

## EDITORIAL: VIOLENCIA CONTRA LA ASISTENCIA DE SALUD: CLAUDICAR NO ES UNA OPCIÓN

Un artefacto explosivo improvisado explota al pasar un convoy militar. Mientras la muchedumbre y los socorristas acuden al lugar para prestar asistencia a los heridos, estalla una segunda bomba. Su detonación retardada apunta precisamente a causar el mayor daño posible a los servicios de urgencia.

Un puesto de control del ejército filtra los vehículos en una carretera: todos quedan condenados a largas horas de espera, inclusive una ambulancia que se dirige al hospital. La espera es demasiado larga y el paciente fallece por falta de atención.

Un médico es encarcelado por haber atendido a manifestantes heridos tras una violenta confrontación entre un movimiento de oposición y las fuerzas policiales.

Un grupo armado toma un centro de salud, lo saquea y mata a los heridos de la parte adversa así como al personal de salud. Los habitantes de la región se ven privados de acceso a los cuidados y a muchos no les queda otra opción que huir.

En la actualidad, estos episodios podrían tener lugar en numerosos países, de la República Centroafricana a Siria<sup>1</sup>. Nos resultan familiares porque, desgraciadamente, forman parte de la realidad de las guerras contemporáneas, al punto que a menudo pasan desapercibidos en el torrente de las noticias. Estos son solo algunos ejemplos de las amenazas, los ataques y las obstrucciones que experimentan los servicios de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de urgencia. El personal de salud no es el único blanco deliberado de estos ataques (amenazas, detenciones, ataques directos); los heridos —ya sean civiles o militares— tampoco están exentos de padecerlos.

La acumulación de estos incidentes genera una inseguridad real o una sensación de inseguridad cuyas consecuencias exceden su impacto inmediato. La inseguridad crea “desiertos médicos” y afecta a poblaciones enteras, perturbando gravemente y durante largos periodos la salud pública en las regiones afectadas. Difusas, insidiosas y silenciosas, las consecuencias indirectas de la violencia contra la asistencia de salud pueden cobrar proporciones catastróficas.

1 V. Romaric Bekourou, “République centrafricaine: des milliers de personnes forcées à fuir, les centres de santé pillés”, disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=oCVbwzMPK90&list=PL976DC37B1EF9FD69&index=2>, CICR, “Somalia: Lifeline Mogadishu”, disponible (en inglés) en: [www.icrc.org/eng/resources/documents/audiovisuals/video/2013/05-27-somalia-health-care-in-danger.htm](http://www.icrc.org/eng/resources/documents/audiovisuals/video/2013/05-27-somalia-health-care-in-danger.htm); Cruz Roja Británica, “Call for an end to attacks on aid workers in Syria as International Red Cross and Red Crescent Movement marks 150th anniversary”, 29 de octubre de 2013, disponible (en inglés) en: [www.redcross.org.uk/About-us/News/2013/October/Solidarity-call](http://www.redcross.org.uk/About-us/News/2013/October/Solidarity-call)

Sin embargo, la protección de los heridos y los trabajadores de la salud forma parte de la herencia común de las distintas culturas y religiones del mundo<sup>2</sup>. El respeto que el propio personal de salud demuestra por la ética siempre ha ido de la mano del respeto tradicionalmente conferido a la función médica. La ética médica se remonta a la civilización griega clásica con el famoso juramento hipocrático, como también a la medicina árabe con Ishaqibn 'Ali al-Ruhawi, autor del libro *La ética del médico*, en el siglo X.

Asimismo, la acción humanitaria moderna y el derecho internacional humanitario (DIH) nacieron de la indignación frente a la suerte que corrían los heridos de guerra abandonados en el campo de batalla. La creación del “Comité Internacional y Permanente de Socorro a los Heridos Militares” en 1863 (hoy conocido bajo el nombre de Comité Internacional de la Cruz Roja) y la adopción del primer Convenio de Ginebra del 22 de agosto de 1864 “para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña” fueron el resultado directo de una toma de conciencia pública de la necesidad de mantener un nivel mínimo de humanidad aun en tiempo de guerra.

Los principios más importantes de ese primer Convenio de Ginebra<sup>3</sup>, que se mantuvieron en los textos de los Convenios ulteriores, incluyen: la obligación de asistir a los heridos sin distinción alguna basada en la nacionalidad; la neutralidad y la inviolabilidad del personal y de las instalaciones de salud; y la adopción de un emblema para distinguir y proteger a estos últimos.

Por ello, la protección de los heridos y el personal médico y la organización de los socorros fueron las principales preocupaciones de los pioneros de la acción humanitaria moderna. Fue necesaria toda su energía para movilizar a la sociedad civil y la comunidad de los Estados para lograr que se crearan estructuras nacionales e instrumentos internacionales de protección.

No obstante, exactamente 150 años después, los ataques contra los heridos y el personal médico, los obstáculos al acceso a los cuidados y la destrucción de estructuras médicas siguen produciéndose en los conflictos armados y otras situaciones de emergencia del siglo XXI. El recrudecimiento de esta violencia ¿se vincula con un menor respeto del DIH? ¿La envergadura que ha cobrado este fenómeno en la actualidad se debe a la naturaleza de los conflictos contemporáneos? Debido a la falta de estadísticas de larga data, no tenemos respuesta a estas preguntas, pero al menos podemos considerar que la violencia contra la asistencia de salud es: 1) un fenómeno persistente, 2) el agravamiento actual de un fenómeno antiguo e incluso, 3) un nuevo rostro de la guerra. Es tiempo de que la comunidad internacional reafirme que existen límites para la inhumanidad y de que se interese por las causas

- 2 Por ejemplo, en India, las leyes ancestrales de Manu exigen que el vencedor perdone la vida a los heridos. En Burkina Faso, la costumbre prohíbe matar a las personas que no participan en los combates y obliga a asistir a los heridos de las dos partes. Para un breve resumen de las diferentes tradiciones, v. por ejemplo: Véronique Harouel-Bureloup, “Droit international humanitaire: la coutume”, en *Grotius International*, 7 de marzo de 2013, disponible en: <http://www.grotius.fr/droit-international-humanitaire-lacoutume>
- 3 Convenio de Ginebra del 22 de agosto de 1864 para aliviar la suerte que corren los militares heridos en las fuerzas armadas en campaña, 75 U.N.T.S. (Colección de Tratados de las Naciones Unidas) 31, en vigor desde el 21 de octubre de 1950.

contemporáneas de la violencia contra la asistencia de salud, que es uno de los mayores problemas humanitarios de nuestra época.

## ¿De qué estamos hablando?

“Una de las principales víctimas de la guerra es el sistema de salud en sí mismo”<sup>4</sup>. Testigo y a veces víctima directa de estos reiterados incidentes, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha tomado conciencia de la gravedad del fenómeno, señalada en los trabajos de científicos como Leonard Rubenstein y Robin Coupland<sup>5</sup>. Entre 2008 y 2010, el CICR llevó a cabo un estudio sobre 655 incidentes violentos contra la asistencia de salud en 16 países<sup>6</sup>. El estudio puso de manifiesto las diferentes formas de violencia que obstruyen la prestación de servicios de salud: ataques directos contra los pacientes, el personal médico y las estructuras de salud —en especial saqueos y secuestros— o detención y denegación del acceso a los cuidados de salud.

En 2013, los nuevos datos reunidos por el CICR<sup>7</sup> demostraron que la gran mayoría de los incidentes violentos contra la atención de salud —más del ochenta por ciento de los aproximadamente 900 incidentes registrados en 22 países— afectan a los trabajadores de la salud locales. El 25 % de las personas afectadas por estos incidentes fueron asesinadas o heridas y el resto de los incidentes consistió en golpes, amenazas, detención, secuestros y otros hechos violentos. Los datos reunidos no permiten identificar un perpetrador predominante de esos actos de violencia; por el contrario, revelan que los responsables no incluyen solo a las fuerzas armadas y de seguridad estatales, sino también a actores armados no estatales. Asimismo, el informe indica que la mayor parte de los incidentes contra el personal de salud consistían más en amenazas que en actos de violencia directa. En esta edición de la *Review*, Fiona Terry analiza las agresiones sufridas por los trabajadores del sector de la salud a través de una serie de investigaciones de campo realizadas en tres contextos en los cuales el acceso es particularmente difícil: Afganistán, República Democrática del Congo y Somalia. En su artículo, Enrico Pavignani, Markus Michael, Maurizio Murru, Mark Beesley y Peter Hill también se basan en seis estudios de casos contemporáneos para analizar las consecuencias que tiene el colapso del Estado para los sistemas de salud.

La utilización abusiva de la misión médica por grupos criminales o partes en el conflicto con fines de tráfico ilícito o para disimular operaciones militares contribuye al rápido deterioro de la protección del conjunto de los servicios de salud.

4 Marco Baldan (jefe de cirujanos de guerra del CICR) en *Asistencia de salud en peligro: la realidad del problema*, CICR, Ginebra, 2011, p. 7, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p4072.htm>

5 V. también sus contribuciones en esta edición de la *Review*.

6 CICR, *Asistencia de salud en peligro: estudio realizado en dieciséis países*, julio de 2011, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/report/hcid-report-2011-08-10.htm>

7 CICR, *Violent Incidents Affecting Health care – January to December 2012*, 15 de mayo de 2013, disponible en: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/report/2013-05-15-health-care-in-danger-incident-report.htm>

En efecto, cuando algunas ambulancias se utilizan de forma abusiva, todo el sistema de atención de salud se vuelve sospechoso para el adversario y sufre, por ende, las consecuencias, que van desde largas horas de espera en los puestos de control hasta ataques directos.

Los efectos de la violencia contra la asistencia de salud se extienden mucho más allá del momento del ataque y sus consecuencias inmediatas. Esos ataques afectan no solo al personal directamente atacado, sino también al conjunto de la población cuya salud depende de él. Por un lado, por cada trabajador de la salud atacado, habrá un número de pacientes que no podrá recibir atención, ya sea preventiva (como las campañas de vacunación) o curativa (por ejemplo, cirugía, rehabilitación, etc.). Por otro lado, los actos de violencia reiterados contra la asistencia de salud pueden inducir a los médicos a abandonar la zona, temiendo —con justa razón— por su seguridad. Privada del acceso a la asistencia de salud, la población local sufrirá, pues, consecuencias a largo plazo<sup>8</sup>.

El evidente deterioro de la protección del personal médico no afecta solamente a las zonas en conflicto y las situaciones de emergencia. Desde hace varios años, se observan graves problemas de violencia contra el personal de salud, especialmente en los servicios de urgencia, inclusive en los países en paz. Los servicios de salud a veces pueden ser blanco de actividades criminales, pero a menudo la verdadera causa de los disturbios y de los incidentes de seguridad son los propios pacientes y sus familias. Si la inseguridad en el medio hospitalario tiende a banalizarse en tiempos normales, ¿qué puede esperarse en tiempos de crisis? Esta perspectiva refuerza la necesidad de adoptar un enfoque preventivo, incluso en los países que hoy no están afectados por conflictos armados u otras situaciones de emergencia.

Si bien los trabajadores de la salud disponen de derechos que los protegen, también tienen obligaciones y responsabilidades que se desprenden de los derechos de los heridos y enfermos a los que asisten. Así pues, están obligados por el DIH y los derechos humanos, pero también por la ética médica. El respeto de esta ética por parte del propio personal médico es otra dimensión de la problemática de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y situaciones de emergencia. Las instancias médicas nacionales tienen un papel importante que cumplir, en especial para evitar eventuales injerencias del Estado y asegurar el respeto de la ética por la profesión misma. De este modo, en Sudáfrica, el Dr. Wouter Basson, antiguo jefe del programa bacteriológico y químico del régimen del Apartheid, fue acusado de desarrollar armas químicas para reducir a los militantes antiapartheid. El objetivo último de estas investigaciones era encontrar un instrumento químico para frenar el crecimiento demográfico de los negros. En 2013, fue declarado culpable de violar la ética médica por la Orden de Médicos de Sudáfrica<sup>9</sup>.

8 V. la entrevista al ministro de Salud de Liberia, Walter Gwenigale, en esta edición de la *Review*.

9 V. "South Africa's 'Dr Death' Basson found guilty of misconduct", en *BBC News Africa*, 18 de diciembre de 2013, disponible en: <http://www.bbc.com/news/world-africa-25432367>

## Una movilización en aumento

Es crucial abordar la violencia contra la asistencia de salud como una única temática compleja, más que como la simple sumatoria de incidentes independientes. Con el apoyo de la Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el CICR creó en 2011<sup>10</sup> un proyecto de cuatro años titulado “Asistencia de salud en peligro”, con el fin de alentar a las distintas partes interesadas a tomar medidas para revertir ese estado de cosas en el terreno y movilizar a expertos con la intención de que elaboraran soluciones. La *Review* solicitó a Pierre Gentile, coordinador del proyecto en el CICR, que informara acerca de los avances logrados por el proyecto.

Del mismo modo, varias organizaciones no gubernamentales (ONG) han desarrollado sus propias campañas al respecto. Así pues, por ejemplo, Médicos Sin Fronteras (MSF) creó el proyecto “*Medical Care Under Fire*”, que publica periódicamente en internet los incidentes de seguridad contra la asistencia de salud<sup>11</sup>. En esta edición de la *Review*, Caroline Abu Sa’Da, Françoise Duroch y Bertrand Taithe presentan un estudio de la manera en que MSF aborda las cuestiones de los incidentes de violencia y los ataques en su contra o contra pacientes que están a cargo de la organización. Promueven el desarrollo de una reflexión crítica respecto de los fenómenos de inseguridad en el marco de las acciones humanitarias.

La “Coalición para Proteger la salud en los conflictos” (“*Safeguarding Health in Conflict Coalition*”), compuesta por ONG, asociaciones de trabajadores de la salud y un centro académico<sup>12</sup>, tiene el objetivo de promover el respeto del DIH y los derechos humanos relativos a la protección y la seguridad de las instalaciones de salud, los trabajadores de la salud, las ambulancias y los pacientes en situación de conflicto armado y otras situaciones de violencia.

Esta problemática debe considerarse ante todo como un problema *humanitario* y no como un problema de los *actores humanitarios*. Tras años de esfuerzos, es muy alentador ver que hoy este tema se ha retomado fuera del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de las ONG: muchos actores influyentes, como algunos Estados, se han interesado por esta problemática. Así pues, el Consejo Internacional de Enfermería<sup>13</sup> y la Asociación Médica Mundial<sup>14</sup> hoy son socios del proyecto Asistencia de salud en peligro del CICR. La temática se

10 V. “Resolución 5 – La asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud”, adoptada en la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 1 de diciembre de 2011, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/icrc-003-1129.pdf>

11 V. MSF, *Medical Care Under Fire*, disponible en: <http://www.msf.org/topics/medical-care-underfire>

12 V. *Safeguarding Health in Conflict Coalition*, disponible en: <http://www.safeguardinghealth.org>

13 V. <http://www.icn.ch/fr/news/whats-new-archives/safeguarding-health-in-conflict-coalition-1506.html>

14 La Asociación Médica Mundial indica: “La ética médica constituye el principal terreno de colaboración entre el CICR y la AMM. Esta colaboración se oficializó a través de un memorando de entendimiento firmado el 26 de junio de 2013. Con este memorando, la AMM apunta a contribuir al desarrollo del proyecto, en particular en el plano de la responsabilidad del personal de salud en los conflictos armados y otras situaciones de emergencia”. V.: Asociación Médica Mundial, *Projet sur les Soins de Santé en Danger*, disponible en: <http://www.wma.net/fr/20activities/60campaigns/11HealthDanger/index.html>

debatíó recientemente en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud<sup>15</sup>. Del mismo modo, en el informe que entregó al Consejo de Seguridad de la ONU sobre la protección de los civiles en mayo de 2012<sup>16</sup>, el Secretario General también multiplicó las referencias a los ataques contra la asistencia de salud y pidió al Consejo de Seguridad que se mostrara más proactivo en la materia. Varios Estados, como Noruega, Australia o Sudáfrica, apoyan activamente el proyecto a nivel mundial.

Asimismo, se realizaron esfuerzos en el plano nacional, en colaboración con el CICR y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja. También tenemos mucho que aprender de algunos Estados que, confrontados directamente al problema, ya han comenzado a implementar soluciones para reducir la violencia contra el personal sanitario. Así, la *Review* da la palabra al Proyecto Nacional de Protección a la Misión Médica de Colombia (“*Mesa Redonda Nacional Permanente por el Respeto de la Misión Médica en Colombia*”). Su experiencia brinda recomendaciones prácticas para el futuro.

## En busca de soluciones

Si bien aún resta mucho por hacer, existe no obstante un corpus de normas jurídicas y éticas que protegen la asistencia de salud tanto en tiempo de paz como de guerra.

En virtud del DIH, las partes en un conflicto armado deben proteger, asistir y atender a los heridos y enfermos; proteger al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios contra los ataques, respetarlos y no obstaculizar la asistencia. A fin de garantizar dicha protección, el DIH establece con precisión el empleo de emblemas distintivos protegidos por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales. Asimismo, exige que se respeten los principios de la ética médica y prohíbe, por ejemplo, que se fuerce a un trabajador de salud a dispensar cuidados en contravención de la ética.

En las situaciones que no alcanzan el umbral de conflicto armado, los derechos humanos y el derecho nacional son los que protegen el acceso a la asistencia de salud, en especial a través del derecho a la salud. Los Estados tienen la obligación de garantizar un sistema de atención de salud eficaz para su población en todo tiempo y circunstancia.

En esta edición, Vivienne Nathanson analiza los problemas éticos que deben enfrentar los trabajadores de la salud en tiempos de conflicto, en comparación con las situaciones de paz. En varias contribuciones de esta edición de la *Review*, se presentan y debaten los aspectos jurídicos de la protección de la asistencia de salud. Alexandre Breitegger presenta una visión global del marco jurídico aplicable a la

15 International Federation of Health and Human Rights Organisations, “World Health Assembly adopts resolution on WHO’s role in documenting attacks on health workers and facilities”, 30 de mayo de 2012, disponible en: <http://www.ifhro.org/news-a-events/360-world-health-assembly-adopts-resolution-on-whos-role-in-documenting-attacks-on-health-workers-and-facilities>

16 Informe del Secretario General sobre la protección de los civiles en los conflictos armados, Doc. ONU S/2012/276, 22 de mayo 2012, párr. 33-34. También v. el Informe del Secretario General sobre la protección de los civiles en los conflictos armados, Doc. ONU S/2013/689, 22 de noviembre de 2013, párr. 23.

asistencia de salud en tiempos de conflicto y otras situaciones de emergencia; Amrei Müller analiza las complementariedades entre las normas del DIH y el derecho a la salud, específicamente en las situaciones de conflicto armado no internacional; Katherine Footer y Leonard Rubenstein afirman la importancia de los derechos humanos para la protección de la asistencia de salud en las situaciones donde no se aplica el DIH, o como complemento de este. La cuestión de la justicia penal es objeto de análisis en el testimonio del juez Miroslav Alimpic, juez de instrucción serbio en el tribunal de distrito de Novi Sad en el caso de la masacre del hospital de Vukovar durante la guerra en ex Yugoslavia. Por último, Marisela Silva Chau y Ekaterina Ortiz Linares analizan la jurisprudencia colombiana relativa a la prohibición de sancionar a una persona por el simple hecho de haber ejercido actividades médicas acordes a la ética médica.

Aun en tiempos de guerra o durante disturbios violentos, hay que poder garantizar un rápido acceso a la asistencia de salud para los heridos y los enfermos. Las diferentes partes interesadas (médicos, responsables políticos, universitarios, militares, representantes de la sociedad civil, etc.) pueden tomar medidas concretas. El CICR ha organizado una serie de talleres con esos actores en diferentes regiones del mundo a fin de proponer soluciones para el futuro<sup>17</sup>.

No hay solución milagrosa para poner fin a la violencia contra la asistencia de salud, pero sí existe una serie de medidas concretas en función de los contextos que, de implementarse, podrían salvar miles de vidas en todo el mundo. Aquí podemos citar algunas:

- Implementar un marco jurídico completo y coherente en cada país, a fin de proteger la prestación de asistencia de salud en cualquier circunstancia.
- Tomar medidas en los ámbitos de la educación, la formación y la difusión de normas en la materia, a fin de contribuir a la prevención de incidentes.
- Asegurarse de que la represión de los ataques contra la asistencia de salud comprenda una combinación de sanciones penales, administrativas y disciplinarias.
- Establecer mecanismos de control de la utilización de los emblemas que protegen la misión médica a nivel nacional.
- Crear un sistema de seguimiento de los datos relativos a las amenazas y los ataques contra el personal médico, los pacientes, las instalaciones de salud y los vehículos sanitarios a nivel nacional y/o internacional.
- Establecer prioridades en los puestos de control, como por ejemplo la identificación y la designación clara y sistemática de los vehículos sanitarios.

17 El CICR también implementó una red interactiva en Internet que agrupa a las organizaciones y las personas que trabajan para garantizar el acceso a la asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de urgencia. La red permite que los miembros puedan acceder y contribuir a un centro de recursos dedicado a la publicación de documentos y herramientas. Los miembros también pueden intercambiar sus experiencias prácticas, compartir un calendario común y seguir las recomendaciones establecidas durante los talleres sobre la asistencia de salud en peligro. Para más información, v. <https://www.icrc.org/spa/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-expert-consultations.htm>

- Identificar procedimientos estandarizados entre las fuerzas de seguridad, los proveedores de asistencia de salud y las autoridades para regular las operaciones conducidas por las fuerzas de seguridad en los establecimientos de salud (tales como las requisas, la búsqueda de sospechosos, etc.).
- Guiar mejor la planificación y la conducción de los ataques contra objetivos militares situados en la proximidad inmediata de establecimientos de salud (o contra establecimientos de ese tipo que perdieron su protección contra los ataques cuando se los utiliza con fines militares), a fin de minimizar sus efectos en la asistencia de salud.
- Eximir a los profesionales de la salud de la obligación legal de divulgar cierta información obtenida en el marco de sus funciones. Las excepciones a la confidencialidad médica deben estar definidas con precisión en la legislación nacional.
- Las Sociedades Nacionales deben cumplir un papel esencial, en especial en los esfuerzos para proteger el emblema e impedir su uso abusivo, en los ámbitos de la sensibilización, el seguimiento de los abusos y la aplicación de las leyes nacionales.
- Los socorristas voluntarios, en especial los de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, deberían gozar de un régimen de seguro médico, en la medida de lo posible financiado por el Estado.

\*\*\*

Todos podemos contribuir a una mejor protección de la asistencia de salud compartiendo la información y proponiendo soluciones. La *Review* eligió participar en este proyecto pidiendo su contribución a testigos de la violencia contra la asistencia de salud, académicos y actores humanitarios —pero también judiciales, gubernamentales y médicos— en esta edición temática. De este modo, este número de la *Review* reúne perspectivas operacionales, jurídicas y éticas. Las contribuciones reunidas en esta edición permitirán 1) esbozar el cuadro del problema humanitario presentando los resultados de varios estudios de casos en el terreno; 2) proponer marcos jurídicos y éticos pertinentes; 3) elaborar diferentes soluciones en los planos jurídico, operacional y político. En la apertura de esta edición, el doctor Walter Gwenigale, director de un hospital atacado durante el conflicto y actualmente ministro de Salud y Protección Social de Liberia, nos cuenta su experiencia. Analiza los peligros a los que están confrontados los profesionales de la salud en tiempo de conflicto y las consecuencias a largo plazo de la violencia, pero también las medidas que pueden adoptarse para prevenirlas.

Probablemente existan pocas cuestiones que pongan de manifiesto de manera tan cruda y radical a la vez lo peor y lo mejor de nuestra humanidad como la violencia contra la asistencia de salud. Lo peor es el abuso de la fuerza contra aquellos que necesitan atención o que están allí para brindarla. Lo mejor es el compromiso de los voluntarios y del personal de salud, que hacen frente a la inseguridad



generalizada, la opresión y la violencia directa para brindar asistencia respetando su ética. Facilitar la toma de conciencia del problema será solo una primera etapa hacia la identificación de las soluciones que es necesario difundir e implementar. Los riesgos a los que se exponen conscientemente esos hombres y mujeres no pueden considerarse una mera consecuencia de la fatalidad.

*Vincent Bernard*  
*Redactor jefe*