

MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

La atención táctica a víctimas de emergencias y el arte de practicar la no maleficencia en situaciones de peligro

Jeremy Ackerman, MD, PhD

Resumen

Explorar la formación y la experiencia del autor como médico táctico hace énfasis en los beneficios del trabajo en conjunto entre los médicos y las fuerzas del orden público en operaciones de campo que tienen complejidad ética. El artículo apunta en particular al rol de los médicos de evaluar potenciales riesgos y beneficios—especialmente del uso de la fuerza— para promover la seguridad de la comunidad.

Médico táctico por accidente

No tenía planeado convertirme en médico táctico y, sin embargo, aquí estoy, con armadura corporal, máscara antigás, armas y una placa. Actualmente he realizado más de 50 operaciones con mi equipo, incluido el servicio a órdenes judiciales de alto riesgo, la protección de reconocidas figuras públicas, reuniones masivas y disturbios. Lo que he aprendido y experimentado pone el énfasis en los beneficios del rol de los médicos en el campo, especialmente al ayudar a colegas agentes a balancear el potencial daño de utilizar la fuerza con la garantía de seguridad en una comunidad.

A diferencia de muchos médicos que ejercen la medicina táctica, yo no tenía experiencia previa en servicios médicos de urgencia, orden público o militar. En cambio, comencé buscando a un agente de policía para trabajar en conjunto en un proyecto de prevención de heridas por armas de fuego. El departamento de policía tenía los recursos que nosotros, los médicos de urgencias hospitalarias, necesitábamos para nuestro proyecto y esperábamos que un oficial con vocación nos ayudara. Nuestro proyecto avanzó y a cambio comencé a trabajar con oficiales de un equipo de Armas y Tácticas Especiales (SWAT, por sus siglas en inglés). Me di cuenta rápidamente que necesitaba mejorar mis propias habilidades con armas de fuego y mi conocimiento táctico. Entendía muy poco sobre el orden público y el funcionamiento de un equipo táctico y necesitaba que los miembros de mi equipo me enseñaran. Durante el siguiente año, me entrené regularmente con el equipo SWAT: *mi* equipo. Debía participar completamente en el entrenamiento para aprender sobre mi rol como médico táctico para obtener la confianza de mi equipo. La experiencia que tenía en los departamentos de trauma y urgencia no se aplicaban directamente en el campo; en particular, cuando me encontraba con potenciales amenazas continuas. Aprendí los protocolos establecidos para la Atención Táctica de Emergencia a Víctimas (TECC, por sus siglas en

inglés),¹ que están diseñados para este entorno. Me gané el apodo “Doc” que, en el mundo táctico, expresa no solo competencia profesional, sino también confianza y respeto. A la altura de mi cuarta misión, podía colocarme la armadura corporal sin asistencia y había optimizado mi mochila de médico para que entrara en el reducido y ahora cómodo y familiar espacio de nuestro camión blindado. En este artículo, comento el trabajo en conjunto entre médicos y personal del orden público en operaciones de campo, con especial atención en el rol de los médicos de evaluar potenciales riesgos y beneficios de la intervención de equipos tácticos para promover la seguridad de la comunidad.

Disciplina de disparo

Uno de los roles del médico táctico me quedó marcado luego de una memorable misión para arrestar a un sospechoso con una carrera criminal particularmente larga y violenta. En la sesión informativa de la misión, nos enteramos que estaba fuertemente armado y que había publicado amenazas a la policía y otras personas en las redes sociales. Vi a mi equipo entrar a su hogar y salir al poco tiempo con el sospechoso bajo custodia. Uno de mis oficiales pasó junto a mí y me dijo: “Doc, contigo aquí afuera, es más fácil mantener el dedo fuera del gatillo”.

Las normas de seguridad de las armas de fuego siempre incluyen alguna variación de la advertencia “SIEMPRE mantenga el dedo fuera del gatillo hasta que esté listo para disparar”.² Esto se conoce como *disciplina de disparo*, una norma clave para el entrenamiento en armas de fuego de civiles, militares y de las fuerzas del orden público. Sabemos por incontables tiroteos “accidentales”, “no intencionales” o “negligentes” que un dedo sobre un gatillo es casi siempre la causa inmediata del daño. También sabemos que incluso los operadores bien entrenados y experimentados de armas de fuego pueden descuidar la disciplina de disparo cuando están bajo estrés o amenaza. El comentario de mi oficial hizo que apreciara plenamente la manera en la que mi rol de mitigar el riesgo de daño a inocentes, sospechosos, oficiales y comunidades se extiende mucho más allá de brindar atención médica.

Requerimientos de la zona caliente y tibia

Además de notificar las órdenes de arresto y judiciales o de responder en situaciones de rehenes o barricadas, los equipos tácticos también actúan como detalle de seguridad para eventos de alto perfil (por ej., los juegos del Super Bowl de la National Football League). Cuando se nos asigna como unidad de respuesta rápida para un evento, nuestro rol es principalmente responder a un potencial **incidente de múltiples víctimas** (IMV), como un ataque terrorista o un tirador activo y para prevenir más muertes o heridos. En cada misión, dividimos la escena en zonas —la zona caliente, que es donde se encuentra la amenaza, la zona tibia, que es a donde podría dirigirse la amenaza, y la zona fría (que es probablemente segura). Cuando mi equipo está llevando a cabo un arresto o presentando una notificación de una orden judicial, yo me mantengo en una ubicación protegida: la zona fría. Pero cuando mi equipo responde a un potencial IMV, no hay un lugar seguro: tengo que moverme con mi equipo hacia la zona tibia o la zona caliente.

Cualquier persona en las zonas caliente o tibia es vulnerable. Nuestro equipo se mueve rápidamente para asegurar estas zonas y detener a las amenazas en curso. Los servicios de urgencia médica convencionales no entrarán a la zona caliente donde está la amenaza o a la zona tibia donde podría surgir un tirador activo o nuevas amenazas en cualquier momento. La preocupación por garantizar la seguridad de un entorno frente a amenazas continuas es un motivo común por el cual la respuesta médica se retrasa en los IMV.³ Los principios de la TECC establecen que solo se pueden llevar a cabo intervenciones mínimas e inmediatas para salvar vidas en la zona tibia, en la que el énfasis está en la evacuación rápida hacia la zona fría. Ya que estas situaciones son dinámicas, la clasificación de las zonas puede cambiar rápido y, como resultado, se pueden modificar las prioridades de la TECC. Debido a que, en la zona caliente, la prioridad es frenar la amenaza, cuando estoy

trabajando con mi equipo como parte de la unidad de respuesta rápida de un evento, es esencial que yo esté armado. Haber revisado las políticas relevantes de las leyes y los departamentos me enseñó que yo solo podía estar armado al ayudar a detener amenazas si me convertía en un policía. Puse en la balanza la obligación que sentía de dar servicio a mi equipo y al público en la primera línea contra los riesgos inherentes de comprometerme a entrar en zonas de mayor peligro y decidí inscribirme en la academia de policía.

No maleficencia y TECC

Para muchos, la idea de que un médico armado dé servicio en una unidad táctica entra en conflicto con el principio de “primero, no causar daño”. Ya lo han establecido los académicos: este principio no forma parte del Juramento Hipocrático y supone un conflicto con la manera en la que se practica la medicina moderna.⁴ Un médico táctico armado ejemplifica de manera dramática el delicado balance de los riesgos en el núcleo de las prácticas de la medicina moderna que deberían llevarse a cabo. Cualquier intervención médica conlleva al menos algo de riesgo de **daño iatrogénico**, el cual solo se puede evitar completamente si se abstiene de cualquier tipo de intervención. Sopesar los riesgos y beneficios de la intervención se hace tanto en la policía como en la medicina. Además de brindar atención médica, parte de mi rol como médico táctico es aumentar la capacidad de mi equipo de reflexionar sobre la ética y actuar a modo de consciencia médica. Con este fin, ayudo al equipo a sopesar potenciales riesgos y beneficios de los efectos de las acciones sobre inocentes, sospechosos, oficiales y comunidades, de igual manera que lo hago habitualmente con pacientes y sus seres queridos.

Es fundamental para la TECC que, dentro de una zona caliente o una zona tibia, la mayor amenaza surja, no de las heridas o afecciones de las víctimas, sino del potencial de nuevas muertes y heridas. El punto en el que el riesgo de herida o muerte requiera el **uso de la fuerza**, incluida la fuerza letal, se debe evaluar caso por caso. De igual manera que un oncólogo puede continuar o detener una intervención de acuerdo con la respuesta del paciente, los equipos tácticos también deben evaluar de manera dinámica la pertinencia del uso de cualquier tipo de fuerza—incluso el disparo de un arma de fuego— según la situación, como se especifica en el Código de Ética de la Asociación Internacional de Jefes de Policía.⁵ Como miembros de equipos tácticos, los médicos que trabajan en zonas tibias tienen la responsabilidad, como cualquier otro miembro del equipo, de recibir entrenamiento y estar preparados para utilizar la fuerza de manera adecuada si es necesario y de estar preparados y tener experiencia para contribuir en deliberaciones sobre los posibles riesgos y beneficios del uso de la fuerza.

Situación de peligro

La cantidad de muertes causadas por daño iatrogénico (incluyendo errores) en la atención médica⁶ es impresionante comparada con la cantidad de muertes causadas por el personal de orden público.⁷ Más allá de las cifras en bruto, el punto ético crítico es que todos los miembros de un equipo táctico se sometan, y sometan a sus colegas y a aquellos que buscan servir y proteger, a las consecuencias—positivas y negativas— de las decisiones tácticas y éticas que tomen en el campo. Obviamente, no estoy diciendo que los médicos deberían jamás ponerse intencionalmente en situaciones que requieran el uso de la fuerza sin ningún beneficio. Lo que digo es que estar armado y tener habilidad en el uso de un arma de fuego es clave a fin de ser un buen miembro táctico y de contribuir a la creación de un entorno en el que se pueda llevar a cabo una evaluación e intervención médica crítica temprana. Si bien sigue sujeto a debate, el uso de la fuerza por parte de cualquier persona—incluso un médico— por defensa propia o para la defensa de otros recibe un arraigado apoyo de la ley e incluso de la religión.^{8,9} Los médicos que ingresan a las zonas tibias con el objetivo de brindar atención médica deben asumir el riesgo de tener que tomar una vida para salvar otra.

Cuando completé el entrenamiento policial, recibí una placa y me convertí en un oficial que juró servir y proteger a la comunidad. Traigo mis experiencias a estudiantes y colegas que están tanto en las fuerzas del orden público como en la atención médica. Si bien espero nunca tener que usar mi arma en el campo, aprecio que se me permita brindar atención — en tiempos difíciles y bajo condiciones austeras— a pacientes que no podrían acceder a esa atención de otra manera.

References

1. *Tactical Emergency Casualty Care (TECC): Course Manual*. Jones & Bartlett Learning; 2020.
2. NRA gun safety rules. National Rifle Association. Accessed November 3, 2021. <https://gunsafetyrules.nra.org/>
3. Tierney MT. *Facilitating the Medical Response Into an Active Shooter Hot Zone*. Master's thesis. Naval Postgraduate School; 2016.
4. Shelton JD. A piece of my mind: the harm of “first, do no harm.” *JAMA*. 2000;284(21):2687-2688.
5. Law enforcement code of ethics. International Association of Chiefs of Police. Adopted October 1957. Accessed December 18, 2021. <https://www.theiacp.org/resources/law-enforcement-code-of-ethics>
6. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
7. Peeples L. What the data say about police shootings. *Nature*. 2019;573(7772):24-26.
8. Kopel D, Eisen J, Gallant P. The human right of self-defense. *Brigh Young J Public Law*. 2007;22(1):43-178.
9. Lowery Jr J. The historical development of self-defense as excuse for homicide. *Ky Law J*. 1951;39(4):11.

Jeremy Ackerman, MD, PhD, es médico académico de urgencias y médico táctico. También es agente de policía e instructor de las fuerzas de orden público. Practica y enseña la atención médica de urgencia en el hospital, brinda apoyo a equipos de armas y tácticas especiales en operaciones tácticas y trabaja con inventores e innovadores de dispositivos médicos.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(2):E150-153.

DOI

10.1001/amajethics.2022.150.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.

Copyright 2022 American Medical Association. Todos los derechos reservados.
ISSN 2376-6980