



CARTA AL EDITOR

La coordinación de los equipos médicos en una zona en conflicto



Coordination of emergency medical teams in a conflict zone

El 7 de octubre, Israel sufrió un ataque terrorista masivo desde Gaza. Sus equipos sanitarios fueron objeto de ataques y, una vez garantizada la seguridad, se desplegó una respuesta sanitaria que incluyó también la atención psicológica¹. A este ataque le ha seguido una respuesta militar que está afectando a la población gazatí y la respuesta de equipos internacionales.

Ante una catástrofe humanitaria es imprescindible que la respuesta sea adecuadamente coordinada para que sea eficiente, no suponga una carga para la nación afectada y se ajuste a las necesidades reales.

Para la organización de la asistencia sanitaria en una zona de catástrofe o conflicto la Organización Mundial de la Salud (WHO) establece una célula coordinadora de equipos médicos (EMTCC). Por primera vez, para coordinar la respuesta en Gaza, WHO ha solicitado apoyo a expertos del Mecanismo Europeo de Protección Civil (UCPM). Hasta el momento siete expertos (dos españoles) han sido desplegados en diversas rotaciones para integrar la EMTCC.

El trabajo de una EMTCC siempre es complejo, pero en una zona en conflicto es especialmente difícil por los riesgos inherentes y las limitaciones impuestas por las partes. Un ejemplo es la severa restricción sobre elementos indispensables para una adecuada respuesta humanitaria en general y sanitaria en particular. Estructuras de las tiendas de los hospitales de campaña, generadores eléctricos, sistemas de comunicación o localización, productos químicos, etc., son materiales que no pueden introducirse en la zona debido al doble uso que podría hacerse de los mismos.

La coordinación de los equipos sanitarios (EMT) en una zona en conflicto es fundamental. Hay que garantizar la seguridad de las instalaciones donde se encuentran los equipos, facilitar la transferencia de pacientes, incluyendo los críticos, a los centros donde puedan ser atendidos, incluso fuera de la zona si es necesario (CASEVAC), facilitar de evacuación sanitaria para los intervinientes (MEDEVAC), establecer un sistema de reabastecimiento, etc.

La WHO establece tres tipos de equipos sanitarios en función de sus características². Los tipos 2 y 3 tienen capacidad de ingreso, quirúrgica, cuidados intensivos, transfusión de

sangre, radiología y laboratorio, entre otros. El papel de los médicos de urgencias e intensivistas en estos equipos es fundamental para garantizar un tratamiento de calidad en condiciones difíciles.

Trece EMT con diversas capacidades se encuentran desplegados en diversos puntos del sur de la franja de Gaza: equipos quirúrgicos que apoyan hospitales, equipos con capacidad de ingreso, cirugía y cuidados intensivos, equipos de primera asistencia, etc. Diariamente se atienden a más de 2.000 pacientes. Inicialmente predominaba la patología traumática pero conforme avanzan las semanas destacan las patologías crónicas que se desestabilizan, así como patologías infecto-contagiosas como hepatitis A, síndromes diarreicos e infecciones respiratorias en aumento al tratarse de una zona sin infraestructuras de saneamiento ni de gestión de residuos adecuadas con una altísima densidad de población³.

Los equipos médicos contactan con la EMTCC para gestionar las rotaciones de su personal que tienen que ser autorizadas por las partes en conflicto y el país de entrada, dificultades con líneas de suministro, evacuaciones médicas, incidentes graves que exigen una respuesta inmediata, etc. Así mismo, son numerosos los equipos interesados en desplegarse que se ponen en contacto con la EMTCC y necesitan una información detallada dadas las especiales características de esta emergencia.

Recopilamos información diaria sobre las características de los pacientes atendidos, patologías, procedimientos, derivaciones y fallecimientos, de manera que se puedan coordinar los recursos y detectar riesgos y cambios en las necesidades sanitarias de la población. Esta adecuada gestión de la información desde el terreno tiene consecuencias muy positivas para la población afectada, pues permite ajustar la respuesta las necesidades.

Hemos creado planes de contingencia para diferentes escenarios que podrían producirse durante el conflicto como la necesidad de evacuar determinados puntos asistenciales, la creación de zonas de asistencia adicionales en caso de desplazamientos masivos o vías de evacuación con los mejores medios disponibles.

Diariamente conocemos de primera mano casos especialmente complejos de pacientes que no pueden ser tratados, cortes de suministro que afectan especialmente a las UCI y quirófanos, intervenciones realizadas en pasillos, desnutrición o falta de productos básicos para la población, incluidas las familias de trabajadores sanitarios locales. En muchos casos la vida entera se desarrolla en el hospital: trabajo,

aseo, comida, descanso nocturno y volver a ver el amanecer. No hay palabras para describir el compromiso de estos intervinientes⁴.

En este contexto, es fundamental conocer las implicaciones éticas de trabajar de forma transitoria en un país con otra cultura, otras capacidades y otra legislación. Los miembros de los equipos deben adaptarse a los usos y costumbres tanto en el aspecto social como en el sanitario. Hay que seguir trámites para legalizar nacimientos y defunciones, disponer de un protocolo para casos de violencia sexual o contra la infancia, gestionar las peticiones de información de familiares de acuerdo con su cultura, conocer su forma de afrontar el duelo, etc.

Somos profesionales sanitarios, logistas o gestores que no tomamos partido en el conflicto, pero lo vivimos desde dentro. Mostramos nuestro reconocimiento a todas las personas que desinteresadamente se involucran en mejorar las miserables condiciones de vida de la población en una zona en conflicto y deseamos el fin de las hostilidades y una vía para facilitar la entrada de equipos médicos.

El objetivo final del esfuerzo llevado de tantos profesionales no es otro que aliviar el sufrimiento de aquellas personas que se encuentran en una situación de máxima vulnerabilidad, donde todos los pilares básicos de su humanidad (agua, comida, alojamiento, atención sanitaria, higiene, seguridad, etc.) les han sido arrebatados.

Financiación

Este manuscrito no ha sido financiado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Elyoseph Z, Hadar-Shoval D, Angert T, Yitshaki N, Hol E, Asman O, et al. Mental health volunteers after the Oct 7 Gaza border crisis in Israel: silent warriors. *Lancet Psychiatry*. 2024;11:10–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00369-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00369-3).
2. World Health Organization. Classification and minimum standards for emergency medical teams. [consultado 7 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029330>.
3. Kearney JE, Thiel N, El-Taher A, Akhter S, Townes DA, Trehan I, et al. Conflicts in Gaza and around the world create a perfect storm for infectious disease outbreaks. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4:e0002927, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0002927>.
4. Qandil M. Gaza: providing emergency care under fire. *Emerg Med J*. 2024;41:272–3, <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2024-213963>.

Alberto Hernández-Tejedor* y Víctor Sainz Ruiz de León

SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albertohmed@hotmail.com

(A. Hernández-Tejedor).