</sup>;
- la inseguridad crónica de los pacientes y el personal, asociada al hecho de que los hospitales, y las instalaciones de salud en general, son percibidos ante todo como objetos pasibles de depredación con fines que pueden resultar esencialmente delictivos;
- el hecho, estratégico o táctico, de poner de relieve las instalaciones médicas en el contexto más amplio de una guerra urbana, psicológica o insurreccional;
- la percepción de la asistencia como una ventaja o un bien particular (del enemigo) en lugar de percibirla como un bien común.

Si bien los ataques contra las instalaciones médicas pueden ser la señal de un incremento de las hostilidades (ya que se dirigen a espacios convencionalmente dedicados a la preservación de los intereses vitales y comunes al conjunto de la población), en general se enmarcan en un contexto que se caracteriza por otros tipos de violaciones del derecho internacional humanitario, como los ataques contra los civiles y las operaciones contrainsurreccionales, que a menudo vuelven ilusoria la distinción entre civiles y combatientes (principio esencial del derecho internacional)<sup>23</sup> o los actos de tortura contra la población civil por parte de las fuerzas gubernamentales —fenómenos que lamentablemente se hallan en un gran número de contextos—<sup>24</sup>.

El encadenamiento de esos hechos también es objeto de investigación. En particular, los momentos de auge de la violencia —momentos durante los cuales esos actos contra las misiones médicas resultan más frecuentes o revisten un carácter utilitario para quienes los perpetran— siguen siendo un tema para analizar.

## Elecciones semánticas

Varios estudios han demostrado la importancia de la terminología empleada por las organizaciones humanitarias en sus respuestas a situaciones

21 Larissa Fast esgrimió un argumento en ese sentido, v. “Characteristics, context and risk: NGO insecurity in conflict zones”, en *Disasters*, vol. 31, n.º 2, 2007, pp. 130-154.

22 El concepto de brutalización es una referencia al trabajo de George Mosse, *De la Grande Guerre au totalitarisme, la brutalisation des sociétés européennes*, Hachette, París, 1999.

23 Gilles Andréani, Pierre Hassner (eds.), *Justifier la guerre ? De l'humanitaire au contre-terrorisme*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, París, 2005.

24 Médicos Sin Fronteras, “Libya: Detainees Tortured and Denied Medical Care, MSF Suspends Work in Detention Centers in Misrata”, 26 de enero de 2012, disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5744> (consultado el 13 de junio de 2013).

difíciles<sup>25</sup>. Independientemente de los debates más generales sobre los principios, los cuestionamientos relativos a los propios términos del debate cobran una dimensión autónoma. Por ejemplo, MSF recurre a menudo a la noción de “santuario médico”, pero sin tomar en cuenta la dimensión metafísica que dicha noción puede implicar. El término santuario también puede llevar a confusión, dado que sugiere que los servicios médicos pertenecen a un espacio extraterritorial, es decir que está fuera de la soberanía nacional, soberanía que a menudo es objeto de conflictos. Al evocar una idea de refugio, incluso de asilo, protegido de una hipotética injerencia nacional o internacional, un santuario puede parecer un elemento ajeno y contrario a la noción de bien común, tan necesaria para su protección<sup>26</sup>. El hecho de que la existencia de un “santuario médico” forme parte del mito, quizás un mito propicio y necesario, normalmente no es objeto de debates internos en MSF y tal vez sea ilusorio imaginar que ese concepto pueda tener un sentido, y más aún, una efectividad a priori.<sup>27</sup> Se podrían citar otros ejemplos, pero basta con observar aquí la importancia crítica de la terminología en todos los enfoques y respuestas a los fenómenos de violencia.

### Pertinencia del parámetro de la intencionalidad

Si bien a menudo es difícil analizar las causas de los ataques contra la asistencia médica, las consecuencias son, en lo esencial, la interrupción de la prestación de asistencia o del acceso de los pacientes a los servicios de salud. La inseguridad generada por una violencia imprevisible trae aparejados efectos secundarios. Fiona Terry, que cuenta con una vasta experiencia en MSF y en actividades humanitarias en general, señala:

“La consecuencia más frecuente de la violencia contra los servicios sanitarios es su supresión o su inaccesibilidad en los momentos en los que serían más necesarios. A raíz de la violencia, las instalaciones sanitarias se cierran y el personal huye, lo que priva a los pacientes del acceso a la asistencia. El reabastecimiento de los centros médicos en medicamentos, suministros y equipos es un problema grave en contextos de inseguridad, como lo es Somalia en la actualidad. Los habitantes de las regiones del sur y el centro se hallan privados de asistencia, ya que los camiones de aprovisionamiento no pueden pasar<sup>28</sup>”. [Trad. CICR]

25 Respecto de la terminología empleada por los organismos humanitarios, v. Caroline Abu Sa’Da, *Dans l’œil des autres : Perception de l’action humanitaire et de MSF*, Éditions Antipodes, Lausana, 2011, pp. 43-50.

26 Sarah Kenyon Lischer, *Dangerous Sanctuaries: Refugee Camps, Civil War, and the Dilemmas of Humanitarian Aid*, Cornell University Press, Ithaca, 2005.

27 En efecto, el término santuario implica una capacidad social de extraer a las personas de una situación de peligro y de producir una situación en violación de las normas comunes; en el contexto estadounidense, el concepto de santuario remite a campañas locales y excepcionales que llevan a cabo los religiosos que utilizan un “poder pastoral” en favor de algunos refugiados. Dado que ese concepto de santuario no cuestiona la suerte de la mayoría de los otros refugiados, no se trata de un valor universalmente adquirido, sino de una relación de fuerza negociada a nivel local. Randy Lippert, “Sanctuary Practices, Rationalities, and Sovereignties” en *Alternatives: Global, Local, Political*, vol. 29, n.º 5, 2004, pp. 535-555.

28 Entrevista con Fiona Terry, Ginebra, 14 de mayo de 2013.

Por ello, seguramente no sea muy pertinente, desde el punto de vista de las víctimas, pretender distinguir entre la violencia criminal y la violencia táctica en el contexto de una batalla o, más exactamente, de un combate callejero o, finalmente, en la perspectiva de un combate estratégico, en el cual la privación de asistencia es un objetivo de guerra. En numerosos casos, las distinciones solo aparecen en retrospectiva y a partir de un análisis histórico o jurídico.

En efecto, la cuestión de la privación intencional de asistencia puede aclararse mediante un análisis de tipo político, que en general se realiza con posterioridad a los acontecimientos. La omisión de ese análisis a veces lleva a postergar la cuestión de las responsabilidades y a centrarse en las consecuencias médicas. Analizar una situación desde el punto de vista de la privación de asistencia lleva a ignorar las diferentes formas de violencia para concentrarse solo en sus consecuencias. Esta perspectiva puede ser necesaria en las negociaciones locales, pero podría parecer que separa dichas prácticas de las responsabilidades políticas a las que están vinculadas y que agrupa acontecimientos muy diversos. Desde el punto de vista inverso, una percepción que favorezca el análisis de intencionalidad podría resultar distorsionada por una percepción sesgada o poco informada de situaciones muy complejas. En ambos casos, una organización no gubernamental (ONG) médica no está muy calificada para realizar un análisis fundamentado de la situación de inseguridad en la que intenta funcionar, con frecuencia a causa de una visibilidad fragmentaria de los nexos causales y las motivaciones que sustentan esos fenómenos.

## Cuestionamiento de los principios

Recordar los conceptos fundamentales del ámbito humanitario puede parecer una solución posible, en parte para trascender esos límites analíticos. De hecho, la cuestión de los ataques a la misión médica atenta contra los principios de la acción humanitaria tal como los define el derecho internacional humanitario<sup>29</sup>. Si bien la neutralidad de MSF se ve cuestionada por la propia existencia de las decisiones operacionales y médicas a cargo de MSF y que dependen de una decisión política de la organización, ese principio constituye el núcleo del cuestionamiento relativo a los ataques contra las actividades médicas<sup>30</sup>. La interpretación de la neutralidad como condición de las negociaciones o como principio fundamental, a menudo se ubica en una perspectiva histórica. A ese respecto, Fiona Terry señala:

29 Algunas declaraciones públicas de MSF relativas a los incidentes de seguridad mencionan explícitamente el ataque a los principios fundamentales de la ayuda humanitaria médica. "The attack on our team in Kismayo has been an attack on the very idea of humanitarianism and our ability to alleviate the suffering in Somalia", disponible en: <http://www.msf.org/article/attack-our-team-kismayo-has-been-attack-very-idea-humanitarianism-and-our-ability-alleviate> (consultado el 13 de junio de 2013).

30 Dos ejemplos históricos en momentos bisagra: Max Huber, "Croix-Rouge et neutralité", en *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol. 18, n.º 209, 1936, pp. 353-363; Carola Weil, "The Protection-Neutrality Dilemma in Humanitarian Emergencies: Why the Need for Military Intervention?", en *International Migration Review*, vol. 35, n.º 1, 2001, pp. 79-116.



“Cuando el fundador del Movimiento de la Cruz Roja, Henry Dunant, propuso que los trabajadores de la salud y los voluntarios aceptaran ser neutrales en tiempo de guerra, fue con el fin bastante claro de evitarles los ataques en su contra. El personal médico y sus asistentes no debían participar en los combates y debían estar claramente identificados como tales mediante un signo distintivo. Pero, al igual que todas las buenas ideas, la neutralidad de los actores humanitarios en tiempo de guerra planteó numerosos dilemas prácticos y filosóficos<sup>31</sup>”.

Por otra parte, la neutralidad y la imparcialidad, como señala Hugo Slim, constituyen los principales puntos de tensión en el derecho y en la práctica<sup>32</sup>. El artículo 23 del IV Convenio de Ginebra enuncia claramente que se podrán suspender los envíos si existieran pruebas de que “el enemigo pueda obtener de ellos una ventaja manifiesta para sus acciones bélicas o para su economía<sup>33</sup>”. Con esta perspectiva jurídica, la ayuda no tiene entonces vocación de contribuir con las partes en conflicto o desarrollar sus capacidades. La asistencia médica puede hallar dificultades para imponerse como totalmente imparcial si no se la percibe como un bien común, sino como un bien particular o una ventaja de las partes en conflicto.

Si bien la neutralidad es un concepto histórico, en la historia de su práctica abundan las tensiones y las tentaciones. En efecto, los actores humanitarios a menudo han sido muy activos en favor de una u otra parte en conflicto. Desde la guerra de Vietnam hasta los conflictos en Afganistán contra la invasión soviética<sup>34</sup>, las acciones humanitarias de la guerra fría no siempre seguían los principios de neutralidad e imparcialidad, sino otras lógicas, más partidistas, con frecuencia centradas en la identificación de las víctimas de regímenes opresivos, lo que las condujo a concentrar sus esfuerzos en una causa o un grupo particular. En la historia operacional de MSF, esas decisiones demuestran claramente una ambivalencia respecto de los principios en la práctica<sup>35</sup>.

En ocasiones, ciertas dinámicas de guerra que podrían calificarse de totalizantes, en el sentido de la invasión progresiva del conjunto de los lugares privados y públicos a los fines del interés político y militar del conflicto, parecen inimaginables para una organización como MSF. Sin embargo, aquí se trata de

31 Entrevista con Fiona Terry, Ginebra, 14 de mayo de 2013; Jean Pictet, *The Fundamental Principles of the Red Cross*, Henry Dunant Institute, Ginebra, 1979.

32 Hugo Slim, Miriam Bradley, “Principled Humanitarian Action and Ethical Tensions in Multi-Mandate Organizations in Armed Conflict, Observations from a Rapid Literature review”, *World Vision*, marzo de 2013, p. 13.

33 Íd. V. también Barbara Ann Rieffer-Flanagan, “Is Neutral Humanitarianism Dead? Red Cross Neutrality Walking the Tightrope of Neutral Humanitarianism” en *Human Rights Quarterly*, vol. 31, n.º 4, 2009, pp. 888-915.

34 Scott Flipse, “The Latest Casualty of War: Catholic Relief Services, Humanitarianism and the War in Vietnam, 1967-1968”, en *Peace and Change*, vol. 27, n.º 2, 2002, pp. 245-70; Christopher Kauffman, “Politics, Programs and Protests: Catholic Relief Services in Vietnam, 1954-1975”, en *Catholic Historical Review*, vol. 91, n.º 2, 2005, pp. 223-50.

35 Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of Just Wars: Violence, Politics and Humanitarian Action*, Hurst & Co, París & Nueva York, 2004; Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds.), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, París, 2011.

analizar esos fenómenos en contraste con las guerras llamadas “totales” del pasado, en las que la naturaleza de la neutralidad médica y la protección de las instalaciones médicas fueron relativamente establecidas, aunque la historiografía reciente revele muchos incumplimientos de las normas comúnmente aceptadas<sup>36</sup>. En cambio, las guerras civiles del pasado ofrecen buenos ejemplos de violencia respecto de los heridos y los médicos.

En la historia francesa, el régimen insurreccional de la Comuna de París en abril de 1871 no era legalmente competente para firmar el Convenio de Ginebra, por lo cual solo podía adherirse implícitamente:

“Frente a la protesta de la Sociedad Internacional de Socorro a los Heridos ante el Gobierno de Versalles contra las atroces violaciones del Convenio de Ginebra, perpetradas diariamente por sus tropas monárquicas, Thiers dio esta horrible respuesta:

‘Dado que la Comuna no se adhirió al Convenio de Ginebra, el Gobierno de Versalles no está obligado a cumplirlo.’

Hasta ahora, la Comuna ha tomado mejores medidas que adherirse al Convenio de Ginebra.

Respetó escrupulosamente todas las leyes de la humanidad, ante los actos más salvajes, ante los más sanguinarios retos a la civilización y al derecho moderno, ante nuestros heridos acabados en el campo de batalla, ante nuestros hospitales bombardeados, ante nuestras ambulancias acribilladas a balazos, ante nuestros médicos y nuestras enfermeras, algunas de las cuales incluso fueron degolladas en el cumplimiento de su labor<sup>37</sup>.”

El 16 de mayo, la Comuna lo reconoce oficialmente, pero con una interpretación bastante restrictiva:

“El único objetivo y efecto del Convenio de Ginebra es garantizar la neutralidad de los edificios y del personal de las ambulancias militares. La adhesión de la Comuna se limita al reconocimiento de dicha neutralidad<sup>38</sup>.”

En la práctica, los servicios de la Sociedad de Socorros sufrieron el hostigamiento de la Comuna y, a partir del 15 de abril de 1871, sus dirigentes se vieron obligados a huir<sup>39</sup>. La primera víctima de la toma de París por parte del Gobierno de Versalles fue un tal Dr. Pasquier, que fue asesinado por los comuneros aunque llevaba un brazal de la Cruz Roja, pero la violencia contra la Comuna no

36 Annette Becker, *Oubliés de la grande guerre : humanitaire et culture de guerre, 1914-1918. Populations occupées, déportés civils, prisonniers de guerre*, Editions Noësis, París, 1998.

37 *Journal Officiel de la Commune de Paris*, 12 de mayo de 1871.

38 *Journal Officiel de la Commune de Paris*, 15 de mayo de 1871 (la declaración de Paschal Grousset es posterior).

39 Eugène Delessert, *Épisodes pendant la Commune*, Charles Noblat, París, 1872, pp. 60-64; B. Taithe, v. nota 13 anterior, p. 146; Bertrand Taithe, *Citizenship and Wars, France in Turmoil, 1870-1871*, Routledge, 2001, p. 137.

evitó las instalaciones médicas. Inmediatamente después de la Comuna, las fuerzas armadas ejecutaron a heridos identificados como comuneros<sup>40</sup>. Lamentablemente, todas las guerras civiles están plagadas de anécdotas sobre atrocidades cometidas contra los servicios médicos, ya sea durante la Comuna de París, la Guerra Civil Española o los conflictos en Indochina. Sin embargo, es preciso observar con prudencia esas distinciones entre guerras “convencionales” (o internacionales) y guerras “civiles”, puesto que, en la práctica, los servicios médicos no estuvieron más a salvo durante las guerras “convencionales”. Desde la guerra de España de Napoleón I, los conflictos llamados “convencionales” tienen una parte de guerra contrainsurreccional que se parece, al punto de confundirse, a lo que comúnmente se denomina guerra civil<sup>41</sup>. El objeto principal de los conflictos de independencias nacionales, como la guerra de Argelia<sup>42</sup>, era el apoyo a la población y llevaron al uso político de los médicos y de la asistencia de salud, a punto tal de dar lugar a tres congresos sobre la neutralidad de la medicina entre 1959 y 1968<sup>43</sup>.

Desde la finalización de la guerra fría, la multiplicación de conflictos locales llevó a una percepción de guerras llamadas “nuevas”, según los trabajos de Mary Kaldor<sup>44</sup>. En esos conflictos llamados “asimétricos”<sup>45</sup> y localizados en países considerados de ingresos medios<sup>46</sup>, los conflictos parecen generar formas particularmente fuertes de violencia contra los sistemas de salud, los cuales podrían estar sujetos a las dinámicas de la guerra. De ese modo, el médico y el hospital pueden percibirse en ocasiones como una diáda que se debe derribar, en tanto representan la posible preservación de recursos humanos del enemigo:

40 P. ej., la masacre del hospital de la rue d'Allemagne, los pacientes del Dr. Dolbeau en el hospital Beaujon y la ejecución de los Dres. Faneau y Moilin están todos bien documentados: id. p. 148.

41 Helen Yanacopulos, Joseph Hanlon (eds.), *Civil War, Civil Peace*, Open University, Oxford, James Currey, 2006.

42 Axelle Brodiez, “Le Secours populaire français dans la guerre d'Algérie: Mobilisation communiste et tournant identitaire d'une organisation de masse”, en *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n.º 90, 2006, pp. 47-59; Raphaëlle Branche, “Entre droit humanitaire et intérêts politiques : les missions algériennes du CICR”, en *Revue historique*, 301, 1 (609), 1999, pp. 101-125; Maurice Favre, *La Croix-Rouge pendant la guerre d'Algérie : un éclairage nouveau sur les victimes et les internés*, Lavauzelle, Panazol, 2007.

43 “Troisième congrès de la neutralité de la médecine”, en *Revue Internationale de la Croix Rouge*, vol. 50, n.º 594, 1968, pp. 294-295.

44 Mary Kaldor, *New and Old War*, Polity, Oxford, 1998-2006.

45 Para un análisis de la noción de guerra asimétrica, v. Robin Geiss, “Las estructuras de los conflictos asimétricos”, en *International Review of the Red Cross*, n.º 864, 2006; “Hasta ahora, no se han formulado definiciones concordantes de la “guerra asimétrica” ni de las expresiones “guerra de la cuarta generación” o “guerra no lineal”, a veces empleadas como sinónimos de la primera (...) Sin embargo, los análisis demuestran que, en los conflictos contemporáneos, existe una evidente tendencia a una creciente desigualdad militar entre los beligerantes al nivel de las armas utilizadas”. Versión española de este artículo disponible en: [https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/irrc\\_864\\_geiss.pdf](https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/irrc_864_geiss.pdf)

46 Grupos de ingresos: las economías se dividen según el ingreso nacional bruto por habitante para el año 2011, calculada en base al método World Bank Atlas. Los grupos son: ingresos bajos, \$ 1.025 o menos; ingresos medios —franja inferior, \$ 1.026 - \$ 4.035—; ingresos medios —franja media - franja superior, \$ 4.036 - \$ 12.475—; e ingresos altos, \$ 12.476 o más, disponible en: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications> (consultado el 13 de junio de 2013). Mark R. Duffield, *Global governance and the new wars: the merging of development and security*, Zed Books, London, 2001; Edward Newman, “The ‘New Wars’ Debate: A Historical Perspective is Needed”, en *Security Dialogue*, vol. 35, n.º 2, 2004, pp. 173-189.

por ejemplo, un médico<sup>47</sup> que trabaja en Siria para MSF informa que le habrían aconsejado presentarse como periodista en lugar de como profesional de la salud. En algunas guerras “civiles”<sup>48</sup>, la sospecha respecto de los servicios de salud y los insurgentes puede estar asociada a una larga tradición que va en contra de una percepción que calificaría ese fenómeno como nuevo. Las armas ocultas en los hospitales y los tiros provenientes de las instalaciones de salud en ocasiones han justificado la masacre de personal médico y, a veces, la de sus pacientes<sup>49</sup>. En todos esos casos históricos, el “santuario” médico parece estar viciado de parcialidad y de solidaridad de clase o política.

En cierta medida, las instalaciones hospitalarias, como todos los demás servicios de un Estado soberano, permanecen asociadas al régimen político anterior. La ayuda a los insurgentes, que parece demostrar la asistencia dispensada de forma imparcial, se vuelve entonces la justificación de la violencia contra el personal médico. En una situación de guerra total, ya sea ideológica o de clases, queda poco lugar para los ideales políticos relativos al bien común<sup>50</sup>. Lamentablemente, el fenómeno no es reciente, y el Convenio de Ginebra de 1864 para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña no planteaba lo suficiente la cuestión de una politización completa de los actos cotidianos, como la asistencia de salud. En algunos conflictos contemporáneos, la población teme que se establezca una instalación médica, dado que corre el riesgo de atraer la posibilidad de un bombardeo aéreo<sup>51</sup>. El bombardeo de las instalaciones médicas que llevan el signo de las organizaciones internacionales o de la Cruz Roja también es un fenómeno antiguo, ya que a partir del sitio de París en enero de 1871, las autoridades francesas denuncian el fenómeno y encierran prisioneros enemigos en instalaciones hospitalarias con el fin de proporcionar a estas una mayor protección<sup>52</sup>. Ese tipo de prácticas se registraron en 1877–1878, así como en varios conflictos ulteriores<sup>53</sup>.

En efecto, un hospital de guerra es una instalación que alberga un grupo de combatientes extraordinariamente estático, una presa fácil y tentadora para una visión de victoria que implica la destrucción del enemigo. Por lo tanto, en una lógica de guerra total, se trata de un objetivo privilegiado. De ese modo, la vulnerabilidad de un herido puede dejar de evocar la urgencia de la asistencia, para

47 Comunicación privada, médico de MSF, marzo de 2013.

48 Christopher Cramer, *Civil War is Not a Stupid Thing: Accounting for Violence in Developing Countries*, Hurst, 2006, p. 33.

49 Laurence Brown, “‘Pour Aider Nos Frères d’Espagne’: Humanitarian Aid, French Women, and Popular Mobilization during the Front Populaire”, en *French Politics, Culture and Society*, vol. 25, n.º 1, 2007, pp. 30-48.

50 Esta politización reaparece de forma bastante marcada durante la Segunda Guerra Mundial: Paul Benkimoun, A. Bergogne y C. Coumau, “Les médecins et Vichy : Résistants, collaborateurs...”, en *Impact médecin hebdo*, n.º 380, 1997, pp. 6-19.

51 Comunicación privada, responsable de emergencias de MSF, marzo de 2013.

52 Charles Laurent, “Histoire de deux prisonniers allemands à Paris”, en *Annales Politiques et Littéraires*, 1911, pp. 304-306, pp. 338-339, pp. 358-359, p. 378 y pp. 404-406.

53 *Report and Record of the Operations of the Stafford House Committee for the Relief of Sick and Wounded Turkish Soldiers: Russo Turkish War, 1877-1878*, pp. 119-120.

dar lugar a la oportunidad del asesinato; por lo tanto, se ignoran completamente los principios de humanidad o bien solo se invocan con el único fin de su aplicación en la dinámica de la guerra.

En otros casos, las partes beligerantes utilizarán los servicios médicos para asentar su influencia sobre una comunidad determinada<sup>54</sup>. Además, la posesión de instalaciones de salud es un tema vinculado al principio de soberanía<sup>55</sup>, así como la afirmación de un poder y una fuente de legitimidad política. De ese modo, su pérdida o su destrucción se vuelve una cuestión vital en conflictos que perduran e implican alianzas locales e internacionales. Ese papel fundamental de protector y proveedor de asistencia crea y consolida un poder establecido. Históricamente, los propios humanitarios instrumentaron esa economía política de la salud con el fin de tener acceso a los pacientes. Las negociaciones con diversos jefes de la guerra en Afganistán, por ejemplo, son una buena demostración histórica de ello<sup>56</sup>.

¿Qué se puede hacer entonces para contrarrestar esas dinámicas o simplemente limitarlas, aparte de invocar el principio de universalidad con el fin de lograr que se admita que un lugar de asistencia beneficia a todos y que su preservación es una cuestión de interés mutuo bien entendido? ¿Cuál es la diferencia entre la asistencia en un período de guerra y la asistencia en un contexto de paz? Dado que, en la guerra, la función del médico es doble —asistir a las víctimas y, en ocasiones, acompañar a las fuerzas combatientes—, resulta indiscutible que pueden surgir ambigüedades<sup>57</sup>. A veces, en el pasado, la propia ayuda humanitaria ha sido analizada como capaz de apoyar las actividades bélicas: los pacifistas cuáqueros de la primera hora veían en ella una forma de internacionalizar conflictos, incluso de movilizar a mujeres y niños<sup>58</sup>. De hecho, es innegable que la ayuda humanitaria en tiempo de guerra permite movilizar un entorno internacional y de este modo contribuye al relato de las causas de los conflictos<sup>59</sup>. ¿La prensa y los Estados que son partes en conflictos no invocan a menudo los informes de las ONG y los testimonios de las víctimas, que a veces pueden servir a fines políticos<sup>60</sup>? En efecto, controlar la asistencia podría ser también un medio para controlar el relato de la

54 Xavier Crombé, “Afghanistan retour négocié?”, en Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds.), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011, pp. 65-91.

55 Antony Anghie, *Imperialism, Sovereignty and the making of International Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.

56 Archivos de MSF de Francia, Afganistán Gaazni, 1986-1989; v. también los archivos de MSF de Francia, Tailandia 1989 sobre el contexto de violencia latente en el Site II de los campos camboyanos.

57 John T. Greenwood, F. Clifton Berry Jr., *Medics at War: Military Medicine from Colonial Times to the 21st Century*, Naval Institute Press, Annapolis, MD, 2005.

58 Bertrand Taihe, “The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civilians, Humanitarianism and War in the ‘Modern’ Age”, en Roger Cooter, Steve Sturdy, Mark Harrison (eds.), *War, Medicine and Modernity*, Sutton Publishing, Stroud, 1998, pp. 22-47.

59 Heather Jones, “International or Transnational? Humanitarian Action During the First World War”, en *European Review of History*, vol. 16, n.º 5, 2009, pp. 697-713.

60 Luc Boltanski, *La souffrance à distance : morale humanitaire, médias et politique*, Métailié, Paris, 1993; Rony Brauman, *Dangerous Liaisons: Bearing Witness and Political Propaganda. Biafra and Cambodia – the Founding Myths of Médecins Sans Frontières*, Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires, Paris, 2006.

guerra<sup>61</sup>: Biafra es un ejemplo significativo en ese sentido<sup>62</sup>. Se trata, por tanto, de un recurso y un capital simbólico, cuyo uso para crear discursos de propaganda política sigue siendo inmenso<sup>63</sup>.

Para concluir esta primera parte, cabe observar que el cuestionamiento relativo a los ataques contra la misión médica de MSF, a menudo terminó por resumirse en una interrogación por parte de los equipos sobre la pertinencia, el interés para la población y el valor agregado médico y operacional de la permanencia de MSF en el contexto en el que tuvieron lugar los ataques. En esta lógica, la continuidad de las operaciones prima sobre las contingencias vinculadas a los fenómenos violentos. Invocar conceptos de neutralidad rara vez impidió los ataques contra la misión médica; la acción médica se utilizó a menudo con fines políticos. Para abordar este tema, se necesita, a la vez, prudencia en la elección de los términos empleados y contextualización de los acontecimientos analizados.

## **Esbozo de tipología de los ataques contra la misión médica y de las actitudes frente a dichos ataques**

Cabe observar que, en la historia de la Organización, esa violencia fue recurrente, paroxística o crónica, a menudo híbrida, y que implicó varios tipos de consecuencias para el acceso y la prestación de asistencia médica.

- Un perjuicio general en el acceso y la prestación de asistencia, ya sea porque las instalaciones se volvieron inoperantes, o bien por la falta de personal de salud competente, por ejemplo, si estos últimos sufrieron ataques directos o indirectos.
- El abandono de algunas zonas de salud, incluso de algunos sectores de la medicina, vinculada a la violencia directa e indirecta contra el personal de salud y los pacientes.
- La imposibilidad de asegurar la asistencia de salud primaria, en especial el Programa Ampliado de Vacunación, en particular en caso de obstrucción al momento de la prestación de la asistencia, de saqueos de los suministros médicos o de la imposibilidad de desplazarse del personal médico a causa de la inseguridad.
- Una reducción del espacio de trabajo de las organizaciones humanitarias, los incidentes ocurridos que en algunos casos graves provocan una disminución de la prestación de la ayuda y de su cobertura geográfica.

61 Jonathan Benthall, *Disasters, Relief and the Media*, Tauris, Londres, 1993.

62 Henryka Schabowska, *Africa Reports on the Nigerian Crisis: News, Attitudes and Background Information. A Study of Press Performance, Government Attitude to Biafra and Ethnopolitical Integration*, Scandinavian Institute of African Studies, Uppsala, 1978; Donald Rothchild, "Unofficial Mediation and the Nigeria-Biafra war", *Nationalism and Ethnic Politics*, 3, n.º 3, 1997, pp. 37-65; Enda Staunton, "The Case of Biafra: Ireland and the Nigerian Civil War", en *Irish Historical Studies*, vol. 31, n.º 124, 1999, pp. 513-534; Daniel Bach, "Le Général de Gaulle et la guerre civile au Nigeria", en *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Etudes Africaines*, vol. 14, n.º 2, 1980, pp. 259-272; John J. Stremlau, *The International Politics of the Nigerian Civil War*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 1977.

63 Jonathan Benthall, *Disasters, Relief and the Media*, Tauris, Londres, 1993.

- La clasificación (o triaje) de la asistencia según criterios no médicos (por ejemplo, según el género, la edad o la etnia de los pacientes)<sup>64</sup>.
- La selección<sup>65</sup> de una parte del personal según criterios de género, de religión o de cultura contrarios a los principios que rigen las prácticas de trabajo que aplica MSF y a los principios enunciados en su Carta.

Como corolario de esas consecuencias, surge un conjunto de problemáticas que generan la aparición de tensiones funcionales, éticas, incluso de identidad, no solo dentro de MSF, sino dentro de las organizaciones internacionales en general, en particular en caso de hechos muy graves<sup>66</sup> y que pueden cuestionar las responsabilidades particulares e institucionales.

### Amenazas, presiones, violencia: formas visibles e invisibles

En cuanto al análisis de la seguridad, las formas más agudas de violencia son también las más visibles, en particular el asesinato del personal de salud y de pacientes<sup>67</sup>, en ocasiones incluso en el interior de las instalaciones de salud o de las ambulancias. Esos hechos pueden generar ciertos efectos que, a veces, son difíciles de comprender. De ese modo, la fuga de personal médico calificado de los servicios públicos hacia el sector privado —fenómeno observado en América Central en particular, donde la violencia por parte de las redes de criminalidad organizada<sup>68</sup> respecto de los profesionales de la salud está bien documentada<sup>69</sup>— implica no solo el empobrecimiento de dichas instalaciones, sino también un incremento de la complejidad de la prestación de asistencia. En efecto, colegas que trabajan en el Estado de México informan que deben evitar ciertos territorios que se hallan en manos de los cárteles para poder ejercer<sup>70</sup>. En situaciones de guerra larvada, las prácticas de violencia pueden conjugar cinismo y terror. Por ejemplo, un directivo de MSF que operaba en Irak relata la turbación de los equipos frente a ataques

64 Archivos de MSF de Francia, Afganistán 1996, 1997 y 1998, en especial en los conflictos con los talibanes sobre el acceso de las mujeres a la asistencia.

65 Pierre Micheletti habla de *affectabilité* de tal o cual nacionalidad en “Les humanitaires français à l’épreuve de la Syrie”, en *Le Monde*, 28 de febrero de 2012, disponible en: [http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/02/28/les-humanitaires-francais-a-l-epreuve-de-la-syrie\\_1649002\\_3232.html](http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/02/28/les-humanitaires-francais-a-l-epreuve-de-la-syrie_1649002_3232.html) (consultado el 13 de junio de 2013).

66 P. ej., v.: Médecins Sans Frontières, “Afghanistan - L’humanitaire ‘assassiné’”, 5 de julio de 2004, disponible en: <http://www.msf.fr/actualite/articles/afghanistan-humanitaire-assassine> (consultado el 13 de junio de 2013).

67 Un paciente ejecutado en una ambulancia de la Cruz Roja de Honduras: “Acribillan a un hombre dentro de ambulancia en Honduras” en *La Prensa*, 20 de marzo de 2013, disponible en: <http://www.laprensa.hn/csp/mediapool/sites/LaPrensa/Sucesos/Policiales/story.csp?cid=365888&sid=951&fid=98> (consultado el 29 de agosto de 2013).

68 Centro de salud cerrado en Tegucigalpa a causa de amenazas constantes y extorsión por parte de las Maras: “Mareros le sacan carrera a personal de centro de salud”, en *La Tribuna*, 8 de diciembre de 2012, disponible en: <http://www.latribuna.hn/2012/12/08/mareros-le-sacan-carrera-a-personal-de-centro-de-salud/> (consultado el 13 de junio de 2013).

69 En Ciudad Juárez y en el Estado de Tamaulipas, en particular: “Médicos huyen por violencia” en *El Universal*, 5 de octubre de 2010, disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/primera/35648.html> (consultado el 13 de junio de 2013).

70 Comunicación privada, asesor de MSF, México, 2013.

particularmente violentos que estaban dirigidos directamente a los vehículos sanitarios del hospital:

“En Irak, se utiliza un modus operandi de manera recurrente; consiste en ataques múltiples: una primera explosión —a veces relativamente pequeña— que arroja algunas víctimas y provoca la agrupación de personal de socorro, de fuerzas de seguridad y de curiosos en el lugar de la explosión; entonces, se produce una segunda explosión —a menudo de mayor intensidad—, que es mucho más mortífera, ya que hay numerosas personas en el lugar para prestar socorro a las víctimas de la primera. En ocasiones, a esta le sigue una tercera explosión dirigida al hospital al que se transporta a los heridos. Este tipo de caso se registró tres veces en 2011 en Kirkuk e interrumpió de facto la cadena de socorros y, más en general, el funcionamiento del hospital de referencia, lo cual provocó la evacuación de los equipos o su “bunkerización” y, por lo tanto, la suspensión de la asistencia en los servicios en los que opera MSF. Esta amenaza, difusa pero constante, se concretó el 21 de diciembre de 2011, cuando el vehículo que transportaba a las víctimas de un primer ataque, que era dirigido, era un coche bomba y explotó en el recinto del Jumhouri Hospital e hirió a un médico iraquí”<sup>71</sup>.

Varios responsables de MSF explican que, frente a esas situaciones de violencia extrema, las posibilidades operacionales para responder (contrariamente a las declaraciones públicas) son, en definitiva, bastante limitadas. En circunstancias comparables, si no similares, MSF procedió o bien a una reducción temporal o definitiva de los equipos expatriados, regionales o nacionales; o bien al congelamiento de sus actividades o, finalmente, eligió una suspensión temporal o definitiva de los programas médicos de cualquier tipo. En muchos casos, la salida definitiva del país es una posibilidad que no se evalúa hasta que se analiza el riesgo en función del impacto médico que puede tener MSF. Sin embargo, el retiro temporal o permanente solo parece ser una amenaza pertinente en el marco de una economía política de salud en la que la autoridad soberana tenga los medios para hacer cesar la violencia y la necesidad de una presencia continua de asistencia médica.

Ahora bien, esas dos condiciones son bastante aleatorias y las tergiversaciones del régimen talibán en los años 1990 demuestran claramente que las políticas de salud a menudo están sujetas a debates internos que hacen eco en MSF<sup>72</sup>. A veces, las situaciones militares y políticas complejas generan lógicas contradictorias respecto del valor intrínseco de una asistencia médica autónoma.

71 Entrevista con François Delfosse, jefe de misión de MSF, Ginebra, 12 de abril de 2012.

72 Archivos de MSF de Francia Afganistán 1996, 1997, 1998.



Finalmente, también parece perfilarse una crisis de “vocaciones”<sup>73 74</sup>. Dado que, en algunos contextos, el oficio de médico expone a riesgos significativos, en ocasiones, los profesionales de la salud prefieren emigrar para ejercer en condiciones más serenas. En muchos de los ámbitos, el análisis de los hechos de violencia tiende a demostrar la extraordinaria complejidad tanto de sus motivos como de sus consecuencias y aparecen numerosas dificultades para prevenirlos y analizarlos, especialmente cuando la inseguridad cotidiana complica toda idea de normalidad para los equipos.

## Naturaleza de las actividades y violencia específica

La naturaleza de las actividades médicas llevadas a cabo también puede catalizar las tensiones, incluso violencia específica. En especial, la actividad quirúrgica<sup>75</sup>, por concentrar dentro de un mismo espacio los diferentes tipos de partes beligerantes y por el hecho de que puede percibirse que esa práctica médica preserva ostensiblemente las fuerzas militares del enemigo o de la comunidad adversaria. Por ejemplo, en 2003 en República Democrática del Congo, en la ciudad de Bunia, situada en Ituri, los combates entre dos comunidades llevaron a MSF a prestar servicios de ambulancia para transportar a los heridos de una etnia que ya no tenían acceso a las instalaciones médicas que se hallaban en manos de la otra etnia:

“Además, hemos negociado con ambas partes, tanto con Hema como con Lendu, a fin de poder atender a los heridos y los enfermos. En un momento, ambos sospecharon que MSF había dejado de ser imparcial y un expatriado fue secuestrado durante varios días. Ello llevó a la organización prácticamente a dejar de salir de la ciudad de Bunia durante casi dos años. Por ejemplo, ya no se respondía a las epidemias<sup>76</sup>”.

Además de la intervención médica, la clasificación (triaje) en las unidades de urgencias hospitalarias también cataliza un gran número de tensiones: “La atención simultánea de un gran número de víctimas —enfermos o heridos— tiene como denominador común la clasificación médica (triaje). Cuando los socorros

73 Comunicación privada, personal docente, Universidad de México, Facultad de Medicina, México, 26 de abril de 2011.

74 No hay médicos en los 74 municipios del país, donde viven alrededor de 500.000 personas. Hay un número elevado de denuncias contra la Secretaría de Salud por la falta de tratamientos disponibles, “No hay médicos en 74 municipios del país”, en *La Prensa*, 2 de abril de 2011, disponible en: <http://archivo.laprensa.hn/content/view/full/488396> (consultado el 13 de junio de 2013).

75 Médicos Sin Fronteras expresa su verdadera inquietud por la seguridad de su centro quirúrgico de Aden, tras la irrupción en el hospital de un grupo de hombres armados durante la noche del 18 al 19 de junio. Esos hombres intentaron llevarse a un paciente que recibía tratamiento en la sala de urgencias. Médicos Sin Fronteras, “Yemen: MSF hace un llamamiento al respeto de la neutralidad de los hospitales”, 21 de junio de 2012, disponible en: <http://www.msf.fr/actualite/articles/yemen-msf-appelle-au-respect-neutralite-hopitaux> (consultado el 13 de junio de 2013).

76 Entrevista con Laurent Ligozat, director adjunto de Operaciones, MSF de Suiza, Ginebra, 13 de mayo de 2013.

están desde el comienzo desbordados por la magnitud de un acontecimiento, en un primer momento se debe categorizar a las víctimas para tratarlas por orden de prioridad médica. La clasificación (traje) hace que lo particular entre en lo colectivo y que el individuo surja de la multitud. De ese modo, permite salir de la política para entrar en la ética<sup>77</sup>. Al crear la competencia simbólica y efectiva entre las víctimas, la clasificación médica (traje) se vuelve una cuestión social y política, y el origen de algunos incidentes ocurridos en el terreno. En muchos de los casos, los pacientes, familiares y asociados intentan relegar los imperativos médicos a un segundo plano en favor del beneficio inmediato de un individuo o de un grupo en particular. Esta interferencia directa en la prestación de asistencia refleja el hecho de que la presencia médica anterior a la intervención humanitaria no siempre fue percibida como neutral o imparcial o que, simplemente, podía estar orientada en función de un interés personal.

Las campañas de vacunación también fueron recientemente objeto de reiterados ataques contra los actores de la salud, perpetrados por parte de grupos de la población que rechaza<sup>78</sup> un acto que podría simbolizar formas de imperialismo sanitario<sup>79</sup>.

Ante estas oposiciones, con frecuencia violentas, a la acción médica, resulta necesario un análisis de contexto, así como también una reflexión sobre el fundamento histórico, político y social que las sustenta. Toda población tiene su propia percepción del acto médico y sus propias costumbres a las que está vinculada en función de su interacción con sistemas de salud o profesionales de los que tal vez perciban que los paga un poder dominante, o simplemente los guía una lógica comercial, incluso delictiva. Así, el acto médico rara vez es neutral y el hospital no es una estructura insular que se guía por principios metafísicos.

El tipo de actividades que se realizan, la historia del cuerpo médico en un país determinado y la realidad de las políticas de clasificación que operan de facto una jerarquización de las víctimas pueden incrementar las tensiones sociales y políticas existentes en el país de intervención. Favorecer tratamientos de tipo vertical, en los que los recursos se utilizan exclusivamente al servicio de una campaña sanitaria concentrada implícita o explícitamente en una sola enfermedad, como la poliomielitis o la tuberculosis, a expensas de enfoques más “horizontales”, o privilegiar la erradicación de una enfermedad cuando otras permanecen sin

77 Pierre Valette, *Du tri à l'Autre : Éthique et médecine d'urgence*, Tesis presentada y sostenida en la Universidad Paris-Est Marne-la-Vallée, 1 de diciembre de 2011, p. 181.

78 “Mientras persiste la preocupación por la seguridad en Nigeria, acentuada por el bombardeo en agosto de la oficina de la ONU en Abuja, un cuarto de los niños no vacunados en la campaña de vacunación de julio de 2011 no lo fueron debido a rechazos (más del 80% de los rechazos en los estados norteros de Kano, Sokoto y Jigawa.” Heidi J. Larson, Pauline Paterson, “Eradicating polio: persisting challenges beyond endemic countries”, en *Expert Review of Vaccines*, 2011, pp. 1635–1636.

79 El cuerpo y la población resisten a las prácticas biomédicas sistemáticas, resisten de forma orgánica en el sentido que la enfermedad permite una definición del sí mismo y del no sí mismo, del sí mismo y del otro, de lo patológico y de lo normal. Pero cuerpo y población resisten también según los contextos sociales y políticos particulares. Julie Laplante, Julie Bruneau, “Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire”, en *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. vol. 10, supl. 2, 2003, pp. 519-536, disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500005&lng=en&nrm=iso). ISSN 0104-5970, (consultado el 13 de junio de 2013).

tratamiento, a menudo parece ser percibido por la población como la política preferida de enfoques sanitarios autoritarios<sup>80</sup>. Esas campañas contra las grandes epidemias evocan otras campañas anteriores, algunas de las cuales, a veces, pudieron parecer experimentales, incluso si estaban justificadas por un discurso ético<sup>81</sup>. Se pueden encontrar tensiones e incomprensiones de esa época pionera que siguen vigentes en la actualidad. Esas tensiones se ven en la actualidad cuando en las campañas específicas se pasan por alto las necesidades de la población, reales o percibidas<sup>82</sup>. Para hallar palancas de poder efectivas, que puedan cambiar el curso de esas tensiones para organizar un espacio seguro de intervención médica con frecuencia, se necesita una ingeniería operacional dirigida que integre el conjunto de esas dimensiones. Asimismo, se debe iniciar un trabajo consecuente para recopilar las prácticas que permitieron que la asistencia médica se prestara de manera eficaz.

### ¿De la violencia tolerada a la violencia internalizada?

Quizás no existe una frontera muy clara entre la tolerancia y la internalización de los fenómenos de violencia. A menudo, esos dos mecanismos reflejan sentimientos de inseguridad personal, pero pueden basarse y legitimarse mediante un análisis fundamentado de la micropolítica local<sup>83</sup>. Las intervenciones humanitarias evolucionan en contextos difíciles, y no son los equipos médicos los que deben resolver las problemáticas sociopolíticas que se desarrollan allí<sup>84</sup>. En la práctica, los equipos experimentan a menudo ciertas dificultades para establecer las tendencias globales vinculadas a los ataques, sobre todo si la definición y la apreciación de la cuestión de la intencionalidad que los sostiene sigue siendo extremadamente compleja. De ello resulta una suerte de permisividad respecto de los hostigamientos o las presiones cotidianas que a veces se viven en los terrenos de intervención. Solo los ataques más brutales contra las misiones médicas de MSF se han informado o denunciado: daños ocasionados a las instalaciones de

80 Maryinez Lyons, *The Colonial Disease: A History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992; Poonam Bala (ed.), *Biomedicine as a contested site: some revelations in imperial contexts*, Lexington Books, Lanham, MD, 2009; Lea Berrang-Ford, Martin Odiit, Faustin Maiso, David Waltner-Toews, John McDermott. "Sleeping sickness in Uganda: revisiting current and historical distributions", en *African Health Sciences*, vol. 6, n.º 4, 2006, pp. 223-31.

81 Benjamin N. Azikiwe, "Ethics of Colonial Imperialism", en *The Journal of Negro History*, vol. 16, n.º 3, 1931, pp. 287-308.

82 David Arnold (ed.), *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester University Press, Manchester, 1988; Laëtitia Atlani-Duault, Jean-Pierre Dozon, "Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale", en *Ethnologie française*, vol. 41, n.º 3, 2011, pp. 393-404.

83 Un ámbito en el que los equipos de MSF a menudo han demostrado una gran sensibilidad, al informar en ocasiones las posturas internacionales. Archivos de MSF de Francia, *Comité Solidarité étranger* (Afganistán, 1985-7).

84 Sobre la dificultad de los equipos para analizar los fenómenos de violencia v: Françoise Duroch, "Le viol, arme de guerre : l'humanitaire en désarroi", en *Les Temps Modernes*, n.º 627, 2004, pp. 138-147.

salud para identificar los opositores al régimen establecido<sup>85</sup>, robos de historias clínicas confidenciales<sup>86</sup>, asesinatos y secuestros de pacientes y personal<sup>87</sup>. Esas problemáticas, presentadas siempre como casos singulares, pudieron ser elementos decisivos a nivel local en la gestión de los recursos y las relaciones con los actores políticos locales.

Por ejemplo, se pueden observar formas de internalización<sup>88</sup> de algunos tipos de violencia<sup>89</sup> sufrida de forma reiterada por parte de los equipos de MSF y de los pacientes, a veces obligados a vivir la experiencia cotidiana del acoso, las amenazas o el chantaje. De ese modo, un número significativo de incidentes solo se informan de manera fragmentaria<sup>90</sup>. En esta trivialización de la violencia, surgiría el riesgo de una cultura tácita, incluso permisiva de la Organización que se alimentaría de la individualización de las respuestas y dependería, en la práctica, de las capacidades de negociación de sus miembros. Para los actores y militantes humanitarios, internalizar los actos de violencia sería hacer de esos fenómenos algo implícito, una normalidad cotidiana agotadora y potencialmente traumática. En consecuencia, una organización podría resultar incapaz de medir los verdaderos peligros. Esos fenómenos de internalización pueden percibirse como cartas blancas que justifican su repetición. Además, la aceptación tácita por parte de los equipos de MSF de “normas” que se deben observar —para la contratación del personal, para la realización de proyectos, para las propias decisiones operacionales— que serían cambiadas sin cesar por algunos actores del conflicto, a la larga puede transformarse en una forma de sumisión. La definición de “líneas rojas” que no se

85 Médicos Sin Fronteras, “MSF Calls For End to Bahrain Military Crackdown on Patients”, 7 de abril de 2011, disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5170&cat=press-release> (consultado el 13 de junio de 2013).

86 “MSF está muy preocupada por la seguridad de su personal y de los pacientes, tras un grave incidente que se produjo en una instalación médica de MSF en Dinsor (región Bay, Somalia), el 27 de diciembre. Después de tomar control de Dinsor, representantes de las fuerzas militares ingresaron en la instalación médica de MSF, presionaron al personal médico somalí empleado por MSF y confiscaron todas las historias clínicas confidenciales de los pacientes internados”, en *Médecins Sans Frontières*, “After a Week of Intense Fighting in Somalia, MSF Extremely Concerned about the Security of Medical Staff and Safety of Patients”, 28 de diciembre de 2006, disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=1916&cat=press-release> (consultado el 13 de junio de 2013).

87 P. ej., en Somalia en ocasión del asesinato de dos colegas de MSF en diciembre de 2011 en Mogadiscio.

88 El *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier* registra un resultado similar y comprueba que una política que aliente las denuncias puede generar un aumento de las denuncias, mientras que la tolerancia al hecho de la violencia sigue dependiendo en gran medida de las personas que son sus víctimas. “No todos los establecimientos declaran los hechos sufridos de la misma manera, ya que sigue habiendo una parte de análisis subjetivo del hecho y el umbral de tolerancia a la agresión es muy diferente de un miembro del personal a otro, de una instalación a otra, de un establecimiento a otro”. Ministerio de Trabajo, Empleo y Salud, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier*, 2011, p. 6.

89 “Finalmente, cabe recordar que la problemática de la violencia dentro de las instalaciones de salud impone prudencia y definiciones previas, ya que la violencia es polifacética y subjetiva. Cada autor confrontado a esta noción brinda una definición propia, y este hecho debe tomarse en cuenta de manera imperativa antes de cualquier intento de análisis, a fin de definir un lenguaje común a partir del cual cada uno pueda investigar los elementos de comunicación e información que busca. Ministerio de Trabajo, Empleo y Salud, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier*, 2011, p. 4.

90 Comunicación privada, jefe de terreno de MSF, Yemen, marzo de 2013.

deben cruzar para evitar pasar del compromiso al comprometimiento se trató en otras partes<sup>91</sup>, pero sigue siendo de actualidad para la organización.

### ¿Criminalización del acto médico?

Finalmente, también debe plantearse la cuestión de la criminalización del acto médico. El tema de la prestación de asistencia médica se planteó en la Franja de Gaza o incluso en Somalia, como consecuencia de las nuevas legislaciones aplicadas en el marco de la guerra contra el terrorismo y adoptadas por un conjunto de países. Se trataba de saber en qué medida la prestación de asistencia médica a personas o grupos considerados terroristas correspondía al rótulo “apoyo material al terrorismo”, como lo definió el “Patriot Act” estadounidense, adoptado posteriormente al 11 de septiembre de 2001<sup>92</sup>.

“(…) en dos procedimientos penales (*US v. Shah* y *US v. Farhane*) iniciados contra médicos afiliados ideológicamente a Al Qaeda, y no contra organizaciones humanitarias, los médicos en cuestión fueron declarados culpables de apoyar el terrorismo por haber prestado asistencia médica a miembros de un grupo prohibido. Aquí, la excepción humanitaria fue interpretada de manera restrictiva, como que incluía solo la provisión de medicamentos y no un tratamiento que dependiera de la competencia médica. Sin embargo, el compromiso explícito de los acusados respecto de los objetivos de Al Qaeda fue un elemento decisivo en cada una de estas dos causas, y los veredictos confirman que podría haberse llegado a otra conclusión en el caso de organizaciones humanitarias independientes que no actuaran bajo “la dirección o el control de una organización terrorista extranjera”<sup>93</sup>. [Trad. CICR]

La manipulación de la ayuda médica con fines políticos en varios casos también llevó a organizaciones médicas como MSF a retirarse completamente de algunos contextos. Por ejemplo, en 1994, MSF se retiró de los campamentos de refugiados ruandeses para no seguir contribuyendo a la explotación de la ayuda humanitaria por parte de los genocidas:

“Incluso si el impacto de los servicios médicos de MSF fue marginal comparado al de organizaciones que distribuían alimentos, [...] nuestra participación en el sistema de ayuda nos implicó en el conjunto de sus consecuencias. [...] Desde nuestra presencia en los campamentos hasta el desvío de nuestros recursos, somos directamente cómplices de los actos nocivos subsiguientes<sup>94</sup>. [Trad. CICR]

91 Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds.), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, París, 2011.

92 El título del *PATRIOT Act* es “Uniting and Strengthening America by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism”.

93 Sara Pantuliano, Kate Mackintosh, Samir Elhawary con Victoria Metcalfe, “Counter-Terrorism and Humanitarian Action, Tensions, Impact and Ways forward”, HPN Policy Brief n.º 43, octubre de 2011, pp. 4-5.

94 Fiona Terry, *Condemned to Repeat? The Paradox of Humanitarian Action*, Cornell University Press, Ithaca y Londres, 2002, p. 3.

Esa situación ya había conocido un precedente en Etiopía en los años 1980, como describe Rony Brauman, entonces presidente de MSF de Francia:

“La rutina del trabajo humanitario terminaba disimulando la participación en la violencia masiva, que se convirtió en la primera causa de mortalidad en el país. Imaginen: me levanto, verifico mi material médico, voy al dispensario para atender, participo en una reunión con el comité de coordinación de la región, paso un pedido de medicamentos a mi sede, hago una visita al hospital. El sentido de esa actividad cotidiana, motivada por la convicción de participar en una operación de auxilio, puede verse absolutamente invertido si, por el contrario, se inscribe en una estrategia de opresión, que redunde en perjuicio de las intenciones que dicha actividad perseguía sin romper su rutina. (...) Poco a poco, nos hemos ido hallando en un proceso “eichmanniano” de suspensión del espíritu crítico, delegando de alguna manera nuestra responsabilidad en las instancias superiores (...) cumpliendo tareas rutinarias ennoblecidas por la intención subyacente que las sostenía<sup>95</sup>”.

Retomando aquí la cuestión de la internalización de la violencia cotidiana y la falta de un marco crítico que ese mecanismo puede generar, R. Brauman muestra bien en qué medida la violencia internalizada puede volverse una dimensión nefasta del trabajo humanitario en su conjunto, que desvirtúe incluso los principios de la filantropía. Las formas de violencia masiva, como las intimidaciones cotidianas o los riesgos extremos a los que están expuestos el personal médico y los pacientes de MSF a causa de las guerras, representan desafíos intrincados, a la vez individuales e institucionales, que son centrales para las cuestiones actuales.

## **Conclusión: la campaña de MSF “Atención médica bajo fuego”**

Acabamos de ver que cualquiera sea el tipo de ataque contra la misión médica, la principal consecuencia sigue siendo la suspensión, temporal o definitiva, del acceso a la asistencia para toda la población o parte de ella. En ese contexto, ¿debemos considerar la creación de desiertos sanitarios “administrativos”, donde las autoridades se nieguen deliberadamente a arbitrar los medios para ciertas zonas o ciertas categorías de poblaciones como una amenaza indirecta contra la misión médica?

Parecería que la cuestión de la intencionalidad sería finalmente una de las más delicadas de comprender y de apreciar y que la pertinencia de ese factor como elemento de análisis de terreno sería cuestionable, aunque su importancia política e histórica siga siendo innegable.

En respuesta al conjunto de esas cuestiones, en 2013 MSF decidió iniciar un proyecto en el seno de la Organización que tenía como objetivo desarrollar un programa de investigación que documentara las consecuencias médicas y humanitarias de los ataques contra los pacientes, el personal de salud, las

95 Rony Brauman, “La routine du travail humanitaire en venait à dissimuler la participation à des violences de masse”, en *Philosophie Magazine*, disponible en: <http://www.philomag.com/les-idees/dossiers/rony-brauman-la-routine-du-travail-humanitaire-en-venait-a-dissimuler-la> (consultado el 13 de junio de 2013).

instalaciones y los vehículos sanitarios. La intención del proyecto es centrarse en la mejora del acceso de los pacientes a la asistencia de salud y de la seguridad del personal en el ejercicio amplio de sus funciones. Asimismo, la finalidad de ese proyecto es evaluar las consecuencias epidemiológicas vinculadas a la interrupción de la asistencia a causa de un ataque. Con el objeto de medir el riesgo real y los asociados a las dimensiones ligadas a los fenómenos de percepción, aunque más no sea para descartar la idea de un “moral panic”, el proyecto prevé apoyar la recopilación de datos actuales e históricos según definiciones y metodologías compartidas. Como sugiere un directivo de MSF, ese proyecto podría permitir contar con una mejor comprensión de los fenómenos de violencia hasta entonces oculta, en particular la que sufren los equipos nacionales<sup>96</sup>.

La preocupación actual de la Organización es la falta de datos, tanto descriptivos como estadísticos, relativos a los ataques contra la misión médica, lo que parece acentuar una carencia actual y también representa un verdadero desafío para la institución, que consiste en elaborar un análisis coherente sobre los riesgos a los que está expuesta. Hay quienes desean que MSF analice esas problemáticas de violencia de manera más sistemática, con el fin de identificar una tendencia global y lograr una mejor comprensión de la naturaleza del problema. En concreto, puede tratarse del uso de una base de datos común a las diferentes secciones de MSF —incluso en una fase experimental— asociada a una reflexión sobre los desafíos y los riesgos que puede plantear el uso de herramientas estadísticas, que exigen demasiado tiempo a los equipos y cuya pertinencia suele cuestionarse.

Sin embargo, y más allá de la disposición de medios comunes y compartidos que permitirían optimizar los datos transversales del movimiento MSF y de la potencial creación de una comprensión común de esos problemas, la reflexión crítica respecto de los fenómenos vinculados a la inseguridad sigue siendo un desafío esencial<sup>97</sup> en el marco de las acciones humanitarias.

Partiendo del postulado de que los incidentes de seguridad resultan de la unión de un conjunto de elementos que permiten o no que estos ocurran, la responsabilidad de las organizaciones humanitarias, tanto en la elaboración de las políticas operacionales como en la calidad de la ayuda prestada, la elección y la contratación del personal, no podría descalificarse sin más en una lógica de investigaciones. Por ello, no bastaría con resignarse a una postura de víctimas o simplemente con denunciar, mientras que la ayuda humanitaria médica sigue formando parte de los conflictos en los que se presta —lo cual, por otra parte, debe hacer de la manera más inteligente posible—. Debe llevarse a cabo un análisis de los nexos de causalidad que permiten que ocurran esos incidentes de seguridad, y en particular una apreciación más precisa de las responsabilidades individuales, de los grupos y de lo aleatorio/arbitrario. Esos análisis deberían permitir a la Organización transmitir mensajes fuertes, que puedan presentarse ante las personas encargadas

96 Entrevista con Laurent Ligozat, director adjunto de Operaciones, MSF de Suiza, Ginebra, 13 de mayo de 2013.

97 Elsa Rambaud, “L’organisation sociale de la critique à Médecins sans frontières”, en *Revue française de science politique*, vol. 59, n.º 4, 2009, pp. 723-756.

de decidir: el costo humano de las operaciones, en especial el “knock on effect” (efecto inmediato, a medio y largo plazo en los sistema de salud) y las consecuencias para los pacientes. Establecer una metodología de recopilación de datos común a las diferentes secciones del movimiento MSF, así como analizar de manera actual y retrospectiva esa violencia permitirá hacer un seguimiento de esos fenómenos en el tiempo, lo que en la actualidad parece difícil.