

MSF
Barcelona
Marzo de 2015

Alepo:

Asedio a la ayuda médica

De la atención médica en la línea de fuego a la acción humanitaria casi imposible

Informe MSF: dos años de trabajo en Alepo



© Robin Meldrum/MSF



Índice

3	Resumen ejecutivo
5	Introducción
7	1
	Antecedentes
7	1.1. De las manifestaciones pacíficas al conflicto armado
8	1.2. Impacto en la población civil y la atención sanitaria
8	1.2.1. La crisis humanitaria resultante: una acción humanitaria restringida
10	1.2.2. Atención médica en la línea de fuego
12	1.3. Intervención de MSF-OCBA
14	2
	Evaluación y aceptación del riesgo
14	2.1. Reflexión sobre la aceptación del riesgo individual vs. riesgo institucional
15	2.2. Análisis inicial de riesgo y medidas de mitigación
17	2.3. Dónde estamos hoy
18	3
	Adaptación a la violencia: de la <i>bunkerización</i> a la gestión compartida
18	3.1. Resumen de incidentes de seguridad
20	3.2. Proporcionar atención médica bajo los bombardeos
24	3.3. De un conflicto abierto a la división creciente entre grupos armados: limitaciones a la aceptación y al trabajo en red
29	3.4. Gestión a distancia (control remoto) y alianzas con socios locales
29	3.4.1. De la gestión a distancia a la gestión compartida
30	3.4.2. El apoyo de MSF a las estructuras y redes sanitarias locales: de la necesidad a la elección
32	4
	Violencia contra los equipos médicos y estructuras sanitarias apoyados por MSF en Alepo
35	Conclusiones
37	Lista de siglas

Resumen ejecutivo

El conflicto en Siria se ha caracterizado por una violencia cruel que no distingue civiles de combatientes ni respeta el estatuto de protección del personal y de las estructuras sanitarias.

La situación humanitaria, marcada por el sufrimiento ininterrumpido del pueblo sirio –con unas cifras escalofrantes de muertos y heridos–, la mayor parte de las necesidades básicas descubiertas, y el desplazamiento forzoso de millones de personas dentro del país y a través de sus fronteras, se ha agravado por la violencia dirigida contra las estructuras, el personal y el suministro médico desde el comienzo del conflicto, privando así a los enfermos y heridos de la posibilidad de encontrar un acceso seguro a la atención sanitaria. Uno de los síntomas principales de la crisis ha sido el deterioro del sistema de salud, que ha sufrido una escasez cada vez mayor de suministros médicos y de profesionales sanitarios cualificados, sin mencionar los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunas y la imposibilidad de tratar correctamente enfermedades crónicas y no transmisibles.

Médicos Sin Fronteras (MSF) ha proporcionado atención médica en las zonas de la provincia de Alepo controladas por la oposición desde agosto de 2012, en un entorno extremadamente peligroso, mediante la puesta en marcha de estructuras sanitarias y el apoyo a los equipos y estructuras médicas locales. Los múltiples intentos de MSF para obtener su registro oficial en el país han sido infructuosos, lo que ha provocado que la organización vea limitados su acceso a zonas bajo el control del Gobierno sirio y su capacidad de proporcionar allí atención médica. Además de los constantes cambios en los frentes de batalla y en la evolución de las dinámicas entre las facciones armadas, el acceso de MSF a sus áreas de operaciones se ha visto constantemente amenazado por la falta de garantías de seguridad de parte de los grupos armados opositores.

Aparentemente, MSF no fue blanco de actos violentos deliberados con el propósito de destruir su misión en Alepo, pero sí sufrió varios incidentes de tipo *near miss** que tuvieron un impacto significativo en sus operaciones y en la población en busca de atención médica. La amenaza de bombardeos por parte de las fuerzas gubernamentales fue un factor decisivo en muchas de las decisiones críticas que se tomaron, incluidas las reducciones de equipos y actividades, y la necesidad de reubicar las instalaciones. Además, debido a su presencia en las zonas bajo el control de los grupos armados opositores, MSF ha sido testigo de numerosos actos de violencia de diferentes niveles de gravedad, que abarcan desde la falta de consideración general hacia el personal y las instalaciones médicas hasta ataques dirigidos principalmente contra miembros del personal nacional debido a sus supuestas ideologías o afiliaciones personales (el más trágico de ellos, el asesinato de un cirujano local de MSF).

Frente a un contexto impredecible y constantemente inestable, MSF se ha esforzado en la revisión periódica de sus evaluaciones de riesgo y operaciones, con el objetivo de proteger a su personal de todas las amenazas conocidas y potenciales, en particular al personal sirio que es en sí mismo parte del conflicto y víctima de la inestabilidad del entorno. Sin embargo, ha sido muy difícil lograr el nivel necesario de trabajo en red y de análisis de contexto para que la organización se mantenga informada y con capacidad de adaptarse permanentemente a un conflicto en constante evolución, a causa de la atomización creciente de los grupos armados opositores, con alianzas siempre inestables y la irrupción de diversas facciones descoordinadas. Aunque MSF ha permanecido en contacto con las coaliciones y grupos más importantes en su zona de operaciones, uno de los desafíos principales a los que la organización se enfrentó, a finales de 2013 y principios de 2014, fue la obtención de garantías fiables de seguridad por parte de los grupos armados, en concreto de aquellos que se mostraban suspicaces e intolerantes ante lo que perciben como ayuda *occidental*.

La intensificación de la violencia contra extranjeros y el secuestro de varios trabajadores de MSF en enero de 2014 supuso el fin de la presencia del personal internacional de MSF en Siria y el cambio a una gestión a

* (N. del E.) Situación en la cual, por azar, un incidente o evento adverso no produce daños.

distancia (o control remoto), contando solo con personal sirio en el terreno. Tras reconocer que se tenían que asumir compromisos dolorosos, particularmente los relacionados con la proximidad a la población y con su labor de testimonio, MSF asumió que debía otorgar más confianza a su personal nacional y compartir responsabilidades, limitando al mismo tiempo la transferencia de cualquier riesgo potencial. También se reconoció el impacto considerable de su apoyo a redes y estructuras médicas desde el inicio del conflicto, como complemento a la falta de una presencia más amplia y directa. Se considera que este apoyo ininterrumpido y creciente es uno de los principales aportes de la asistencia médica de MSF en Aleppo.

A pesar de este contexto operacional desafiante y de los numerosos actos violentos sufridos por MSF desde el principio de su intervención, está claro que la misión médica no se expuso al mismo nivel y tipo de violencia de la que fueron testigos los equipos médicos locales y las estructuras sanitarias apoyadas por la organización en la mayoría de las ciudades y en las líneas del frente. Desde las primeras fases de los levantamientos, se tiene constancia de las amenazas, detenciones y torturas que las fuerzas de seguridad gubernamentales y las milicias aliadas infligieron a médicos y otros profesionales sanitarios por dar atención médica a los manifestantes heridos o porque se les percibía como simpatizantes de la oposición. Con la escalada del conflicto y la consiguiente división de Aleppo, muchas estructuras de salud en zonas controladas por la oposición comenzaron a ser objeto de constantes bombardeos dirigidos por las fuerzas gubernamentales, que causaron muertos y heridos entre el personal médico y los pacientes además de la destrucción total o parcial de dichas estructuras. La situación no ha hecho más que agravarse debido a un aumento de las intromisiones y ataques de grupos e individuos armados, por lo que muchos profesionales de la salud y pacientes se enfrentan a hostigamientos, detenciones, torturas y ejecuciones realizadas al margen de cualquier estructura legítima o judicial.

El análisis de los dos años de presencia de MSF en Aleppo es el de una gran complejidad y adaptación a un contexto de seguridad permanentemente inestable y muy volátil. Por un lado, se muestran las opciones y decisiones que toma MSF en relación a la aceptación y mitigación de riesgos, lo que ha determinado el alcance de su intervención y la capacidad de proporcionar asistencia médica a la población siria hasta el día de hoy. Por otro lado, se destaca el grado de incertidumbre y de amenazas imprevisibles que se materializan en situaciones de conflicto tan complejas, además del desafío de intervenir en un contexto urbano con densidad de población de ingresos medios, haciendo frente a una contienda bélica sofisticada con actores estatales y no estatales muy poderosos.

Introducción

Durante mucho tiempo, Médicos Sin Fronteras (MSF) ha atestiguado y condenado las diferentes formas de violencia ejercidas contra su misión médica, así como las que se han perpetrado contra otros proveedores de asistencia sanitaria. Los ataques contra el personal y las instalaciones sanitarias ponen en riesgo el acceso seguro y la atención médica, lo que hace que se incrementen las medidas de seguridad que terminan perjudicando a las poblaciones que buscan asistencia sanitaria vital. Estas poblaciones son las que pagan el precio más alto de medidas como las reducciones de personal, las suspensiones temporales de actividades e incluso el cierre de las estructuras sanitarias. En casos extremos como el de Somalia, MSF se ha visto obligada a poner fin a su misión y abandonar completamente un país con necesidades humanitarias extremas, a causa de la constante agresión y los ataques dirigidos contra su personal, pacientes e infraestructuras.

Siria supone un claro y dramático ejemplo de cómo los sistemas de salud pueden convertirse en objetivo de la violencia tanto deliberada como indiscriminadamente.

Casi cuatro años después de lo que comenzó como una protesta pacífica, el conflicto sirio sigue sin final a la vista. La situación humanitaria, desatendida desde el principio, continúa deteriorándose y los civiles sufren la peor parte de la violencia. Se estima que para diciembre de 2014, 200.000 sirios habían perdido la vida, más de un millón habían resultado heridos, y casi la mitad de la población se había visto forzada a abandonar sus hogares y huir para salvar la vida, incluyendo 7,6 millones que se desplazaron dentro del territorio sirio y otros 3,2 millones que buscaron refugio en otros países¹. Según el Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados (ACNUR), la población refugiada siria es hoy el grupo más numeroso bajo su mandato, lo que supone “la mayor crisis humanitaria que el mundo haya enfrentado en mucho tiempo”².

Desde los inicios del conflicto, ha habido informes de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario (DIH) por parte de las fuerzas gubernamentales y por actores irregulares, que incluyen ataques indiscriminados y directos contra personas e infraestructuras civiles, el uso de armas prohibidas, ejecuciones sumarias y la toma de civiles como prisioneros³. Convertir las instalaciones sanitarias, el personal y los vehículos de transporte en objetivos deliberados de ataques, así como la obstrucción del acceso a la atención médica, y el maltrato a enfermos y heridos, han sido algunas de las características más alarmantes del conflicto.

Este informe analiza la violencia contra la misión médica en Alepo y las zonas rurales aledañas desde el comienzo de la intervención de MSF en 2012. Si bien la situación no puede extrapolarse al resto del país, proporciona un ejemplo particular aproximado de la situación en la que se encuentra la atención sanitaria en un contexto donde la misión médica ha estado expuesta a una inseguridad permanente.

Aunque la investigación se centra en la experiencia directa de MSF, también se arroja luz sobre la violencia sufrida por las principales redes y estructuras de atención sanitaria de Siria con las que MSF trabaja, ya que son un componente integral de las operaciones de MSF en el país y proporcionan asistencia en zonas que son complementarias o inaccesibles para la organización, o bien facilitan diferentes servicios médicos. Esta parte del análisis no es exhaustiva debido a la falta de datos fiables y completos. Sin embargo, la inclusión de nuestras contrapartes médicas, incluso desde una perspectiva cualitativa, aporta una imagen más precisa de las dificultades encontradas, así como de los diferentes enfoques y alternativas que se han buscado.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Syria Response Plan 2015*, presentado en Berlín el 19 de diciembre de 2014. <http://www.emro.who.int/syr/syria-news/response-plan-2015.html>.

² Declaraciones de Antonio Guterres, Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados. *Conference on the Syrian Refugee Situation. Supporting Stability in the Region*. Berlín, 28 de octubre de 2014. <http://www.unhcr.org/544fb4189.html>

³ Amnistía Internacional, *Siria: Abandonados a la intemperie. La comunidad internacional deja desamparada a la población refugiada siria*, diciembre de 2014. <https://www.amnesty.org/es/documents/mde24/047/2014/es/>

Un análisis de los incidentes de seguridad, por sí solo, podría incurrir en el victimismo de MSF o de los equipos médicos involucrados, lo que reforzaría el concepto de *excepcionalidad humanitaria* que prevalece en gran parte de la retórica humanitaria actual⁴ y que ha tenido una gran influencia en la progresiva *bunkerización* de muchos actores del sistema internacional de ayuda. De ahí que los incidentes (o la ausencia de los mismos) deban entenderse no solo a la luz del contexto externo (evolución del conflicto), sino también como algo introducido en una dinámica propia de MSF y con el entendimiento de que MSF, por estar presente en una zona de conflicto, es un actor en sí mismo y puede influir en la evolución de las dinámicas locales.

Por lo tanto, con el fin de evitar un análisis reduccionista y una discusión que acabe en un mero apunte de culpabilidades, aspiramos a profundizar y estudiar las razones tanto de aquello que nos ha sucedido como de lo que no nos ha sucedido, así como a documentar la adaptación que resulta de la exposición a niveles tan altos de inseguridad.

El informe se inicia con un resumen de los antecedentes del conflicto sirio, de la consiguiente crisis humanitaria y el impacto en el suministro de atención médica, y también de cómo MSF-OCBA⁵ planificó su intervención en Aleppo. Le sigue una reflexión sobre los análisis preliminares y las medidas para mitigar los riesgos que permitieron a la organización iniciar sus operaciones en un entorno tan inseguro. La tercera parte ofrece una visión general de los diferentes tipos de incidentes que MSF ha enfrentado. A continuación, se estudian los incidentes más destacados y aquellos que han supuesto un punto de inflexión en cuanto al impacto sobre la misión médica, analizando al mismo tiempo la adaptación de las operaciones de MSF, incluido su apoyo creciente a las redes y estructuras sanitarias locales. Más allá de la organización, la cuarta sección se centra en aquellas estructuras y redes sanitarias que han estado trabajando en primera línea desde el inicio del conflicto, fijándose en las dificultades que estas han sufrido y cómo han adaptado sus enfoques y actividades médicas. En la última parte, se destacan las principales conclusiones del informe, y se reflexiona sobre los dilemas a los que MSF se enfrenta, algunos de los cuales son superables mientras que otros permanecen abiertos.

Metodología

El presente estudio se centra en los incidentes que tuvieron lugar desde el comienzo de la intervención de MSF-OCBA en agosto de 2012 hasta octubre de 2014. Para ello la investigación se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre de 2014 en la sede de la organización en Barcelona, e incluyó una visita a Kilis, Turquía. Las condiciones de seguridad no permitieron que se pudiera viajar a Siria.

Por consiguiente, el análisis se basa en datos cuantitativos y cualitativos recogidos por varios informes internos y complementados mediante 30 entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo por el personal de MSF en el terreno y en la sede, así como por nuestros colegas de otras redes de trabajo médicas apoyadas por MSF en Siria.

Ya que la mayoría de los miembros del personal nacional entrevistados solicitaron permanecer en el anonimato, se decidió que todas las identidades quedaran igualmente bajo anonimato.

Alcance de la investigación y limitaciones

La investigación se centra en los incidentes que tuvieron lugar en los lugares donde se sitúan los proyectos de MSF y sus alrededores, en la provincia de Aleppo, en el norte de Siria.

En cuanto a los incidentes perpetrados por las fuerzas gubernamentales, solo se incluyeron y analizaron aquellos que tuvieron un impacto directo en las actividades de MSF

⁴ Fast, L., *Aid in Danger. The Perils and Promise of Humanitarianism*, University of Pennsylvania Press, 2014.

⁵ Centro Operacional Barcelona-Atenas (desde el que se gestionan las actividades de Médicos Sin Fronteras España).

No fue posible llevar a cabo un análisis cuantitativo de la violencia contra otras redes y estructuras sanitarias en Alepo debido a la precariedad o inexistencia de los sistemas de información in situ. La información que se obtuvo al respecto procede principalmente de los informes recibidos por el personal de MSF y diferentes organizaciones de Derechos Humanos así como testimonios recogidos mediante entrevistas.

1

Antecedentes

1.1. De las manifestaciones pacíficas al conflicto armado

El levantamiento en Siria comenzó en marzo de 2011 y se considera que nació a raíz de la ola de manifestaciones y disturbios que se venían produciendo desde 2010 y se extendieron por Oriente Próximo y el norte de África, y que conocen como Primavera Árabe. Las protestas, que pasaron de exigir reformas políticas a reclamar la dimisión del presidente Bachar al Asad, se enfrentaron a una reacción desproporcionada de las fuerzas del Gobierno sirio y sus milicias aliadas (conocidas como *shabiha*), en la que se registraron casos de arrestos arbitrarios, torturas y asesinatos de activistas.

Desde el principio, el Gobierno interpretó el surgimiento de las revueltas como un acto de bandas armadas apoyadas desde el extranjero y de terroristas dirigidos por Al Qaeda y sus aliados. La estrategia dual seguida por el Gobierno, que consistía en ofrecer reformas mientras continuaba reprimiendo las protestas, consta como causa de las desertiones en el Ejército sirio y la militarización de los grupos de oposición durante la segunda mitad de 2011. Ello desembocó en la creación del Ejército Libre Sirio (ELS), que se unió a la alianza política del Consejo Nacional Sirio (CNS) como el brazo militar consolidado de la oposición⁶.

La consiguiente violencia produjo un aumento de víctimas civiles, desplazamientos internos masivos y flujos de refugiados hacia los países vecinos, principalmente Líbano, Jordania y Turquía. Todo ello también hizo aflorar una división entre facciones cada vez más manifiesta; la mayoría suní fue dominando a los movimientos de protesta que en un inicio no eran sectarios, mientras que alauíes⁷, chiíes y algunas ramas de las comunidades ismaelitas y cristianas quedaron unidos inevitablemente al bando gubernamental, reviviendo los temores de marginación y discriminación que habían sufrido en el pasado. Al mismo tiempo, las minorías drusas y kurdas parecían bien apoyar a la oposición en general, bien tratar de mantenerse neutrales.

La oposición civil nunca consiguió mantener su liderazgo y la oposición armada tampoco pudo unirse. La división entre los grupos armados opositores, desde el ELS a los numerosos batallones independientes (*katibas*) o brigadas (*liwaas*) y las alianzas siempre cambiantes, así como la irrupción de grupos islamistas más poderosos como el Frente Al Nusra, vinculado a Al Qaeda, y el Estado Islámico de Irak y Siria (que más tarde se autodenominó Estado Islámico)⁸, exacerbaron la violencia en el país.

Las divisiones dentro de la oposición eran indicativas de la internacionalización de un conflicto en el que diversas potencias regionales y mundiales con disputas de intereses han tratado de apoyar a diferentes

⁶ Coordinándose en un comienzo con el CNS, el ELS se unió más tarde a la Coalición Nacional Siria creada en Doha (Qatar) en noviembre de 2012, para conformar una alianza de grupos opositores en la guerra civil.

⁷ Grupo minoritario musulmán chií que representa alrededor del 12% de la población siria, junto a grupos pequeños en el norte de Líbano y Turquía; son conocidos por ocupar los cargos más preponderantes del Ejército y de los servicios de Inteligencia durante el régimen *baazista* en Siria.

⁸ También conocido como Estado Islámico de Irak y el Levante (ISIL) y como *Daesh* en árabe, el grupo se rebautizó como Estado Islámico (EI) en junio de 2014. En adelante, en el informe se le denominará EI.

grupos armados con medios financieros, logísticos y militares. Este contexto geopolítico tan complejo y la evolución de las hostilidades ha condicionado las necesidades humanitarias y la respuesta a las mismas.

Si bien la mayoría de los grupos armados ya tenían un componente religioso aunque no radical, la irrupción de las milicias islamistas se transformó enseguida en uno de los elementos principales de este conflicto. Según un miembro del personal nacional, muchos sirios sintieron que les habían “secuestrado” su revolución y se quería sustituir con el establecimiento de un régimen islámico, principalmente con el aumento de la influencia de algunas facciones islamistas que disponían de más recursos, estaban mejor organizadas y tenían más experiencia de combate que los grupos opositores más importantes⁹.

1.2. Impacto en la población civil y la atención sanitaria

El conflicto armado en Siria se ha caracterizado por abusos generalizados contra los derechos humanos, crímenes de guerra, crímenes contra la humanidad, y un desprecio terrible por las vidas de los civiles por parte tanto de actores estatales como no estatales, según han podido atestiguar¹⁰ varias organizaciones de derechos humanos. No solo los civiles han sufrido todo tipo de crueldades, incluidos ataques indiscriminados, heridas y muertes a gran escala, desplazamientos forzados, asedios y falta de acceso a las necesidades básicas, sino que también han sido víctimas de una utilización descarada y estratégica de la violencia contra la atención sanitaria con el propósito de dañar o debilitar al bando opositor.

1.2.1. La crisis humanitaria resultante: una acción humanitaria restringida

Desde los comienzos del conflicto, la población civil ha sufrido el deterioro de sus condiciones de vida y grandes problemas de acceso a necesidades básicas como el agua, la comida, la electricidad, la calefacción y la atención médica. La naturaleza urbana del conflicto ha tenido un impacto devastador especialmente entre los habitantes ya que en los enfrentamientos se ha utilizado armamento pesado en zonas densamente pobladas, que ha causado multitud de víctimas, una destrucción generalizada y un desplazamiento de población considerable dentro del país y a través de las fronteras¹¹. Las cifras estimadas de 200.000 muertos y cinco veces más de heridos dan una idea de la magnitud del conflicto.

Los continuos movimientos y la evolución de los frentes de combate han generado un contexto vertiginosamente cambiante con patrones repentinos de desplazamiento y re- desplazamiento, haciendo que numerosas familias –en las que hay muchos menores de edad– se desplacen en diversas ocasiones bajo condiciones extremadamente difíciles¹². Sin encontrar refugio seguro dentro de sus fronteras, muchas personas se han visto obligadas a huir a los países vecinos, los cuales experimentan enormes presiones en sus economías, infraestructuras y recursos, después de cuatro años de conflicto. Al límite ya de sus capacidades, los países de acogida están imponiendo cada vez más restricciones a la entrada de refugiados sirios, mientras la respuesta de la comunidad internacional continúa sin estar a la altura de la magnitud del desplazamiento.

⁹ Entrevista con trabajador nacional de MSF identificado como *número 1*, noviembre de 2014.

¹⁰ Amnistía Internacional, diciembre de 2014, *op. cit.* Consultar también: Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Informe de la Comisión Internacional Independiente de investigación sobre la República Árabe Siria*, 12 de febrero de 2014. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/IIICISyria/Pages/IndependentInternationalCommission.aspx>.

¹¹ Grünewald, F., *Cities in conflict: the lessons of Syria*, Humanitarian Exchange Magazine, n° 59. Noviembre de 2013. <http://www.odihpn.org/humanitarian-exchange-magazine/issue-59>.

¹² Slim, H., y Trombetta, L., *Syria Crisis Common Context Analysis*, Informe elaborado para el IASC Inter-Agency Humanitarian Evaluations Steering Group. Mayo de 2013.

A consecuencia de ello, cientos de miles de personas quedan atrapadas en Siria sin que se atiendan sus necesidades básicas de protección y supervivencia.¹³

El caos resultante, la inseguridad y los frentes de guerra rápidamente cambiantes suponen grandes desafíos para el sistema tradicional de ayuda humanitaria¹⁴, con dificultades cada vez mayores para acceder a la población más necesitada de asistencia. Mientras que a algunos actores humanitarios tan solo se les ha permitido trabajar en zonas controladas por la oposición sin poder llegar a las poblaciones afectadas en zonas bajo dominio del Gobierno, otros tomaron la decisión de trabajar en áreas gubernamentales y por consiguiente no pudieron acceder a aquellas poblaciones con las mayores necesidades: las se encuentran en las zonas controladas por la oposición¹⁵.

A pesar de los esfuerzos de la Media Luna Roja Siria (SARC) y las organizaciones de ayuda internacionales, se tiene constancia de que las que han impulsado y gestionado una parte considerable del trabajo humanitario en Siria y en la crisis aún mayor de refugiados han sido las organizaciones locales, las asociaciones religiosas y otras informales de ayuda, complementadas por las iniciativas de la diáspora siria y amplios grupos de solidaridad musulmanes de Oriente Próximo, Europa y los países musulmanes. En las zonas controladas por las fuerzas gubernamentales, las estructuras estatales tradicionales, apoyadas por comités populares, proporcionan servicios afectados por muchas limitaciones a causa del conflicto. En aquellas zonas que no controla el Gobierno, se han establecido estructuras formales e informales para proporcionar servicios básicos y asistencia, y su gestión depende bien de la propia comunidad, o bien del CNS o algún grupo armado opositor¹⁶.

Todos los actores de ayuda humanitaria que trabajan dentro de Siria se han enfrentado a desafíos considerables en sus operaciones a causa de la inseguridad general, las hostilidades, la proliferación de puestos de control, los ataques dirigidos contra su personal y equipos, y las restricciones legales, políticas y logísticas¹⁷. Además de un entorno de ayuda polarizada a consecuencia de las limitaciones burocráticas y de acceso impuestas por el Gobierno y los grupos armados, la práctica de la guerra de asedio tanto por actores estatales como no estatales mantiene atrapadas a comunidades enteras y ha bloqueado el paso de suministros de material humanitario vital, incluyendo alimentos y medicinas¹⁸. En enero de 2015, se contabilizan más de 12 millones de sirios necesitados de ayuda humanitaria¹⁹.

La situación humanitaria se ha agravado desde el comienzo del conflicto a causa de la violencia dirigida contra estructuras, personal y material sanitarios, haciendo que enfermos y heridos se hayan visto privados de un acceso seguro a la atención médica. Además de la gran cantidad de personas muertas, heridas y traumatizadas por la violencia, uno de los síntomas más graves de la crisis humanitaria ha sido el deterioro constante del sistema de salud, con la escasez cada vez mayor de suministros médicos y profesionales cualificados, sin mencionar los brotes de enfermedades prevenibles por vacunas y la desnutrición, además de la imposibilidad de atender correctamente enfermedades crónicas y no transmisibles o complicaciones del embarazo, entre otras.

¹³ Amnistía Internacional, diciembre de 2014, *op. cit.*

¹⁴ Entendido como el sistema occidental articulado alrededor de Naciones Unidas, con tres pilares: las agencias humanitarias de la ONU, el movimiento internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales internacionales. A estos pilares se suman las agencias de los países donantes que financian este sistema. Quedan excluidos del concepto Gobiernos locales, agencias estatales extranjeras, grupos locales organizados no estatales, comunidades locales, grupos de la diáspora y donantes privados e instituciones no donantes (Unión Africana, ECOWAS, etc.).

¹⁵ Ver *Open letter: let us treat patients in Syria*, 16 de septiembre de 2013.

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2961938-8/fulltext>.

¹⁶ ACAPS y MapAction, *Relief Actors in Syria: Syria Needs Analysis Project*. Diciembre de 2013.

http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/relief_actors_in_syria.pdf.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Assault on Medical Care in Syria (A/HRC/24/CRP.2)*, 13 de septiembre de 2013.

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session24/Documents/A-HRC-24-CRP-2.doc>.

¹⁹ Cifras destacadas de Siria. OCHA, enero de 2015. <http://www.unocha.org/syria>.

1.2.2. Atención médica en la línea de fuego

Desde las primeras etapas del levantamiento en Siria, las fuerzas gubernamentales y las milicias aliadas han atacado deliberadamente a trabajadores médicos, estructuras sanitarias y ambulancias, supuestamente solo por dar atención médica a manifestantes o aquellos opuestos al Gobierno. Si bien esta tendencia alarmante no es nueva y ha sucedido en muchos otros conflictos en la historia reciente (si acaso no es mucho más antigua)²⁰, ha sido una constante en el contexto de la Primavera Árabe, durante la cual los cuerpos de seguridad del Estado (Ejército o Policía) han cometido violaciones flagrantes de la neutralidad médica en una atmósfera de impunidad absoluta²¹.

Para dar un ejemplo, durante las medidas tomadas por el Gobierno contra las protestas que se dieron en Bahrein entre febrero y marzo de 2011, según se informa, las fuerzas de seguridad atacaron a médicos y enfermeras, asediaron hospitales y clínicas, detuvieron a manifestantes que buscaban atención médica y arrestaron a docenas de profesionales sanitarios, 48 de los cuales fueron sometidos a juicio militar²².

Abusos semejantes se registraron en Egipto, Libia y Yemen, entre otros países. Todos ellos tienen en común lo que parece una estrategia gubernamental sistemática con el objetivo de obstaculizar el acceso a la atención sanitaria de los opositores, castigando e intimidando a los profesionales médicos, a los que se trata como sospechosos o aliados de los manifestantes, y a los que se silencia por ser testigos de primera mano de evidencias incriminatorias de abusos, además de la violencia que se comete por la discriminación religiosa o sectaria, entre otras causas²³.

Tales violaciones se han cobrado muchas vidas en Siria. Según los hallazgos de la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria²⁴, enviada por la ONU, "desde el comienzo de los disturbios, las fuerzas del Gobierno han llevado a cabo una estrategia de ataques a hospitales y unidades médicas para privar de atención sanitaria a aquellas personas con supuestas vínculos con la oposición". Las informaciones de la presencia de francotiradores de las fuerzas del Gobierno posicionados frente a los hospitales, así como de torturas y arrestos de activistas dentro de los mismos²⁵, han causado que muchas personas eviten asistir a estructuras públicas en busca de atención médica.

A consecuencia de ello, médicos y paramédicos en diferentes zonas del país comenzaron a atender a los manifestantes heridos en lugares clandestinos sin contar con suficientes medios para estabilizarlos antes de referirlos a un hospital seguro. Ellos mismos estaban poniendo sus vidas en peligro, como atestiguó un médico local de MSF que trabajó para una de estas unidades sanitarias en Aleppo en aquellos momentos:

"Durante ese periodo, atendimos a muchos pacientes en casas, sótanos y algunas infraestructuras de salud privadas que pertenecían a amigos y contactos en los que confiábamos. Había espías por todas partes; probablemente estaban vigilando para ver a quiénes atendíamos y el tipo de heridas que padecían. Muchos de los heridos fueron posteriormente arrestados por las fuerzas de seguridad del Estado. Los médicos y el personal médico que atendieron a los manifestantes heridos no estuvieron exentos de violencia; algunos

²⁰ En años recientes, grupos armados han asaltado hospitales y han aterrorizado, secuestrado o asesinado al personal sanitario y a los pacientes en varios países, como Territorios Ocupados Palestinos, Afganistán, República Centroafricana, Ucrania, Sudán del Sur y Yemen, en otros. Ver: Friedman, E., *Warning from a Mass Grave: Hospitals Under Attack*. 7 de octubre de 2014. <http://www.hnsmag.com/>.

²¹ Sollom, R., *Arab Spring doctors in the crosshairs*, 6 de abril de 2012. <http://www.globalpost.com/dispatches/globalpost-blogs/commentary/after-the-arab-spring-doctors-the-crosshairs>.

²² MSF, *MSF Director speaks out against Bahrain crackdowns*, 16 de mayo de 2011. <http://www.msf.org.uk/article/msf-director-speaks-out-against-bahrain-crackdowns>.

²³ Sollom, R., abril de 2012, *op. cit.*

²⁴ Consejo para los Derechos Humanos de la ONU, 13 de septiembre de 2013, *op. cit.*

²⁵ *Ibid.*

resultaron detenidos, otros fueron torturados e incluso asesinados. A mí me detuvieron durante 27 días bajo el cargo de ‘montar un hospital de campaña y atender a grupos armados’²⁶.

Además del ataque directo a las instalaciones sanitarias, el desprecio que las fuerzas gubernamentales mostraron por la vida de los civiles y por las infraestructuras fue aún más evidente después de que los grupos armados opositores obtuviesen el control de diferentes zonas del país, principalmente en el norte²⁷. Según este mismo doctor, los esfuerzos por llevar algo de normalidad a la vida en las zonas controladas por la oposición se vieron obstaculizados por bombardeos constantes sobre las infraestructuras civiles con el objetivo de debilitar a la oposición. Así relató su experiencia:

“Entre las tácticas que emplearon las fuerzas gubernamentales estaba la de arrojar una bomba sobre un lugar específico, normalmente en un área densamente poblada, seguida de otra bomba, unos minutos más tarde, para que al llegar los equipos de rescate estos también se convirtieron en víctimas. Una de las peores experiencias de las que fui testigo sucedió en agosto de 2012, cuando las fuerzas gubernamentales bombardearon una panadería concurrida. Recogimos al menos 72 cuerpos de la calle y atendimos a unos 200 heridos, muchos de los cuales ya estaba en una situación crítica, por lo que la cifra de muertos podría ser mucho más alta. Otro factor devastador fue el de los ataques directos a los hospitales, ambulancias y vehículos de protección civil”.²⁸

Los grupos armados opositores han mostrado también un desprecio semejante por las infraestructuras civiles en las zonas controladas por el Gobierno como se desprende de informaciones de los lanzamientos de bombas de mortero sobre zonas muy pobladas de Damasco, incluyendo escuelas, iglesias y embajadas²⁹. La Comisión internacional de investigación documentó casos en los que facciones armadas también atacaron instalaciones médicas, como el asalto al Hospital Nacional en Jurat Al Shayya, en abril de 2012, destacando que “la brigada no tomó precauciones para evitar las bajas civiles o para proteger a los enfermos y heridos durante el ataque”³⁰. En 2013, el aumento de los grupos armados opositores y la proliferación de armas causó un incremento de la inseguridad en las zonas bajo su control. La aparición de grupos islamistas poderosos trajo nuevas amenazas, con un aumento de las intromisiones en las instituciones y la sociedad civiles, incluidas las estructuras sanitarias. Tanto los médicos como otros profesionales sanitarios empezaron a ser objeto de varios tipos de violencia por parte de algunos de esos grupos o individuos armados. En el mejor de los casos, se trataba de hostigamientos y amenazas de pacientes descontentos y sus acompañantes. En el peor, sufrían detenciones, secuestros y a veces asesinatos por sus supuestos vínculos políticos o creencias religiosas³¹.

Con la irrupción de los enfrentamientos entre la mayoría de los grupos armados y el Estado Islámico (EI) en enero de 2014, se han registrado diferentes actos de violencia, incluida la obstrucción a la atención médica a civiles y combatientes, la toma de rehenes entre el personal médico, la incautación de ambulancias y equipos de primeros auxilios, y las ejecuciones en el interior de hospitales y ambulancias. En algunos casos los grupos armados han tomado hospitales por completo para su propio uso o con el propósito de convertirlos en centros de detención³².

²⁶ Entrevista con médico nacional de MSF identificado como *número 2*, noviembre de 2014.

²⁷ La división de la provincia de Alepo (la región más poblada del país) entre las zonas controladas por la oposición y las del Gobierno marcó, a mediados de 2012, uno de los momentos claves del conflicto, cuando los grupos armados lograron el acceso a la zona fronteriza turco-siria.

²⁸ Entrevista con el médico nacional de MSF identificado como *número 2*, noviembre de 2014.

²⁹ Aji, A., *Damascus in grips of fear as mortar bombs rain down*, noviembre de 2013. <http://www.dailystar.com.lb/News/Middle-East/2013/Nov-30/239422-damascus-in-grips-of-fear-as-mortar-bombs-rain-down.ashx>

³⁰ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, septiembre de 2013, *op. cit.*

³¹ Entrevistas con médicos de las redes locales, septiembre de 2014, y con el médico nacional de MSF identificado como *número 2*, noviembre de 2014.

³² Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Oral Update of the independent international commission of inquiry on the Syrian Arab Republic*. 18 de marzo de 2014. www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/CoISyria/OralUpdate18March2014.pdf

1.3. La intervención de MSF-OCBA³³

Cuando comenzaron las revueltas, MSF-OCBA estaba en teoría bien situada para intervenir en Siria debido a su breve historia de presencia en el país y a haberse establecido previamente (aunque informalmente) en Damasco³⁴. Incluso así, la falta de resultados en sus múltiples intentos de obtener el registro oficial para operar en el país³⁵ supuso la limitación de su capacidad de acceso para proporcionar atención directa en la zona bajo control gubernamental.

Tras las evaluaciones rápidas que se llevaron a cabo a finales de 2011 y principios de 2012, MSF³⁶ optó por apoyar a los refugiados sirios en los países limítrofes, lo que sentaría las bases para una futura intervención en el interior de Siria, tras obtener la aceptación, establecer redes de trabajo y llegar a comprender mejor el contexto y los riesgos de seguridad implícitos. A pesar de que en esos momentos MSF tenía más contactos entre la oposición –por la imposibilidad de acceso a Siria–, el objetivo fue seguir esforzándose en el establecimiento de redes de trabajo en zonas progubernamentales, para ser capaces de intervenir en cualquiera de los escenarios posibles, tales como el apoyo a las minorías o a las zonas en las líneas divisorias entre los dos bandos.

Debido a que muchas organizaciones internacionales de ayuda se encontraban en Jordania y Líbano, MSF se dirigió a Turquía, que ya había empezado a recibir a muchos refugiados de las regiones de Idlib y Aleppo. Tras un análisis de las necesidades llevado a cabo en los dos campos de refugiados más grandes de la zona, MSF decidió apoyar a una organización local, Helsinki Yurttaslar Dernegi (Asamblea de Ciudadanos de Helsinki, hCa), mediante la puesta en marcha de un proyecto de salud mental en Kilis, en mayo de 2012. Situado junto a la frontera, Kilis ofrecía un corredor hacia la región de Aleppo, por lo que este proyecto permitió a MSF tener un contacto directo con la población siria y atender sus necesidades sanitarias, mientras que se facilitaba la creación de redes de trabajo y se construía la aceptación necesaria para una futura entrada de la organización en el país.

La oportunidad de intervenir en Siria se cristalizó a partir de julio de 2012, a raíz de la caída de la zona rural norteña del distrito de Azzaz en manos de la oposición armada. MSF realizó una serie de evaluaciones rápidas en la zona durante el mes de agosto, y llegó a la conclusión de que el deterioro de la situación humanitaria y el colapso del sistema de salud justificaban una intervención de emergencia, a sabiendas de que la situación volátil e insegura requeriría una constante adaptación de las estrategias y actividades de la organización.

MSF decidió intervenir en la región de Aleppo por varias razones, entre ellas la extensión geográfica de la zona, su importancia económica y lo numeroso de su población, todo ello combinado con la intensificación del conflicto y en el marco de las limitaciones propias de MSF relacionadas con la situación de seguridad y con sus capacidades. De este modo, como pudo observarse con posterioridad, el hecho de acotarse a esa zona geográfica permitiría a MSF la optimización de sus recursos, una mejor gestión de sus contactos y redes de trabajo, y poder centrarse en la gestión del acceso y la seguridad. Otro de los elementos fundamentales que se tomaron en cuenta fue la localización de los hospitales en el terreno: la estrategia debía ser "estar lo suficientemente cerca de las zonas de conflicto abierto para ser efectivos (dentro de la *hora de oro*^{*}) y lo

³³ En los debates previos sobre la intervención de OCBA en Siria se involucró a grupos de diversas plataformas internas, incluida la dirección de Operaciones, la célula de proyectos regulares, la responsable de la Unidad de Emergencias y otro personal con conocimiento de la zona y el contexto.

³⁴ En 2007, MSF-OCBA inició un programa de atención primaria de salud en colaboración con una organización local que trabaja sobre todo con refugiados iraquíes en Damasco (la Oficina para Migrantes de la Organización Caritativa de la Iglesia Católica Siria). Según este acuerdo de colaboración, MSF proporcionaba apoyo técnico y financiero para las actividades y el personal médicos.

³⁵ La Media Luna Roja Siria es la encargada, en nombre del Gobierno de Damasco, de coordinar todas las actividades humanitarias, incluida la auditoría previa al registro legal de las organizaciones de ayuda.

³⁶ A menos que se indique de otro modo, en adelante nos referiremos a MSF-OCBA como MSF.

* (N. del E.) En la medicina de urgencias, se denomina *hora de oro* a los primeros 60 minutos que siguen al incidente o accidente sufrido. Se considera que la persona que recibe atención médica dentro de esta hora crítica tiene más posibilidades de sobrevivir.

suficientemente lejos para ser eficientes”, con lo que se garantiza una mejor atención y se evitan evacuaciones continuas y riesgos inaceptables e innecesarios.

Mediante sus evaluaciones en agosto 2012, MSF pudo ampliar su red de trabajo en la zona, específicamente con actores médicos y civiles, lo que hizo que su entrada no tuviese ya que depender tanto de entidades políticas o militares. MSF comenzó de inmediato a apoyar con el envío de suministros médicos las estructuras sanitarias existentes en las ciudades de Azzaz, Tal Rifat y Marea, centrándose principalmente en las emergencias de primeros auxilios. También se establecieron contactos con autoridades locales, con quienes se acordó disponer de un espacio para las actividades médicas humanitarias y facilitar la instalación de un hospital de campaña (Al Salama) en el pueblo de Sejou³⁷.

El enfoque inicial de MSF se basó en comprender la tendencia hacia la fuerte politización de las infraestructuras sanitarias. Se decidió de forma explícita contar con una estructura de salud independiente en lugar de destacar equipos en estructuras de salud locales. Por otra parte, la estrategia de MSF fue *desmilitarizar* el hospital y centrarse en las necesidades sanitarias de la población civil, partiendo del supuesto de que el conflicto sería de larga duración y la mayoría de las iniciativas y recursos se centrarían en los heridos de guerra. Esto supuso ofrecer servicios que no se consideraban o percibían como una prioridad, tales como la atención materna y los servicios sanitarios básicos, además de proporcionar cirugía vital de calidad, lo que facilitó la aceptación por parte de grupos armados y por consiguiente el acceso a la población civil. Desde noviembre de 2012, el hospital comenzó a recibir pacientes de otros 30 pueblos.

En enero de 2013, MSF llevó a cabo una evaluación en la ciudad de Aleppo y comenzó a establecer contactos con redes médicas, autoridades sanitarias de facto, centros de salud y hospitales, así como a suministrarles medicamentos y otros materiales sanitarios. La detección de algunos casos de sarampión en niños, en marzo de 2013, impulsó el lanzamiento de una campaña masiva de vacunación, que MSF llevó a cabo con unos 100 voluntarios en 49 emplazamientos diferentes. Esta actividad consta como un factor clave en la aceptación y la confianza que MSF obtuvo de la comunidad y de las redes médicas, con las que más tarde la organización empezaría a colaborar³⁸. Con ello además se facilitó la apertura de un segundo proyecto en el mes de junio: el establecimiento de un hospital en la ciudad industrial de Shej Nayar (a 5 kilómetros del centro de Aleppo), donde se atendería tanto a civiles como a combatientes de la ciudad de Aleppo y de otras zonas aledañas³⁹.

Si se examina en conjunto el enfoque cuidadoso de MSF-OCBA durante su intervención en Siria, es evidente que ha tenido implicaciones positivas y negativas. Por un lado el despliegue más lento supuso que MSF no pudiera proporcionar a tiempo la atención médica urgente durante las primeras fases del conflicto. Por otro lado, al haber optado por un estudio más cercano de la situación y planificar una entrada más calculada, MSF pudo lograr la aceptación entre las redes médicas civiles, lo que permitió su intervención y al tiempo pudo mantener un nivel alto de independencia tanto política como operacional.

¿Pero hasta qué punto MSF logró salvaguardar esos principios (como organización y a través de su personal) o cuánto los han reconocido y respetado los diferentes actores en el conflicto? ¿Cómo respondió y se adaptó MSF a la exposición continua ante niveles altos de inseguridad y riesgo a lo largo de su intervención?

³⁷ Entrevistas con el equipo de la misión exploratoria: coordinador del equipo, personal de enfermería de emergencia y el trabajador nacional identificado como *número 1*. Octubre-noviembre de 2014.

³⁸ Entrevistas con el médico nacional de MSF identificado como *número 2*, el coordinador general y la técnica sanitaria de la Unidad de Emergencias de OCBA. Octubre de 2014-Junio de 2015.

³⁹ Entrevista con el coordinador general. Octubre de 2014.

2 Evaluación y aceptación del riesgo

2.1. Reflexión sobre la aceptación del riesgo individual versus riesgo institucional

MSF es responsable de determinar las posibilidades de trabajo en zonas de guerra o áreas de mucha tensión, mediante la evaluación rigurosa de las amenazas, el diseño y la implementación de medidas atenuantes y la consideración prudente de si los riesgos residuales están justificados en relación con el impacto previsto de las operaciones. En lugares como en Siria, donde el nivel de riesgo residual es muy alto –y donde la muerte o el secuestro son posibilidades muy reales–, aceptar esa parte de riesgo residual se convierte en una decisión difícil e intrincada tanto para la organización como para los individuos, y de ahí surgen algunos dilemas complejos.

Algunos incidentes graves (*cerrados*, como la muerte de algún miembro del personal a causa de los bombardeos, o *abiertos*, como por ejemplo un secuestro), tienen un gran impacto a nivel colectivo, más allá de la tragedia humana que representan. Estos incidentes pueden repercutir en la falta de permanencia del personal, en el reclutamiento, en la planificación y la reputación de la organización. Con todo, si no se aceptan esos riesgos, se abandonaría a grandes bolsas de poblaciones extremadamente vulnerables atrapadas en zonas de conflicto sin ningún tipo de asistencia. En Siria, MSF-OCBA aceptó los riesgos como organización, pero esto se mantiene en revisión constante debido a la rápida evolución del conflicto.

Desde una perspectiva individual, a todos los miembros del personal internacional que deciden unirse a los equipos de MSF que trabajan en Siria se les pide que examinen pormenorizadamente la evaluación de riesgos y consideren cuidadosamente si están dispuestos a asumirlos a título individual. No obstante, a pesar de la estricta política que se aplica a todos los trabajadores internacionales enviados a Siria, está comúnmente aceptado que, sin haber ido antes allí, resulta muy difícil comprender en toda su extensión lo que implica trabajar en Siria; la mayoría del personal de MSF no ha estado expuesto previamente a tal intensidad de conflicto urbano, por lo que obtener un consentimiento plenamente informado es difícil. Por esta razón, el equipo de MSF en Siria se ha esforzado en ofrecer a su personal la oportunidad de reevaluar su decisión de permanecer o no en el país, tal y como han atestiguado varios trabajadores en las entrevistas realizadas.

Ya que se preveía que la misión de Siria contaría con una rotación considerable de personal debido al nivel alto de estrés así como a las limitaciones de los periodos de visado⁴⁰, se decidió explícitamente que, en todo lo relacionado con la seguridad, la línea jerárquica se respetaría de la forma más estricta, con el compromiso de mantener durante periodos más largos a algunos miembros clave del equipo, como los coordinadores generales y los coordinadores de proyecto. Con ello se minimizaba la pérdida de conocimientos y de comprensión del contexto, además de los contactos y las redes de trabajo.

La protección del personal, especialmente del personal sirio, fue determinante en la toma de decisiones y en la planificación de las actividades de MSF, y ello influyó además en las diferentes decisiones sobre las operaciones. La evolución del contexto, con niveles de inseguridad elevados, indujo a una toma de decisiones muy dinámica tanto en la misión como en la sede, con una revisión continua del análisis de riesgo y de las operaciones para atenuar los posibles peligros. Según la responsable de la Unidad de Emergencias de MSF-OCBA, “el análisis de riesgo tuvo un gran impacto en la planificación y en los servicios ofrecidos, desde la elección de la compra de vacunas en un país no occidental, hasta la introducción de equipamiento médico especializado para ganar la confianza tanto del personal nacional como de los pacientes”⁴¹.

⁴⁰ Los visados de turista en Turquía se conceden por un máximo de 90 días.

⁴¹ Discusión con la responsable de la Unidad de Emergencias de OCBA. Febrero de 2015.

2.2. Análisis de riesgos iniciales y medidas de mitigación

Desde el principio, la decisión de MSF de intervenir en un entorno tan complejo, volátil y altamente inseguro estuvo acompañada del conocimiento y la aceptación de un cierto nivel de riesgo, empezando por la decisión de trabajar sin el permiso oficial del Gobierno sirio.

El análisis de riesgo inicial que MSF llevó a cabo se basó en una serie de condiciones que conformaban el contexto imperante en ese momento. Durante las evaluaciones realizadas en octubre de 2012, la organización asumió que estaba trabajando en un contexto con altas probabilidades de cambios repentinos y de deterioro durante el periodo de su intervención, lo que obligaría a una constante reevaluación y mitigación de riesgos.

Las amenazas más importantes que se percibían en ese momento incluían los ataques directos de las fuerzas convencionales del Ejército, como los bombardeos aéreos y de artillería. Si bien la posibilidad de ser atacados directamente por fuerzas gubernamentales dio origen a muchos debates entre las diferentes secciones de MSF, MSF-OCBA consideró que, en ese momento, tal extremo era solo una posibilidad remota.

Entre otras amenazas que podían preverse, estaba la posibilidad de quedar atrapados en el fuego cruzado en un combate abierto, aunque se consideraba como una posibilidad menor a la de los ataques aéreos y bombardeos por parte de las fuerzas gubernamentales. Al mismo tiempo, el riesgo de detenciones, arrestos y secuestros en barricadas improvisadas y puestos de control se presumía menor⁴². También se debatió sobre el nivel de riesgo ante el uso de armas no convencionales (químicas, biológicas, radiológicas y nucleares), pero se consideró igualmente que aún no era muy alto, aunque se apuntó que esto podía cambiar más adelante.

En base al análisis de riesgos, MSF definió las medidas que se tomarían para reducir la vulnerabilidad y las amenazas específicas, revisables periódicamente a lo largo de la intervención⁴³.

Aceptación y percepción

Para que MSF trabaje en un entorno tan volátil y sensible, un prerrequisito fundamental es el de lograr la aceptación de la comunidad y de todas las partes relevantes. Una de las medidas de reducción de riesgos más importantes que se llevó a cabo inicialmente y durante las operaciones fue la de garantizar el buen conocimiento de todas las partes acerca de la presencia de MSF y sus actividades, así como el respeto por la ética médica y la imparcialidad.

Tanto la aceptación como la percepción positiva de la que los equipos de MSF han gozado entre la comunidad local y las autoridades se basan fundamentalmente en la relevancia de sus servicios médicos y en que su enfoque se basa en principios humanitarios, como la independencia, la neutralidad y la imparcialidad⁴⁴. Esto resultó crucial para la seguridad y capacidad de trabajar en la zona. MSF consideró la posibilidad de encontrarse ante amenazas criminales, o pacientes contrariados, o luchas internas entre las diferentes facciones de los grupos armados opositores, aunque estas eran mínimas en las primeras fases de la intervención.

El establecimiento de una buena comunicación con las autoridades locales ayuda también a MSF en su comprensión del contexto local y en la toma de las medidas de seguridad necesarias.

⁴² Con el fin de mitigar los riesgos por el clima social y político imperante, durante el periodo de tiempo cubierto por este informe se estableció un perfil muy concreto para el personal de los proyectos, estableciéndose restricciones relacionadas con la nacionalidad, el género y las creencias religiosas.

⁴³ Las entrevistas con coordinadores generales y de proyecto, respaldadas por informes internos, mostraron que el análisis de riesgo y las medidas de mitigación del mismo se revisaron periódicamente para adaptarse al contexto rápidamente cambiante y en respuesta a determinados incidentes.

⁴⁴ Confirmado mediante entrevistas con varios trabajadores internacionales y nacionales.

La apertura de un segundo hospital en la ciudad industrial de Alepo fue bienvenida tanto por la comunidad local como por las autoridades médicas y civiles. Desde su evaluación inicial en enero de 2013, MSF empezó a establecer relaciones y a suministrar material médico a diferentes hospitales, centros de salud y puestos de primeros auxilios. La puesta en marcha de una campaña de vacunación masiva contra el sarampión en los meses de abril y mayo de 2013 fue clave a la hora de lograr aceptación y confianza entre los grupos de la oposición, las asociaciones médicas y la población, aunque no se logró la suficiente cobertura desde una perspectiva de salud pública⁴⁵. Esta actividad permitió a MSF ponerse en contacto con 49 equipos diferentes que participaban en las iniciativas de salud de la ciudad, puso de manifiesto los riesgos que MSF estaba dispuesta a asumir para atender a la población, y representó un apoyo –que tan necesario era– al personal médico que luchaba desesperadamente por atender las necesidades sanitarias de sus comunidades. Dicha aceptación se debió también al deterioro del sistema de salud en Alepo, que sufría la escasez de suministros médicos, la marcha del personal cualificado, la destrucción de sus infraestructuras y medios de transporte, además del aumento tanto de enfermedades crónicas como de las prevenibles con vacunas⁴⁶.

Garantizar la aceptación por parte de las autoridades del Gobierno representaba evidentemente un desafío mayor. A pesar de los múltiples esfuerzos por obtener el acceso oficial a las zonas controladas por el Gobierno, sin demasiados resultados, la atención que MSF brindaba en las áreas administradas de facto por los grupos de la oposición se percibió como una forma de *ayudar al enemigo*⁴⁷. Esto comprometió el principio de neutralidad e imparcialidad de su misión y puso a la organización en riesgo. Por consiguiente, resultó crucial que MSF, tanto como organización internacional como a través de sus diferentes secciones, mantuviese sus esfuerzos de comunicación con las autoridades sirias, informándoles de la presencia y actividades de la organización y ofreciendo sus servicios médicos a las zonas bajo control gubernamental al tiempo que demandaba el respeto y la protección de la misión médica⁴⁸.

Localización de los hospitales de campaña

La decisión de instalar el hospital de Al Salama en el pueblo de Sejou se basó en consideraciones tanto de seguridad como relacionadas con las operaciones. En comparación con otras ciudades evaluadas en el distrito (algunas de las cuales fueron objeto de bombardeos durante la misión exploratoria), se llegó a la conclusión que era el lugar más seguro posible tanto para los pacientes como para el personal; en ese momento no había allí bases de grupos armados, lo que reducía el riesgo de ser objetivo de bombardeos⁴⁹. A todo ello se añade que, debido a su proximidad a la frontera, el pueblo tenía menos probabilidades de ser bombardeado, y ofrecía la ruta mejor y más directa para derivar pacientes hacia Turquía, además de estar bien situada para evacuaciones de personal en caso de necesidad.

Se decidió, con el acuerdo de las autoridades locales, rehabilitar una escuela en el pueblo para instalar allí el hospital. Aunque el edificio estaba en buenas condiciones, tras el examen de posibles riesgos, MSF llegó a la

⁴⁵ Entrevistas con el coordinador general y con la técnico sanitaria de la Unidad de Emergencias de OCBA, en diciembre de 2014 y enero 2015, respectivamente.

⁴⁶ Las evaluaciones de MSF pusieron de manifiesto que el sistema sanitario estaba saturado y a duras penas podía atender las necesidades de la población, incluidos los heridos de guerra, que solían priorizarse. Era evidente la necesidad de asistencia en casos de estabilización y trauma, atención posoperatoria y a pacientes hospitalizados, atención obstétrica de emergencia, salud primaria, vacunaciones y el establecimiento de un sistema de referencia operativo. Fuente: *Propuesta de MSF España para Sheij Nayyar*, 19 de mayo de 2013.

⁴⁷ Durante las discusiones con las autoridades gubernamentales de Damasco para informarles de la presencia general de los equipos de MSF en zonas bajo control de la oposición, se recibieron amenazas abiertas por parte de funcionarios oficiales, en las que se manifestaba que las instalaciones de MSF podrían considerarse objetivo militar.

⁴⁸ Los esfuerzos de comunicación con las autoridades sirias se llevaron a cabo desde el movimiento de MSF internacional en su conjunto como desde las distintas secciones con operaciones en el país, en diferentes ocasiones, antes y durante el conflicto actual, y continuaban realizándose en el momento de escribir este informe.

⁴⁹ MSF también acordó con el batallón armado presente en la zona no abrir una oficina en el mismo lugar.

conclusión de que la estructura necesitaba reforzarse. Se discutió el asunto de la protección del edificio⁵⁰, aunque no se consideró necesario en ese instante tal nivel de protección.

Otro asunto que originó el debate dentro de MSF-OCBA y de otras secciones de MSF fue el de si se debía marcar visiblemente con un emblema médico o de MSF el tejado de las instalaciones, y si debía comunicarse la geolocalización del proyecto a las autoridades del Gobierno sirio. Se partía del supuesto de que esta información servía como medida disuasoria, ya que un ataque directo a MSF se consideraría claramente como una violación del DIH. Aunque hubo una división de opiniones, los directores de Operaciones de las diferentes secciones de MSF llegaron a la conclusión de que los riesgos eran superiores a los posibles beneficios y finalmente se decidió no elegir esta opción⁵¹. A las fuerzas gubernamentales se les informaba de los distritos en los que había presencia de MSF en general, pero sin facilitar detalles sobre los lugares concretos para evitar que las estructuras médicas se convirtiesen en objetivo de ataques.

Del mismo modo, para la apertura del segundo hospital en la ciudad industrial de Sheij Nayar se aplicó la misma estrategia en términos de seguridad (no se había producido ningún bombardeo ni enfrentamiento en la zona durante 18 meses), de proximidad a la ciudad de Alepo (situada a 6 km al noreste), y de acceso directo a la ruta de referencias de pacientes. En cuanto a la estructura hospitalaria, se eligió un edificio ya existente, construido para albergar un centro de salud con sótano, aunque se necesitaron muchas obras de rehabilitación para convertirlo en un hospital en pleno funcionamiento. Esto suponía un desafío en los meses posteriores⁵².

2.3. Dónde estamos hoy

A día de hoy, MSF-OCBA sigue trabajando en dos instalaciones sanitarias situadas en el pueblo de Sejou (Al Salama) y en Maskan, aunque la naturaleza de la intervención ha evolucionado bastante desde octubre de 2012, cuando se hicieron las primeras evaluaciones y comenzaron las actividades. MSF apoya a otros 30 equipos y estructuras médicas desde ese dos centros.

Si la amenaza de bombardeos y el riesgo mayor de exposición supuso tener que retirar, evacuar y realojar constantemente al personal y las instalaciones de MSF, la división y atomización cada vez mayor de los grupos armados opositores hizo que irrumpieran nuevas amenazas con un serio impacto en la misión médica. Se identificó a un total de 38 grupos armados independientes en el corredor de Kilis-Alepo y en la propia ciudad, lo que imposibilitó el contacto y la negociación del acceso con todos ellos. MSF solo pudo comunicarse con los grupos más fuertes y las coaliciones más importantes así como con aquellos más próximos a las estructuras de la organización, a los que se informó de la presencia de MSF y las actividades que se llevaban a cabo con el fin de mitigar los posibles riesgos. Por otra parte, la presencia cada vez mayor de grupos islamistas trajo consigo nuevos desafíos en cuanto a la aceptación y la percepción de la organización: se agravó el clima de sospecha e intolerancia hacia lo que se suponía como ayuda *occidental*, y esto complicó las negociaciones de acceso. La campaña sistemática de secuestros contra periodistas internacionales que se viene produciendo desde el verano de 2013, el secuestro en enero de 2014 de once colegas del hospital Bernas (gestionado por MSF), y las amenazas cada vez mayores de captura de extranjeros motivaron la retirada total del personal internacional de MSF a inicios de 2014. Las actividades continuaron exclusivamente con personal sirio.

⁵⁰ Se refiere al fortalecimiento de estructuras claves como el blindaje de ventanas y puertas, o la construcción de un búnker, entre otras medidas de protección.

⁵¹ Entrevista con el director de Operaciones, diciembre de 2014.

⁵² Entrevista con el coordinador general, octubre de 2014.

La siguiente sección trata de estudiar esta evolución y hasta qué punto la intervención de MSF ha desarrollado, ajustado y alcanzado sus límites frente a una situación de deterioro de la seguridad y dinámicas de conflicto cambiantes. Se hará una revisión general de los distintos tipos de incidentes que la organización sufrió, atendiendo a aquellos que tuvieron un impacto determinante en la misión médica y en la atención médica proporcionada.

3

Adaptación a la violencia: de la bunkerización a la gestión compartida

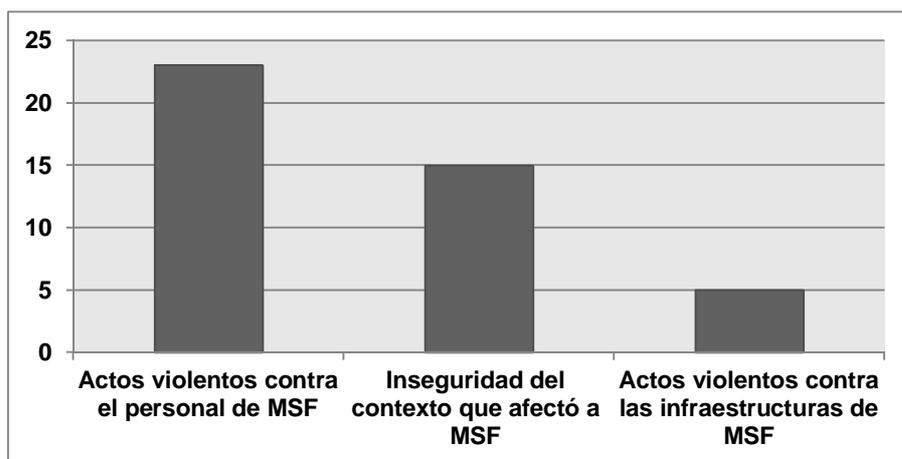
3.1. Resumen de los incidentes de seguridad

Entre los meses de agosto de 2012 y octubre de 2014, MSF registró un total de 43 incidentes de seguridad que tuvieron impacto en sus operaciones, incluidos 33 notificados formalmente en el formato estándar del *informe de incidentes de seguridad* y otros 10 compilados en otro tipo de documentos o registros. En 28 de esos 43 incidentes, MSF se vio afectada directamente por lo que tanto su personal como sus instalaciones y equipos sufrieron actos violentos, independientemente de la motivación detrás de los mismos. Los otros 15 incidentes estuvieron vinculados a la violencia del contexto, principalmente generada por los bombardeos de las fuerzas gubernamentales y, en algunos casos, por los combates o la inseguridad provocada por los diferentes grupos armados; estos incidentes de tipo *near miss* tuvieron una influencia considerable en las decisiones de MSF y fueron motivo del cambio y adaptación de sus operaciones.

Si bien existe la percepción general de que MSF no fue atacada directamente en ninguno de los incidentes registrados, algunos incidentes *near miss* en los que las bombas de las fuerzas gubernamentales cayeron muy cerca de las instalaciones de MSF causaron dudas entre el personal nacional y los residentes locales. Cuando se instalaron las estructuras en las afueras de Aleppo, las autoridades y las personas consultadas (ver sección 3.2) consideraron en general que se produciría un aumento en el riesgo de ataques por albergar una instalación sanitaria.

De los 43 incidentes, 23 se perpetraron contra miembros del personal, 15 estaban vinculados a la inseguridad del contexto y 5 dañaron las instalaciones sanitarias (de los cuales 2 se pueden considerar como daños colaterales). No se registraron incidentes particulares contra pacientes o vehículos médicos, aunque en dos ocasiones se detuvo a la ambulancia de MSF con su personal dentro.

Tabla 1: Clasificación de incidentes



Tal y como se indica arriba, la gran mayoría de los incidentes fueron dirigidos casi exclusivamente contra el personal local (solo en un incidente se vio involucrado un miembro del personal internacional), aunque ninguno de ellos estuvo vinculado a su trabajo con MSF. Más de la mitad de esos incidentes (13 de un total de 23) estuvieron relacionados con el comportamiento, las creencias religiosas o las afiliaciones políticas de los trabajadores. La violencia adoptó diversas formas con diferentes grados de gravedad, pero los dos tipos de incidentes más recurrentes a lo largo del período analizado en el informe fueron las amenazas y las detenciones por parte de grupos armados a miembros del personal. El más grave y crucial de estos incidentes fue el asesinato premeditado de un cirujano local de MSF, perpetrado por un grupo o individuos armados no identificados⁵³ tras una serie de amenazas previas⁵⁴. Otras clases de incidentes implicaron las intromisiones de grupos armados en los recursos humanos o los procedimientos médicos, así como la irrupción dentro de las instalaciones médicas con exigencias de trato preferencial, o reclamaciones por los servicios sanitarios prestados.

Tabla nº 2: Consecuencias de los incidentes

Actos violentos contra personal de MSF	
Detenciones o arrestos	18 trabajadores nacionales (8 incidentes)
Intentos de detención o secuestro	2 trabajadores internacionales, 2 trabajadores nacionales
Amenazas (individuales)	13 trabajadores nacionales (11 incidentes)
Asesinatos	1 trabajador nacional
Actos violentos contra las instalaciones y bienes sanitarios	
Intrusiones	5
Robos	2 (1 grave, 1 leve)
Detenciones	2 ambulancias
Daños en las instalaciones	Disparos de bala contra la instalación, daños en ventanas y depósito de agua (3 incidentes)

⁵³ Los autores no fueron capturados y se desconoce sus identidades hasta la fecha.

⁵⁴ Ver sección 3.3 para más detalles.

En cuanto a los que cometieron estos actos violentos, los diferentes grupos armados fueron responsables de 31 incidentes⁵⁵, de los cuales en 10 fue muy difícil identificar a sus autores por haberlos cometido bajo anonimato. Los otros 12 incidentes fueron causados por las fuerzas gubernamentales, aunque hay que señalar que solo se registraron aquellos que tuvieron una influencia directa en las actividades de MSF.

Debido al número y la naturaleza de los incidentes registrados durante el período analizado, no fue posible identificar ningún pico o tendencia predominante. Sin embargo, durante las entrevistas con algunos miembros del personal en el terreno, se evidenció que desde finales de 2014, hubo un aumento de arrestos y detenciones del personal nacional por parte de los grupos armados. La explicación reside principalmente en las divisiones entre grupos armados, el enfrentamiento entre los grupos armados moderados más importantes, con el Frente Al Nusra por un lado y el EI por el otro, y una mayor sospecha de estos ante la supuesta presencia de espías o conspiradores, en concreto, entre los miembros del personal que residen en zonas controladas por un grupo armado rival⁵⁶.

3.2. Proporcionar atención médica bajo los bombardeos

Proyecto de Al Salama

Cuando el hospital de Al Salama abrió sus puertas a la comunidad en octubre de 2012, aún se consideraba que la zona estaba a salvo en general de bombardeos de las fuerzas gubernamentales, debido a su cercanía con la frontera y la ausencia de bases de grupos armados en sus alrededores. Sin embargo, en el período comprendido entre noviembre de 2012 y febrero de 2013 se produjo un aumento de los ataques de las fuerzas del Gobierno contra las zonas de dominio opositor en el interior del distrito de Azzaz, con una batalla muy intensa que se desarrolló sobre una base aérea del Ejército (en Menegh) situada a 11 km al sur del pueblo de Sejou (donde se encuentra Al Salama). Los bombardeos, principalmente con misiles tierra-tierra, causaron bajas civiles a gran escala y un aumento del desplazamiento de población hacia la frontera turca. También provocó una serie de incidentes *near miss* que elevaron el riesgo de daños colaterales para el personal de MSF y sus instalaciones⁵⁷. El coordinador del proyecto de MSF manifestó:

“Nunca sabremos si los bombardeos se dirigían contra MSF. De lo que no hay duda es de que hubo un aumento del riesgo residual y de que debían tomarse medidas adicionales para mitigarlos⁵⁸”.

La respuesta de MSF consistió en reducir su personal durante gran parte de enero de 2013. Sin embargo, los bombardeos constantes –con el impacto de misiles muy cerca de la casa de MSF en varias ocasiones– provocaron nuevos ajustes en el equipo, hasta dejarlo reducido al mínimo indispensable a finales de febrero. Aunque la organización pudo mantener un nivel de actividades adecuado mediante este equipo reducido, fue evidente que el aumento del riesgo de exposición del personal y los pacientes exigía que se tomaran más medidas de protección.

Como resultado de todo ello, MSF redujo sus actividades durante varias semanas del mes de marzo para reforzar la estructura hospitalaria con barreras de contención de sacos de arena y refugios antiaéreos. Ello supuso la salida temporal del personal internacional y la gestión a distancia durante el proceso de construcción. Se decidió así mismo introducir un sistema de rotación de 24 horas entre los equipos con el fin de reducir los niveles de riesgo y estrés. Entre otras medidas de precaución adicionales, la organización estableció un diálogo con las autoridades de Damasco para intentar obtener garantías de seguridad, y publicó un comunicado de prensa en el que pedía “a todas las partes que respeten las estructuras sanitarias”, que gozó de cobertura internacional.

⁵⁵ En casos donde fueron identificados claramente.

⁵⁶ Entrevista con personal internacional y nacional de MSF. Noviembre-Diciembre de 2014.

⁵⁷ La percepción generalizada era que los bombardeos de las fuerzas gubernamentales eran poco precisos.

⁵⁸ Entrevista con el coordinador de proyecto, noviembre de 2014.

Tanto los miembros del personal nacional como internacional entrevistados manifestaron que el refuerzo del hospital logró su propósito y proporcionó la protección necesaria a los trabajadores y a los pacientes. Además de la protección física, también contribuyó a proporcionar una sensación de seguridad, que fue uno de los aspectos claves a la hora de tomar la decisión⁵⁹. Según el coordinador de proyecto, “en el análisis de la situación realizado por MSF, se contempló que la posibilidad de que el hospital recibiese un impacto directo era muy baja. Con el levantamiento de barreras de contención de arena, todos los trabajadores coincidieron en que el nivel de riesgo era aceptable y acordaron permanecer allí. Al reconocer el riesgo de la presión de grupo, junto con el compromiso del personal con su trabajo, garantizamos que se mantuvieran reuniones individuales tanto con el personal nacional como el internacional para abordar el asunto de los riesgos y ofrecerles la oportunidad de irse⁶⁰”.

Durante los meses posteriores se intensificó la campaña de bombardeos, que marcó el cambio de misiles tierra-tierra a ataques aéreos. Según nos consta, el ruido de los aviones sobrevolando y de las explosiones se estuvo escuchando a diario sistemáticamente durante seis semanas. El 26 de junio de 2013, el hospital fue alcanzado por primera vez. Aunque el daño material fue menor (se hallaron algunos proyectiles en las defensas de arena), el incidente resultó indicativo del desarrollo de la situación de seguridad y dejó patente que el riesgo residual había aumentado considerablemente, en particular porque el hospital era el edificio más grande y relevante del pueblo. Por consiguiente se reforzaron las estructuras de protección del complejo hospitalario y se redujo el personal durante el turno de noche con rotaciones continuas.

Se observó que algunos miembros del personal se sentían incómodos, mientras que otros aceptaban el aumento del nivel de riesgo gracias a la protección ofrecida por las barreras de protección y los refugios antiaéreos, en conjunto con el impacto considerable de la intervención de MSF en los pacientes. También se puso de manifiesto la voluntad del personal nacional de seguir trabajando a pesar del aumento del riesgo de exposición, advirtiendo que sus pueblos de origen, sobre todo Tal Rifat, Marea y Azzaz, eran objeto de bombardeos más severos. Tal era el caso de miembros del personal que habían trabajado con otros equipos médicos y en otras estructuras sanitarias cerca o en el mismo frente de guerra⁶¹. Muchos declararon haber estado expuestos a riesgos muy graves durante su vida diaria como civiles sirios, y se sentían bien protegidos en las estructuras de MSF. Un miembro del personal nacional explicó que había experimentado el proceso de “estar asustado al principio para luego llegar a acostumbrarse a los bombardeos como parte de la rutina”⁶².

En cuanto a la atención médica, se observó que la reducción del equipo internacional durante el turno de noche redundó en la dificultad del personal nacional para hacer frente a las dificultades. Se decidió no obstante mantener un equipo internacional reducido hasta que pudiera contratarse personal local cualificado. El desafío más importante, que se fue haciendo cada vez más difícil de abordar, era el de encontrar localmente personal médico cualificado y asegurar su continuidad. Los médicos y el personal sanitario cualificado encontraban fácilmente otras oportunidades fuera del país, con la consiguiente mejora en las condiciones de vida de sus familias, de salario y de perspectivas profesionales, y sobre todo condiciones más seguras de vida sin el riesgo continuo de perderla.

Proyecto de Alepo

De la ciudad industrial de Sheij Nayar a Fafin

Las gravísimas necesidades sanitarias en Alepo impulsaron a MSF a abrir un segundo proyecto en la ciudad industrial de Sheij Nayar. Si bien se hizo posible gracias al nivel de aceptación logrado localmente, establecer el hospital y alcanzar un cobertura alta de atención sanitaria se impuso como un gran desafío. Según el

⁵⁹ Entrevista con la responsable de la Unidad de Emergencias de OCBA, noviembre de 2014.

⁶⁰ Entrevista con el coordinador de proyecto, noviembre de 2014.

⁶¹ Entrevistas con trabajadores internacionales y nacionales de MSF. Noviembre-Diciembre de 2014.

⁶² Entrevistas con trabajador nacional de MSF identificado como *número 3*, diciembre de 2014.

coordinador general de la misión, “ se demostró que abrir un hospital, con una estructura fija y equipamiento pesado, requería mucho tiempo y no era una respuesta adaptada a un contexto volátil donde era previsible que la situación empeorase. Ya nos estaban cayendo bombas antes de que el quirófano estuviese preparado”⁶³.

A pesar de los trabajos de rehabilitación en marcha, MSF comenzó sus actividades en julio de 2013 con la apertura de las áreas de atención ambulatoria, pediátrica y de emergencia, y más tarde de hospitalización. Hubo dos incidentes de seguridad en el mes de agosto⁶⁴ que forzaron la evacuación del equipo internacional de MSF, seguidos de un período de gestión por control remoto, y visitas regulares posteriores a finales de octubre y a lo largo de noviembre.

Entre el 19 y el 24 de noviembre, las fuerzas gubernamentales emprendieron una campaña de bombardeos con barriles explosivos sobre la ciudad industrial, causando un gran número de víctimas y una gran destrucción. En el hospital de MSF fueron atendidos 88 heridos, y se activó el plan de emergencia para atender a un gran volumen de heridos. Debido a la exposición a bombardeos muy próximos, MSF tomó varias medidas de precaución: pidió que el personal se mantuviese recluido en el sótano y se redujeron al mínimo las actividades, garantizando exclusivamente la atención de emergencia⁶⁵.

El 6 de diciembre, varios bombardeos consecutivos produjeron algunos daños en el hospital, por lo que MSF tuvo que suspender todas las actividades excepto la atención más urgente para casos de vida o muerte. Además, redujo el equipo sirio y trasladó tanto las oficinas como la sala de urgencias al sótano. A esas alturas, el personal internacional manifestó que la exposición de los trabajadores locales era inaceptable a pesar de las medidas de precaución que se tomaron para mitigar los riesgos. Por otra parte, se había reducido considerablemente el impacto de las actividades médicas debido al desplazamiento masivo de población que sucedió a los bombardeos (el hospital atendía un promedio de 20 consultas diarias frente a las entre 150 y 200 que atendía antes del primer ataque aéreo). Tenía poco sentido emplear una zona fuertemente bombardeada como eje de estabilización para la referencia de pacientes fuera de la ciudad, ya que había otras vías más seguras en esos momentos. Si bien la mayor parte del personal opinaba que la situación se derivaba sencillamente de estar “ en el lugar equivocado en el momento inadecuado”, algunos trabajadores sirios creían que el hospital ya era un objetivo militar ya que los frentes de batalla se habían modificado cuando la ciudad industrial se incluyó en la ofensiva de asedio sobre Alepo⁶⁶.

El aumento del riesgo y la reducción del impacto médico, junto a los constantes bombardeos durante el mes de diciembre, fueron las causas por las que MSF tuvo que evacuar a sus equipos indefinidamente de la ciudad industrial de Sheij Nayar y encontrar otro lugar alternativo. Como aprendizaje de esta experiencia, MSF readaptó su estrategia y se decidió por una estructura de atención sanitaria más móvil que pudiera reubicarse con más rapidez si la situación de seguridad se deterioraba.

De Fafin a Maskan

Tras las evaluaciones realizadas a finales de 2013, MSF decidió reubicar sus actividades médicas en la ciudad de Fafin, a 8 km de Sheij Nayar, al norte de Alepo. El lugar respondía a la estrategia de MSF de estar lo suficientemente cerca del frente como para atender a los heridos de guerra y lo suficientemente lejos como para ofrecer una atención de calidad sin recurrir a constantes evacuaciones de personal. La ciudad de Fafin estaba situada sobre la misma ruta para derivar pacientes que se utilizó en la ciudad industrial, y no se

⁶³ Entrevista con el coordinador general, diciembre de 2014.

⁶⁴ En agosto de 2013, MSF sufrió dos incidentes críticos que evidenciaron el grado de incertidumbre existente en la evolución del entorno de las operaciones, e incidió en la lectura de tal contexto: la detención de un trabajador nacional, y el riesgo de detención o secuestro de un trabajador nacional y un internacional. Ver sección 3.3.

⁶⁵ Informes internos, de noviembre de 2013, y entrevistas con personal en el terreno.

⁶⁶ Informes internos de diciembre de 2013 y entrevistas con personal nacional e internacional de MSF. Noviembre-Diciembre de 2014.

tenía constancia de que se hubieran producido incidentes desde la toma de una escuela de infantería por parte de la Brigada Al Tauhid en 2012, aunque se observó que la situación podía cambiar. Desde el punto de vista médico, se identificó un pequeño centro de salud, que se habilitó para atender temporalmente las urgencias, el ambulatorio y servicios de hospitalización a pequeña escala, así como la referencia de pacientes con la intención de encontrar instalaciones más espaciosas posteriormente⁶⁷.

Según un médico sirio del equipo de MSF, “aunque las autoridades y los grupos armados dieron la bienvenida a la estructura sanitaria de MSF, entre los residentes había división de opiniones: algunos manifestaban su satisfacción por contar con servicios médicos gratuitos mientras que otros se oponían a la presencia de cualquier puesto médico pues consideraban que tanto los hospitales como otras instalaciones médicas atraían más inseguridad”⁶⁸.

Durante las tres semanas posteriores a la apertura del centro médico, se sucedieron varios ataques aéreos sobre los bastiones de la oposición en la zona. El 2 de febrero de 2014 se lanzaron barriles bomba cerca de la estructura de MSF, mientras que tres coches bomba vinculados a grupos armados explotaron en la Escuela de Infantería. A través de la gestión mediante control remoto⁶⁹, el equipo internacional de MSF se mantuvo en comunicación constante con el personal nacional y se decidió la suspensión de actividades y la evacuación inmediata de Fafin⁷⁰.

Las luchas internas de los grupos armados, en gran parte EI contra el Frente Islámico y otros, y la intensificación de los bombardeos con barriles por parte de las fuerzas gubernamentales hizo que MSF evacuase por completo el centro de salud a finales de febrero y se reubicase en la ciudad de Maskan en marzo. Situada en el campo cerca de la ciudad de Alepo y sobre la ruta de referencia de pacientes, se eligió tomando en consideración las medidas de protección que debía tener, incluyendo la ausencia de grupos armados, puestos de control o antecedentes de bombardeos o enfrentamientos armados⁷¹.

Era la tercera ocasión en un período de cuatro meses en la que MSF tenía que reorganizar su intervención en Alepo en otro lugar a causa del elevado nivel de inseguridad y los cambios en los frentes de combate. Se restringieron los movimientos, se redujeron los equipos, y los servicios de atención que se ofrecieron a la población se limitaron a urgencias, hospitalización, ambulatorio y referencia. El centro de salud de Maskan, puesto en marcha en su totalidad por el personal nacional, empezó sus actividades en abril de 2014.

Las informaciones procedentes del personal de MSF y de las contrapartes revelaron que los bombardeos con barriles sobre zonas civiles y dominios de los grupos opositores en el interior y alrededores de Alepo continuaron hasta el final del período analizado (e incluso en el momento de escribir este informe)⁷². A pesar de haberse producido dos incidentes muy próximos en mayo y agosto de 2014, en los que el centro médico de Maskan estuvo expuesto a ataques aéreos, la organización pudo continuar sus actividades médicas. Desafortunadamente, no ocurrió lo mismo en muchas otras estructuras sanitarias con las que MSF colaboraba, que sufrieron la destrucción total o parcial así como muertos y heridos entre el personal y los pacientes (ver sección 4).

Si bien la amenaza de bombardeos y ataques aéreos eran un factor determinante en la mayoría de las decisiones de MSF (como la ubicación o reubicación de sus actividades y la composición y dimensión de sus equipos) –y de hecho siguió siendo una de las preocupaciones fundamentales–, el análisis de los incidentes de seguridad mostró que la mayoría de los actos violentos contra las instalaciones de MSF y su personal los

⁶⁷ Informes internos y entrevistas con el médico nacional de MSF identificado como *número 3*, y con el coordinador de proyecto. Octubre-Diciembre de 2014.

⁶⁸ Entrevista con el médico nacional de MSF identificado como *número 3*, diciembre de 2014.

⁶⁹ Por entonces, el personal internacional de MSF se había retirado de Siria debido al aumento del riesgo de secuestros. Ver 3.4.

⁷⁰ Informes internos de febrero de 2014 y entrevista con el coordinador de proyecto en noviembre de 2014.

⁷¹ Evaluación de Maskan sobre la seguridad del emplazamiento, 10 de marzo de 2013.

⁷² Ver informe de MSF *La realidad de Alepo: vivir bajo los barriles bomba*, marzo de 2014. Disponible en www.msf.es.

perpetraron grupos armados locales. No obstante, los ataques contra la misión médica no pueden evaluarse solamente en virtud del número de incidentes ocurridos, sobre todo en un contexto donde MSF comparte el mismo espacio de los grupos armados opositores y no es ajeno por tanto a las dinámicas que se suceden en el terreno.

El asunto de las armas químicas ilegales

En Alepo, MSF tuvo constancia de informaciones sobre diversos ataques con armas químicas en 2013. En el mes de marzo, se registró un ataque que incluyó el uso de agentes químicos en Jan Al Asal, en los suburbios del sur de Alepo. En abril, otro presunto ataque con armas químicas se produjo en el vecindario de mayoría kurda de Sheij Maqsud. Después de este ataque, MSF visitó el hospital de Afrin⁷³, donde, según se informó, se habían atendido algunas víctimas del citado ataque. MSF no pudo acceder a ninguna de ellas. En otras regiones de Siria también hubo noticias de ataques similares posteriormente, siendo el más mortífero el que sucedió en Guta (Damasco) en agosto de 2013. Una misión de investigación de la ONU confirmó el empleo de agentes químicos y presentó evidencias que apuntaban a que los autores habían tenido acceso al arsenal de armas químicas del Ejército sirio, aunque no se tuvieron suficientes pruebas para identificar a tales autores⁷⁴.

Frente a esta nueva amenaza, y con una experiencia limitada sobre las consecuencias del uso de armas bioquímicas, MSF se esforzó en la preparación tanto en sus propias instalaciones como en el apoyo a otras estructuras sanitarias fundamentales así como a su personal en la región. El enfoque (muy tímido según la opinión de algunos miembros del equipo) fue pasivo principalmente, y se centró en garantizar que el personal pudiera protegerse a sí mismo, así como a los pacientes ingresados en el hospital y las víctimas de agentes bioquímicos que llegarían a cualquier estructura sanitaria propia o apoyada por MSF. La organización desarrolló un protocolo y suministró paquetes de protección, instaló estaciones de descontaminación en los tres hospitales principales de la zona, y les proporcionó asesoramiento técnico con la introducción del sistema de vigilancia centinela, con el fin de contar una mínima capacidad de respuesta. Más allá de eso, MSF decidió no tomar la iniciativa en el manejo de los casos ni de las muestras.

3.3. De un conflicto abierto a la división creciente entre grupos armados: limitaciones a la aceptación y al trabajo en red

El vacío de poder que dejó el Gobierno sirio en las zonas que cayeron bajo el control de grupos opositores se cubrió con la creación de consejos locales para gestionar los asuntos civiles, incluyendo la educación, la salud y los servicios públicos, observados de cerca por los grupos armados. Algunos de estos grupos armados siguieron vigilando la zonas de las que se habían apoderado para garantizar un mínimo de seguridad. Sin embargo, la escalada del conflicto hacia una guerra civil en toda regla, con una mayor división en el seno de los grupos armados y la aparición de una amalgama de actores armados con diferentes grados de poder e influencia, provocó un aumento de la inseguridad en el terreno.

Por un lado, la gran cantidad y disponibilidad de suministro militar y armas ligeras causó un aumento inevitable de actos vandálicos y criminales. El control de los recursos, desde almacenes de trigo hasta rutas a través de la frontera así como el de las industrias de artículos de primera necesidad, representó una motivación fundamental para la mayoría de los grupos. Por otro lado, la irrupción de las milicias islamistas tuvo un impacto considerable en la evolución del contexto local, y supuso mayores desafíos para la acción humanitaria.

⁷³ Informe de MSF-OCBA sobre la visita a Afrin: alerta de armas químicas, 15 de abril de 2013.

⁷⁴ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, 12 de febrero de 2014, *op. cit.*

Mientras que MSF prosigue en su empeño de fortalecer la aceptación con todos los actores, fue casi imposible estar al tanto del número cada vez mayor de brigadas y de las dinámicas vertiginosamente cambiante entre ellas. También fue muy difícil el desarrollo de redes fiables de trabajo en el ámbito local con el fin de negociar el acceso y lograr las suficientes garantías de seguridad tanto para el personal como para las operaciones. Esto se evidenció con la serie de intromisiones y actos violentos cometidos por grupos armados, algunos de los cuales tuvieron consecuencias graves sobre la misión médica. Si bien las motivaciones que originaron estos incidentes no siempre estuvieron claras, en el análisis se destacaron dos grandes categorías:

- Amenazas contra el personal o detenciones, por la suposición de determinados comportamientos u opiniones.
- Falta de respeto hacia los centros de salud y el personal y material médico y agresiones contra los mismos.

Amenazas al personal por determinados comportamientos u opiniones personales: asesinato de un cirujano local de MSF

Como suele ocurrir en diferentes contextos de conflicto, uno de los motivos recurrentes en los ataques dirigidos contra el personal sanitario es la suposición de que este no es neutral o ha tomado partido por una de las partes en contienda. La guerra civil en Siria ha causado una situación de polarización e intolerancia creciente hacia cualquier acto al que se le suponga algún tipo de asociación o colaboración con *el enemigo*. En las zonas bajo control opositor, el ser sospechoso de ser contrarrevolucionario o simpatizante del Gobierno ha causado amenazas, detención, torturas y muerte.

Durante el período analizado, MSF registró al menos 13 incidentes en los que el personal nacional sufrió amenazas o detenciones a causa de supuestas afiliaciones políticas (incluido el apoyo a un adversario armado).

De la misma manera, con la influencia cada vez mayor y el poderío militar de las facciones islamistas, el conflicto fue adoptando progresivamente un fuerte componente religioso que ha sido determinante tanto en el contexto externo como en las dinámicas internas de MSF. Por consiguiente, los miembros del personal de MSF que no se adaptaban sus creencias religiosas y comportamientos a un entorno cambiante se exponían a mayores amenazas e inseguridad.

Uno de los primeros incidentes en los que se evidenció esta evolución sucedió en abril de 2013, cuando un miliciano sin identificar llegó al hospital de MSF y reprendió a tres trabajadoras del equipo local por un supuesto comportamiento “no islámico”, con la amenaza de llevarlas a juicio. Las conversaciones con varios miembros del equipo y las autoridades locales reveló el aumento del conservadurismo en la comunidad y dentro del hospital; de hecho muchos no consideraron el incidente como algo serio y estuvieron de acuerdo en que el personal femenino “debía comportarse mejor” a la luz de la volatilidad del contexto. Al tomar en cuenta que ciertos comportamientos o ideologías individuales podían originar tales incidentes, MSF decidió tomar medidas de precaución y pidió a su personal una mayor discreción en su comportamiento⁷⁵ así como que evitaran conversaciones políticas o religiosas dentro del centro hospitalario.

Hasta septiembre de 2013, con el trágico secuestro y asesinato de un cirujano local de MSF, no se tuvo una noción clara del alcance y gravedad de tales amenazas. Se informó de que cuatro hombres cubiertos con una máscara entraron en la casa dormitorio de MSF en el pueblo de Sejou, y se llevaron por la fuerza al médico, dejando allí a sus dos colegas. Su cuerpo fue encontrado al día siguiente cerca de Tal Rifat, con heridas de

⁷⁵ Esta decisión causó diferencias de opinión dentro del equipo. Algunos no estaban de acuerdo en que MSF tuviera que decir a su personal cómo comportarse, mientras que otros consideraban que la protección de los trabajadores y de la estructura médica justificaba cierta *interferencia* en las libertades individuales dentro de las instalaciones.

bala y señales de tortura. Aunque se sospechó de varios grupos e individuos, nadie reivindicó la autoría del crimen.

El joven cirujano había recibido amenazas previas; era conocido por expresar su ateísmo y sus críticas contra los islamistas extremistas. En mayo de 2013, él mismo informó al coordinador de proyecto de que había recibido una *fatwa*⁷⁶ por no comportarse “como un buen musulmán”. MSF tomó las medidas de precaución necesarias hasta que se resolvió el asunto y tras confirmar que la *fatwa* se había levantado a condición de que el doctor “se comportase apropiadamente”. MSF le solicitó, al igual que hicieron sus amigos y compañeros de trabajo, que mantuviera un perfil bajo con el fin de evitar cualquier comportamiento provocador⁷⁷.

Aunque muchos creían que sus abiertas creencias le traerían problemas, el trágico final del cirujano alarmó al personal nacional e internacional. En respuesta a este incidente, MSF sostuvo reuniones con las autoridades locales, que expresaron su consternación y se comprometieron a poner en marcha una investigación con el Consejo de la Sharía en Tal Rifat. Tras la inmediata evacuación de su personal expatriado de ambos proyectos, MSF se enfrentó al dilema de si debía cerrar o no temporalmente el hospital, o suspender las operaciones para enviar así un fuerte mensaje de indignación. Debido a que el motivo más probable del asesinato de nuestro colega estaba vinculado con el ámbito de su ideología y vida personal, y no con la naturaleza de su trabajo o para quienes trabajaba, fue difícil justificar la interrupción de atención médica vital a la población de Al Salama y de los pueblos colindantes.

Este incidente trágico supuso un momento decisivo para la misión médica, al constatar que las acciones perpetradas por los grupos armados contra cualquier persona opuesta a sus causas o ideologías ya no conocía límites, llegando a actos impunes cometidos fuera de cualquier estructura legal. También subrayó el desprecio total de los autores del crimen por el hecho de que el joven cirujano hubiera arriesgado su vida a diario para salvar la de otros, incluyendo la de quienes habían de matarle. En el seno de MSF, el equipo de coordinación de la misión reconoció que una mejor lectura de la situación, con el conocimiento y la comprensión oportuna de la inestabilidad del contexto local, podría haber llevado a tomar medidas más estrictas tras las primeras amenazas. Esto desencadenó sin embargo un debate interno sobre hasta qué punto MSF puede tener control sobre las vidas de su personal y evitar incidentes de este tipo, concretamente en una situación de conflicto altamente sensible⁷⁸.

Además del clima de tristeza en el hospital y la desmoralización del personal, tras el incidente se marcharon los dos cirujanos restantes del proyecto, siguiendo el camino de muchos médicos y profesionales sanitarios locales⁷⁹. A causa de la dificultad de encontrar cirujanos sirios, MSF se vio obligada a suspender temporalmente las intervenciones quirúrgicas. El coordinador del proyecto de esos momentos explicó:

“Esto supuso uno de los grandes desafíos para nuestras operaciones. Empleábamos demasiado tiempo en el contacto con las redes médicas y de la diáspora para hallar personal disponible, mientras asegurábamos que todos los recursos médicos se utilizaran en su totalidad. En algún momento, MSF pudo realizar

⁷⁶ Por *fatwa* en el Islam se denomina una opinión sobre la Sharía o una interpretación de la misma. Sin embargo, el limitado uso y comprensión del concepto han llevado a que se interprete generalmente como una sentencia de muerte, especialmente en los medios occidentales.

⁷⁷ Informe interno de septiembre de 2013, y entrevistas con varios trabajadores del equipo de MSF en el terreno, entre noviembre y diciembre de 2014.

⁷⁸ Entrevistas con el coordinador general, el coordinador de proyecto y el personal de sede. Octubre-Diciembre de 2014.

⁷⁹ Según Médicos por los Derechos Humanos (PHR, *Physicians for Human Rights*), se estima que para diciembre de 2013, 15.000 médicos habían abandonado el país. En mayo de 2014 solo quedaban en Alepo 40 médicos para atender a una población de 2,5 millones de personas, y tan solo entre 10 y 15 cirujanos disponibles para realizar 1.500 intervenciones semanales en la ciudad. https://s3.amazonaws.com/PHR_other/Syria%27s-Medical-Community-Under-Assault-October-2014.pdf.

procedimientos quirúrgicos dos o tres veces a la semana, pero no como parte de un servicio de emergencias⁸⁰.

Consciente de la posibilidad de incidentes semejantes en el futuro, MSF desarrolló un protocolo para enfrentar específicamente este tipo de situaciones sensibles y tomar medidas estrictas para minimizar la exposición de su personal, pacientes e instalaciones.

Al cabo de un mes, MSF se enfrentó a una situación semejante en su hospital de Sheij Nayar: un médico local recibió amenazas de muerte por parte de la facción de un grupo armado a causa de un incidente que se había producido anteriormente, en marzo de 2013, en otra estructura sanitaria. El médico, con el acuerdo de MSF, renunció a su puesto para garantizar su seguridad y evitar exponer a la misión. A consecuencia de ello, MSF perdió a su médico local más experimentado en ese hospital, con el incremento de la presión en las actividades médicas en cuanto a la dificultad de hallar personal sanitario cualificado.

Falta de respeto hacia los centros de salud y el personal y material médico y agresiones contra los mismos

Además de las amenazas y detenciones de los grupos armados, MSF también se enfrentó a una serie de incidentes en los que varios de estos grupos no respetaron ni al personal sanitario ni las instalaciones de salud. En noviembre de 2013, un grupo de hombres armados allanaron el hospital de MSF exigiendo una ambulancia, camillas, y que dos miembros del personal médico les acompañasen al lugar donde se encontraban los heridos. Uno de los hombres tenía una granada y amenazó con hacerla estallar dentro del hospital. El personal se vio forzado a cumplir sus órdenes; ambos profesionales fueron devueltos indemnes más tarde. Una tentativa similar sucedió unos días más tarde. Del mismo modo, en abril de 2014, un grupo de hombres armados penetró en el centro sanitario de Maskan y exigió tratamiento domiciliario para un familiar herido, y empezaron a disparar dentro del edificio. También se quejaban de la calidad de los servicios.

Frente a este tipo de incidentes, MSF no tuvo otra elección que la de obedecer las órdenes con el fin de evitar daños al personal y los pacientes, y comunicar los incidentes a los grupos armados recordándoles la necesidad de respetar la misión médica. En ciertas ocasiones en las que se había identificado o se sospechaba la identidad de los autores de estos incidentes, los grupos armados asumían la responsabilidad y se disculpaban con MSF. En otros casos, MSF reconoció la necesidad de mejorar la calidad de sus servicios y tomó las medidas oportunas (ver sección 3.4).

Las entrevistas tanto con el personal nacional como con el internacional mostraron que el enfoque basado en los principios humanitarios tuvo un impacto positivo tanto en el funcionamiento de los centros de salud como en el comportamiento de los grupos armados. En esos momentos, se destacó que, con el tiempo, el personal nacional adoptó un discurso más "neutral e imparcial", recordando a los grupos armados las normas que rigen los hospitales y los principios de MSF. Esto fue la causa de que los grupos armados tuvieran un comportamiento un poco más responsable, como dejar las armas a la entrada, en contraposición a los iniciales asaltos armados. Del mismo modo, algunos miembros del personal nacional manifestaron que la explicación de la misión y las actividades de MSF a los grupos armados durante los incidentes que sucedieron en el exterior de las estructuras de MSF (puestos de control, detenciones, interrogatorios, etc.) también contribuyeron a su liberación⁸¹. Se observó igualmente que otras estructuras y redes médicas con las que MSF colaboraba asumieron este enfoque basado en principios humanitarios tras sufrir un aumento de actos violentos por parte de los grupos armados (ver sección 4).

⁸⁰ Entrevista con el coordinador de proyecto, noviembre de 2014.

⁸¹ Varios informes internos y entrevistas con personal nacional, diciembre de 2014.

Aumento del riesgo de secuestro

La mayor atomización de los grupos armados puede estar vinculada a diferentes aspectos como las diferencias ideológicas, tácticas, organizativas o de capacidad militar y financiación, entre otros. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, se distinguió claramente a aquellos que seguían un objetivo nacional y aquellos que seguían una agenda *yihadista* global. La situación cambió esencialmente a raíz de la división entre el Frente Al Nusra y el Estado Islámico en la primavera de 2013⁸². Desde entonces, se han roto las relaciones entre el EI y los diferentes grupos de oposición, incluido Al Nusra, y la creciente rivalidad ha desembocado en el enfrentamiento total entre ellos. A finales de 2013, el EI ya era una de las facciones más poderosas en las zonas controladas por la oposición, generando un clima de miedo, respeto o aversión en los otros grupos opositores⁸³.

Aunque era prácticamente imposible ponerse en contacto y negociar con todas y cada una de las facciones armadas (había 38 diferentes y descoordinadas en Aleppo a mediados de 2013), MSF mantuvo contactos con los grupos armados más importantes en su zona de intervención, incluido el Consejo de la Sharia, el Frente Islámico y Al Nusra. La organización también siguió esforzándose en comunicarse y negociar el acceso con el EI.

Las evidencias del riesgo de estar expuestos a secuestros aumentaron en agosto de 2013, cuando un miembro del equipo sirio de MSF fue detenido por milicianos del EI, para ser liberado tres semanas más tarde. Poco después de ese incidente, dos trabajadores nacionales y dos internacionales también sufrieron un intento de detención mientras se desplazaban por cuestiones de trabajo entre la ciudad de Aleppo y el hospital de Sheij Nayar⁸⁴. Estos hechos indicaron un cambio importante en el contexto. Conscientes de la necesidad de tomarse un tiempo para hacer un balance de la situación y reflexionar sobre las implicaciones de todo ello, MSF evacuó temporalmente al personal internacional. El entorno vertiginosamente inestable e impredecible dificultaba la posibilidad de contar con información suficiente y a tiempo de evitar riesgos potenciales, tales como los secuestros y las ejecuciones de trabajadores locales y de extranjeros que el EI y otros grupos armados cometieron. Y el equipo reconoció así mismo la necesidad de ampliar y fortalecer las redes de trabajo con las que trabajaba MSF⁸⁵. Esta misma reflexión se realizó en relación con el asesinato del cirujano sirio de MSF, que sucedió en torno al mismo periodo (ver sección 3.3).

Entre septiembre de 2013 e inicios de 2014, la negociación de acceso con el EI y Al Nusra en Aleppo estuvo sembrada de desconfianzas y resultó muy difícil, con discusiones caracterizadas por una mayor intolerancia y suspicacias hacia el personal internacional, al tiempo que se producía una escalada en la campaña de secuestros contra extranjeros. Por otra parte, muchos periodistas locales y trabajadores humanitarios, incluido el personal médico, sufrieron detenciones, torturas y ejecuciones durante la retirada del EI a la ciudad de Ar Raqqa (a 160 km al este de Aleppo).

El 2 de enero de 2014, 13 colegas del Hospital Bernas de MSF fueron secuestrados por milicianos del EI en la base misma del proyecto en la provincia de Latakia. Los trabajadores sirios fueron liberados el mismo día; tres de los trabajadores internacionales fueron liberados en abril, tras meses de negociaciones, y los dos restantes, en mayo. Este incidente constituyó el mayor punto de inflexión para MSF, por sus graves consecuencias sobre la misión médica. No solo obligó a que otras secciones de MSF cerrasen cuatro hospitales y centros de salud en Al Raqqa, Idlib, Aleppo y Latakia, sino que supuso de facto el fin de la presencia del personal internacional en Siria, pasándose a un modelo de gestión a distancia (control remoto)

⁸² Tras un desacuerdo, Al Qaeda repudió al EI, nombrando al Frente Al Nusra como su nuevo representante en Siria. Esto provocó considerables deserciones desde Al Nusra hacia el EI.

⁸³ International Crisis Group, *Rigged Cars and Barrel Bombs: Aleppo and the State of the Syrian War*, Middle East Report n°155. 9 de septiembre de 2014. <http://www.crisisgroup.org>.

⁸⁴ Fueron liberados de inmediato cuando el conductor identificó a uno de los miembros del grupo armado, del que se sospechaba que pertenecía al EI.

⁸⁵ Entrevistas con varios coordinadores generales y de proyecto, entre octubre y noviembre de 2014.

con personal exclusivamente sirio en el terreno. MSF decidió en agosto de 2014 clausurar todas las visitas del personal expatriado dentro de Siria mientras el contexto no cambiase y las garantías de seguridad ofrecidas por los grupos armados continuasen siendo poco fiables. En cuanto a los intentos de negociación con el EI para clarificar el incidente del secuestro y para obtener garantías de seguridad adicionales, hasta la fecha han sido infructuosos⁸⁶.

El personal nacional de MSF, como el resto de la comunidad, no estuvo exento de las amenazas cada vez mayores de los grupos extremistas islamistas. Varios miembros del personal entrevistados señalaron que, al ganar el EI un mayor dominio, el conflicto entró en una nueva fase, sobre todo cuando sus milicianos tomaron el control de Azzaz y de la vía de comunicación principal con el hospital de Al Salama. Todo ello provocó la suspensión temporal de las actividades médicas y la evacuación del personal nacional en febrero de 2014, hasta que el grupo armado se retirase de esta zona⁸⁷.

3.4. Gestión a distancia (control remoto) y alianzas con socios locales

3.4.1. De la gestión a distancia a la gestión compartida

Cambiar el *modus operandi* para implantar un modelo de gestión a distancia (o control remoto) es una decisión muy difícil para MSF. El suministro de ayuda humanitaria con equipos mixtos (personal nacional e internacional) y la proximidad a las poblaciones son aspectos fundamentales de la identidad y los valores de MSF. Se estableció un modelo de gestión mediante el cual el personal internacional tenía su base en Turquía y apoyaba desde allí el trabajo diario de los hospitales en el terreno.

Dada la ausencia de un acceso negociado fiable, esta adaptación *forzosa* fue la única opción existente que permitiría a MSF continuar proporcionando atención sanitaria vital en Alepo, a la vez que se asumían los serios compromisos que implicaría.

Tanto el personal nacional como el internacional necesitaron un período de adaptación, pasando de un modelo con tendencia a la microgestión a uno que súbitamente estaba repleto de tareas administrativas y de intercambio de información. Un trabajador nacional describió así el cambio:

“Cuando el personal expatriado estaba presente, se tomaban decisiones y los asuntos se resolvían de una manera más efectiva y rápida. Ahora hay más trabajo de papeleo y procesos administrativos que alargan y debilitan la toma de decisiones. Aunque el desempeño del personal ha experimentado un retroceso en gran parte por la falta de supervisión directa, contamos con un buen equipo médico, que nos ha permitido continuar proporcionando un buen nivel de servicios⁸⁸”.

Del mismo modo, el personal internacional manifestó su frustración en relación con la pérdida de contacto directo con sus colegas sirios en el terreno, además de las limitaciones en la toma de decisiones y la dificultad de evaluar o controlar la calidad de los servicios. El reclutamiento y la continuidad del personal cualificado, especialmente cirujanos y anestelistas, también se registró como una de las dificultades más importantes. Todo ello impulsó a MSF a *suavizar* algunas de sus normas y aceptar alternativas como la contratación de estudiantes de medicina en el hospital de Al Salama. Aún así, continuaron los problemas para encontrar personal de cirugía, ginecología, matronas y de otras especialidades médicas⁸⁹.

⁸⁶ Nota: Actualmente MSF no proporciona atención médica en zonas bajo control del EI por no haber recibido garantías fiables de seguridad tras el incidente del secuestro en enero de 2014.

⁸⁷ Entrevistas con trabajadores nacionales de MSF en diciembre de 2014, e informe interno de febrero de 2014.

⁸⁸ Entrevista con el trabajador nacional de MSF identificado como *número 3*, diciembre de 2014.

⁸⁹ Entrevistas con trabajadores nacionales e internacionales entre octubre y diciembre de 2014.

A lo largo de 2014, MSF recibió una serie de reclamaciones de parte de las autoridades y de la comunidad local acerca del empeoramiento de la calidad de los servicios sanitarios, en especial en el hospital de Al Salama, que previamente, durante la presencia del personal internacional, había gozado de buena reputación. Según el coordinador general de MSF⁹⁰, la presencia temporal del EI en la zona de Azzaz en los meses de enero y febrero también aisló el pueblo de Sejou, lo que provocó una fuerte disminución de los servicios hospitalarios y de atención médica durante unos meses. En Aleppo, la naturaleza cambiante de las actividades de MSF, que pasó de contar con un hospital completo en Sheij Nayar a tener un centro médico avanzado para emergencias en Maskan, provocó falsas expectativas iniciales y a la postre, decepción.

Entre las medidas que tomó MSF para abordar estas cuestiones, estuvo la de incluir reuniones periódicas con el personal nacional y las autoridades locales en las dos zonas de los proyectos para intercambiar información. Como no hubo intención ni necesidad de transformar la estructura de Maskan en un hospital, MSF reforzó su sistema de referencias entre Maskan, Al Salama y otras estructuras sanitarias, mediante dos ambulancias medicalizadas. También se añadieron actividades de salud sexual y reproductiva en el mes de junio en respuesta a una solicitud muy clara por parte de la comunidad, aunque dicho servicio sufrió la escasez de matronas⁹¹.

A pesar de que los desafíos de la gestión a distancia, todos los trabajadores entrevistados estuvieron de acuerdo en que las necesidades médicas en la región de Aleppo justificaban la continuidad de las operaciones mediante personal nacional. Igualmente estuvieron de acuerdo en que había espacio para la mejora, en particular si MSF seguía teniendo la misma relevancia y aceptación que había logrado desde el principio de sus operaciones. Para lograrlo, MSF reconoció que tenía que cambiar su enfoque centrado en el personal internacional y otorgar más confianza al personal sirio

Durante la segunda mitad del año, se decidió implementar un modelo de *gestión compartida*, en el que se definen claramente las responsabilidades y se comparten entre el personal nacional e internacional. Mediante la creación de puestos homólogos, los trabajadores sirios son formados y gestionados por sus supervisores en Turquía, y de esta forma pueden difundir los principios de MSF, implementar los protocolos y supervisar las actividades en el terreno⁹². Solo las decisiones relacionadas con aspectos sensibles como la seguridad, el control financiero y los recursos humanos queda bajo la responsabilidad del equipo internacional, para minimizar así la transferencia de riesgos y la responsabilidad organizativa⁹³.

El plan de implementación de este modelo comenzó a inicios de 2015, con lo que su impacto está aún por verse, aunque muchos entrevistados manifiestan un alto grado de optimismo, afirmando que su éxito dependerá en gran medida en la confianza, flexibilidad y capacidad de garantizar la continuidad del personal cualificado.

3.4.2 El apoyo de MSF a las estructuras y redes sanitarias locales: de la necesidad a la elección

Todos los trabajadores entrevistados manifestaron, sin ninguna excepción, que uno de los grandes valores añadidos de la intervención de MSF en Siria ha sido su apoyo ininterrumpido a las estructuras de salud locales y a las redes médicas que han estado trabajando en el frente en condiciones durísimas.

Con la puesta en marcha del hospital de Al Salama, MSF se comprometió de inmediato en un programa de apoyo, y comenzó a proporcionar suministros médicos y equipamiento a una serie de estructuras sanitarias

⁹⁰ Discusión con el coordinador general, enero de 2015.

⁹¹ Entrevistas con el coordinador general y la técnica sanitaria de la Unidad de Emergencias, enero de 2015.

⁹² Los trabajadores nacionales en *puestos espejo* pasan el 60% de su tiempo en el terreno, y el 40% en Turquía.

⁹³ Entrevistas con el coordinador general, los coordinadores de proyecto y la responsable de la Unidad de Emergencias de MSF-OCBA, entre noviembre y diciembre de 2014.

en el distrito de Azzaz. Esta intervención se amplió con la apertura de un segundo proyecto en Alepo, donde MSF fortaleció sus alianzas con las redes médicas locales y comenzó a ofrecer kits estándar de primeros auxilios a varias estructuras de salud. La irrupción de enfermedades prevenibles por vacunas junto a la intensificación de los bombardeos hizo que MSF incluyera un Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y suministros de bancos de sangre en los paquetes de donaciones. Como se mencionó anteriormente, MSF empezó sus actividades en la ciudad de Alepo mediante donaciones de suministros médicos y materiales así como con una campaña de vacunación masiva que se realizó en los meses de abril y mayo de 2013, lo que supuso interactuar con 49 equipos sanitarios diferentes. A finales de 2014, MSF estaba dando apoyo a 10 hospitales, 3 centros de salud y 6 puestos de primeros auxilios en la ciudad de Alepo, y en otros 3 hospitales y 3 centros de salud en el distrito de Azzaz (ver anexo 3).

Además de proporcionar suministros y equipos médicos regulares, el apoyo de MSF a las instalaciones y redes sanitarias locales incluyó además un componente de desarrollo de capacidades. Con ello se abarcó desde la formación en el *triaje*, la estrategia de *scoop and run*⁹⁴ en casos de víctimas masivas, hasta el apoyo en el mantenimiento del equipamiento biomédico. Se excluyeron desde el principio los gastos de funcionamiento, incluyendo la dotación del personal.

Durante 2012 y 2013, los equipos de MSF pudieron llevar a cabo visitas periódicas a las estructuras sanitarias para evaluar las necesidades y reunirse con el personal. Varios trabajadores⁹⁵ señalaron que esas visitas fueron fundamentales para recibir de primera mano la información y generar confianza, sobre todo porque la mayoría de las estructuras contaban con muy pocos o ningún sistema de información establecido. Con el progresivo deterioro de la situación, se interrumpieron estas visitas y las estructuras tuvieron que empezar a recoger por sí mismas las donaciones en las instalaciones de MSF. Además, las formaciones se redujeron o se limitaron a las estructuras de MSF, con la dificultad añadida de llevarlas a cabo en Kilis por las restricciones que imponen las autoridades turcas⁹⁶.

Tanto el personal del terreno como el de la sede estiman que estas intervenciones tienen un gran impacto y proporcionan una calidad de atención óptima. Al mismo tiempo, se trataba de los únicos medios por los que MSF podía garantizar su apoyo, ya que debe tenerse en cuenta que la intervención de MSF en Siria ha sido modesta desde el principio. Se destacó que esta colaboración permitió a muchas estructuras sanitarias mantenerse en funcionamiento y ampliar además sus servicios a una población más amplia; si al principio concentraban sus esfuerzos en los heridos de guerra, ahora muchas de ellas incluyen la atención materna, pediátrica y el tratamiento de enfermedades crónicas. La estabilización de un sistema de referencias sólido entre las diferentes estructuras contribuyó también a proporcionar los servicios que faltaban, ya que la mayoría de los equipos médicos no podían abarcar todo el abanico de la atención médica por sí solos.

⁹⁴ En medicina de urgencias, *cargar y llevar*. También se conoce como Puesto Médico Avanzado, y consiste en proporcionar los primeros auxilios y estabilizar al paciente traumático para trasladarlo de inmediato al hospital en ambulancia.

⁹⁵ Entrevistas con varios coordinadores de terreno y coordinadores médicos, noviembre de 2014.

⁹⁶ Discusión con el coordinador general en enero de 2015.

4

Violencia contra los equipos médicos y estructuras sanitarias apoyados por MSF en Alepo

A pesar de la inestabilidad del contexto y el número considerable de incidentes que MSF sufrió desde el principio de su intervención, es evidente que la misión médica no se expuso a los mismos niveles y clase de violencia sufridos por otros equipos y estructuras médicas locales que trabajan en la mayoría de las ciudades y en los frentes de guerra.

Si bien ha resultado muy difícil obtener datos ajustados de las cifras, características y frecuencia de los ataques contra las instalaciones sanitarias locales, varios testimonios recogidos por MSF y por otras organizaciones humanitarias y de derechos humanos manifiestan una realidad dramática: no solo ha existido un abierto desprecio hacia las personas y los edificios civiles desde el inicio del conflicto, sino que la violencia se ha empleado deliberadamente contra los trabajadores sanitarios, las instalaciones médicas y las ambulancias, en primer lugar por parte de las fuerzas del Gobierno, y en menor medida por grupos armados tratando de hacer valer su poder y control.

Como se comenta en la primera parte de este informe, esta realidad se evidenció desde las primeras fases de los levantamientos, en los que ya se tenía constancia de amenazas, detenciones y torturas por parte de las fuerzas de seguridad y las milicias aliadas contra médicos y profesionales sanitarios simplemente por haber proporcionado atención a los manifestantes heridos. En algunos casos, sus familiares y allegados también fueron objeto de ataques. En un informe publicado en junio de 2014, el Centro para la Documentación de las Violaciones en Siria (VDC) registró que las fuerzas gubernamentales habían detenido a más de 53 médicos y otros miembros del personal sanitario de Alepo, muchos de los cuales permanecían bajo arresto mientras que otros habían desaparecido sin dejar rastro⁹⁷.

La imposibilidad de atender en los hospitales públicos y privados a los manifestantes heridos llevó a muchos médicos y trabajadores sanitarios a instalar puestos de salud secretos con el fin de evitar los arrestos y abusos de las fuerzas gubernamentales. En muchos casos, esas fuerzas entraron por la fuerza en los hospitales de campaña improvisados y arrestaron o atacaron a los heridos y a sus acompañantes.

Han sido una serie de redes vinculadas a la diáspora siria (que a menudo operan de manera independiente) las que han suministrado medicinas y material médico a varios de estos hospitales en el terreno. Todo ello se hizo en coordinación con farmacias y fabricantes locales de medicamentos, y más tarde mediante operaciones de contrabando a través de la frontera cuando escaseaban los recursos. Las redes de la diáspora también enviaron personal y furgonetas a zonas opositoras con el fin de evacuar y transportar los heridos a los hospitales⁹⁸.

Una vez que la oposición armada tomó el control del noreste de Alepo a mediados de 2012, las fuerzas gubernamentales no tardaron en contraatacar con fuertes y continuos bombardeos, de los que no se libraron las instalaciones y estructuras sanitarias y civiles. Un médico local de MSF que trabajaban en un centro de salud de Alepo en aquella época explicó:

“ Junto a las escuelas y panaderías, casi todos los hospitales y centros de salud de Alepo sufrieron daños parciales o considerables a causa de los bombardeos. El hospital de Dar Al Shifa fue atacado deliberadamente debido a la presencia en el interior del edificio de una facción armada opositora. El hospital

⁹⁷ Centro de Documentación de Violaciones en Siria, *A Special Report on the Medical Conditions in Aleppo Including the Violations against the Medical Cadres*, junio de 2014. <http://www.vdc-sy.info/pdf/reports/1401644133-English.pdf>.

⁹⁸ Entrevista con el trabajador nacional de MSF identificado como *número 1*, noviembre de 2014.

se vio sometido a una serie de ataques aéreos hasta que fue completamente destruido, matando a cuatro de mis colegas e hiriendo a otros siete. Tener un hospital en el mismo lugar donde se encontraba un grupo armado fue un error imprudente. Desde entonces comprendimos que teníamos que adoptar más medidas de seguridad para proteger a nuestro personal y nuestros pacientes⁹⁹”.

Algunos representantes de las redes médicas locales declararon que los bombardeos gubernamentales han sido más intensos y deliberados en general en la ciudad de Alepo que en las zonas rurales de sus alrededores. Un médico local del Consejo Médico de la Ciudad de Alepo (ACMC) dijo a MSF:

“La situación en Alepo es diferente a la de los alrededores. Los ataques aéreos son más frecuentes y los hospitales se han convertido en un objetivo militar para las fuerzas del Gobierno desde los primeros momentos del conflicto. El hospital de Zarzur ha sufrido múltiples bombardeos. Para las fuerzas gubernamentales, un médico es más peligroso que un combatiente. Al atacar directamente al personal médico, quieren dejar a los combatientes heridos sin la atención sanitaria y castigar así a la población de esa zona¹⁰⁰”.

Según los datos recogidos por las redes de salud con las que MSF ha trabajado¹⁰¹, los ataques contra instalaciones médicas en zonas bajo control opositor aumentaron considerablemente durante 2014, con un total de 26 ataques registrados en la provincia de Alepo, que causaron al menos 39 muertos entre el personal sanitario. También se han intensificado los bombardeos con barriles¹⁰², que han tenido un impacto devastador en los centros sanitarios, además de en otras infraestructuras civiles. Las organización Médicos por los Derechos Humanos (PHR) y VDC¹⁰³ documentaron al menos 14 ataques con barriles bomba contra estructuras médicas en Alepo desde finales de 2013, que provocaron una gran destrucción y cantidad de muertos y heridos.

Entre las tendencias que se deducen de los datos compilados se encuentran las de ataques consecutivos contra las mismas instalaciones sanitaria con la intención de dejarlas inoperativas, como sucedió en los hospitales de Dar Al Shifa, Al Daqaq y Al Sajur, que fueron bombardeados en repetidas ocasiones. Algunos fueron completamente destruidos, como el Al Huda SKT Welfare, alcanzado por un misil el 2 de agosto de 2014: seis trabajadores sanitarios murieron y otras 15 personas resultaron heridas, entre ellas algunos pacientes¹⁰⁴. Este hospital proporcionaba el único servicio de neurocirugía en el norte del país. La única fábrica de medicamentos en funcionamiento en Alepo también fue alcanzada por un misil el 16 de agosto: resultó herido un trabajador y la planta quedó inutilizada¹⁰⁵.

El conflicto también ha causado una escasez cada vez mayor de médicos y otros profesionales sanitarios cualificados, especialmente de cirujanos, anestelistas y profesionales de salud sexual y reproductiva. Los bajos salarios y la falta de perspectivas en la resolución del conflicto causó que muchos tuvieran que huir de la violencia en busca de un futuro mejor para sus familias fuera del país. PHR informó de que en mayo de 2014 solo quedaban unos 40 médicos en Alepo, para una población de 2,5 millones de personas¹⁰⁶.

Al igual que MSF, muchas estructuras sanitarias han buscado formas de adaptarse a la violencia, por ejemplo trasladando sus actividades a espacios subterráneos como sótanos, u optando por medidas de protección como la colocación de sacos de arena. A causa de la escasez creciente tanto de suministros como de personal médico, sumada a la amenaza de bombardeos, los hospitales tuvieron que empezar a dar de alta

⁹⁹ Entrevista con el médico local de MSF identificado como *número 2*, noviembre de 2014.

¹⁰⁰ Entrevista con un médico local del Consejo Médico de la Ciudad de Alepo (ACMC), septiembre de 2014.

¹⁰¹ PHR, *Anatomy of a Crisis. A Map of Attacks on Health Care in Syria*. Acceso en febrero de 2015.

https://s3.amazonaws.com/PHR_syria_map/web/index.html.

¹⁰² Ver informe de MSF *La realidad de Alepo: vivir bajo los barriles bomba*, marzo de 2014. Disponible en www.msf.es.

¹⁰³ VDC, junio de 2014, *op. cit.*

¹⁰⁴ Comunicación del hospital de Al Huda, 2 de agosto de 2014 (según informó el personal de MSF).

¹⁰⁵ PHR, febrero de 2015, *op. cit.*

¹⁰⁶ PHR, *Syria's Medical Community Under Assault*, octubre de 2014.

precipitadamente a algunos pacientes y derivar a aquellos que necesitaban cuidados posoperatorios o tratamientos más complejos. También se llevaron a cabo prácticas no habituales como la contratación y formación de personal voluntario sin ninguna experiencia previa así como el transporte de hasta tres pacientes en una misma ambulancia. Un médico local de MSF explicó que “tuvieron que adaptarse sin más remedio que hacer todo lo posible, en lugar de atenerse a la práctica estándar de la medicina¹⁰⁷”.

Otro enfoque que se fue adoptando en mayor medida tanto por los médicos como por el resto del personal sanitario fue la promoción del cumplimiento de los principios humanitarios. En las primeras fases del conflicto, la mayor parte del personal médico no daba mucha importancia a la adherencia a los principios de imparcialidad, independencia y neutralidad. A medida que el conflicto avanzaba, la actitud de muchos fue evolucionando, pero les fue difícil mantener dichos principios por la enorme presión de los grupos armados y de las posiciones políticas personales de la mayoría de los trabajadores que quedaban en las zonas bajo dominio opositor. Incluso los principios éticos estuvieron en peligro, como se puso de manifiesto en las entrevistas de contratación en las que algunos candidatos sanitarios declaraban que estaban dispuestos a negar la ayuda a soldados o milicianos del Gobierno. Un miembro de la organización médica Physicians Across Continents (PAC) destacó la dificultad de mantener la neutralidad y la independencia en este tipo de conflicto, observando sin embargo que, con el tiempo, resultaba la mejor medida de protección:

“El problema es que el personal médico suele considerar su trabajo como un acto de resistencia, vinculado a su compromiso con la revolución. A menudo son también parte del conflicto, por estar relacionados o conectados con un bando en contra de otro. Tras haberse convertido en objeto abierto ataques por todas partes, el personal médico tomó conciencia de que estaba pagando el precio de la politización de su profesión. Que a uno se le perciba con neutralidad es la mejor protección posible para poder trabajar en un entorno tan tenso y peligroso. En algunos hospitales, el personal comenzó a instalar carteles para sensibilizar y promover el respeto por los principios humanitarios¹⁰⁸”.

Además de los bombardeos ininterrumpidos de las fuerzas gubernamentales, tanto las instalaciones médicas, como el personal y los pacientes han constatado el aumento de actos violentos cometidos por los grupos armados de la oposición que respondían a diversas motivaciones y escala de gravedad. Muchos se atribuyen a la proliferación de armas y al aumento de los actos de vandalismo.

Los grupos islamistas, que han ido ganando poder e influencia a medida que avanzaba el conflicto, han sido responsables de múltiples actos de violencia contra trabajadores sanitarios y pacientes, así como de detenciones y secuestros registrados, y hasta decapitaciones en el interior de las instalaciones médicas y ejecuciones de pacientes mientras estaban siendo trasladados en ambulancia. Un médico sirio de MSF, que sufrió la detención por parte de una de las facciones armadas mientras se encontraba trabajando en otra estructura sanitaria de Aleppo, comprobó que el hecho de tener creencias religiosas o políticas diferentes a las de un grupo armado es motivo suficiente para sufrir el arresto, la tortura, el secuestro o el asesinato. Añadió que algunos médicos con más recursos fueron secuestrados, mientras que otros desaparecieron¹⁰⁹.

Frente a la violencia constante que las facciones armadas estaban cometiendo, varios centros sanitarios de la ciudad de Aleppo se pusieron en huelga en agosto de 2014, exigiendo el cese de las agresiones y que se juzgase a los autores. Después de esto, se llegó a un acuerdo suscrito por el consejo médico local y varias facciones armadas, dentro del marco de la Sharía, comprometiéndose a proteger las instalaciones médicas y garantizar que los derechos del personal sanitario se respetasen por todos los grupos armados. A cambio, el

¹⁰⁷ Entrevista con el médico local de MSF identificado como *número 2*, noviembre de 2014.

¹⁰⁸ Entrevista con un médico local de la organización Médicos en todos los Continentes (*Physicians Across Continents*, PAC), en septiembre de 2014.

¹⁰⁹ Entrevista con el médico local de MSF identificado como *número 2*, noviembre de 2014.

consejo médico se comprometió a admitir a todos los enfermos y heridos del personal militar, sin excepción, y a proporcionarles la mejor atención médica posible¹¹⁰.

En varias ocasiones, los grupos armados han atacado con bombas y morteros las instalaciones de salud de Alepo. En 2014, PHR informó de cuatro ataques cometidos por grupos armados: el bombardeo en junio de la clínica de la Sociedad de Socorro Armenio; el del centro de cardiología del hospital de la Universidad de Alepo en septiembre; y en diciembre el ataque suicida que dañó el hospital de campaña en Ayn Al Arab y la detonación de un coche bomba cerca del hospital Al Kanana, en Dar Ta Izza¹¹¹.

A pesar de la condena y la presión nacional e internacionales, todas las partes del conflicto en Siria continúan incumpliendo las leyes internacionales sobre el respeto de la seguridad de pacientes y trabajadores, vehículos e instalaciones sanitarias.

5 Conclusión

El conflicto de Siria ha puesto de manifiesto cómo la atención médica se puede convertir en objeto de ataques violentos deliberados e indiscriminados, y hasta qué punto es extremadamente difícil mantener los principios humanitarios en medio de un contexto de guerra total. Desde el comienzo de la crisis, las fuerzas gubernamentales han atacado estratégicamente a médicos, hospitales y ambulancias con el propósito de causar daños en la oposición, una tendencia alarmante que se convirtió en una característica generalizada en el contexto de la Primavera Árabe. Al igual que el resto de la población civil, los trabajadores e instalaciones sanitarias han sufrido ataques indiscriminados, sencillamente porque no se les ha excluido de los objetivos de los ataques y no se les ha otorgado la protección a la que tienen derecho. Los actores armados no estatales también han cometido actos violentos semejantes contra estructuras civiles y de proveedores de atención médica con el mismo nivel de impunidad. Todo ello ha causado un sufrimiento indescriptible en la población siria.

El número y la naturaleza de estos incidentes sufridos por MSF-OCBA en Alepo durante el período investigado son elocuentes a la hora de mostrar la enorme complejidad de la crisis y la adaptación de la organización por un lado a un contexto muy volátil y de cambios repentinos y constantes, y por el otro a las restricciones cada vez mayores del espacio humanitario.

Si bien MSF no sufrió aparentemente ataques deliberados contra su misión en Alepo, las amenazas de bombardeos fueron un factor decisivo a la hora de tomar decisiones fundamentales como la reducción de los equipos y actividades médicas y la reubicación de las instalaciones, lo que impactó significativamente en sus operaciones y en la población necesitada de atención médica. Además, el hecho de estar trabajando en zonas de presencia de grupos armados opositores expuso a MSF a diferentes actos de violencia, que fueron desde el desprecio general por el estatuto de protección de las instalaciones y el personal médico, a los ataques dirigidos y cometidos principalmente contra el personal sirio a causa de sus ideologías u afiliaciones (siendo el asesinato de un cirujano local de MSF el más trágico de ellos). Esto provocó un dilema importante para MSF sobre hasta dónde la organización puede tener control del comportamiento de su personal en su vida diaria

¹¹⁰ Entrevistas con médicos de las redes sanitarias locales en septiembre de 2014, e informe del Aleppo Media Center (AMC) del 29 de agosto de 2014.

¹¹¹ PHR, 2015, *op. cit.*

con el fin de protegerlos, en especial en medio de un escenario de conflicto tan sensible y altamente politizado.

Este dilema se enmarca dentro de desafío aún mayor, en el cual MSF, consciente de la complejidad y volatilidad del conflicto, se esforzó en el diseño y la revisión cuidadosa y periódica de sus operaciones, sopesando cada decisión contra todos los riesgos potenciales conocidos y concebibles, sobre todo lo concerniente al personal nacional, llegando a alcanzar un nivel de detalle superior al de que cualquier otra misión de MSF. Con la división cada vez mayor entre los grupos armados, fue casi imposible lograr el nivel de trabajo en red y de análisis de contexto necesarios para mantenerse informados y adaptarse constantemente a un entorno constantemente cambiante. Del mismo modo, el establecimiento de contactos y de acceso negociado con grupos armados antioccidentales resultó ser una tarea cada vez más ardua.

El elevado nivel de violencia contra los extranjeros y el secuestro de varios colegas de MSF en enero de 2014 pusieron fin a la presencia del personal internacional de la organización en Siria. Con el cambio a un *modus operandi* de gestión a distancia (control remoto), MSF asumió que tendría que comprometer algunos aspectos fundamentales como la proximidad a la población y la tarea del testimonio, concesiones dolorosas, pero las únicas que iban a permitir que MSF siguiera proporcionando atención médica vital en Alepo hasta el día de hoy. Un componente principal de esta asistencia ha sido el apoyo a las estructuras de salud y a las redes médicas locales que trabajan en el frente desde el principio de la crisis, sufriendo constantes bombardeos y ataques de los grupos armados. MSF no tardó en reconocer el impacto considerable de este apoyo como sustituto a la falta de presencia directa, y se ha centrado cada vez más en fortalecer dicha colaboración.

La naturaleza de la crisis siria, en la que se han dado todas las formas de crueldad contra la población civil dentro de un solo contexto, supone un importante desafío para la acción humanitaria internacional que, según muchos coinciden, ha fallado a la población de Siria. El trabajo en contextos urbanos de alta densidad de población, de ingresos medios, en medio de un conflicto sofisticado y frente a actores estatales y no estatales muy poderosos ha forzado a la organización a superar ciertas barreras (como las existentes entre el personal sirio y el personal internacional) y comprometerse con redes regionales y locales así como con actores *no tradicionales* del sistema de ayuda humanitaria. Esto supone la aceptación de que un cierto grado de flexibilidad y adaptación no es solo necesario sino que posiblemente es el único medio posible para la respuesta en contextos humanitarios como el de Siria.

Índice de siglas

ACMC	Consejo Médico de la Ciudad de Alepo
ACNUR	Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados
CNS	Consejo Nacional Sirio
DIH	Derecho Internacional Humanitario
EI	Estado Islámico (también conocido como ISIL/ISIS/ <i>Daesh</i>)
ELS	Ejército Libre Sirio
MSF	Médicos Sin Fronteras
OCBA	Centro Operacional de MSF en Barcelona y Atenas (desde el que se gestionan las actividades de Médicos Sin Fronteras España).
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU
ONU	Naciones Unidas
PAC	<i>Physicians across Continents</i>
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PHR	Médicos por los Derechos Humanos (<i>Physicians for Human Rights</i>)
SARC	Media Luna Roja Siria
VDC	Centro para la Documentación de Violaciones en Siria