



AMA Journal of Ethics®

Febrero de 2022, volumen 24, número 2: E133-139

FORO DE POLÍTICAS: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo deberían los clínicos tácticos ayudar a hacer un uso más justo de la fuerza?

David Callaway, MD y Faroukh Mehkri, DO

Resumen

El uso de la fuerza (UOF, por sus siglas en inglés) por parte de las fuerzas de orden público (LE, por sus siglas en inglés) es un tema complejo a nivel social, médico y legal. En los últimos años, ha habido incidentes de UOF muy visibles y publicitados que han enfurecido a la sociedad respecto de la inequidad racial y han motivado una reflexión institucional amplia sobre la autorización de la violencia en pos de proteger a las comunidades. Se requiere un enfoque desde la salud pública a la violencia y al UOF de las LE a fin de desarrollar recomendaciones para la policía del siglo XXI. Los médicos de los servicios de emergencia táctica cuentan con una posición única para mediar y dar servicio en calidad de asesores, educadores y defensores de departamentos, líderes de la comunidad y creadores de políticas públicas de las LE a fin de mejorar las políticas del UOF.

De acuerdo con la perspectiva de Platón de una sociedad perfecta, la mayor cantidad de poder se le otorga a aquellos llamados Guardianes. Solo a aquellos de carácter impecable se los elige para tener la responsabilidad de proteger la democracia.

Michael Nila y Stephen Covey¹

El... cálculo [del uso razonable de la fuerza] debe contemplar el hecho de que los policías normalmente se ven forzados a tomar decisiones en una fracción de segundo sobre la cantidad de fuerza necesaria en una situación particular.

Graham v Connor²

Protección

El uso de la fuerza por parte de las fuerzas del orden público (UOF de las LE) es complejo a nivel social, médico y legal. La indignación social sobre las inequidades raciales por el UOF ha generado que muchos cuestionen la manera en la que la violencia, fuertemente arraigada en los sistemas fundacionales de la sociedad estadounidense moderna, se ha autorizado durante muchos años en pos de la vigilancia, el servicio y la protección de la comunidad. En última instancia, los estallidos de violencia evidencian fallas en la educación, el sistema de vivienda, el empleo, la gobernanza y la atención médica y ponen de manifiesto la importancia de los roles de los agentes de LE como protectores de los derechos humanos, la paz, el orden y los roles de los médicos de urgencia como guardianes de la vida. Si bien algunas personas

pueden considerar que estos roles de protección son demasiado idealistas, o incluso ingenuos, ya que ignoran las complejas raíces históricas y las **realidades de la vigilancia** en las comunidades estadounidenses, ellos son, no obstante, cruciales a la hora de mantener el orden social: cuando los guardianes no logran cumplir sus juramentos o se considera que incumplieron sus valores fundamentales, las sociedades se convulsionan. La cobertura mediática a largo plazo de numerosos incidentes de UOF evidencian una falta de estándares profesionales, políticas de agencia y recopilación rigurosa de datos sobre el UOF de las LE a nivel nacional.^{3,4,5} Si bien la ausencia de uniformidad socava la rendición de cuentas de la LE con el público, la cobertura de incidentes de UOF de perfil alto revelan un miedo y una sospecha legítimos y arraigados sobre el tratamiento por parte de las LE de las personas de color y de personas con enfermedades de salud mental y trastornos de consumo de drogas.^{6,7,8,9,10}

Nuevas investigaciones sugieren que la interacción con la policía es un factor determinante de la inequidad sanitaria y una causa de mortalidad temprana para las personas de color.¹¹ Las LE y las comunidades de salud pública tienen enfoques distintivos respecto de la prevención de la violencia y han desarrollado culturas, vocabularios y sesgos arraigados únicos que obstaculizan la colaboración. Para poder avanzar, se debe abordar la violencia y el UOF de las LE desde un punto de vista unificado de salud pública, con el objetivo de mejorar los resultados de la salud,¹² y los médicos de los servicios médicos de emergencia táctica (TEMS, por sus siglas en inglés) deberían ayudar a implementar este cambio.

Roles de prevención de la violencia para médicos de los TEMS

Los TEMS se desarrollaron mayormente dentro de la medicina de emergencia (ME) para responder las demandas de atención médica de traumas en situaciones de alto riesgo en el campo que requerían experiencia en la confluencia de las LE, la salud pública, la atención de traumas, la atención de salud mental y la atención médica de emergencia.¹³ Los médicos de los TEMS reciben entrenamiento en operaciones de zona caliente y tibia, en movimiento táctico y en tácticas para evitar que una crisis escale a fin de manejar las amenazas a la seguridad pública, de manera disciplinada y ajustada al protocolo. Los médicos de los TEMS también cumplen roles claves en la ME, ya que muchos servicios de urgencias (ED, por sus siglas en inglés) son lugares de atención médica para la mayoría de las personas involucradas en incidentes de UOF de las LE, si bien gran parte del personal de los ED no tiene entrenamiento específico para informar sobre las heridas causadas por el UOF.^{14,15,16} Fuera de los ED, los médicos de los TEMS pueden motivar enfoques holísticos, basados en los datos y en la evidencia científica respecto de las interacciones con las LE durante una crisis y pueden asesorar a las agencias sobre cómo mejorar las políticas y los protocolos del UOF para mitigar su implementación excesiva y los resultados desfavorables.³ Aquí, tratamos cuatro roles fundacionales de los médicos de los TEMS: asesores, mediadores, educadores y defensores.

Asesores. Los médicos de los TEMS se han ganado la confianza de los agentes de las LE con años de entrenamiento, experiencias compartidas, servicio a la comunidad y ética profesional alineada (ver la Figura). Con base en esta confianza, pueden dar servicio como asesores críticos en todo el espectro que involucra tácticas y estrategias. A nivel táctico, los médicos pueden asesorar e influenciar el comportamiento de las LE en tiempo real respecto del UOF. A nivel estratégico, la diversidad de su conocimiento, habilidades y trasfondos les permite brindar a los líderes de las LE orientación sobre el entrenamiento, la educación, el aseguramiento de la calidad y la responsabilidad que pueden mejorar los resultados del UOF de las LE.

Figura. Virtudes en la medicina de urgencia y la policía ^a

Virtudes en la medicina de urgencia

1. **Coraje:** “la capacidad de seguir adelante con las obligaciones a pesar del riesgo o el peligro a uno mismo”.

2. *Justicia*: equidad para todas las personas; la responsabilidad social de la “distribución equitativa de beneficios y cargas dentro de una comunidad o sociedad”.
3. *Vigilancia*: estado de alerta y preparación “para satisfacer demandas impredecibles e incontrolables” en el servicio a los pacientes.
4. *Imparcialidad*: compromiso incondicional de brindar atención a los pacientes sin importar su condición, situación o características individuales.
5. *Confianza*: honrar la dependencia de los pacientes en los médicos para así proteger a todos los pacientes.
6. *Resiliencia*: la capacidad de superar los desafíos de la urgencia y de recuperarse personal y profesionalmente para continuar sirviendo a los pacientes.

Virtudes de la policía

1. *Coraje*: “Mantendré la calma y el coraje de cara al peligro, el desprecio o el ridículo; desarrollaré el autocontrol; y seré consciente constantemente del bienestar de los demás”.
2. *Justicia*: “mi deber fundamental es servir a la comunidad; cuidar las vidas y la propiedad; proteger al inocente frente a los engaños, al débil frente a la opresión o intimidación y al pacífico contra la violencia o el desorden, y respetar los derechos constitucionales de todas las personas de libertad, equidad y justicia”.
3. *Vigilancia*: “Sé que soy el único responsable de mi propio estándar de desempeño profesional y aprovecharé todas las oportunidades razonables de mejorar mi nivel de conocimiento y competencia”.
4. *Imparcialidad*: “Nunca me comportaré de manera complaciente ni permitiré que sentimientos, prejuicios, creencias políticas, aspiraciones, animosidades o amistades personales influyan en mis decisiones”.
5. *Confianza*: “Honestidad en mis pensamientos y mis acciones, en mi vida personal y oficial, seré un ejemplo de obediencia de la ley y las normativas de mi departamento. Lo que vea u oiga que sea confidencial o que se me haya confiado en capacidad oficial se mantendrá en secreto salvo que su divulgación sea necesaria para el ejercicio de mi deber”.

^a Adaptado del Colegio Americano de Médicos de Emergencia¹⁷ y la Asociación Internacional de Jefes de Policía.¹⁸

Mediadores. Los médicos de los TEMS poseen un capital social único que les permite officiar de mediadores ante una amplia red de personas involucradas de las LE, los sistemas de salud, la academia y la salud pública.¹⁹ Desde las guerras napoleónicas, los médicos prehospitalarios y de crisis han acortado la brecha entre lo que es mejor para el paciente en una situación de atención clínica y lo que es mejor para la sociedad desde una perspectiva de salud pública.^{20,21,22} Los médicos de los TEMS en la actualidad están cómodos con esta tensión y tienen experiencia en resolver problemas complejos y movilizar expertos en una amplia red profesional. Con la perspectiva de innovar en las políticas públicas del UOF, los médicos de los TEMS pueden unir a las sociedades médicas nacionales (p. ej. el Colegio Americano de Médicos de Emergencia, la Asociación Nacional de Técnicos en Emergencias Médicas, el Colegio Americano de Cirujanos, la Asociación Americana de Salud Pública y la Asociación Médica Estadounidense) con las organizaciones de las LE (p. ej. la Asociación Internacional de Jefes de Policía, la Asociación de Jefes de Grandes Ciudades y la Asociación Nacional de Oficiales Tácticos), como fue el caso con la implementación de la atención táctica a víctimas de emergencias como estándar nacional para la atención a traumas en entornos de alta amenaza.^{23,24}

Educadores. Los médicos de los TEMS tienen años de educación en anatomía, fisiología, biología y química, además de la experiencia clínica del manejo de pacientes con problemas de salud mental y adicciones.^{25,26} Pueden aprovechar décadas de variada experiencia en el aprendizaje sobre adultos para crear, implementar y sostener mejores prácticas para el UOF. Como clínicos, muchos médicos de los TEMS tienen experiencia en la atención de

pacientes que presentan delirio y agitación, tolerancia excepcional al dolor y delirio incoherente, y comprenden el riesgo de asfixia posicional de un paciente en posición prona.^{27,28} En consecuencia, los médicos de los TEMS están particularmente capacitados para enseñarle a los oficiales de las LE sobre las consecuencias fisiológicas de muchas modalidades del UOF (p. ej. agentes químicos, armas de descarga eléctrica no letales o elementos de restricción física). Los médicos de los TEMS también son expertos en la gestión de recursos del grupo (CRM, por sus siglas en inglés). En el ED, la atención integrada en equipo para traumas y para resucitación cardiopulmonar durante ataques cardíacos demuestran el valor de la CRM.²⁹ Aplicar estas tácticas de CRM con validación clínica durante incidentes de UOF puede optimizar las **técnicas para evitar la escalada** de un conflicto, la entrega de medicamentos, el monitoreo de pacientes y el uso y el posicionamiento de elementos de restricción. Junto con la clara identificación de roles y responsabilidades durante las respuestas del equipo, la educación sobre estas tácticas podría mitigar resultados adversos, incidentes de UOF y muertes bajo custodia.

Defensores. Si bien la defensa es un principio central del ethos profesional del médico, no es una tarea simple en el contexto del UOF. En la búsqueda de moldear las políticas del UOF, los médicos de los TEMS deberían defender los enfoques de salud pública basados en datos sobre las políticas del UOF y el manejo de interacciones complejas de alta amenaza.^{30,31,32} El Grupo de Trabajo Presidencial sobre los detalles de Protección del Siglo XXI detalla tres prioridades de defensa.³³

1. *Crear estándares de cuidado para el UOF.* A nivel departamental, los médicos de los TEMS pueden demostrar a las agencias de las LE la importancia de crear, validar e implementar procesos de aseguramiento de la calidad a fin de codificar dichos estándares. Y, a nivel nacional, los médicos de los TEMS pueden intentar unir a las sociedades profesionales de las profesiones sanitarias, la legislación, la salud pública y las políticas públicas con el objetivo de ayudar a generar recursos para cumplir este requerimiento.
2. *Exigir y financiar el entrenamiento de respuesta ante las crisis.* Al igual que los médicos clínicos no incorporarían un nuevo dispositivo para vías respiratorias en las prácticas de ME sin un robusto entrenamiento y asignación presupuestaria, los médicos de los TEMS deben defender en todos los niveles la necesidad de financiación para expandir y desarrollar el entrenamiento de las LE en el UOF y la mitigación de crisis.
3. *Resultados del estudio.* Los esfuerzos de defensa deberían requerir una recolección de datos precisos para brindar información a las políticas públicas, desarrollar procesos departamentales, crear entrenamientos realistas y apoyar un enfoque de salud pública orientado a la reducción de la violencia.^{33,34}

Modelos de éxito

Existe evidencia de que los médicos de los TEMS influyen cada vez más en las políticas del UOF en los Estados Unidos, a medida que los líderes buscan soluciones a los complejos problemas de la violencia, el uso de la fuerza de las LE y la seguridad de las comunidades. En Champaign, Illinois, las LE actualmente utilizan con éxito un **equipo de respuesta de salud conductual** multidisciplinario para reducir los incidentes del UOF al entrar en contacto con personas con enfermedades mentales y trastornos de consumo de sustancias.^{35,36} En Dallas, las LE trabajaron junto con los médicos de los TEMS para desarrollar el Equipo Rápido Integrado de Cuidado de la Salud (RIGHT, por sus siglas en inglés)—que cuenta con paramédicos, trabajadores sociales clínicos con licencia y policías— para tratar de manera más efectiva con enfermedades mentales y trastornos de consumo de sustancias al responder a llamadas sobre personas en estado de crisis.³⁷ Dallas también se está ocupando de incidentes del UOF con un novedoso Proyecto ABLE (Comprensión de la Situación Activa para Policías),³⁸ un recurso nacional para el entrenamiento, la asistencia técnica y la investigación para nutrir la cultura de las LE en la que los oficiales intervienen

para prevenir malas conductas, evitar errores de la policía y promover la salud y el bienestar de los agentes.^{38,39}

El UOF de las LE seguirá siendo necesario en determinadas situaciones. No obstante, podemos y debemos manejarnos de mejor manera. Reducir la violencia, criminal o autorizada, es un desafío para toda la comunidad que requiere un conjunto de soluciones de toda la comunidad. Dentro del área de la medicina, los médicos de los TEMS están listos para servir como asesores confiables, mediadores, educadores y defensores. En estos roles, pueden realmente ayudar a guiar a una diversa coalición de salud pública para asegurar que los datos, el entrenamiento, la financiación enfocada y la responsabilidad apuntan a un UOF más juicioso y justo.

References

1. Nila M, Covey SR. *The Nobility of Policing*. Franklin Quest; 2008.
2. Graham v Connor, 490 US 386 (1989). Accessed July 14, 2021. <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/490/386/>
3. Alpert G, Dunham R. *Understanding Police Use of Force*. Cambridge University Press; 2004.
4. National Institute of Justice. The Use-of-Force Continuum. 2021. Accessed March 19, 2021. <https://nij.ojp.gov/topics/articles/use-force-continuum>
5. Use-of-Force: Federal Bureau of Investigation. 2021. Accessed March 18, 2021. <https://www.fbi.gov/services/cjis/ucr/use-of-force>
6. Gilbert K, Ray R. Why police kill Black males with impunity: applying Public Health Critical Race Praxis (PHCRP) to address the determinants of policing behaviors and “justifiable” homicides in the USA. *J Urban Health*. 2015;93(S1):122-140.
7. Strote J, Hickman M. The relationship of injury and complaints of police use of excessive force. *Am J Forensic Med Pathol*. 2020;41(1):5-10.
8. Strauss G, Glenn M, Reddi P, et al. Psychiatric disposition of patients brought in by crisis intervention team police officers. *Community Ment Health J*. 2005;41(2):223-228.
9. Compton M, Demir Neubert B, Broussard B, McGriff J, Morgan R, Oliva J. Use of force preferences and perceived effectiveness of actions among Crisis Intervention Team (CIT) Police Officers and Non-CIT Officers in an escalating psychiatric crisis involving a subject with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;37(4):737-745.
10. Watson A, Swartz J, Bohrman C, Kriegel L, Draine J. Understanding how police officers think about mental/emotional disturbance calls. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37(4):351-358.
11. Bui A, Coates M, Matthey E. Years of life lost due to encounters with law enforcement in the USA, 2015–2016. *J Epidemiol Community Health*. 2017;72(8):715-718.
12. Shepherd J, Sumner S. Policing and public health—strategies for collaboration. *JAMA*. 2017;317(15):1525.
13. What is Tactical Medicine? Acep.org. 2021. Accessed March 19, 2021. <https://www.acep.org/how-we-serve/sections/tactical-emergency-medicine/what-is-tactical-medicine/>
14. Hutson H, Anglin D, Rice P, Kyriacou D, Guirguis M, Strote J. Excessive use of force by police: a survey of academic emergency physicians. *Emerg Med J*. 2009;26(1):20-22.
15. Pearce JD. Not just for SWAT Teams: The importance of training officers in Tactical Emergency Medicine. *Policechiefmagazine.org*. 2021. Accessed March 19, 2021. <https://www.policechiefmagazine.org/not-just-for-swat-teams-the-importance-of-training-officers-in-tactical-emergency-medicine/>
16. Mehkri F, Hardy J. Protecting the protectors: physician roles in tactical emergency medicine support. *Emra.org*. 2017. Accessed March 19, 2021.

- <https://www.emra.org/emresident/article/protecting-the-protectors-physician-roles-in-tactical-emergency-medicine-support/>
17. Code of ethics for emergency physicians. American College of Emergency Physicians. Approved January 2017. Accessed October 4, 2021.
<https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/code-of-ethics-for-emergency-physicians.pdf>
 18. Law enforcement code of ethics. International Association of Chiefs of Police. Adopted October 1957. Accessed October 4, 2021.
<https://www.theiacp.org/resources/law-enforcement-code-of-ethics>
 19. Obasogie OK, Newman Z. Police violence, use of force policies, and public health. *SAGE*. 2017;43(1):279-295. Accessed March 25, 2021.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0098858817723665>
 20. Baron Larrey – Napoleonic inventor of ambulances, triage and MASH. *The Conversation*. 2016. Accessed March 19, 2021.
<https://theconversation.com/baron-larrey-napoleonic-inventor-of-ambulances-triage-and-mash-57893>
 21. Hughes K. Army helicopters in Korea, 1950 to '53. *US Army*. 2016. Accessed March 19, 2021.
https://www.army.mil/article/177302/army_helicopters_in_korea_1950_to_53
 22. Helicopters in Korea, 1950 to '53. *Army.mil*. 2016. Accessed 19 March 2021.
https://www.army.mil/article/177302/army_helicopters_in_korea_1950_to_53
 23. Schwartz R, Lerner B, Llewellyn C, et al. Development of a national consensus for tactical emergency medical support (TEMS) training programs—operators and medical providers. *J Spec Oper Med*. 2014;14(2):122-138.
 24. Pennardt A, Callaway DW, Kamin R, et al. Integration of tactical emergency casualty care into the national tactical emergency medical support competency domains. *J Spec Oper Med*. 2016;16(2):62-66.
 25. ABEM Policy on Emergency Medicine Residency Training Requirements. ABEM. April 2021.
 26. American Board of Emergency Medicine Board Eligibility. Accessed July 14, 2021.
<https://www.abem.org/public/become-certified/board-eligibility>
 27. Heiskell LE. How to prevent positional Asphyxia. *POLICE Magazine*. September 9, 2019. Accessed November 9, 2021. <https://www.policemag.com/524139/how-to-prevent-positional-asphyxia>
 28. Grayson KN. *Positional Asphyxia - Stand up, and Speak Out*. EMS1; 2020. Accessed November 9, 2021. <https://www.ems1.com/airway-management/articles/stand-up-and-speak-out-QD0IQusspK4sDPkN/>
 29. Hopkins C, Burk C, Moser S, Meersman J, Baldwin C, Youngquist S. Implementation of pit crew approach and cardiopulmonary resuscitation metrics for out-of-hospital cardiac arrest improves patient survival and neurological outcome. *J American Heart Association*. 2016;5(1).
 30. The uncomfortable truth. *Antipovertynetwork.org*. 2021. Accessed March 19, 2021.
https://2750d32d-03da-445f-8576-8ae3f5da7b2f.filesusr.com/ugd/14a332_1fb8d8650c844748ad81d7531652caac.pdf
 31. APA urges closer partnerships between police, behavioral experts to stem racial incidents. APA. 2021. Accessed March 19, 2021.
<https://www.apa.org/news/press/releases/2020/06/police-partnerships>
 32. Fellner J. Race, drugs, and law enforcement in the United States. *Stanford Law Pol Rev*. 2009;20(2). Accessed March 19, 2021.
<https://law.stanford.edu/publications/race-drugs-law-enforcement-united-states/>
 33. The President’s Task Force on 21st century policing: implementation guide. *Policingequity.org*. 2021. Accessed March 25, 2021.
https://policingequity.org/images/pdfs-doc/reports/TaskForce_FinalReport_ImplementationGuide.pdf

34. Vitale A. *The End of Policing*. Verso; 2017.
35. Urbana Police Department. *Overview of the Champaign County Crisis Intervention Team*. Urbanallinois.us. 2020. Accessed November 9, 2021.
<https://urbanallinois.us/sites/default/files/attachments/cit-presentation.pdf>
36. Behavioral health response. City of Urbana. City of Urbana Behavioral Health Response. Accessed November 9, 2021.
<https://www.urbanallinois.us/government/police/cit-team>
37. Goodman M. For mental health 911 calls, Dallas found success in social workers. *D Magazine*. July 17, 2020. Accessed March 17, 2021.
<https://www.dmagazine.com/frontburner/2020/07/for-mental-health-911-calls-dallas-found-success-in-social-workers>
38. Active bystandership for law enforcement (ABLE). Georgetown Law. Accessed November 9, 2021. <https://www.law.georgetown.edu/innovative-policing-program/active-bystandership-for-law-enforcement/>
39. Caruth Police Institute approved to provide ABLE training for Dallas Police Department. UNT Dallas. Accessed November 9, 2021.
<https://www.untDallas.edu/news/caruth-police-institute-approved-provide-able-training-dallas-police-department>

David Callaway, MD es profesor de medicina de urgencia y el jefe de operaciones de crisis en Atrium Health en Charlotte, North Carolina. Es veterano de combate naval con más de una década al servicio del Departamento de Defensa de los EE. UU. para moldear las políticas de atención clínica, también es cofundador del Comité civil de Atención Táctica a Víctimas de Emergencias, que desarrolla lineamientos de mejores prácticas para la atención de trauma en entornos de alta amenaza. El Dr. Callaway ha ocupado roles operativos con la Unidad de Operaciones Especiales de la Policía de Boston, el Equipo de Operaciones Tácticas Especiales de la Policía Estatal de Massachusetts, el equipo de armas y tácticas especiales del DBI, División de Boston, y los Alguaciles de los EE. UU. Es un reconocido experto a nivel internacional en la respuesta a las crisis, la medicina de alta amenaza y los servicios de tácticos de emergencias médicas.

Faroukh Mehkri, DO es profesor asistente de medicina de urgencia en el Departamento de Medicina de Urgencia en University of Texas Southwestern Medical Center en Dallas. Es oficial que presentó juramento ante la Ciudad de Dallas como médico táctico y oficial de medicina táctica para el equipo de armas y tácticas especiales del Departamento de Policía de Dallas. También es director del Curso de SME Táctico de la Asociación Médica de Operaciones Especiales.

Cita

AMA J Ethics. 2021;24(2):E136-139.

DOI

10.1001/amajethics.2022.136.

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