



Documento de Trabajo 02/2018

**Asistencia de salud en peligro.  
La protección de la misión médica y medios  
sanitarios en los conflictos armados actuales**

*Health care in danger.  
Protection of health-care workers in conflict  
zones*

*Trabajo incluido en el Plan Anual de Investigación del Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional (CESEDEN) para el año 2017, como Grupo de Trabajo de Cooperación Nacional nº 2, asignado al Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE)*

\*

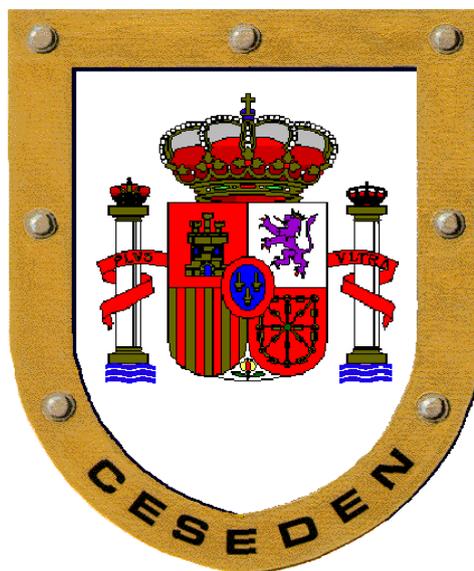
*Organismos solicitantes del estudio:  
Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional (CESEDEN) y  
Cruz Roja Española*

**Asistencia de salud en peligro.  
La protección de la misión médica y medios sanitarios en  
los conflictos armados actuales.**

-

*Health care in danger.*

*Protection of health-care workers in conflict zones*



Maquetado en enero de 2018 por el Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE)

Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional  
(CESEDEN)

---

**Nota: Las ideas y opiniones contenidas en este documento son de responsabilidad de los autores, sin que reflejen, necesariamente, el pensamiento del Ministerio de Defensa, del CESEDEN o del IEEE.**

---

# Índice

## Prólogo

*Rafael Sánchez Ortega*

Prólogo .....	II
---------------	----

## Presentación

*Javier Senent García*

Presentación .....	I5
--------------------	----

## Capítulo 1.

### La protección de la asistencia sanitaria por el derecho internacional humanitario y los principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado. Introducción

*José Luis Rodríguez-Villasante y Prieto*

Pórtico. La violencia contra la asistencia sanitaria en los conflictos armados actuales .....	23
La protección de la asistencia sanitaria por el Derecho Internacional Humanitario .....	26
Antecedentes históricos: El nacimiento de la Cruz Roja .....	26
Fuentes normativas .....	27
Ámbito de aplicación .....	28
Personas protegidas .....	30
La respuesta de la Comunidad Internacional ante los ataques contra la misión médica .....	33
La posición del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media luna Roja y otras organizaciones sanitarias .....	33
El Derecho Interno del Reino de España .....	34
El deber de difundir el DIH .....	36
Las competencias de la Comisión Española de Derecho Internacional Humanitario .....	37
La Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas .....	37
Recomendaciones del Secretario General de las Naciones Unidas en desarrollo del párrafo 13 de la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad .....	38
La reacción del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de otras organizaciones sanitarias internacionales .....	40
Los principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia .....	4I

Presentación .....	41
Objetivo, principios y normas .....	42
Principios generales .....	44
Relaciones con los pacientes .....	45
Protección del personal de salud .....	47

## Capítulo 2.

### La normativa de protección del medio sanitario en los conflictos armados

*Vicente Otero Solana*

Introducción .....	55
Los conflictos del siglo XIX y la necesidad de protección .....	55
El siglo XX y la situación actual .....	56
Normativa vigente. Fuentes .....	57
Disposiciones generales y aspectos de protección .....	57
Definiciones .....	58
Personas protegidas .....	59
Heridos, Enfermos y Náufragos .....	59
Evolución del concepto .....	59
Regla general de trato (CI y C II, 12; PA I, 9. 1, 10, 11 - 1, 2a - 2b, 4) .....	60
Grupos de aplicación (CI y II, 13) .....	60
Trato humanitario. Urgencia médica. (CI, 12, 14; C II, 12, 16; PA I, 10 - 11) .....	61
Estatuto legal (CI, 14; CII, 16; PAI, 43 - 44) .....	61
Búsqueda, recogida, identificación e información (CI, 15, 16, 18; CII, 18, 19, 21; PAI, 10) .....	61
Trasplantes, experimentos y rechazo de terapia (CI; C II, 12; PA I, 11- 2c, 3, 5, 6) .....	62
Protección de heridos, enfermos y náufragos civiles (CIV, 13, 16, 18; PA I, 14.1) .....	62
Víctimas mortales (CI, 16, 17; CII, 18 - 20; PA I, 32, 33) .....	63
Búsqueda, recogida, identificación e información .....	63
Inhumación, sumersión e incineración .....	63
Servicio de tumbas. Causas de exhumación .....	64

Prisioneros de guerra (CI, CII, 13; CIII, 29 – 33, 109 – 117; PAI, 43, 44)	64
Personal sanitario y religioso	65
Evolución de la protección	65
Personal sanitario de Unidades terrestres (CI, 24 – 27)	65
Personal sanitario embarcado (CII, 36 - 37)	66
Personal sanitario retenido (CI, 24 – 32; CII, 37; CIII, 29 – 33, 110 - 117)	66
Personal sanitario civil (CIV, 20; PA I, 15. 1 – 5)	67
Protección general de la misión médica (PA I, 16. 1 – 3)	67
Medios auxiliares sanitarios	68
Unidades sanitarias	69
Unidades sanitarias militares terrestres (CI, 19; CII, 23; PAI, 12. 1, 3 - 4)	69
Unidades sanitarias civiles (CIV, 18, 20; PA I, 12. 1 – 3)	69
Requisa de Unidades sanitarias civiles (PA I, 14. 1 - 3)	70
Zonas sanitarias (Anexo 1 de CI)	70
Instalaciones sanitarias a flote (CII, 28)	70
Buques hospitales (CI, 20; CII, 22, 24 – 25, 26 - 27; PAI, 22, 23; MSR, 47, 169)	71
Condiciones de protección	71
Estatuto general (CII, 29 – 33)	71
Propuestas de mejora de uso de BH (MSR, 169 – 171)	72
Condiciones de cese de protección (CI, 19; CII, 34; CIV, 19; PA I, 13.1, 23.3)	72
Situaciones de persistencia de protección (CI, 22; CII, 35; CIV, 19; PA I, 13.2)	73
Transportes sanitarios	73
Transportes terrestres militares y civiles (CI, 35; CIV, 21; PAI, 21)	74
Transportes navales (CII, 38; PAI, 23)	74
Transportes aéreos en los Convenios (CI, 36 – 37; CII, 39 – 40; CIV, 22)	74
Transportes aéreos en el Protocolo Adicional (PAI, 24 – 31)	75
Restricciones de uso	75
Acuerdos en zona contacto y adversa	75
Inspección de aeronaves	76
Situaciones de emergencia	76

Identificación	76
El signo distintivo	77
Personal sanitario (CI, 38 - 41; CII, 41, 42; CIV, 20; PA I, 18.1)	77
Tarjeta de identificación	77
Medios auxiliares (CI, 42, 43; CII, 43; CIV, 21, 22; PA I, 18.)	77
Terrestres	77
Navales	78
Aéreos	78
Señales distintivas	78
Existentes desde 1977 (PA I, Anexo 1, Capítulo 3)	78
Luminosa	78
Radiotelefónica o radiotelegráfica	79
Radar secundario de vigilancia	79
Desde 1994 (PA I, Anexo 1, Capítulo 3)	79
Radar secundario de vigilancia	79
Acústica submarino – superficie	79
Represión de las infracciones	80
Evolución	80
Infracciones graves (CI, 50; CII, 51; CIII, 130; CIV, 147 y PA I, 11, 18, 37 (perfidia) y 85)	80
Conclusiones	81

### Capítulo 3.

#### Conflictos armados sin carácter internacional y protección de los sistemas de salud

*David Suárez Leoz*

Introducción	87
Los Conflictos Armados internos: evolución histórica	87
Los Conflictos Armados internos en la actualidad	87
Definición de conflictos armados internos. Precisiones terminológicas	89
Características de los Conflictos Armados internos	90
El concepto de «sistemas de salud»	91

Protección de los sistemas de salud en los conflictos armados no internacionales	.....91
Normativa vigente	.....91
La protección en el artículo 3 común a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949	.....92
La cláusula de Martens	.....93
Protocolo Adicional II Convenios de Ginebra y la protección del sistema de salud. Precisiones terminológicas	.....94
La protección de los heridos y enfermos	.....97
La protección del personal sanitario. El estatus de personal sanitario	.....99
Protección de las unidades y transportes sanitarios	.....101
El emblema	.....102
Derecho internacional consuetudinario aplicable a la protección de los sistemas de salud en los conflictos armados internos	.....102
La represión penal de las infracciones cometidas en conflictos armados sin carácter internacional	.....104

#### Capítulo 4.

##### **Asistencia a las personas más vulnerables: Protección de la mujer y de la infancia en los conflictos armados. Referencia a la protección sanitaria**

*Sonia Hernández Pradas*

Riesgos para el acceso a la asistencia sanitaria de las personas más vulnerables en tiempo de conflicto armado: protección especial de la mujer y de la infancia	.....111
Protección de la salud de la mujer y de los niños contra los efectos directos de los conflictos armados	.....114
Protección contra la violencia sexual en tiempo de conflicto armado	.....117
Protección contra el reclutamiento y la utilización de los niños en los conflictos armados	.....120
Ayuda humanitaria en los conflictos armados: asistencia a la salud de la mujer y del niño	.....121
Conclusiones	.....123

#### Capítulo 5.

##### **El papel de la sanidad militar y la asistencia de la salud en peligro**

*Ricardo Navarro Suay*

Introducción	.....129
Un médico militar español cofundador de la Cruz Roja en nuestra patria: el subinspector médico	

de primera D. Nicasio Landa y Álvarez de Carvallo .....	129
La primera ambulancia marítima .....	132
La Cruz Roja española, eslabón fundamental en la repatriación de militares españoles durante las guerras coloniales .....	134
¿Médicos militares españoles en la primera guerra mundial? .....	135
La asistencia médica a bajas en combate y náufragos prestada por oficiales del cuerpo militar de sanidad español durante la segunda guerra mundial .....	138
La primera misión internacional de carácter humanitario prestada por las Fuerzas Armadas españolas en la segunda mitad del pasado siglo. ¿Hubo oficiales médicos españoles en la guerra de Vietnam? .....	140
Otras misiones de la sanidad militar: Marruecos, Namibia, Guinea, Argelia y Colombia .....	141
Marruecos 1960 .....	141
Namibia 1989-1990 .....	142
Guinea Ecuatorial, 1970-1980 .....	144
Argelia, 1980 .....	147
Colombia 1985 .....	148
Y la historia prosigue y continuará... ..	149
Conclusión .....	150
<b>Composición del grupo de trabajo .....</b>	<b>151</b>

# Prólogo



## Prólogo

**E**n 2004 se firmó un Convenio Marco entre el Ministerio de Defensa y la Cruz Roja, en el que además del apoyo logístico prestado a la Cruz Roja por parte del Ministerio de Defensa en el desempeño de su labor humanitaria, se contempla la colaboración en las áreas de formación de personal, difusión del Derecho Internacional Humanitario y la celebración de seminarios, conferencias y estudios.

El Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional (CESEDEN) es el principal centro docente militar conjunto de las Fuerzas Armadas españolas. Además de la formación militar, al CESEDEN le corresponde impartir cursos de Altos Estudios de la Defensa Nacional, así como desarrollar tareas de investigación y de fomento y difusión de la cultura de defensa. Dentro del CESEDEN, el Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE) es el organismo encargado de llevar a cabo estudios de investigación en temas de seguridad y defensa para fomentar el debate y el interés en la sociedad española sobre los nuevos escenarios que afectan a la seguridad.

La complejidad del panorama geopolítico actual requiere, ahora más que nunca, abordar los temas de seguridad y defensa desde un enfoque integral y de colaboración entre instituciones comprometidas en contribuir a la paz y la estabilidad en las zonas donde existen conflictos. Por este motivo, el CESEDEN, el IEEE y la Cruz Roja Española decidieron establecer una colaboración para realizar un trabajo de investigación para abordar la asistencia de salud en peligro, que se ha convertido en un grave problema humanitario debido al incremento de ataques contra pacientes, personal e instalaciones sanitarias en zonas de conflicto.

En la Estrategia Nacional de seguridad de 2017 se establece el compromiso de España con un orden internacional basado en la legalidad y una gobernanza más justa, inclusiva y eficaz, incorporando dimensiones humanas como el respeto a los derechos fundamentales y a la protección frente a la enfermedad y la pobreza.

Tal y como establece el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, la paz duradera requiere una visión integral en la resolución de un conflicto. Muchos países en situaciones complejas han comenzado el camino de adoptar la Agenda 2030 y sus diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible como parte de la solución. La habilidad de un estado para ganar legitimidad depende de la demostración de su capacidad para proporcionar servicios básicos a su población a nivel local y garantizar su desarrollo sostenible. Desde el punto de vista operacional militar, el apoyo que se preste a los gobiernos de los estados frágiles deberá de acompañarse de la mejora de las condiciones de vida de la población.

En el siglo XXI, una victoria militar no garantiza la finalización de un conflicto. El planeamiento de las nuevas operaciones de paz ya no se definirá como conjunto

o combinado— eso es ya una característica innata—; será integral y coordinado con las organizaciones civiles de ayuda humanitaria y apoyo a la reconstrucción, con el personal de emergencias, fuerzas policiales y de ayuda social. Por este motivo, y teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional y transfronteriza del vínculo entre la paz y el desarrollo, será necesario ampliar las capacidades de las misiones en el exterior de nuestras Fuerzas Armadas. Nos encontramos en un mundo multipolar y transnacional, con un auge de actores no estatales cuyo objetivo es generar situaciones de desestabilización utilizando el miedo de la población y el poder mediático de sus acciones. Es el caso de Siria y del terrorismo islámico.

Con esta publicación— recogida en la Directiva Anual de Investigación del CESEDEN de 2017—, el CESEDEN y el IEEE, pretenden contribuir al debate y a la difusión de aspectos muy complejos que caracterizan los conflictos actuales y a la necesidad de promover y asegurar el respeto de los principios y normas del derecho internacional humanitario.

*Rafael Sánchez Ortega*

*Teniente General Director del Centro Superior  
de Estudios de la Defensa Nacional.*

# Presentación



## Presentación

La presente publicación, Documento de Trabajo 02/2018 del Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE), se inscribe en el ámbito de la colaboración del Instituto con el Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario (CEDIH) de la Cruz Roja Española, dentro del vigente Convenio Marco de Colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Cruz Roja Española.

En el Plan de Acción correspondiente a 2017 se acordó la elaboración de un estudio doctrinal sobre una materia de interés común, que aportara el análisis académico de alguno de los problemas actuales del Derecho Internacional Humanitario.

La elección del tema no ofreció dificultades, puesto que uno de los mayores desafíos a las normas humanitarias, aplicables en los conflictos armados, que preocupa al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja es la Asistencia de Salud en peligro (*Health Care in Danger*), materia que –sin duda– afecta al ámbito del Ministerio de Defensa por su incidencia en las operaciones de paz que desempeñan las Fuerzas Armadas españolas fuera de nuestras fronteras.

El personal de salud (Carta abierta del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de 3 de mayo de 2016) está presente en zonas de conflicto para atender a los heridos y los enfermos, sobre la base de las necesidades de estos e independientemente de su filiación. Son profesionales abnegados que tienen una importante función en relación con el respeto del principio de humanidad en la guerra.

Además, la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, aprobada por unanimidad a propuesta del Reino de España y con el apoyo de la Cruz Roja Española como parte del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, expresa la profunda preocupación del Consejo por los actos de violencia, ataques y amenazas contra el personal sanitario y humanitario, sus medios de transporte y hospitales. Este problema constituye uno de los mayores retos actuales al cumplimiento del Derecho Internacional Humanitario por la frecuencia y persistencia del fenómeno criminal, su exacerbación y resurgimiento en los conflictos armado contemporáneos, hasta el punto que ha podido sostenerse que *Una de las primeras víctimas de la guerra es el sistema de salud*.

En la misma fecha en que se aprobó la citada Resolución del Consejo de Seguridad, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, numerosas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (entre ellas, la Cruz Roja Española) y de la Media Luna Roja, así como «Magen David Adom in Israel» y otras organizaciones internacionales del ámbito sanitario, suscribieron una Carta Abierta a «Todos los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)» denominada «*Una firme determinación de acabar con la violencia contra la asistencia de salud*».

En dicho documento se da una señal de alarma: «Numerosos trabajadores de la salud mueren o resultan heridos mientras atienden a hombres, mujeres y niños heridos o enfermos durante los conflictos armados. Es una cuestión de vida o muerte y por ello «se necesita una acción firme para acabar con la violencia contra los prestadores de asistencia de salud, los bombardeos de hospitales y la destrucción de ambulancias, hechos que impiden que comunidades enteras reciban servicios vitales».

En relación con este problema, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Asociación Médica Mundial (AMM), el Comité internacional de Medicina Militar (CIMM), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Federación Farmacéutica Internacional (FFI), acordaron elaborar los «Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia».

El objetivo común que comparten consiste en mejorar la seguridad de su personal y sus bienes (instalaciones y transportes) y prestar una asistencia médica imparcial y eficiente. La imparcialidad constituye uno de los principios fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja e incluye los conceptos de no discriminación y de proporcionalidad.

Estos antecedentes nos sirven para resaltar el interés común de esta colaboración de la Cruz Roja Española con el Instituto Español de Estudios Estratégicos.

La publicación, que lleva por título «Asistencia de salud en peligro («Health Care in Danger»), Protección de la misión médica y medios sanitarios en los conflictos armados actuales», se estructura en cinco capítulos, incluyendo la introducción. Ha sido elaborada por un Grupo de Trabajo presidido por el Dr. D. José Luis Rodríguez-Villasante y Prieto, Director del Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario de la Cruz Roja Española, con la coordinación de Dña. María del Mar Hidalgo García, Analista Principal del Instituto Español de Estudios Estratégicos e integrado por el Coronel Médico Dr. D. Vicente Otero Solana, el Magistrado D. David Suárez Leoz, la profesora Dra. Dña. Sonia Hernández Pradas y el Comandante Médico Dr. D. Ricardo Navarro Suay. .

El Capítulo introductorio, escrito por el Dr. D. José Luis Rodríguez-Villasante y Prieto, Director del CEDIH de la Cruz Roja Española, trata «*La protección de la asistencia sanitaria por el Derecho Internacional Humanitario y los Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado*». El autor, después de describir la situación actual de la violencia contra la asistencia sanitaria, analiza su protección por las normas humanitarias vinculada al nacimiento y labor de la Cruz Roja, estudia la respuesta de la Comunidad Internacional ante los ataques contra la misión médica, en particular la Resolución 2286 del Consejo de Seguridad y comenta los principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia.

El Capítulo segundo (ha sido redactado por el Dr. D. Vicente Otero Solana, Coronel Médico y Profesor del CEDIH de la Cruz Roja Española, reconocido experto y autor de importantes obras sobre la materia. Lleva por título «*La normativa de protección del medio sanitario en los conflictos armados*». Comienza por los orígenes de la protección de los heridos, enfermos y náufragos y expone detenidamente el contenido de las normas vigentes desde la óptica del Derecho Internacional Humanitario. Estudia el estatuto del personal sanitario y de los medios auxiliares: Unidades sanitarias (Hospitales) y medios de transporte sanitarios, su identificación, los signos protectores y la represión de las infracciones.

El Capítulo tercero es obra de D. David Suárez Leoz, Magistrado y profesor del CEDIH de la Cruz Roja Española, bajo el epígrafe «*Conflictos armados sin carácter internacional y protección de los sistemas de salud*», materia en la que es destacado monografista. Se inicia el estudio con la evolución histórica, características y regulación actual de los conflictos armados internos o sin carácter internacional. Seguidamente se analiza, en tales conflictos, la normativa protectora vigente (artículo 3 común de los Convenios de Ginebra y Protocolo II Adicional) de los heridos y enfermos, del personal sanitario de las unidades y transportes sanitarios, así como del emblema. Finaliza con la exposición del Derecho Internacional Consuetudinario y la represión penal.

La profesora doctora Dña. Sonia Hernández Pradas, autoridad relevante en el tema tratado, profesora de Derecho Internacional Público del Centro Universitario Villanueva y profesora del CEDIH de la Cruz Roja Española, es autora del Capítulo cuarto titulado «*Asistencia a las personas más vulnerables: Protección de la mujer y de la infancia en los conflictos armados. Referencia a la protección sanitaria*». Comienza su trabajo con el examen de los riesgos para el acceso a la asistencia sanitaria de las mujeres y de la infancia, como personas vulnerables. A continuación analiza la protección de la salud de mujeres y niños contra los efectos directos de los conflictos armados, en particular contra la violencia sexual y el reclutamiento y la utilización de los niños en las guerras. Termina su aportación con el estudio de la ayuda humanitaria relativa a la asistencia de salud de la mujer y del niño.

El Capítulo quinto supone una colaboración muy destacada a la obra colectiva por parte del Doctor D. Ricardo Navarro Suay, Comandante de Médico del Cuerpo de Sanidad Militar, bajo el título «*El papel de la Sanidad Militar y la asistencia de salud en peligro*». En la introducción destaca el autor, en primer lugar, el estrecho vínculo entre la Cruz Roja Española y el Cuerpo de Sanidad Militar, con precisas referencias históricas a la fundación de la Cruz Roja, a la repatriación de militares españoles, a la participación de médicos militares españoles en la primera y segunda guerras mundiales, así como a las misiones internacionales de carácter humanitario (Vietnam, Marruecos, Namibia, Guinea, Argelia y Colombia), para finalizar con la dimensión sanitaria de las actuales misiones internacionales en el exterior.

La publicación de esta obra (Documento de Trabajo 02/2018), que ha alcanzado un alto grado de excelencia, es el fruto de un Grupo de Trabajo realizado en el Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE) por los autores de los cinco capítulos que la integran y expresión satisfactoria de la colaboración aportada por la Cruz Roja Española en el ámbito de su acuerdo Marco con el Ministerio de Defensa.

Madrid, ocho de febrero de 2018.

*Javier Senent García*

*Presidente de la Cruz Roja Española*

# Capítulo I



## La protección de la asistencia sanitaria por el derecho internacional humanitario y los principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado

*José Luis Rodríguez-Villasante y Prieto*

*Una de las primeras víctimas de la guerra es el sistema de salud  
(M. Balidan, CICR, Ginebra, 2011)*

### Resumen

Forman parte de la realidad contemporánea de la guerra los ataques a los heridos y al personal sanitario, así como la destrucción intencional de las instalaciones sanitarias en los conflictos armados. Este estudio examina el marco legal aplicable a la violencia que afecta al desarrollo de la asistencia de salud en los conflictos armados. La investigación analiza en concreto como el Derecho Internacional Humanitario atenúa las consecuencias para la salud. El artículo presenta el proyecto «La asistencia de salud en peligro» del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Asimismo la Resolución 2286 (2016) adoptada por unanimidad por el Consejo de Seguridad sobre Asistencia de Salud en los conflictos armados. Marco legal en España. Finalmente, este artículo examina los Principios éticos médicos en tiempo de paz y de conflicto armado.

### Palabras clave

Conflictos armados, Asistencia de Salud en peligro. Derecho Internacional Humanitario. Comité Internacional de la Cruz Roja. Convenios de Ginebra de 1949. Heridos y personal sanitario. Instalaciones sanitarias. Consejo de Seguridad. Principios éticos médicos.

**Abstrac**

*The are a part of the contemporary reality of warfare the attacks on the wounded and on medical personnel and the deliberate destruction of medical facilities in armed conflicts. This research examines the legal framework applicable to violence affecting the delivery of health care in armed conflicts. The investigation analyses in detail how international humanitarian law mitigate the health consequences. This articule present «Health Care in Danger» proyect of the Red Cross and Red Crescent Movement. Also the Security Council unanimously adopted. Resolution 2286 (2016) on Health Care in armed conflict. Legal framework in Spain. Finally this article examine medical ethics principles in peacetime and times of armed conflict.*

**Key words**

*Armed confliets. Health Care in Danger. International Humanitarian Law. International Committee of the Red Cross. Geneva Conventions of 1949. Wounded and medical personnel. Medical facilities. Security Council. Medical ethics principles.*

## Pórtico. La violencia contra la asistencia sanitaria en los conflictos armados actuales

**E**n la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas<sup>1</sup>, se expresa la profunda preocupación del Consejo por los actos de violencia, ataques y amenazas contra el personal sanitario y el personal humanitario dedicado exclusivamente a tareas médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos sanitarios, así como por el número cada vez mayor de estos actos (Preámbulo), los condena enérgicamente y deplora las consecuencias que estos ataques tienen a largo plazo para la población civil y los sistemas de salud de los países afectados (apartado 1 de la Parte Dispositiva).

Este problema, como afirma Vicent Bernard<sup>2</sup> constituye uno de los mayores desafíos de la presente era, caracterizado por la persistencia del fenómeno, su exacerbación y su resurgimiento como aspecto reiterado de las guerras actuales. Más recientemente Irene Raciti<sup>3</sup> afirma que la protección de la misión médica se ha convertido, desafortunadamente, en uno de los mayores problemas humanitarios de hoy en términos de número de personas afectadas, directa o indirectamente. En efecto, un solo incidente violento dirigido contra el personal médico o instalaciones puede ser sentido por cientos o incluso miles de personas. En tres años (desde enero de 2012 a diciembre de 2014), el Comité Internacional de la Cruz Roja (en lo sucesivo, CICR) documentó en solo 11 países casi 2.400 ataques contra el personal de salud, instalaciones, transporte y los pacientes. Más de 2 incidentes por día. Los sanitarios locales fueron afectados en más del 90%. La violencia contra este personal conduce, con frecuencia, al éxodo del personal sanitario (los llamados «desiertos médicos»), la destrucción o cierre de hospitales y el daño irreversible del sistema nacional de salud. Los niños son quienes pagan el precio más alto, en Afganistán son el 24% por ciento de las víctimas entre 2015 y 2016. Más de un millón de niños sufren desnutrición aguda en Afganistán.

Resulta alarmante que esta violencia actual se reproduzca justamente después de 150 años desde que, tras el nacimiento de la Cruz Roja en 1863 y el primer Convenio de Ginebra en 1864, el origen del Derecho Internacional Humanitario se justificó por la

1 Aprobada el 3 de mayo de 2016 a propuesta del Reino de España. Ver S/RES/2286(2016).

2 Bernard, Vicent, Editor jefe, en Editorial «Violence against Health Care: Giving in is not an option», en *International Review of the Red Cross, Violence against Health Care, Volume 95, Number 889, Spring 2013, p. 6.*

3 Raciti, Irene, «Asistencia de Salud. Pasar a la acción», conferencia pronunciada el 26 de abril de 2017 en el XIX Curso de Derecho Internacional Humanitario, celebrado en Madrid y convocado por la Cruz Roja Española y el Instituto Universitario «General Gutiérrez Mellado».

protección a heridos, enfermos y personal sanitario en las guerras decimonónicas hasta alcanzar la universidad de los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949.

Por la doctrina<sup>4</sup> se relatan ejemplos actuales (algo más que los incidentes diarios de la realidad de la guerra) como la detonación de una segunda bomba para causar daños al personal de los servicios de emergencia que acuden a socorrer a las víctimas de una primera explosión, el bombardeo de hospitales (desconociendo los principios de distinción y precaución), la demora arbitraria en los puntos de control (*checkpoint*), la detención injustificada de médicos o personal de salud, así como los registros de hospitales o centros de salud por grupos armados con el fin de asesinar a los heridos o enfermos allí asistidos (protegidos como víctimas de la guerra) y dar muerte también al personal sanitario que goza de inmunidad.

Los casos actuales<sup>5</sup> son numerosos y continuos.

El CICR<sup>6</sup> ha estudiado la violencia contra la asistencia de salud y sus programas para facilitar su protección en Afganistán, Somalia y la República Democrática del Congo desde 2010 a 2013. Asimismo se analizaron, en relación con la situación sanitaria, los casos de seis países: Afganistán, República Centro-Africana, República Democrática del Congo, Haití, Palestina y Somalia<sup>7</sup>

En el mes de mayo de 2011 la misión médica de la Cruz Roja y sus ambulancias fueron objeto de ataques en Misrata (Libia), con el resultado de una enfermera muerta y heridos, se usaron indebidamente los emblemas de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las ambulancias para transportar armas.

El 21 de julio e 2014, el CICR y la Media Luna Roja Palestina efectuaron un llamamiento<sup>8</sup> a las partes en conflicto y a la comunidad internacional para que se respete el Derecho Internacional Humanitario. En particular en el territorio de Gaza y el sur de Israel (de los 559 muertos palestinos, 443 son personas civiles; en Israel se registraron 28 fallecidos). El hospital de Al Qqsa (en Deir El Balh) fue bombardeado cuatro veces, con graves daños.

---

4 Bernard, Vicent, «Editorial», *cit.* pág. 5.

5 Durante la redacción de este estudio un paciente asesinó (11 de septiembre de 2017) a la cooperante española Lorena Enebral Pérez, fisioterapeuta que desarrollaba su labor humanitaria en el Centro de Ortopedia del Comité Internacional de la Cruz Roja en Mazar-e-Sharif (Afganistán).

6 Terry, Fiona, «Violence against health care: insights from Afghanistan, Somalia, and Democratic Republic of the Congo», en *International Review of the Red Cross*, number 889, *op. cit.* pp. 23 y ss.

7 Pavignani Enrico, Michael Marcus, Murru Maurizio, Beesley Mark E. y Hill Peter S. «Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country cases studies», en *International Review of the Red Cross*, number 889, *op. cit.* pp. 41 y ss.

8 Informe de situación de 23 de julio de 2014. Cruz Roja Española.

Es bien conocido el ataque por la fuerza aérea de Estados Unidos al hospital de Médicos sin Fronteras en Kunduz («Kunduz Trauma Center» de Afganistán), ocurrido el 3 de octubre de 2015, que causó 42 muertos y la destrucción del hospital. Según la investigación estadounidense sus fuerzas supusieron erróneamente que «todos los civiles habían huido y solo los talibanes permanecían en la ciudad». Médicos sin Fronteras, después de destacar que se han producido 77 ataques en 2016 contra instalaciones médicas en Siria y Yemen (a los 5 meses de la Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas), invoca la ética médica para asistir a todas las partes en el conflicto y concluye que una guerra sin límites conduce a un campo de batalla sin médicos<sup>9</sup>. Por otra parte, Médicos sin Fronteras hizo pública su investigación interna inicial, y posteriormente revisada, sobre el ataque a Kunduz<sup>10</sup> y solicitó una investigación independiente a la Comisión Internacional Humanitaria de Encuesta, constituida de conformidad con el artículo 90 del Protocolo I de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) se unió a la propuesta de rendición de cuentas, para que la Comisión Internacional Humanitaria de Encuesta inicie tal investigación, que sería complementaria de las que han llevado a cabo Estados Unidos de América (finalizó con sanciones disciplinarias y reconocimiento de indemnizaciones), la OTAN y Afganistán.

Según la Organización Mundial de la Salud, en Siria<sup>11</sup> no pueden funcionar casi el 60% de los centros de salud, en un país donde 25.000 personas resultan heridas cada mes. En 2014 se produjeron 93 ataques, que aumentaron a 130 en 2015 y fueron 120 en 2016. En 2016 fue atacado el hospital de Deir al Zor, con 20 muertos. En abril de 2016 fue bombardeado y completamente destruido con 27 muertos, el Hospital Al Quds de Alepo<sup>12</sup> en el norte de Siria, apoyado por el CIRC y Médicos sin Fronteras.

En la actualidad, comenzando por Afganistán<sup>13</sup>, en Kabul (8 marzo 2017) fue perpetrado un ataque al hospital *Sardar Mohammad daud Khan* con 49 muertos y casi un centenar de heridos. Este mismo año (2017) un ataque a un convoy humanitario del CICR en Afganistán causó seis muertos y dos desaparecidos. También en 2017 fueron asesinados delegados del CICR en Nigeria. En Yemen<sup>14</sup>, desde marzo de 2015 (comienzo del conflicto) hasta marzo de 2017, se produjeron 160 ataques contra

---

9 Ver [www.msf.org/en/article/one-year-after-kunduz-battlefields-without-doctors-wars-without-limits](http://www.msf.org/en/article/one-year-after-kunduz-battlefields-without-doctors-wars-without-limits).

10 [www.msf.org/sites/msf.org/files/msf\\_kunduz\\_review\\_041115\\_for\\_public\\_release](http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_kunduz_review_041115_for_public_release).

11 Raciti, Irene, «Asistencia de salud. Pasar a la Acción», *op. cit.*

12 «El ataque al hospital de Alepo es una llamada de alerta para Naciones Unidas», artículo de Joanne Liu (Médicos sin Fronteras) y Peter Maurer (CICR), publicado originalmente en The Guardian. Ver también, Comunicado de Prensa del CICR de 28 de abril de 2016.

13 Raciti, Irene, «Asistencia de ...», *op. cit.*

14 Raciti, Irene, «Asistencia de ...», *op. cit.*

instalaciones de salud con una media de 20 muertos diarios. La obstrucción a las ambulancias es práctica diaria en los conflictos de Sudán del Sur, Gaza y Ucrania.

Irene Raciti<sup>15</sup> se pregunta qué clase de violencia se produce en el ámbito de la asistencia de salud en los actuales conflictos armados, respondiendo que se perpetra contra los heridos y enfermos, contra el personal de salud, contra los transportes sanitarios y contra los centros de salud. Añadiendo que los estudios del CICR han demostrado que se trata de un fenómeno complejo que comprende ataques directos contra el personal de salud y las instalaciones, obstrucción del transporte sanitario, ataques contra las ambulancias, retrasos en los puestos de control, discriminación de pacientes, utilización de armas explosivas en la proximidad de los hospitales, ocupación o uso abusivo de la estructura de salud, robo de medicamentos, detención de pacientes contra la opinión médica y agresión al personal de salud. . En definitiva inseguridad general que afecta al acceso a la salud.

## La protección de la asistencia sanitaria por el Derecho Internacional Humanitario

### *Antecedentes históricos: El nacimiento de la Cruz Roja*

El Derecho Internacional Humanitario<sup>16</sup> (en lo sucesivo DIH) va dirigido a la protección de las víctimas de los conflictos armados<sup>17</sup>, es decir, a la protección de los heridos, enfermos, náufragos, prisioneros de guerra, población civil, pero también y desde sus orígenes al personal sanitario y a los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil. Nace con el Convenio de Ginebra de 1864 y, en la actualidad, se concreta en los cuatro convenios de Ginebra de 1949 y en sus tres Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra.

En 1862 publica el ginebrino Henry DUNANT su «Recuerdo de Solferino», relatando los horrores vividos en el campo de Solferino (Lombardía, 1859) y nació en

---

15 Raciti, Irene, «Asistencia de ...», *op. cit.*

16 Pérez González, Manuel, «El Derecho Internacional Humanitario frente a la violencia bélica: una apuesta por la humanidad en situaciones de conflicto», en *Derecho Internacional Humanitario*, Tirant y Cruz Roja, Valencia, 2017, pp. 25 y ss.

17 Gutiérrez Espada, Cesareo y Cervell Hortal, María José han destacado que «crece la importancia, minuto a minuto, del Derecho Internacional Humanitario». En la obra *El Derecho Internacional en la encrucijada. Curso de Derecho Internacional Público*, Ed. Trotta, Madrid, 2008, p. 627.

1863 el «Comité de los Cinco» origen del Comité Internacional de la Cruz Roja<sup>18</sup>. La consecuencia fue la convocatoria por el Gobierno suizo de la Conferencia Diplomática de 1864, que concluyó con la firma del Convenio de Ginebra del 22 de Agosto de 1864, para el mejoramiento de la suerte de los militares heridos de los ejércitos en campaña.

Así pues la Cruz Roja y el DIH contemporáneo<sup>19</sup> nació en 1864 para proteger a los heridos y enfermos de las fuerzas armadas en campaña. Y en aquel primer Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864, para «aliviar la suerte que corren los militares heridos de los ejércitos en campaña», ya se hacía referencia a la obligación de respetar y proteger al personal sanitario y humanitario, que participa del estatuto de neutralidad (artículo 2), que les concedía esta norma internacional mientras estén ejerciendo sus funciones. Y si caían en poder de la parte adversaria quedarían exentos de captura, permitiéndole el regreso a su ejército. Esta similar protección durante los conflictos armados se reiteró en el Convenio de Ginebra de 1906, así como en el X Convenio de La Haya de 1907 sobre ampliación a la guerra marítima de los principios del Convenio de Ginebra.

Antes de la Segunda Guerra Mundial se aprueban, dentro del DIH, los Convenios de Ginebra de 27 de julio de 1929, para aliviar la suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña y el relativo al trato de los prisioneros de guerra.

### *Fuentes normativas*

La característica más importante del periodo que siguió a la Segunda Guerra Mundial, en cuanto a la regulación de los conflictos armados, fue el gran desarrollo alcanzado por el DIH, llamado también «Derecho de Ginebra». En efecto, el 12 de agosto de 1949 se firmaron en Ginebra<sup>20</sup> los cuatro Convenios básicos del moderno DIH:

I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña. II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que

18 Bugnion, François, *Le Comité International de la Croix-Rouge et la protection des victimes de la guerre*, Comité International de la Croix-Rouge, Ginebra, 1986 y 1994, Oxford, 2003.

19 C. Gutiérrez Espada y M. J. Cervell Hortal han resaltado que los resultados más descollantes de la codificación del Derecho Internacional son las normas relativas al modo de hacer la guerra *ius in bello*. En la obra *El Derecho Internacional en la encrucijada. Curso de Derecho Internacional Público*, ob. Cit. Pp. 241, 395 y 396.

20 Otero Solana, Vicente, «La protección del medio sanitario en los conflictos armados», en *Derecho Internacional Humanitario*, Op. cit. pp. 647-686. Del mismo autor, *La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados*, M. Defensa, Madrid 2003.

corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en la mar. III Convenio de Ginebra, relativo al trato debido a los prisioneros de guerra. IV Convenio de Ginebra, relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra.

Los cuatro Convenios han sido ratificados universalmente, es decir por todos los Estados que integran la Comunidad Internacional, hasta el punto de que son Parte 196 Estados.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Resolución 2.444 del año 1968 (en ocasión del vigésimo aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos), sobre el respeto de los derechos humanos en los conflictos armados, donde se afirman los principios fundamentales (limitación de medios y modos de la acción hostil, protección de la población civil y principio de distinción) del DIH.

Como culminación de este proceso de afirmación del DIH y fruto de la Conferencia Diplomática celebrada en Ginebra desde 1974 a 1977, se aprobaron dos Protocolos Adicionales a los de Ginebra de 12 de agosto de 1949. El Protocolo I de 1977 relativo a la protección de la víctimas de los conflictos armados internacionales y el Protocolo II referente a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional. Ambos tienen fecha del 8 de junio de 1977 y han sido ratificados por España. Los Protocolos, verdadera norma internacional para los Estados Partes (a pesar de su modesta denominación), no pretenden sustituir ni modificar, sino ampliar y complementar los básicos Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949. El Protocolo I ha sido ratificado por 174 Estados y el Protocolo II por 168. Han aceptado la competencia de la Comisión Internacional de Encuesta 76 Estados, entre ellos España.

El 8 de diciembre de 2005 se aprobó el Protocolo III, Adicional a los Convenios de Ginebra, sobre el uso del tercer emblema (Cristal rojo), ratificado por 73 Estados, entre ellos España.

### *Ámbito de aplicación*

A diferencia de las normas generales del Derecho Internacional, las reglas de DIH regulan una situación especial, la de conflicto armado, por lo que es determinante su ámbito de aplicación ya que únicamente rigen cuando se producen los presupuestos previstos en las mismas normas internacionales humanitarias. Se trata, en definitiva, de leyes temporales y, en cierto modo, excepcionales, pues su aplicación supone la regulación por el Derecho Internacional de un nuevo orden jurídico<sup>21</sup> diferente al

---

21 Vid. Greenwood, Ch. «Scope of Application of Humanitarian Law», en Dieter Fleck (Ed.), *Handbook of Humanitarian Law in Armed Conflicts*, Oxford University Press, 1995, pp. 3 Fernández

ordenamiento jurídico de los tiempos de paz o normalidad. Y ello tanto en el Derecho interno de los Estados (estados excepcionales de guerra, ley marcial o sitio) como en el internacional. Sin duda para las relaciones entre quienes son Partes en un conflicto armado, pero también para los Estados neutrales y para quienes participan en una Misión u Operación de Paz de las Naciones Unidas.

Por otra parte, como han puesto de manifiesto Kalshoven y Zegveld<sup>22</sup>, es notable la evolución histórica del DIH en la determinación del ámbito de aplicación de sus normas. En los Convenios de La Haya de 1899 y de 1907 (artículo 2) sus disposiciones solo obligaban a las Potencias Contratantes *en caso de guerra entre dos o más de ellas* y, por tanto, dejaban de regir cuando interviniera en la guerra un Estado no parte (Cláusula *si omnes*, ya superada por el moderno DIH). Pero, además, la noción de guerra que delimita el ámbito material de aplicación de los Convenios de La Haya se refiere evidentemente a un conflicto armado entre Estados, con exclusión de las guerras civiles o internas.

Un paso decisivo fue la aprobación (con ratificación hoy universal) de los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Su artículo 2 común extiende su ámbito a los casos de guerra declarada o conflicto armado entre dos o varias Partes Contratantes, aunque una de ellas no haya reconocido el estado de guerra y a los supuestos de ocupación. Asimismo, el artículo 3 común, se aplica a los conflictos armados que no sean de índole internacional y que surjan en el territorio de una de las Partes Contratantes<sup>23</sup>. Es decir, a los conflictos armados no internacionales o internos<sup>24</sup>, regulados también por el Protocolo II de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra de 1949.

Se completa el proceso con la regulación contenida en el artículo 1.4 del Protocolo I de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra (en lo sucesivo, Protocolo I), que amplía la aplicación de las normas reguladoras del conflicto armado internacional a situaciones tales como los conflictos armados en que los pueblos luchan contra la dominación colonial y la ocupación extranjera y contra los regímenes racistas, en el ejercicio del derecho de los pueblos a la libre determinación.

---

Flores y de Funes, J. L. El Derecho de los conflictos armados. De iure belli. El Derecho de la Guerra. El Derecho Internacional Humanitario. El Derecho Humanitario Bélico, Ministerio de Defensa, Madrid, 2001, pp. 363 y 364.

22 Kalshoven, F y Zegveld, L. Restricciones en la conducción de la guerra. Introducción al Derecho Internacional Humanitario, Comité Internacional de la Cruz Roja, 2001, p. 44.

23 Suarez Leoz, David, «Conflictos armados sin carácter internacional y Derecho Internacional Humanitario: Normativa aplicable», en *Derecho Internacional Humanitario*, *op. cit.* pp. 971-992.

24 Müller, Amrei, «States obligations to mitigate the direct and indirect health consequences of non-international armed conflicts», en *International Review of the Red Cross*, number 889, *cit.* pp. 129 y ss.

No han faltado problemas en la delimitación del ámbito de aplicación de las normas humanitarias, particularmente en los conflictos internos, en la lucha contra el terrorismo o en los supuestos de anexión de un territorio por una Parte en el conflicto. Hans-Peter Gasser<sup>25</sup> se pregunta sobre la aplicación del DIH en el caso de que un Estado decida que le pertenece (anexión) un territorio recientemente conquistado por las armas o en el supuesto de que las fuerzas armadas de tal Estado ocupen militarmente el territorio de otro Estado y coloquen en el poder a un Gobierno *fantoche*, que declara amistosa la presencia de las tropas. Los movimientos de resistencia que surjan en tales territorios proclamarán la legitimidad de su lucha contra el ocupante extranjero y podrán invocar la aplicación de las normas de DIH.

Las dificultades provienen del hecho de que la calificación del conflicto (internacional, interno o disturbio interior) se ha dejado a la discreción de una de las partes, justamente la Parte Estatal del conflicto. Y así, salvo el caso de una decisión del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, las reglas objetivas de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales son interpretadas de forma abusiva por los Estados para no reconocer a la otra Parte en el conflicto y negar la aplicación de las normas humanitarias básicas. Naturalmente, siempre quedará la posibilidad lejana de un pronunciamiento judicial de los Tribunales Internacionales, particularmente del Tribunal Internacional de Justicia o de los Tribunales Penales Internacionales.

Una extensión reciente del ámbito de aplicación del DIH se produce en el contexto de las Operaciones de Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas, puesto que las Fuerzas Armadas que los Estados aportan para el cumplimiento de estas Misiones de Paz están obligadas a respetar los principios y normas humanitarias.

### *Personas protegidas*

Las normas de DIH no otorgan idéntica protección específica a todas las personas que sufren las consecuencias de un conflicto armado, sino que se refieren a las víctimas de la guerra que se conocen como *personas protegidas*. Pero también es cierto que la evolución convencional y jurisprudencial de estos últimos años se ha caracterizado por una decidida ampliación de la noción de *víctimas*, hasta el punto de haberse acuñado el concepto de *protección residual*, para aplicar un elenco de normas humanitarias mínimas (artículo 3 común a los Convenios de Ginebra y artículo 75 del Protocolo I) a las personas que estén en poder de una parte en conflicto y que no disfruten de un trato más favorable en virtud de los Convenios de Ginebra y del Protocolo I Adicional.

---

25 Gasser, Hans-Peter. *Le Droit International Humanitaire. Introduction*, Institut Henry Dunant, Haupt, 1993, p. 24.

Así pues, según Hans Peter Gasser<sup>26</sup>, se llama *persona protegida* a aquella que, según los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales, tiene derecho a una protección especial, es decir a un estatuto particularmente protegido. Cita este autor los grupos siguientes: los civiles o militares heridos, enfermos o náufragos, los prisioneros de guerra, las personas civiles en poder del adversario en su territorio y las personas civiles en territorio ocupado. Y precisa Françoise Bouchet-Saulnier<sup>27</sup> que el Derecho humanitario no crea derechos universales en beneficio de todos los individuos, sino que define categorías específicas de personas y les concede unos derechos y una protección específica, ya sea porque están más expuestas a los riesgos del conflicto, o porque por naturaleza son más vulnerables. Añade que esta categorización conlleva riesgos para aquellos a quienes se niega la pertenencia a una u otra categoría de personas protegidas, pero existen garantías mínimas aplicables a todas las personas en tiempo de conflicto.

En definitiva, tomando como referencia la protección penal que reciben las *personas protegidas* y su definición en el Código Penal español (artículo 608)<sup>28</sup>, a la vista de lo dispuesto en los Convenios de Ginebra, sus Protocolos Adicionales y otros instrumentos de DIH, podemos establecer las siguientes categorías de *persona protegida*:

- 1º. Los heridos, enfermos o náufragos y el personal sanitario y religioso, protegidos por el I y II Convenio de Ginebra o su Protocolo I.
- 2º. Los prisioneros de guerra definidos y protegidos por el III Convenio de Ginebra o su Protocolo I.
- 3º. La población civil y las personas civiles protegidas por el IV Convenio de Ginebra o su Protocolo I.
- 4º. Las personas fuera de combate y el personal de la potencia protectora y su sustituto, protegidos por los Convenios de Ginebra y su Protocolo I.
- 5º. Los parlamentarios y las personas que los acompañan, protegidos por el Reglamento de las leyes y costumbres de la guerra terrestre, Anejo al II Convenio de La Haya de 29 de julio de 1899 (o al IV Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907).

26 Gasser, H-P, *Le Droit International*, *op. cit.* p. 26.

27 Bouchet-Saulnier, F. *Diccionario Práctico de Derecho Humanitario*, Península, Atalaya, Médicos sin fronteras, Barcelona, 2001, p. 516.

28 Vid Pignatelli Meca, Fernando, La sanción de los crímenes de guerra en el derecho español, Ministerio de Defensa, 2003, pp. 227-277. Del mismo autor, «Protección de las víctimas de la guerra en el ordenamiento penal español», en *Derecho Internacional Humanitario*, *op. cit.* pp. 1145-1230. Rodríguez-Villasante y Prieto, J. L. «La reforma del Código penal español por Ley Orgánica 15/2003: Un paso al frente en la «criminalización de la barbarie», en *Revista Española de Derecho Militar*, n.º 82, julio-diciembre de 2003, pp. 209 y 210.

- 6º. El personal de las Naciones Unidas y personal asociado, protegidos por el Convenio de Nueva York de 9 de diciembre de 1994.
- 7º. Quienes tuvieren la condición de *persona protegida* en virtud del Protocolo II de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra.

Hay que destacar que, aunque la definición de *personas protegidas* se refiere fundamentalmente a los conflictos armados internacionales, también puede aplicarse a los conflictos armados internos donde, sin delimitar categorías específicas ni utilizar este término, se distingue entre las «*personas que no participen directamente en las hostilidades, incluidos los miembros de las fuerzas armadas que hayan depuesto las armas y las personas puestas fuera de combate por enfermedad, herida, detención o por cualquier otra causa*» (artículo 3 común a los Convenios de Ginebra), y quienes participan en la lucha armada.

Y, además, el Protocolo II Adicional protege de forma específica a todas las personas que no participen directamente en las hostilidades, o que hayan dejado de participar en ellas, estén o no privadas de libertad, a los niños, a las personas privadas de libertad por motivos relacionados con el conflicto armado, ya estén internadas o detenidas, a los heridos, enfermos y náufragos, hayan o no tomado parte en el conflicto armado, al personal sanitario y religioso, a la misión médica, a la población civil y a las personas civiles.

En cuanto a la protección general de la misión médica en las situaciones de conflicto armado, particularmente en lo que se refiere a su inmunidad (nadie podrá ser castigado por haber ejercido una actividad médica conforme a la deontología), confidencialidad y el derecho a no delación, hay que tener en cuenta la Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 18 de noviembre de 2004, en el caso de María Teresa de la Cruz Flores contra la República del Perú, que declara la violación de los principios de legalidad e irretroactividad en perjuicio de la víctima<sup>29</sup>.

---

29 Pérez González, Manuel, «El acto médico a la luz del Derecho internacional humanitario: Una valoración jurídica», en *El Derecho Internacional: normas, hechos y valores. Liber amicorum* José Antonio Pastor Ridruejo, Servicio Publicaciones Facultad de Derecho Universidad Complutense de Madrid, 2005.

## La respuesta de la Comunidad Internacional ante los ataques contra la misión médica

### *La posición del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otras organizaciones sanitarias*

La asistencia de salud en peligro (Health Care in Danger).

Por lo que se refiere a la protección de los heridos, enfermos y náufragos, de la misión médica y del personal, medios y transportes sanitarios en caso de conflicto armado, la XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Ginebra 8-10 diciembre de 2015) aprobó por unanimidad (con el voto favorable del Reino de España y de la Cruz Roja Española) una Resolución denominada «Asistencia de salud en peligro (Health Care in Danger): Seguir protegiendo juntos la prestación de la asistencia de salud» en la que, después de expresar su profunda preocupación por los ataques contra el personal y las instalaciones de salud, exhorta a los Estados a asegurar que sus fuerzas armadas y fuerzas de seguridad se esfuercen o, si procede, prosigan los esfuerzos por integrar medidas prácticas para la protección de los heridos y los enfermos y de los servicios de asistencia de salud en la planificación y la conducción de sus operaciones. Además exhorta a los Estados a seguir utilizando las herramientas de formación existentes o sustentarlas o, cuando proceda, a elaborar herramientas nuevas para fortalecer la comprensión por el personal de salud de los derechos y responsabilidades que le incumben en virtud del derecho aplicable y sus códigos de ética profesional.

En el marco de esta Resolución, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Asociación Médica Mundial (AMM), el Comité internacional de Medicina Militar (CIMM), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Federación Farmacéutica Internacional (FFI), acordaron elaborar los «Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia».

Por otra parte, el Comité Internacional de la Cruz Roja, el Comité internacional de Medicina Militar y la Organización Mundial de la Salud, entre otras instituciones internacionales, suscribieron una declaración (3 de noviembre de 2015) instando a las Fuerzas Armadas de los Estados «a revisar las normas de enfrentamiento y las prácticas y procedimientos operacionales a fin de garantizar que incorporen las recomendaciones y medidas para la protección de la prestación de la asistencia de salud, y que el personal militar reciba la debida formación al respecto.

El personal de salud (Carta abierta del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de 3 de mayo de 2016) está presente en zonas de conflicto

para atender a los heridos y los enfermos, solo sobre la base de las necesidades de estos e independientemente de su filiación. Son profesionales abnegados que tienen una importante función en relación con el respeto del principio de humanidad en la guerra.

La promesa del Reino de España en el XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de La Media Luna Roja (Ginebra 2015).

Como consecuencia de la citada Resolución «Asistencia de salud en peligro» aprobada por unanimidad en la XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Unión Europea (y, concretamente, el Reino de España y la Cruz Roja Española de modo expreso) formularon una promesa con el siguiente texto:

*«Apoyar la formación de las fuerzas armadas y de seguridad sobre las normas que protegen la prestación de asistencia de salud y las sanciones aplicables, así como los derechos y responsabilidades de todo el personal de atención médica, incluyendo los principios éticos».*

*«Apoyar las actividades de sensibilización y fomento de la confianza para garantizar el respeto de la misión médica y los emblemas de la Cruz Roja y la Media Luna Roja o de otro tipo de identificación para la asistencia de salud».*

*«Ayudar a los Estados pertinentes y los actores no estatales que apliquen o refuercen las medidas específicas para cada contexto para mejorar la seguridad física del personal de salud y la infraestructura».*

### ***El Derecho Interno del Reino de España***

El cumplimiento del deber de incriminar las violaciones del DIH que protege la asistencia de salud en los conflictos armados.

El Reino de España ha sido pionero en el cumplimiento del deber (establecido en los Convenios de Ginebra de 1949 y su Protocolo I) de tipificar y castigar con adecuadas sanciones penales<sup>30</sup> las acciones u omisiones que constituyen infracciones de la protección debida al personal, medios y transportes sanitarios en tiempo de conflicto armado.

Así el artículo 608-1º del Código Penal considera personas protegidas a los heridos, enfermos o náufragos y al personal sanitario y religioso, protegidos por el I y II Convenios de Ginebra de 1949 y por el Protocolo I. Este mismo artículo en su apartado 6º protege al personal de Naciones Unidas y personal asociado, entre el que se

---

<sup>30</sup> Pignatelli Meca, Fernando, «Protección de las víctimas de la guerra en el ordenamiento penal español», en *Derecho Internacional Humanitario*, op. cit. p. 1146.

encuentra el personal sanitario en las misiones de mantenimiento de la paz. Finalmente el apartado 7º incluye en la protección al personal sanitario en los conflictos armados no internacionales (Protocolo II Adicional de 1977).

El artículo 609 del Código Penal castiga a quien, con ocasión de un conflicto armado, maltrate de obra o ponga en grave peligro la vida, la salud o la integridad de cualquier persona protegida (heridos, enfermos, náufragos o personal sanitario).

El artículo 612, apartado 1º, castiga a quien viole a sabiendas la protección debida a hospitales, instalaciones, material, unidades y medios de transporte sanitario, zonas y localidades sanitarias y de seguridad, dadas a conocer por los signos o señales distintivos apropiados. El apartado 2º de dicho artículo sanciona a quien ejerza violencia sobre el personal sanitario o religioso o integrante de la misión médica, o de las sociedades de socorro o contra el personal habilitado para usar los signos o señales distintivos de los Convenios de Ginebra, de conformidad con el derecho internacional.

El apartado 4º del artículo 612 castiga a quien use indebidamente los signos protectores o distintivos, emblemas o señales establecidos y reconocidos en los Tratados internacionales en los que España fuere parte, especialmente los signos distintivos de la Cruz Roja, de la Media Luna Roja y Cristal Rojo.

Como tipo residual, el artículo 614 del Código Penal sanciona al que, con ocasión de un conflicto armado, realice u ordene realizar cualesquiera otras infracciones o actos contrarios a las prescripciones de los Tratados internacionales en los que España fuere parte y relativos a la protección de los heridos, enfermos y náufragos.

En el artículo 6.3 de la Ley Orgánica 8/2014, de 4 de diciembre, de Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas, se castiga como falta leve la inexactitud en el cumplimiento de los deberes impuestos por el derecho internacional aplicable en conflictos armados y en el artículo 8.10 se sanciona como falta muy grave la inobservancia por imprudencia grave de los deberes establecidos por el derecho internacional aplicable en conflictos armados.

Finalmente el artículo 9.2.a) de la Ley Orgánica 14/2015, de 14 de octubre, del Código Penal Militar dispone que son delitos militares cualesquiera otras acciones u omisiones cometidas por un militar y tipificadas en el Código Penal como delitos contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, entre los que se encuentran los antes citados artículos 608, 609, 612 y 614 del Código Penal.

Se puede, en consecuencia, concluir que el Reino de España ha establecido en su legislación penal (común y militar) y disciplinaria militar los preceptos pertinentes para que quienes ataquen o impidan la prestación de asistencia de salud rindan cuenta de sus actos y comparezcan ante la justicia.

## El deber de difundir el DIH

En el sistema de eficacia, para el cumplimiento de las normas universalmente aceptadas del DIH (en particular los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales, el DIH Consuetudinario y las reglas sobre conducción de las hostilidades), destaca el deber de difusión de sus normas como obligación de los Estados Partes en los instrumentos internacionales humanitarios, entre ellos el Reino de España.

Quizás porque no se cumple este deber de forma adecuada, el grado de respeto por el DIH es muy deficiente en los conflictos armados actuales. En el Informe del Secretario General de las Naciones Unidas al Consejo de Seguridad de 18 de junio de 2015, se advierte que la mayoría de los conflictos armados actuales se caracterizan por niveles estremecedores de brutalidad y se da muerte y se mutila a personas civiles en ataques selectivos o indiscriminados. Asimismo se denuncian los ataques deliberados contra hospitales y trabajadores humanitarios, la violación de las normas más elementales del DIH y la impunidad de estas graves infracciones.

El artículo 47 del I Convenio de Ginebra de 1949, para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de las Fuerzas Armadas en campaña, así como el artículo 48 del II Convenio de Ginebra de 1949, para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en la mar, ambos ratificados por el Reino de España, disponen que las Altas Partes contratantes se comprometen a difundir lo más ampliamente posible, en tiempo de paz y en tiempo de guerra, el texto de los presentes Convenios en sus países respectivos y especialmente a incorporar su estudio a los programas de instrucción militar y, si es posible, también civil, de modo que sus principios sean conocidos del conjunto de la población, especialmente de las fuerzas armadas combatientes, del personal sanitario y de los capellanes. Este deber de difusión es reiterado por el artículo 83 del Protocolo I, que añade en su párrafo 2 que las autoridades militares y civiles que, en tiempo de conflicto armado, asuman responsabilidades en cuanto a la aplicación de los Convenios y este Protocolo deberán estar plenamente al corriente de su texto.

En las normas internas de las Fuerzas Armadas del Reino de España, como la Publicación ORT-004 del Mando de Adiestramiento y Doctrina del Ejército de Tierra (entrada en vigor: 1-II-2007), Orientaciones «El Derecho de los Conflictos Armados», Tomo I, se dedica el Capítulo 9 a «Los aspectos sanitarios en el Derecho de los Conflictos Armados» (19 páginas).

## Las competencias de la Comisión Española de Derecho Internacional Humanitario

Por Real Decreto 1513/2007, de 16 de noviembre, se crea y regula la Comisión Española de DIH, como órgano asesor del Gobierno en materia de Derecho Internacional Humanitario, que desempeñará también funciones de coordinación en éste ámbito (art. 1). Entre sus competencias figuran las de:

- Asesorar en la preparación de la participación y definición de la posición española en las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y su seguimiento (art. 2.1. b).
- Asesorar acerca de la difusión y la formación en DIH de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad...profesiones jurídicas y médicas, Universidades y Centros de Enseñanza (art. 2.1.e).

Entre otras autoridades, forman parte de la Comisión, que preside el Ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación, el Secretario General de Política de Defensa (que ejercerá la Vicepresidencia Segunda), el Director General de Reclutamiento y Enseñanza Militar del Ministerio de Defensa, el Asesor Jurídico General del Ministerio de Defensa, dos representantes de la Cruz Roja Española y cuatro expertos en DIH.

Dentro de la Comisión Española de DIH se ha constituido un Grupo de Trabajo (conforme al art. 5 del citado Real Decreto 1513/2007) que, presidido por el Director General de Reclutamiento y Enseñanza Militar, se ocupa de la difusión del DIH. Asimismo, se ha constituido otro Grupo de Trabajo que, presidido por el Jefe de la Asesoría Jurídica del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación se ha dedicado a la preparación y seguimiento de la XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Ginebra, 8-10 de diciembre de 2015). La competencia de este Grupo de Trabajo comprende el seguimiento de las Resoluciones y Promesas formuladas en la mencionada XXXII Conferencia Internacional.

### *La Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas*

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en su sesión 7685<sup>o</sup> celebrada el día 3 de mayo de 2016 y a propuesta del Reino de España, Japón, Nueva Zelanda, Egipto y Uruguay, aprobó la Resolución 2286 (2016), sobre los actos de violencia, ataques o amenazas a los heridos y enfermos, el personal sanitario y humanitario, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos sanitarios, en los conflictos armados.

El Consejo, después de recordar las normas de DIH, condenar enérgicamente la impunidad de las citadas violaciones y abusos, asegurar la rendición de cuentas y reafirmar la responsabilidad primordial de los Estados, subraya la importancia de la educación y formación en materia de DIH, exhorta a los Estados a que velen porque sus Fuerzas Armadas

y Fuerzas de Seguridad se esfuercen por integrar medidas prácticas de protección de los heridos y enfermos y servicios médicos en la planificación y la realización de sus operaciones, así como de asegurar un entorno seguro que permita la prestación de asistencia médica en las Operaciones de Mantenimiento de la Paz.

Así, en la Parte dispositiva (apartado 5) de la Resolución, el Consejo *«Subraya la importante función que pueden desempeñar la educación y la formación en materia de derecho internacional humanitario para apoyar los esfuerzos por detener y prevenir los actos de violencia, los ataques y amenazas contra los heridos y enfermos, el personal sanitario y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos sanitarios».*

En el apartado 6 de la citada Parte dispositiva, el Consejo *«Exhorta a los Estados a que velen por que sus fuerzas armadas y fuerzas de seguridad, dentro de sus respectivas competencias en virtud del derecho interno, se esfuercen o, según proceda, sigan esforzándose por integrar medidas prácticas de protección de los heridos y enfermos y servicios médicos en la planificación y la realización de sus operaciones».*

Finalmente, en el apartado 10 de la Parte dispositiva de la Resolución, el Consejo *«Expresa su intención de asegurar que los mandatos de las correspondientes operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas puedan, cuando proceda y caso por caso, contribuir a lograr un entorno seguro que permita la prestación de asistencia médica, de conformidad con los principios humanitarios.* Conforme al artículo 25 de la Carta de las Naciones Unidas (San Francisco, 26 de junio de 1945), los Miembros de las Naciones Unidas convienen en aceptar y cumplir las decisiones del Consejo de Seguridad de acuerdo con esta Carta.

Els Debuf ha estudiado doctrinalmente y con acierto en un informe los Mecanismos de Evaluación para la investigación de ataques contra la asistencia de salud, con el fin de poner en práctica la Resolución 2286 (2016) y las Recomendaciones del Secretario General de las Naciones Unidas (Evaluating Mechanisms for Investigating Attacks on Healthcare, IPI, 2017)<sup>31</sup>.

### **Recomendaciones del Secretario General de las Naciones Unidas en desarrollo del párrafo 13 de la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad**

En fecha 18 de agosto de 2016 (S/2016/722), el Secretario General de las Naciones Unidas presentó, de acuerdo con el párrafo 13 de la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad, unas Recomendaciones sobre las medidas para prevenir los actos de violencia, los ataques y las amenazas contra los heridos y enfermos, el personal

---

<sup>31</sup> Puede descargarse en: [Attps: www.ipnst.org/wp-content/uploads/2017/12/1712\\_Attacks-on-Healthcare-final.pdf](https://www.ipnst.org/wp-content/uploads/2017/12/1712_Attacks-on-Healthcare-final.pdf) Paginas 36 a 39

sanitario y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos sanitarios, y para asegurar una mayor rendición de cuentas y mejorar su protección.

Las recomendaciones fórmulas fueron las siguientes:

1. Adherirse a los tratados internacionales pertinentes.
2. Fortalecer los marcos legislativos nacionales.
3. Garantizar que el personal dedicado exclusivamente a misiones médicas pueda actuar de conformidad con la deontología, sin incurrir en sanciones o castigos por hacerlo.
4. Promover una cooperación constante, en particular los cambios de información, análisis y mejores prácticas entre todas las partes interesadas.
5. Fortalecer el papel de las operaciones de paz de las Naciones Unidas.
6. Utilizar los medios disponibles para ejercer influencia sobre las partes en un conflicto a fin de garantizar el respeto y prevenir las violaciones del derecho internacional relativo a la protección de la atención médica en los conflictos armados.
7. Promover la concienciación y el cumplimiento.
8. Presentar informes sobre la aplicación de la resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad.
9. Adoptar, examinar, revisar y aplicar medidas operacionales de prevención.
10. Contribuir a la recopilación y análisis periódicos de datos y a la información con detalles sobre los incidentes.
11. Garantizar la realización de investigaciones exhaustivas, rápidas, imparciales, independientes y eficaces de las violaciones graves del derecho internacional relacionadas con la protección de la atención médica en los conflictos armados.
12. Velar por que las personas sospechosas de haber cometido violaciones graves del derecho internacional relativo a la protección de la atención médica en los conflictos armados sean enjuiciadas.
13. Ofrecer reparaciones a las víctimas y asegurar el restablecimiento de los servicios esenciales.

En cuanto a la adopción, examen, revisión y aplicación de las medidas operacionales de prevención, se debe tener en cuenta la aportación del Comité Internacional de la Cruz Roja en el importante documento «Promoción de prácticas operacionales militares que mejoren la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios médicos», coordinado por Peter Varghese y Helem Durham<sup>32</sup>.

.....

32 [www.healthcareindanger.org](http://www.healthcareindanger.org). Comité Internacional de la Cruz Roja, [www.icrc.org](http://www.icrc.org), Para el

El 9 de agosto de 2017, el Presidente del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas formuló una Declaración<sup>33</sup> en nombre del Consejo, en relación con el examen del tema «Mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales», en cuyo documento –entre otras cuestiones- se expresaba: *El Consejo de Seguridad subraya también la necesidad de velar por la seguridad de las operaciones y el personal humanitario en los países afectados por conflictos. El Consejo de Seguridad exhorta a todas las partes a que respeten y protejan al personal y las instalaciones médicas, y a su equipo y medios de transporte.*

### ***La reacción del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de otras organizaciones sanitarias internacionales***

En la misma fecha (3 de mayo de 2016) en que se aprobó la citada Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, numerosas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (entre ellas, la Cruz Roja Española) y de la Media Luna Roja, así como «Magen David Adom in Israel» y otras organizaciones internacionales del ámbito sanitario, suscribieron una Carta Abierta a «Todos los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)» denominada «*Una firme determinación de acabar con la violencia contra la asistencia de salud*».

En dicho documento se da una señal de alarma: «*Numerosos trabajadores de la salud mueren o resultan heridos mientras atienden a hombres, mujeres y niños heridos o enfermos durante los conflictos armados. Es una cuestión de vida o muerte y por ello «se necesita una acción firme para acabar con la violencia contra los prestadores de asistencia de salud, los bombardeos de hospitales y la destrucción de ambulancias, hechos que impiden que comunidades enteras reciban servicios vitales*».

En consecuencia, se acoge con beneplácito la iniciativa del Consejo de Seguridad para adoptar una Resolución sobre el tema y se pide a todos los Estados Miembros de la ONU que apoyen incondicionalmente la Resolución 2286 (2016).

Después de reafirmar la pertinencia del DIH, se urge a los Estados a que adopten medidas específicas para la protección de la prestación de asistencia de salud. Los Gobiernos deben revisar y, de ser necesario, adoptar legislación interna para prevenir la violencia contra los pacientes, las instalaciones y el personal de la salud, y los medios de transporte sanitarios.

---

Informe ver, *Health Care in Danger (HCiD)* publications 02215, CICR, febrero de 2015.

33 Ver Naciones Unidas. Consejo de Seguridad, S/PRST/2017/14, de 9 de agosto de 2017.

Por otra parte, es esencial que quienes atacan o impiden la prestación de asistencia de salud rindan cuentas de sus actos y comparezcan ante la justicia.

Otra medida importante es revisar las reglas de enfrentamiento, la práctica operacional y los procedimientos militares para que las recomendaciones y medidas encaminadas a proteger la asistencia de salud sean incluidas en los documentos correspondientes y el personal militar reciba capacitación al respecto. Finalmente se insta a todos los Estados Miembros de la ONU a que respondan al llamamiento y se sumen a los Miembros del Consejo de Seguridad para afirmar su inquebrantable determinación de acabar con la violencia contra la asistencia de salud, puesto que «Hay y debe haber un lugar para la humanidad en tiempo de guerra».

## Los principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia

### *Presentación*

Vivienne Nathanson<sup>34</sup>, antes de plantear los dilemas éticos y retos que se presentan al personal sanitario en tiempo de conflicto armado, considera conveniente aportar una definición general de la ética médica (ética de la asistencia de salud) como un conjunto de principios aplicables por los trabajadores de la salud que establecen límites a la libertad de los profesionales de la asistencia de salud en su toma de decisiones.

En este apartado nos referiremos a los «Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia»<sup>35</sup> aprobado el 30 de junio de 2015 por el Comité Internacional de la Cruz Roja, (en el marco del proyecto de Asistencia de Salud en peligro: *Health Care in Danger, 2011*), en consultas con la Asociación Médica Mundial (AMM), El Comité Internacional de Medicina Militar (CIMM), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Federación Farmacéutica Internacional (FFI), persiguiendo y consiguiendo el objeto de que estas organizaciones alcanzaran un denominador común de tales principios éticos plasmado en este documento que recoge la doctrina vigente de tales organizaciones.

34 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime: the case for a better understanding». En *International Review of the Red Cross, Violence against Health Care, Number 889*, cit. pp. 189 y ss, en particular p. 190.

35 [www.icrc.org/es/document/principios-eticos-comunes-asistencia-salud-conflictos-otras-situaciones-violencia](http://www.icrc.org/es/document/principios-eticos-comunes-asistencia-salud-conflictos-otras-situaciones-violencia) Hay traducción al idioma español.

Anna Badía<sup>36</sup> nos informa detalladamente sobre las organizaciones autoras del texto (CICR, médicos, enfermeras y farmacéuticos, a los que hay que añadir la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina). Añade esta autora, acertadamente, que no se trata de un texto jurídicamente vinculante (naturaleza que corresponde a las normas de DIH y DD.HH.) sino un «código ético» que tiene carácter complementario. Para concluir que es una forma de llamar la atención frente a las prácticas recientes de escasa seguridad y, en cuanto al contenido, que no se evidencia ninguna novedad.

Es, en efecto, el sistema tradicionalmente seguido por el Comité Internacional de la Cruz Roja (en sus Guías o Códigos de Conducta) que no tienen valor normativo pero en su redacción se cuida de recoger o no apartarse del contenido jurídicamente vinculante de los Convenios de Ginebra, sus Protocolos Adicionales u otros instrumentos de DIH. Así el Documento de Montreaux, sobre las buenas prácticas de los Estados en relación con las empresas privadas militares y de seguridad en los conflictos armados<sup>37</sup>. Y la Guía para la interpretación de la noción de participación directa en las hostilidades, donde se advierte que refleja únicamente el punto de vista del CICR, por lo que no es en absoluto un texto normativo ni convencional, aunque trata de reflejar el DIH y no cambia su contenido<sup>38</sup>.

### **Objetivo, principios y normas**

Fruto del consenso alcanzado por el CICR y las tres organizaciones que suscriben estos principios es el objetivo común que comparten: Mejorar la seguridad de su personal y sus bienes (instalaciones y transportes) y prestar una asistencia médica imparcial y eficiente. La imparcialidad constituye uno de los principios fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja e incluye los conceptos de no discriminación y de proporcionalidad.

No podía faltar en estos principios una cita expresa del principio de humanidad, que parte de una ética de solidaridad humana y está indisolublemente unido a la irrenunciable meta de conseguir una paz justa y duradera. Dice el Principio de

---

36 Badia Martí, Anna, «Comentarios a los Principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflictos armados y otras situaciones de emergencia», *Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas*, Universitat de Barcelona, [www.bioeticayderecho.ub.edu](http://www.bioeticayderecho.ub.edu) -ISSN 1886-5887, pp. 125 y ss., en particular pp. 129 y 130, así como pp. 132 y 133.

37 Labori Iglesias, Mario, «Empresas militares y de seguridad privadas», en *Derecho Internacional Humanitario*, op. cit. pp. 205-219.

38 Rodríguez-Villasante y Prieto, José Luis, «Participación directa de las personas civiles en las hostilidades», en *Derecho Internacional Humanitario*, op. cit. p. 781

Humanidad: «*El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de la humanidad en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos*».

Otro principio sustancial es el imparcialidad, aplicable en este caso a la asistencia de salud que se debe prestar sin discriminación<sup>39</sup>.

Cita obligada en estos principios éticos es la referencia concreta a las normas del DIH (Convenios de Ginebra de 1949 y Protocolos Adicionales de 1977). Se echa de menos la mención del Protocolo III de 2005, omisión que se corrige en el apartado 12 que no se olvida del «cristal rojo» como emblema de protección. También en este apartado se alude al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, citando expresamente la Declaración Universal de Derechos Humanos (1946), y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

Al referirse Vivienne Nathanson<sup>40</sup> a estas consideraciones legales, afirma que los códigos éticos han adquirido un estatuto similar al derecho consuetudinario. No podemos compartir esta aseveración pues es evidente que el Derecho consuetudinario es fuente del Derecho Internacional (del mismo modo que el derecho convencional) y tiene una naturaleza distinta a la de los principios o códigos éticos, que carecen del carácter propio de un instrumento jurídicamente vinculante. Basta para ello confrontarlos con las 161 Normas de Derecho Internacional Humanitario Consuetudinario<sup>41</sup> del CICR.

Este apartado introductorio finaliza con una referencia a los principios de ética profesional adoptados por las asociaciones profesionales de asistencia de salud, con expresa cita del Reglamento en Tiempo de Conflicto Armado y otras situaciones de Violencia de la Asociación Médica Mundial (AMM). Como antecedentes cabría también hacer referencia a la Declaración de Ginebra, adoptada en Septiembre de 1948 de la Asociación Médica Mundial, que lleva adjunto el Código Internacional de *Ética Médica, aprobado en octubre de 1948*.

39 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 195 y 196.

40 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 198 y 199.

41 Henkaerst, J-M y Doswald-Beck, Louise, *Customary International Humanitarian Law, Vol. I. Rules*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005. Pp. 79, 86 y 102. Ver normas 25, 26 y 30.

## Principios generales

El principio general que inicia y preside este código de conducta sanitario se expresa diciendo que los principios éticos de la asistencia de salud no cambian en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. Son idénticos a los que se aplican en tiempo de paz. La doctrina ha recogido esta identidad, sin dejar de reconocer la existencia de principios éticos específicos para tiempo de conflicto armado y situaciones de violencia<sup>42</sup>. Acaso por esta identidad, Anna Badía<sup>43</sup> concluye que el contenido del código ético no evidencia ninguna novedad.

El segundo principio general declara que el personal de la salud deberá actuar, en todas las circunstancias (y es inevitable recordar que esta expresión «en todas las circunstancias» es la utilizada por el Artículo 1 común a los Convenios de Ginebra de 1949, para excluir la existencia de excepciones), de acuerdo con:

- Las normas pertinentes del Derecho internacional.

Y ello supone una excepción en la confidencialidad de la asistencia sanitaria, pues algunas normas nacionales obligan a declarar la atención en el caso de enfermedades transmisibles o en el ámbito de delitos graves que atenten contra la seguridad nacional.

- Los principios éticos de la asistencia de salud, y
- La conciencia del personal de salud.

Añade el principio que, al proporcionar al paciente la mejor asistencia de salud posible, los agentes de salud deberán tener en cuenta el uso equitativo de los recursos<sup>44</sup>.

Sin duda el principio fundamental es el recogido en el número tercero, pues determina la función primordial del personal de la salud, que no es otra que proteger la salud física y mental de las personas y aliviar el sufrimiento (*aliviar el sufrimiento de la humanidad*, es el contenido del principio de humanidad). Principio que cita a continuación para calificar la prestación de los cuidados médicos, al que se añade el respeto a la dignidad del paciente y se completa con el principio de no discriminación de ningún tipo (que recuerda el de imparcialidad). Estos tres principios se aplican en tiempo de paz o en tiempo de conflicto armado u otras situaciones de emergencia.

---

42 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 198 y 199 a 212.

43 Badía Martí, Anna, «Comentarios a los Principios éticos de la asistencia de salud...», *op. cit.* pp. 131 y 133.

44 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* p. 202.

El cuarto principio es una limitación específica para el personal de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. Parte de que este personal goza de privilegios y facilidades (la inmunidad del personal sanitario que garantiza el DIH) y declara que en ningún caso se utilizarán para fines diferentes<sup>45</sup> de las necesidades de la asistencia de salud, como los experimentos médicos.

Finalmente, el quinto principio enuncia en términos imperativos (cualesquiera que sean los argumentos aducidos, ...jamás..., en ninguna circunstancia) el deber del personal de salud de no aceptar los actos de tortura u otras formas de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Es evidente la referencia al Derecho Internacional de los Derechos Humanos y al DIH. Cautelarmente se dispone que tampoco están exentos de este deber en tiempo de conflicto armado u otras situaciones de emergencia<sup>46</sup>. Además se prohíbe expresamente que los agentes de salud se hallen presentes en tales actos o participen en su ejecución.

### *Relaciones con los pacientes*

Afirma Anna Badía<sup>47</sup> que los párrafos que se refieren a las «relaciones con el paciente» recogen los principios de la bioética: consentimiento informado del paciente, imparcialidad y no discriminación, confidencialidad y respeto a la intimidad del paciente.

En efecto, el principio sexto establece que el personal de la salud actuará en el mejor interés de sus pacientes (principio general) y, en todos los casos posibles, con su consentimiento explícito. Naturalmente hay excepciones<sup>48</sup>, como los casos en que no puede prestarse ese consentimiento por incapacidad del paciente, las barreras del idioma o el rechazo del tratamiento. Como este principio no está exento de dilemas para el personal sanitario, se dispone como norma general que si los agentes de salud experimentaran «conflictos de lealtad», su obligación fundamental, conforme a la ética, es hacia sus pacientes.

El séptimo principio es específico para los conflictos armados y otras situaciones de emergencia, resolviendo las situaciones de clasificación previas a la prioridad en la atención de los pacientes heridos o enfermos. Comienza expresando una obligación

---

45 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 206 y 207.

46 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 210, 211 y 212.

47 Badía Martí, Anna, «Comentarios a los Principios éticos de la asistencia de salud...», *op. cit.* p. 132.

48 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 202 y 203.

imperativa para el personal de la salud: prestar la atención médica inmediata y dispensar los cuidados necesarios, en la medida de sus posibilidades. Ahora bien, los agentes de salud no deben distinguir entre pacientes, de forma que se afirma el principio de no discriminación. Este principio encuentra su base normativa en la obligación prevista (I y II Convenios de Ginebra de 1949) de recoger y asistir a los heridos, enfermos y náufragos (tanto propios como de la parte adversa en un conflicto armado) sin otro criterio que el deontológico y profesional médico<sup>49</sup>. El principio determina como criterios a seguir para tomar las decisiones: las necesidades médicas y los recursos disponibles. Vivienne Nathanson<sup>50</sup> nos ilustra sobre las dificultades que presenta el *triage* (o proceso que permite la clasificación de pacientes según el orden prioritario para el tratamiento o asistencia) y los dilemas que presenta para los médicos militares en caso de conflicto armado.

El respeto al derecho de la confidencialidad de los pacientes se recoge en el principio octavo, que parte del reconocimiento general de este derecho. Pero existen algunas excepciones basadas también en la ética. En el código de conducta que comentamos se recogen el consentimiento del paciente o la existencia real e inminente de daños al paciente o a otras personas. Es clásica la obligación de comunicación a las autoridades sanitarias en el caso de enfermedades contagiosas por el peligro de propagación a otras personas. Pero las excepciones a la confidencialidad plantean las «obligaciones dobles» del personal sanitario, ante la existencia de normas de derecho interno que obligan a la denuncia del mismo hecho de la asistencia en el caso de delitos graves (terrorismo) o a la delación de combatientes enemigos en caso de conflicto armado. Fue el caso, ya analizado, de la sentencia<sup>51</sup> de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de María Teresa de la Cruz Flores (condenada por no denunciar el hecho) contra la República del Perú.

Aunque existe en las normas del DIH una cláusula de reserva de la legislación nacional (Art. 10. 3 y 4 del Protocolo II de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra), debemos concluir con el profesor Pérez González<sup>52</sup> que *No puede obligarse a ninguna persona que ejerza una actividad médica a dar a una autoridad información sobre los heridos y los enfermos por ella asistidos cuando dicha información pudiera ser perjudicial para éstos o para sus familiares*» (Principio de humanidad).

---

49 Otero Solana, Vicente, «La protección del medio sanitario en los conflictos armados», en *Derecho Internacional Humanitario*, *op. cit.* pp. 655-656.

50 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 199 a 200.

51 Pérez González, Manuel, «El acto médico a la luz del Derecho internacional humanitario...», *op. cit.*

52 Pérez González, Manuel, «El acto médico a la luz del Derecho internacional humanitario...», *op. cit.*

Vivienne Nathanson<sup>53</sup>, después de profundizar en las obligaciones dobles de los médicos, detalla en consulta formulada por los médicos militares del Reino Unido a la Asociación Médica Británica, las excepciones a la confidencialidad.

El apartado noveno consagra la garantía del respeto por el personal de salud a la intimidad de las personas heridas, enfermas y fallecidas, ya reconocido en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y en el DIH. Amplía este deber aludiendo a la prohibición de prestar servicios de asistencia de salud a los heridos y enfermos, sean civiles o militares, con fines políticos o de publicidad.

### *Protección del personal de salud*

El apartado décimo reproduce el principio general, propio del DIH, de protección de los protectores y se refiere al respeto universal («por todos») que se proclama en relación con el personal de salud, instalaciones (unidades) y transportes sanitarios, civiles o militares. Se garantiza, en concreto, la inmunidad del personal sanitario o agentes de salud, protegidos mientras llevan a cabo sus tareas y, además, se impone la obligación de proporcionarles un entorno de trabajo tan seguro como sea posible.

El acceso seguro a los pacientes y víctimas se contiene en el apartado undécimo, al disponer que no deberá obstaculizarse indebidamente el acceso seguro del personal de salud a los pacientes, a las instalaciones sanitarias y a los equipos médicos.

El artículo 23 del IV Convenio de Ginebra establece que los Estados Partes autorizarán el libre paso de todo envío de medicamentos y material sanitario, destinados exclusivamente a la población civil de la otra parte, aunque sea enemiga. El artículo 70 del Protocolo I de 1977, completa esta disposición<sup>54</sup> dirigida a la protección de todas las personas civiles, aunque no se encuentren en territorios ocupados.

Conforme al artículo 55 del IV Convenio de Ginebra, es deber de la potencia ocupante (en la medida de sus posibilidades) abastecer a la población civil de víveres y productos médicos, importándolos cuando sean insuficientes las existencias en el territorio ocupado.

La potencia ocupante, obligada por el DIH a aceptar las acciones de socorro a favor de la población civil (arts. 59 y 60 del IV Convenio de Ginebra), debe autorizar el libre paso de la ayuda humanitaria y garantizar su protección. Tendrá, en todo caso,

---

53 Nathanson, Vivienne, «Medical ethics in peacetime and wartime...», *op. cit.* pp. 204, 205 y 206.

54 Sandoz, Yves, (2001), «Comentario al artículo 70», en *Comentario del Protocolo de 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949*, CICR y Plaza y Janés, Bogotá, 2001, edición en español, pp. 1141 a 1162.

derecho a verificar los envíos, reglamentar su paso (itinerarios y horarios), pero no podrá denegar arbitrariamente el acceso humanitario.

Las consecuencias de la obstaculización arbitraria del acceso humanitario pueden tener alcance penal, constituyendo un crimen de guerra como establece el artículo 8.2.b) xxv del Estatuto de la Corte Penal Internacional. Conducta que ha sido tipificada como delito en numerosas legislaciones penales nacionales.

La Norma 55 del DIH Consuetudinario dispone: «*Las partes en conflicto permitirán y facilitarán, a reserva de su derecho de control, el paso rápido y sin trabas de toda la ayuda humanitaria destinada a las personas civiles necesitadas que tenga carácter imparcial y se preste sin distinción desfavorable alguna*»<sup>55</sup>.

Añade este código ético que tampoco se interpondrán obstáculos indebidos al acceso de los pacientes a las instalaciones sanitarias y al personal de la salud.

El apartado decimo segundo se refiere al valor identificativo y protector de los emblemas internacionalmente reconocidos: Cruz Roja, Media Luna Roja y Cristal Rojo, cuando tiene derecho a ellos el personal de salud.

El emblema de la Cruz Roja sobre fondo blanco fue adoptado en la Conferencia Internacional reunida en Ginebra entre el 26 y el 29 de octubre de 1863. La Conferencia Diplomática del año 1929 reconoció los símbolos de la Media Luna Roja y el León y el Sol Rojos (al que renunció Irán en 1980) como emblemas protectores, con las mismas connotaciones que la Cruz Roja.

El signo de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja puede tener dos significados, que determinan las circunstancias de su uso<sup>56</sup>.

- Uso protector y uso indicativo.

El carácter protector es su significación esencial en tiempo de conflicto armado, indica la protección que confieren los Convenios de Ginebra. Es utilizado por el personal (Servicio Sanitario militar, voluntarios de las Sociedades Nacionales y Delegados del Comité Internacional de Cruz Roja), las Unidades Sanitarias (Hospitales, puestos de socorro de campaña) o los medios de transporte sanitarios (ambulancias, buques hospitales o aeronaves sanitarias) protegidos por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales.

---

55 Henckarts J-M y Doswald-Beck, Louise, *Customary International Humanitarian Law*, op. cit. norma 55, p. 193-200.

56 Antón Ayllón, Manuel, Babé Romero, Mercedes y López Sánchez, Joaquín, «El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja», en *Derecho Internacional Humanitario*, op. cit. p. 271 y ss.

El carácter indicativo del emblema identifica que una persona o un objeto pertenece al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

La Conferencia Diplomática de 2005 aprobó el Protocolo Adicional III a los Convenios de Ginebra, relativo a la adopción de un signo distintivo adicional<sup>57</sup>. El nuevo emblema fue denominado «Cristal Rojo» en la XXIX Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Ginebra, 2006) está compuesto por un marco rojo cuadrado sobre fondo blanco, colocado sobre uno de sus vértices.

Finalmente, el apartado decimotercero establece que el personal de salud en ningún caso será castigado por ejercer su labor en cumplimiento de las normas jurídicas y éticas. Esta prohibición está recogida en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977. Debemos citar de nuevo la Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 2004, en el caso de María Teresa de la Cruz Flores contra la República del Perú<sup>58</sup> y el voto razonado del juez Sergio García Ramírez: resulta inadmisibile el *sancionar penalmente la conducta del médico que brinda la atención destinada a proteger la salud y la vida de otras personas, con independencia de las características de éstas, sus actividades y convicciones y el origen de sus lesiones o enfermedades.*

Las organizaciones firmantes, en el apartado decimocuarto, hacen suyos estos principios éticos y se comprometen a trabajar a favor de su promoción e implementación, así como en su difusión entre sus miembros.

---

57 Bugnion, François, *Croix rouge, croissant rouge, cristal rouge*, CICR, 2007, pp. 35 y ss.

58 Pérez González, Manuel, «El acto médico a la luz del Derecho internacional humanitario...», *op. cit.*



## Capítulo 2



## La normativa de protección del medio sanitario en los conflictos armados

*Vicente Otero Solana*

### **Resumen**

La preocupación por la suerte de los heridos y enfermos significó en el siglo XIX el inicio del Derecho Humanitario moderno.

Inicialmente circunscrita la protección a los conflictos terrestres en 1864, se extendió a los navales en 1898. Sucesivos Convenios, 1906, 1929 sustituyeron al inicial y se aplicaron con mayor o menor fortuna en los sangrientos conflictos del siglo XX.

La ampliación de la protección se produjo en los vigentes Convenios de 1949, para personal sanitario y religioso, con la exención de captura, para las víctimas mortales y prisioneros de guerra. A los medios auxiliares, Unidades, Transportes Sanitarios en tierra, aire y agua y Buques Hospitales, se les otorga un estatuto de protección muy favorable. Los muy numerosos conflictos armados ocurridos después de 1945, hicieron necesaria la elaboración de los Protocolos adicionales de 1977. Las técnicas de la guerra moderna han hecho que el signo protector tenga que ser complementado con las señales distintivas.

La represión de las infracciones se podrá llevar a cabo por la puesta en funcionamiento de la Corte Penal de La Haya. Los conflictos modernos, desarrollados en territorios con estados fallidos o anárquicos, han supuesto un peligroso retroceso en la protección del medio sanitario, realizándose numerosos ataques intencionados a estas instalaciones sanitarias, sin respetar ni a las víctimas ni al personal sanitario, lo que es motivo de gran preocupación en la Cruz Roja y Media Luna Roja.

### **Palabras clave**

Búsqueda. Recogida. Igualdad de trato. Trato humanitario. Exclusividad de utilización. Requisita limitada. Respeto. Exención de captura. Retención parcial. No combatiente. Signo protector. Señales distintivas.

### **Abstract**

*The concern for the fate of the wounded and sick in the 19th Century marked the beginning of modern day Humanitarian Law. Initially it circumscribed the protection to the terrestrial conflicts in 1864, then it extended to the naval ones in 1898.*

*Successive Agreements, in 1906 and in 1929, replaced the initial one and they were applied with major or minor fortune in the bloody conflicts of the 20th Century.*

*The extension of the protection occurred in the current 1949 Conventions, for health and religious personnel, with the exemption from capture, for the mortal victims and prisoners of war. The air resources, Hospital Ships, Health Service Units and Transportations are granted a very favorable protection status.*

*The numerous armed conflicts that took place after 1945 made the elaboration of the 1977 Additional Protocols necessary. The techniques of modern warfare have meant that the protective sign has to be complemented with distinctive signs.*

*The repression of the infractions can be carried out by the commissioning of the Criminal Court in The Hague.*

*Modern conflicts, developed in territories with failed or anarchic States, have involved a dangerous setback in the protection of the sanitary environment. Numerous intentional attacks have been carried out on these health facilities, without respecting either the victims or the health personnel, which is reason for great concern in the Red Cross and Red Crescent.*

### **Key words**

*Search. Collection. Equality of treatment. Humane treatment. Exclusivity of use. Requisition limited. Respect. Exemption from capture. Partial retention. Non-combatant. Protective sign. Distinctive signs.*

## Introducción

### *Los conflictos del siglo XIX y la necesidad de protección*

**S**i una actividad ha caracterizado al hombre en su evolución, es la guerra. Los franceses WILL y ARIEL DURANT censaron el periodo de 1453 a C., al 1968, 3.421 años. Solo hubo 268 años sin conflicto. El trato al vencido y al herido era cruel e implacable en las sociedades antiguas que no paliaron ni la guerra justa ni las grandes religiones monoteístas. En las guerras reales de la Edad Moderna, se otorgó buen trato al vencido.

Las guerras de la Revolución francesa e Imperio napoleónico tuvieron como novedad ser los primeros conflictos de carácter nacional, con leva masiva y enfrentamientos de miles de combatientes en cada bando y como consecuencia, una elevada proporción de heridos y víctimas mortales.

En 1854, la guerra de Crimea revivió hechos parecidos. El 27 % de mortalidad general y el 75% de mortalidad pos amputación, son cifras escandalosas. La Sanidad militar disponía de medios muy precarios y su misión era desbordada en los primeros compases del combate. El escaso desarrollo de la Medicina de la época era visible al comprobar que la enfermedad general y sobre todo las enfermedades infecciosas, como el cólera y el tifus exantemático, junto a la sobre infección de las heridas causaba más víctimas que el combate en sí y explica los datos antes expuestos.

Solferino en 1859 es otro ejemplo. Henry Dunant, vive en directo y horrorizado los acontecimientos. Observa como los heridos y enfermos mueren por falta de una mínima atención (proporcionar agua), sabe transmitir su preocupación y cuatro años más tarde surge Cruz Roja con la idea de complementar a la Sanidad militar en campaña.

En 1864, las principales potencias de la época, con la excepción de Austria, firman el primer Convenio de Ginebra para proteger a los heridos y enfermos en combates terrestres, comprobándose en ulteriores conflictos lo acertado de la decisión (batalla de Sadowa, 1866), mientras que en la naval de Lissa, también en 1866, nadie se preocupa por recoger a las víctimas.

## *El siglo XX y la situación actual*

La Primera Guerra Mundial marcó el inicio del siglo más sangriento de la historia. El Convenio de 1906 y los Reglamentos de La Haya de 1899 y 1907 se aplicaron con normalidad y la experiencia sirvió para desarrollar otros documentos, como los dos Convenios de 1929 y el Protocolo de Armas tóxicas, químicas y bacteriológicas de 1925.

La Segunda Guerra Mundial, el acontecimiento más grave de la Historia, hizo ineficaz la normativa en vigor, al menos en el frente oriental y en la guerra del Pacífico, donde no se aplicaron o se hizo de forma parcial, por razones ideológicas, étnicas o de costumbres.

Los vigentes cuatro Convenios de Ginebra de 1949, surgen como necesidad después de la conflagración y los continuos conflictos posteriores, las denominadas guerras de la postguerra, hacen necesarios los Protocolos Adicionales de 1977.

¿Y hoy? Los conflictos han cambiado. Son operaciones selectivas, con pocos efectivos. La rapidez y la sorpresa son fundamentales. ¿Podrían llegar a «estorbar» los heridos y prisioneros? Es una cuestión inquietante.

Además, son asimétricos, no hay línea de frente definida; no se respeta a la población civil, se combate junto a ella, con lo que frecuentemente resulta imposible discernir quién es o no combatiente; no se respetan los lugares de culto, las escuelas, los lugares de depósito de sustancias peligrosas... y claro, tampoco hospitales ni lugares donde se administra salud.

En este último caso, se suceden los atentados contra ellos, más de 1500 en 8 años, en zonas de guerra y estados fallidos, con graves resultados: asesinatos, secuestros, mutilaciones, humillaciones en cuanto a los heridos y enfermos, pero también hacia el propio personal sanitario (en adelante PS), sometido, además, a gran tensión personal por su trabajo.

Estos hechos constituyen una gran preocupación para la Cruz Roja y Media Luna Roja, que en la última Conferencia Internacional, en un documento titulado ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO, insta y urge a los Estados Partes, a respetar y hacer respetar la normativa protectora, así como a introducir medidas de tuición específicas y de formación para el PS, incluido el civil y para todo el personal de las Fuerzas Armadas.

¿Y el mañana? Complicado predecir el devenir pero, en mi opinión, se presenta muy difícil para el Derecho Internacional Humanitario. La guerra híbrida, diabólico planteamiento de mediados del siglo XX y desarrollada en este, sin distinción real entre paz y guerra con el propósito de desestabilizar a una Potencia influyendo en las decisiones de sus dirigentes con manipulaciones y tensiones políticas en su territorio, dividiendo así a su sociedad, realizando actos subversivos y terroristas sin asumir

responsabilidad . Une además guerra convencional estratégica e incluso guerra nuclear táctica.

### **Normativa vigente. Fuentes**

Se referirá siempre a conflictos de carácter internacional. El artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 1949, junto al Protocolo Adicional II se aplica en caso de conflicto interno.

Para la redacción del capítulo, se han utilizado los textos contenidos en la siguiente normativa

- I Convenio de Ginebra de 1949, para mejorar la suerte de los heridos y enfermos en conflictos terrestres (en adelante CI).
- II Convenio de Ginebra de 1949, para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos en conflictos navales (en adelante CII).
- Protocolo Adicional I de 1977 a los Convenios de Ginebra de 1949, para conflictos de carácter internacional (en adelante PA I).
- Protocolo Adicional II de 1977 a los Convenios de Ginebra de 1949 para los conflictos armados no internacionales.

Y también, aunque en menor medida:

- III Convenio de Ginebra de 1949, para protección de prisioneros de guerra (en adelante CIII).
- IV Convenio, para protección de población civil (en adelante CIV).
- Manual de San Remo (en adelante MSR).

### **Disposiciones generales y aspectos de protección**

Contenidas en los artículos I a II, comunes a los cuatro Convenios y en los artículos I a 7 del PAI, la normativa se aplica a los beligerantes en caso de conflicto armado, declarado o no, con ocupación parcial o total del territorio, hasta su conclusión y se haya llevado a cabo la repatriación o reasentamiento de las víctimas con la excepción de las que tengan pendiente proceso judicial o condena firme. Las Potencias neutrales aplicarán estas disposiciones a todos aquellos que sean recibidos en su territorio o sean internados en el mismo.

Las normas recogidas en estos documentos, podrán ser mejoradas por acuerdos especiales entre las Partes. Nadie podrá renunciar de forma total o parcial a los derechos garantizados por las disposiciones ni a los acuerdos especiales suscritos por las Partes.

Las Partes beligerantes, para controlar la aplicación de la normativa y mediar en posibles desacuerdos en su interpretación (surgidos en las reuniones), designarán a Estados neutrales como Potencias protectoras o si no fuera posible, a un sustituto, como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) u otra organización imparcial. Los delegados gozarán de facilidad en su misión, con la limitación de exigencias militares o imperiosas razones de seguridad.

Si el combate se produjera entre una fuerza embarcada y otra basada en tierra o se realizara un desembarco, a estas fuerzas se les aplicará el CI, que regula su actuación en estas situaciones.

El Personal religioso tiene otorgado un estatuto similar al del PS, por lo que estas disposiciones se le aplican por igual (en adelante se entenderá que se habla de ambos pero se mencionará solo al PS)

Tanto los Convenios como los Protocolos contienen de forma implícita un doble aspecto de protección: positiva, es decir ayudar, favorecer, permitir y por otro, negativa, respeto y no ataque.

## Definiciones

El artículo 8 de PA I, apartados a – m, contienen las definiciones de los actores de Sanidad militar y civil en conflictos:

- **Herido o enfermo:** Toda persona militar o civil, que debido a traumatismo, enfermedad u otro tipo de trastorno, necesite asistencia y se abstenga de todo acto de hostilidad. Se aplica en las mismas condiciones a mujeres embarazadas, inválidos, recién nacidos y mujeres parturientas.
- **Náufrago:** Toda persona militar o civil, que se encuentre en peligro en el agua a consecuencia de infortunio personal o de la nave o aeronave que le transportaba y se abstenga de actos hostiles
- **Personal Sanitario:** Toda persona destinada con carácter temporal o permanente, por una Parte en conflicto a un fin sanitario como búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades de heridos, enfermos y náufragos (en adelante HEN) o a la administración y funcionamiento de Unidades y Transportes sanitarios. Comprende al personal sanitario militar o civil, incluidos los referidos a CI y CII, miembros de organismos de protección civil, al de Cruz

Roja u otras organizaciones de socorro reconocidas y autorizadas y al de Unidades y Transportes sanitarios.

- **Unidad sanitaria:** Todo establecimiento u otra formación, militar o civil, de carácter fijo, móvil, permanente o temporal organizado con fines sanitarios como búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de HEN. Son Unidades sanitarias, los hospitales generales o específicos como un infantil o psiquiátrico y otras similares, centros de transfusión o de medicina preventiva, depósitos de material sanitario y de producto farmacéutico o centros de salud.
- **Transporte sanitario:** El efectuado por tierra, agua o aire, de HEN, personal o material sanitario, de carácter militar o civil, utilizado de forma permanente o temporal, actuando siempre en exclusiva. Reciben el nombre de vehículo, embarcación o buque y aeronave según el medio, bajo la dirección de una autoridad de una de las Partes en conflicto.
- **Signo distintivo:** Los utilizados para la protección del Personal sanitario, su equipo y material y de las Unidades y de los Transportes sanitarios. Son la Cruz Roja, la Media Luna Roja y el Cristal Vacío.
- **Señales distintivas:** Todo medio de señalización especificado en el capítulo III del Anexo I del PA I, destinadas exclusivamente a conseguir una mejor identificación de Unidades y Transportes sanitarios.

## Personas protegidas

Las personas a las que se otorga protección en la normativa son por un lado, las víctimas, es decir heridos, enfermos, náufragos, víctimas mortales, prisioneros de guerra y población civil y por otro, el personal que va a procurar su bienestar, el personal sanitario y religioso.

## *Heridos, Enfermos y Náufragos*

### Evolución del concepto

El Convenio de 1864 protegía solo a los militares en conflictos terrestres, pero en 1899 se amplió a los miembros de la Fuerza naval y en 1906 a los civiles agregados a la

Fuerza. No es hasta 1949 cuando se otorga protección a los civiles (CIV) y lo fue entre otras razones, por el significativo aumento de las bajas entre la población (5 %, PGM, 48%, SGM y en la actualidad, prácticamente el 100 %).

### Regla general de trato (CI y CII, 12; PA I, 9. 1, 10, 11 – 1, 2a - 2b, 4)

En toda circunstancia de aplicación, se dará un trato humanitario aplicándose el principio de la no discriminación, procediéndose a su búsqueda y recogida con la urgencia médica como única prioridad en la asistencia y la información a la Parte adversa de la situación y destino de los HEN.

### Grupos de aplicación (CI y II, 13)

Tienen derecho a que les sea aplicada la normativa, los siguientes grupos de personas:

1. Miembros de las Fuerzas armadas, cuerpos de milicias y voluntarios.
2. Miembros de otras milicias incluso movimientos de resistencia, actuando en cualquier territorio, siempre que cumplan las siguientes condiciones:
  - a. Mandados por persona responsable.
  - b. Identificados con signo que sea reconocido a distancia.
  - c. Porten armas de forma abierta.
  - d. Respeten las leyes y costumbres de guerra.
3. Miembros de Fuerzas armadas pertenecientes a Gobiernos no reconocidos.
4. Personas que acompañen a una Fuerza, corresponsales de guerra, proveedores, miembros de unidades de trabajo o servicios, con el permiso correspondiente.
5. Tripulaciones de marina mercante o aviación civil de Parte contendiente que no dispongan de un Convenio más favorable.
6. Población que ante la posibilidad de que su territorio sea ocupado, tome las armas de forma espontánea, siempre que lleve las armas a la vista y respete las leyes de guerra.

## Trato humanitario. Urgencia médica. (CI, 12, 14; C II, 12, 16; PA I, 10 - 11)

No se establece en la normativa de CI y II, diferencia alguna en el trato a los HEN, lo que como se verá, si sucede en los apartados siguientes.

A los HEN pertenecientes a los grupos protegidos:

- Se les respetará y protegerá en toda circunstancia y se les tratará con humanidad y sin distinción por razón de sexo, raza, color, idioma, nacionalidad, creencia religiosa, opinión política, fortuna u otros criterios análogos.
- La urgencia médica es la única prioridad admitida, sin distinción de la Parte a la que pertenezcan. No se distingue el «amigo – enemigo». El herido ya no es un combatiente, es una víctima. La atención se dispensará por gravedad o / y orden de llegada al puesto de clasificación por decisión del PS.
- Está prohibido atentar contra su vida, rematarles o exterminarles, someterles a tortura, experimentar desde el punto de vista biológico, no atenderles médicamente de forma injustificada, exponerles intencionadamente a contagio o infección o actuar en contra de toda norma médica aplicada habitualmente en casos similares .

## Estatuto legal (CI, 14; CII, 16; PAI, 43 – 44)

Los HEN capturados, son prisioneros de guerra (en adelante PG). La Potencia captora podrá elegir entre conservarles, enviarles a país neutral o devolverles a su propia Parte (en estos casos no pueden volver a combatir) lo que también sucede si les recoge un buque neutral.

La Parte obligada a abandonar a sus HEN, dejará si es factible, parte de su personal y material sanitario para contribuir a su asistencia.

## Búsqueda, recogida, identificación e información (CI, 15, 16, 18; CII, 18, 19, 21; PAI, 10)

La búsqueda y recogida de HEN se realizará a la mayor brevedad posible cuándo las circunstancias de combate lo permitan o con la concertación de treguas. Si no es posible la evacuación a retaguardia, por el mal estado de los HEN o por carencia de medios, se instalarán nidos de heridos, quedando bajo cuidados médicos y protección militar

para evitar saqueos y / o ataques, hasta solucionar el problema. Pueden concertarse acuerdos para evacuación, canje o permitir la llegada de personal y material sanitario.

Se podrá apelar, de grado o por fuerza, a que población civil y buques no militares, colaboren en su búsqueda y recogida y proporcionarles asistencia inicial, garantizando su seguridad y que no haya represalias ulteriores.

En el menor plazo posible, se procederá a la identificación de las personas recogidas, registrando filiación, fecha de nacimiento, número, nacionalidad, otros datos que figuren en su tarjeta, la fecha y circunstancia de la captura e información sobre las heridas o enfermedad para a continuación comunicar estos datos, a la oficina de información propia, mediante la Tarjeta de captura, quién los trasladará a la Agencia Central de Búsquedas y esta a su vez a la oficina de información de la Parte adversa.

Las Partes en conflicto, para evitar reclamaciones ulteriores, registrarán todo acto médico realizado. Estos registros estarán a disposición de la Potencia protectora.

### Trasplantes, experimentos y rechazo de terapia (CI; C II, 12; PA I, 11- 2c, 3, 5, 6)

El fin es preservar la integridad psíquica y física de las personas, incluyendo y sobre todo, a las que están en poder del adversario.

Están prohibidos los experimentos aún con consentimiento de la persona, al igual que la extracción de tejidos y órganos para trasplantes. La excepción es la donación voluntaria de sangre para transfusiones y de piel para injertos, sin coacción, con registro o ante testigos.

Los HEN pueden rechazar un tratamiento quirúrgico (no se especifica de carácter médico). El personal sanitario procurará que el paciente firme o reconozca una declaración en ese sentido o ante testigos, para evitar reclamaciones posteriores.

Esta disposición puede ser contraria a disposiciones de leyes nacionales, donde determinados tratamientos son obligatorios (En España, en el caso de determinadas enfermedades como Tuberculosis o Meningitis por su extrema contagiosidad).

### Protección de heridos, enfermos y náufragos civiles (CIV, 13, 16, 18; PA I, 14.1)

Es similar a lo expuesto hasta aquí. Trato no discriminatorio, no ataque intencionado, búsqueda cuándo la situación militar lo permita, protección especial a embarazadas, inválidos y niños y tanto la Autoridad militar como la de ocupación, garantizarán las necesidades sanitarias

### *Víctimas mortales (CI, 16, 17; CII, 18 – 20; PA I, 32, 33)*

La actuación prevista en el contenido normativo, no muestra diferencia alguna entre CI y C II, salvo en el destino de la placa de identificación.

#### Búsqueda, recogida, identificación e información

Las disposiciones son similares a las expuestas en el apartado: Heridos, enfermos y náufragos, procediéndose a:

- Búsqueda y recogida cuando la situación militar lo permita, con la colaboración de forma espontánea o por llamamiento de la población civil y en la mar de buques de carácter civil. Está prohibido el despojo.
- Facilitación, por el procedimiento descrito en el en el apartado: Heridos, enfermos y náufragos, de los mismos datos, pero indicando las causas del fallecimiento y remitiendo a la familia en un paquete sellado, los efectos personales, documentos - cartas, testamento u otros - , valores y la mitad de una placa de identificación, una declaración con todos los detalles necesarios para la identificación del poseedor fallecido y un inventario del paquete. Existe un modelo de tarjeta de fallecimiento para efectuar la comunicación
- La identificación de las víctimas mortales se efectúa con los datos encontrados en el cadáver, tarjeta de identificación militar (TIM), efectos personales y la placa de identificación.
- La actuación es diferente según sea sencilla o doble y el medio en que se actúe:
  - Placa doble, se retira la mitad, quedando la otra mitad en los restos.
  - Placa sencilla, inhumación en tierra aplicándose CI, se procede a dejar la placa con los restos, al igual que si se desembarcan para su inhumación posterior.
  - Placa sencilla, inmersión o sumersión en la mar, aplicándose CII, se retirará la placa.

#### Inhumación, sumersión e incineración

Tanto en caso de inhumación como de sumersión, se efectuará en la medida de lo posible, examen médico previo, de forma individualizada y con el rito religioso del finado.

La incineración está limitada a razones de sospecha clínica. El Oficial de Sanidad le indicará al Oficial de armas la conveniencia de realizarla. Los motivos religiosos es la segunda causa (religiones hinduistas) Puede atenderse una petición por escrito encontrada entre los objetos del fallecido.

Se redactará un acta de defunción o lista de fallecimiento autenticada, certificada, donde figurarán los datos de filiación de los fallecidos y se harán constar las medidas tomadas y su justificación. Las actas o listas, serán dadas a conocer a la Parte adversa mediante las oficinas de información y la Agencia Central de Búsquedas.

### Servicio de tumbas. Causas de exhumación

Lo relativo a las tumbas no depende de Sanidad militar. Es un servicio logístico de la Fuerza. Está en comunicación con su homólogo adversario, facilitando los datos relativos a emplazamientos, exhumaciones o traslados y serán responsables de su conservación y acceso a las mismas de las familias o sus representantes.

La exhumación se prevé en tres situaciones: encuesta médica o judicial, traslado al país de origen o aplicación de la normativa interna de cada país (no contribuir la otra Parte al mantenimiento del cementerio) a partir de los cinco años (en España incineración de restos).

### *Prisioneros de guerra (CI, CII, 13; CIII, 29 – 33, 109 – 117; PAI, 43, 44)*

Los HEN con condiciones físicas adecuadas son trasladados a un campo de internamiento (en adelante PW). Durante su estancia, serán atendidos de forma preferente por PS propio o personal sanitario pero movilizado como Fuerza y prisionero de guerra también, connacional (se expondrá en el apartado: Personal sanitario y religioso) y si no hay, por perteneciente a la Parte detenedora. Una vez allí, tendrán derecho a:

- Limpieza y salubridad personales con el necesario material de agua y jabón.
- Inspecciones médicas periódicas y obtener un certificado de su estado de salud.
- Acceder libremente a la enfermería, que dispondrá de salas de aislamiento.
- Ser evacuado a un hospital si la atención en el PW es insuficiente y ser visitado por el PS.
- Atención especial si tiene discapacidad y recibir gafas, audífonos, muletas, prótesis...

- Hospitalización por repatriación directa o en Potencia neutral, llevada a cabo por procedimientos y situaciones que se expondrán en el apartado: Personal sanitario retenido (CI, 24 – 32; CII, 37; CIII, 29 – 33, 110 - 117)

### *Personal sanitario y religioso*

Hay diferencias conceptuales en la aplicación de CI y CII, relativas al trato del PS. Afecta exclusivamente al de dotación de buques hospitales.

### *Evolución de la protección*

La protección se ha ampliado de forma constante desde 1864. Antes el PS era un combatiente más. En 1864, se neutraliza si está cumpliendo su misión en conflictos terrestres, aplicándose en la mar desde 1899. Se introduce el concepto de no ataque, respeto, en 1906 y se amplía protección para el PS de Sociedades de Socorro. En 1949, se establece la exención de captura pero a la vez y por acuerdo de las Partes, la retención parcial para la atención de los compatriotas PG (ver punto 5.3) y se otorga protección al PS civil. En 1977, El PA I, lo extiende al perteneciente a organismos de protección civil y establece, que el PS (y religioso) es el único de las FAS, que no es combatiente.

Nota al margen, en España, el Cuerpo Militar de Sanidad (CMS) está unificado. Desde la normativa, no serían PS aquellos de sus, con las Especialidades Fundamentales de Veterinaria y Psicología (Se la proporcionaría su ser personal de una Unidad sanitaria o Buque Hospital).

### *Personal sanitario de Unidades terrestres (CI, 24 – 27)*

Están protegidos y serán respetados, los grupos de personas que se relacionan:

- Personal sanitario militar, dedicado en exclusiva a buscar, recoger, trasladar y cuidar HEN o prevenir enfermedades.
- Personal militar, con destino en establecimientos y unidades sanitarias, para su administración y funcionamiento.
- Personal de Sociedades nacionales de socorro, Cruz Roja u otras, reconocidas y autorizadas por su Gobierno, actuando bajo la ley de la Parte a la que ayudan y habiéndolo notificado a la otra Parte, con la misma función que el PS militar.

Las pertenecientes a Potencia neutral, lo harán con las mismas condiciones de autorización y notificación.

- Personal no sanitario, instruido como personal auxiliar (camilleros, celadores) y actuando como tal.

### Personal sanitario embarcado (CII, 36 - 37)

El PS embarcado en Buques hospitales (en adelante BH) al igual que la dotación, recibe una protección diferente al embarcado en otros buques, dado que está exento de captura, aunque no haya HEN a bordo (CII, 36).

El PS con destino en otros buques, si cae en poder del enemigo, será respetado y protegido, continuará ejerciendo su función mientras sea preciso y con posterioridad, será desembarcado para continuar su función en los PW si es preciso o devuelto, a su Parte si no lo es (CII, 37).

### Personal sanitario retenido (CI, 24 – 32; CII, 37; CIII, 29 – 33, 110 - 117)

Las Partes beligerantes fijarán por acuerdo un porcentaje del PS que será retenido para la atención preferente de los PG compatriotas y se aplica a todo el PS con excepción del perteneciente a BH. El resto del PS será repatriado con sus efectos, cuándo la situación militar, lo permita. Es posible el relevo, por acuerdo, si la retención se prolongara. Al PS desembarcado se le aplica lo descrito en este párrafo.

Es personal retenido, no es PG teniendo al menos los mismos derechos que estos. Sus obligaciones y derechos:

- El Oficial Médico de mayor graduación, será el responsable.
- Libertad de actuación terapéutica si la ejerce de acuerdo a CI y CII, 12 y en el marco legal de la Potencia detenedora.
- Realizará la atención sanitaria y revista de higiene.
- Podrá evacuar a aquellos HEN que no pueda tratar a un Hospital y visitarlos.
- Controlará las condiciones de trabajo de los PG en el campo de internamiento
- Acceso directo a la autoridad del campo.
- No podrá ser obligado a desarrollar trabajo alguno ajeno a su misión.

- Por acuerdo entre las Partes, será relevado llevándose sus efectos personales y armas cortas.
- Podrá designar PG, que por su situación clínica sean candidatos a hospitalización por repatriación directa (incurables, previsible empeoramiento en un año, pérdida permanente de aptitud) o a Potencia neutral (los anteriores y previsibles curación en un año o empeoramiento si permanece en cautividad).
- Podrá estar presente en las sesiones que las Comisiones Médicas formadas (tres Médicos de Potencia neutral, nombrados por el CICR – 2 y uno de ellos preside - y un tercero por la P. detenedora) celebren para decidir o no la repatriación.
- El PS auxiliar si es PG y puede ser obligado a trabajar en esa misión exclusivamente.
- No será retenido el PS perteneciente a Sociedades de país neutral (salvo acuerdo) que, cuando la situación militar lo permita, serán autorizados a volver a su país con pertenencias personales y material, volviendo a realizar su misión.

### Personal sanitario civil (CIV, 20; PA I, 15. 1 – 5)

El PS civil afecto a hospitales civiles y otro personal encargado de su administración y funcionamiento así como el dedicado a buscar, recoger, trasladar o cuidar a HEN, será respetado y protegido de forma similar a la descrita en CI y CII para el PS militar.

Su actuación será de acuerdo a lo establecido en CI y CII, 12 (trato humanitario, urgencia médica como única prioridad y no realizar actos contrarios a Deontología). Se le proporcionará la ayuda que precisen para cumplir su función bien en territorio ocupado o por la Autoridad militar.

No será obligado a realizar otra función ajena a la propia y podrá desplazarse a lugares donde sea requerido, con los controles y medidas de seguridad necesarios. El uso del signo protector, similar al del PS militar, se explicará en el apartado: Identificación.

### Protección general de la misión médica (PA I, 16. 1 – 3)

El PS está sometido a gran presión en su función, en su Parte y desde luego en la adversa. El objeto de considerarles no combatientes es para que puedan desarrollar su misión de forma más fácil. Pudiera ser que se les pidiera responsabilidad ante su propia Parte, por actuaciones en su etapa de retención, que se desarrolla bajo su conciencia y la ley de la Potencia detenedora, al haber sido requerido por esta.

Para evitar estas situaciones, el PAI desarrolla el artículo 16, que regula la obligación deontológica, la prohibición de actuación contraria a la normativa o impedirles hacerlo y la información:

1. No se castigará a nadie por haber ejercido actividad médica de acuerdo a Deontología o de acuerdo a esta normativa, en cualquier circunstancia y beneficiarios.
2. No se obligará a realizar actividad médica o trabajos contrarios a Deontología o a la normativa de los Convenios y Protocolos, ni a abstenerse a actuar de acuerdo a esas normas.
3. No se obligará a informar sobre ningún HEN, ni por la Parte adversa ni la propia, si esa información pudiera ser perjudicial para él HEN o sus familiares, con dos excepciones:
  - a) Enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, son enfermedades infecciosas transmisibles por lo general como las mencionadas antes, Tuberculosis o Meningitis.
  - b) Si las leyes de la propia Parte lo disponen.

(En España si lo dispone y se informa si en un reconocimiento oficial, un miembro de las FAS, presenta una enfermedad incompatible con el servicio activo).

## Medios auxiliares sanitarios

Los medios sanitarios que el PS utiliza para ayudar a las víctimas, son de dos clases, las Unidades (denominación en PAI) o Establecimientos (denominación en CI) (en adelante US) y los Transportes, (en adelante TS).

Se les ha otorgado un estatuto de protección muy favorable. El uso exclusivo es un requisito fundamental, que debe ser cumplido de forma escrupulosa, ya que su incumplimiento puede llegar a constituir la pérdida del estatuto de protección.

Un Estatuto de protección especial contemplado en los Reglamentos de La Haya de 1899 y 1907, es el de los Buques hospitales (BH), que es motivo de exposición detallada en el Manual de San Remo (MSR).

Hay diferencias sustanciales de aplicación, según el medio, terrestre, acuático o aéreo, donde se desarrollen los acontecimientos.

## *Unidades sanitarias*

La actitud general a mantener ante las US es la de respeto, protección y abstención de ataque y de limitación de requisas.

Las US han de utilizarse con rigurosa exclusividad, deben permanecer lejos de unidades militares, estar identificadas con el signo de protección y no servir como cobertura ilegal para protección de unidades armadas. Atacar o informar desde ellas, puede suponer la pérdida de su estatuto de protección.

### *Unidades sanitarias militares terrestres (CI, 19; CII, 23; PAI, 12. 1, 3 - 4)*

Los Establecimientos sanitarios (US) fijos o móviles en estos conflictos serán respetados y protegidos, no debiendo ser atacados intencionadamente. Pueden ser capturados y si están realizando una misión, se permitirá que continúe hasta que la Parte captora, pueda hacerse cargo de la misma. Serán situados, en la medida de lo posible, lejos de posibles ataques. Se aplica por extensión a los establecimientos de las Sociedades de Socorro que cumplan los requisitos antes enumerados. Las US situadas en la costa no serán atacadas desde la mar.

La notificación no obligatoria del emplazamiento de las US se contempla en PAI, 12.3, pero si no se lleva a cabo, la US sigue protegida. La aplicación es similar para US civiles. El notificar la situación y servirse de ello, para estacionar material militar para su salvaguardia, es un acto ilegal, de perfidia.

### *Unidades sanitarias civiles (CIV, 18, 20; PA I, 12. 1 - 3)*

Al igual que sus homólogas militares, serán respetadas y protegidas en todo momento y no serán objeto de ataque. Para ello, deben cumplir una de las condiciones siguientes: pertenecer a una Parte en conflicto, estar reconocidas y autorizadas por su Autoridad o pertenecer a una Sociedad de socorro neutral o internacional debidamente autorizada.

La Autoridad entregará a las US un certificado que les reconozca su carácter, estarán situadas lejos de objetivos militares en la medida de lo posible y podrá notificarse su situación.

La dirección de la US dispondrá de un listado del personal a disposición de la Autoridad militar y de la de ocupación.

### Requisa de Unidades sanitarias civiles (PA I, 14. 1 - 3)

La requisita de US civiles está limitada por las obligaciones, tanto de la Autoridad militar como de la de ocupación, para la población civil si los recursos, materiales y humanos, son necesarios para ella.

Solo está permitida si se realiza con carácter de urgencia, de forma temporal y para la atención de HEN y PG y manteniendo la cobertura habitual para la población atendida y se asegure la suerte de los pacientes ingresados.

### Zonas sanitarias (Anexo I de CI)

Se establece la posibilidad de que, por acuerdo, se creen unas zonas o localidades sanitarias para mayor seguridad de HEN y PS. Entre otras condiciones ha de cumplir las siguientes:

- Situadas lejos del frente y poco pobladas - su población puede permanecer allí - sin interés económico, político, industrial, militar o de otra índole.
- Prohibición de cualquier actividad militar, incluso portar armas.
- Es conveniente iluminarlas de noche para evitar ataques accidentales y colocar carteles señalizadores, panel blanco con raya roja de extremidad superior derecha a inferior izquierda.
- Visitas conjuntas de inspección con denuncia de incumplimientos que si en 5 días no se resuelven, significan su clausura.

### Instalaciones sanitarias a flote (CII, 28)

Proteger la enfermería de un buque de guerra es difícil durante un combate. Lo está sin duda, si se utiliza en exclusividad, pero... el comandante del buque podrá disponer de ella si hay circunstancias militares graves que lo hagan necesario, garantizando la seguridad de los HEN que estuvieran internados.

Buques hospitales (CI, 20; CII, 22, 24 – 25, 26 - 27; PAI, 22, 23; MSR, 47, 169)

### *Condiciones de protección*

El régimen de protección de los BH establece que no pueden ser atacados (tampoco desde tierra) ni capturados en ninguna circunstancia, siempre que se haya comunicado a la Parte adversa, al CICR y con carácter general, con al menos 10 días de antelación, las características técnicas del buque: nombre, registro bruto, eslora, matrícula y número de mástiles y chimeneas e identificado como se verá en el apartado: Identificación. De aplicación para BH de cualquier tonelaje (se recomienda sean de más de 2.000TN por seguridad y confort). Las Partes podrán facilitar cualquier información que pueda ayudar a conferir mayor protección como hora de salida, ruta o velocidad.

Los Buques hospitales pertenecientes a Sociedades de socorro, Cruz Roja u otras de Parte (CII, 22) o de país neutral o carácter internacional (CII, 24, 25), están igualmente exentos de captura cumpliendo el requisito de comunicación referido en el primer párrafo de este punto, debiendo además estar bajo la dirección de una Parte en conflicto, con la autorización de su Gobierno y habiéndolo notificado.

Las mismas condiciones de protección se aplican a lanchas costeras de salvamento y establecimientos sanitarios costeros, sedes o no de estas lanchas, si son utilizados de forma exclusiva.

### *Estatuto general (CII, 29 – 33)*

Se podrán realizar las siguientes actuaciones ante o en los BH:

- Podrán ser visitados y controlados.
- Ser rechazado su concurso, ordenarles alejamiento e imponerles derrota.
- Tener reglamentado su sistema de comunicaciones con prohibición de telegrafía sin hilos cifrados (TSH) u otro medio similar.
- Retenerles hasta siete días en aguas propias o en otras zonas y embarcar provisionalmente a un comisario, que garantizará la ejecución de las órdenes en caso de retención.
- Las órdenes se anotarán en el diario de navegación en lengua comprensible para el Comandante.

- Por acuerdo o de forma unilateral, podrá embarcar un observador neutral
- No están asimilados a buques de guerra en lo que a estancia en puerto neutral se refiere.
- Los buques transformados en BH, no se podrán dedicar a otro uso hasta el final de las hostilidades.
- Si un BH está surto en un puerto y este cae en poder del enemigo, podrá zarpar de él si después de la inspección, no contraviene nada de lo estipulado.
- Los BH prestarán asistencia a todos los HEN sin distinción alguna, no serán utilizados en ningún objetivo militar ni estorbarán los movimientos de los contendientes.
- Un buque de guerra podrá reclamar la entrega de los HEN que se hallen a bordo de un BH si el traslado es posible y el acomodo a bordo y el tratamiento son suficientes.
- Es un acto hostil no obedecer una orden de la Parte adversa

### *Propuestas de mejora de uso de BH (MSR, 169 – 171)*

La prohibición de contar con equipos criptográficos limita de forma determinante su utilización. El «hablar en claro» supone informar al adversario sobre posibles actuaciones tácticas.

Por otra parte, su tamaño y carecer de medidas defensivas, les hacen fáciles blancos de misiles desviados.

Para prevenir y corregir estas situaciones, este documento propone instalar TSH manejada por personal neutral, garantizando que solo se transmita información sanitaria y dotarlos de medidas defensivas pasivas anti misil, bengalas o «chaffs».

### *Condiciones de cese de protección (CI, 19; CII, 34; CIV, 19; PA I, 13.1, 23.3)*

El vulnerar su favorable estatuto de protección, supone su pérdida. Las circunstancias son las mismas para las US militares, civiles, BH y transportes sanitarios navales.

Consistiría en atacar desde ellos, algo realmente complicado, o, más fácil, informar.

Si el enemigo, lo percibe, debe advertir a los infractores y concederles un plazo, breve, que la normativa no establece. Si transcurrido este, la situación de anomalía

persiste, la US, el BH, pierden su condición, se convierten en una Unidad militar más y pueden ser destruidos.

### Situaciones de persistencia de protección (CI, 22; CII, 35; CIV, 19; PA I, 13.2)

Otras situaciones no supondrán perder su estatuto, son las mismas para US militares y civiles y BH, a los que se agregan características técnicas:

- El PS dispondrá de armas de auto defensa (armas cortas)
- Disponer de centinelas y escoltas.
- Existir armas pertenecientes a los HEN, no retiradas por el servicio correspondiente.
- Que se encuentren en su interior miembros del Cuerpo de Veterinaria.
- Que estén internados HEN civiles (US militares) o militares (US civiles).
- Estar equipado con aparatos de navegación o transmisión (no cifrados) (BH).
- Transportar otro material o personal sanitario destinado a función sanitaria (BH).

### Transportes sanitarios

El principio general de protección es el mismo que para las US: respeto, protección, no ataque intencionado y limitación de requisas. Para ello, su misión debe ser totalmente exclusiva y al igual que en P. 6.1, hay diferencias de actuación según el medio físico. Su identificación se hará en el apartado: Identificación.

Está prohibido el doble uso, podrá desplazarse con controles de seguridad salvo a zonas de combate y para facilitar su labor, podrán ser acompañados por personal militar (ámbito civil).

Por motivo de claridad en la exposición y dadas las diferencias de trato, se explican por separado en Transportes aéreos, las disposiciones relativas a Convenios y Protocolo, comprobándose que este medio, el más seguro, rápido, confortable, con mejor accesibilidad, imposible a otros transportes, no es bien tratado en los Convenios. El PA I corrige esta situación, basándose en notificación y acuerdo.

### Transportes terrestres militares y civiles (CI, 35; CIV, 2I; PAI, 2I)

Su protección es la misma que la de las formaciones sanitarias móviles. Respeto y protección en todo momento, pero estando sometidos a las leyes de guerra, su requisita está permitida.

La parte captora, se hará cargo de los HEN, al PS se le aplicará lo descrito según lo expuesto anteriormente en el apartado: Personas protegidas y será o retenido para atención de PG compatriotas o devuelto a sus líneas, si no es necesario. El material sanitario no necesario para los HEN es requisado y el vehículo, puede ser destinado al mismo fin o dedicado a otra actividad logística.

No hay diferencia alguna en las disposiciones para convoyes o trenes de HEN civiles.

### Transportes navales (CII, 38; PAI, 23)

Será todo buque autorizado a transportar material destinado al tratamiento de HEN o a prevenir enfermedades. Ha de notificarse a la Parte adversa y ser aprobado por ella. Podrán ser interceptados pero no capturados ni su material requisado. Por acuerdo, puede embarcar un observador neutral, para controlar el material, que será accesible cómodamente.

Portarán en sus costados y cubiertas el signo protector visible y su color será el habitual gris naval.

Al igual que a los BH, se les podrá visitar, ordenarles detención, cambiar su rumbo (salvo si cumplen misión sanitaria) siendo considerado un acto hostil no obedecer y también facilitar al adversario las características del buque, su derrota y toda la información que pueda ser conveniente.

### Transportes aéreos en los Convenios (CI, 36 – 37; CII, 39 – 40; CIV, 22)

Las disposiciones son las mismas en todos ellos. Dedicados a cualquier fin sanitario en exclusiva, transportar HEN, PS o material, serán respetados y protegidos. Su vuelo habrá sido aprobado por la Parte adversa, volando por ruta, altura y horario pre establecidos, no pudiendo sobrevolar territorio enemigo u ocupado por este, salvo acuerdo y obedeciendo toda orden de aterrizaje.

Si hay una emergencia o el piloto comete un error o aterrizaje fortuito, la aeronave es requisada, la tripulación y los HEN, son PG y al PS se le aplicará lo establecido, retención o repatriación.

El vuelo sobre Potencia neutral, que puede fijar restricciones de vuelo para ambos beligerantes, ha de ser convenido y si se producen complicaciones, se aplica lo referido en el párrafo anterior.

### Transportes aéreos en el Protocolo Adicional (PAI, 24 – 31)

Recordando el principio de exclusividad y del respeto y protección en toda circunstancia. Las disposiciones son similares en el ámbito de una Potencia neutral.

#### *Restricciones de uso*

No servirán para obtener una ventaja militar ni para servir de protección a objetivos militares.

No recogerán ni transmitirán información militar ni transportar equipos destinados a tales fines, salvo los necesarios para la seguridad del aparato, es decir para navegación, comunicación e identificación.

Las armas permitidas a bordo, serán las de defensa personal de la tripulación y las no recogidas por los servicios correspondientes que pertenecían a los HEN.

No se utilizarán para buscar y recoger HEN sin acuerdo con la Parte adversa, salvo en zona propia.

#### *Acuerdos en zona contacto y adversa*

Son fundamentales para la correcta protección de los vuelos en zona terrestre y marítima. Se trata de notificar y acordar con el adversario las condiciones del vuelo considerando las restricciones de uso mencionadas en el párrafo anterior. En efecto, cuándo se va a realizar un vuelo sanitario, se contacta con la Parte adversa, proporcionando todos los datos técnicos, altura, itinerario, velocidad, rumbo, número de aparatos, medios de identificación utilizados. Se discuten posibles discrepancias, denegación o propuestas alternativas. Se llega a un acuerdo. Este, es transmitido a las Unidades militares implicadas, como defensa antiaérea o cazas de interceptación,

y a partir de este momento, el vuelo es libre en zona contacto y zona adversa. No es necesario para zona propia, pero también se podría acordar con las restricciones estipuladas.

### *Inspección de aeronaves*

Las aeronaves que efectúen su vuelo en zonas adversas y contacto, terrestre o marítima, pueden ser intimadas a aterrizar para inspección. Deben obedecer puesto que su negativa, sería interpretada como un acto hostil. Una vez en tierra, serán inspeccionadas sin demora y si es posible, sin desembarcar a los HEN. Se procede a verificar que el vuelo es exclusivo sanitario y se efectúa en condiciones de restricción, notificación y acuerdo.

Concluida la inspección, puede ocurrir que cumpla lo estipulado, reanudando su viaje sin demora o que no, con lo que el aparato es requisado, pudiendo ser utilizado exclusivamente como aeronave sanitaria, los HEN quedan a cargo de la Potencia captora al igual que la dotación, que sería PG y el material sería requisado. El PS retenido o no en función de las necesidades.

### *Situaciones de emergencia*

Si durante el vuelo, se produce una situación de emergencia, el piloto contactará con el adversario, tomará tierra, será inspeccionado y se le aplicará, según resultado, lo expuesto en el párrafo anterior, libre vuelo si todo está en orden o internamiento si no es así.

## **Identificación**

Para su protección, el PS y los Medios auxiliares sanitarios, han de estar identificados de forma exclusiva. Se consigue con el signo protector o distintivo. Dada la evolución en los combates, y por la meteorología, ha sido preciso incorporar innovaciones técnicas, surgiendo así, las señales distintivas.

## *El signo distintivo*

La Cruz Roja, el signo protector, distintivo, (en adelante SP), se utiliza desde 1864. Como homenaje a Suiza, impulsora de la Conferencia internacional, es su enseña nacional invertida. Los países musulmanes logran en 1929, que la Media Luna Roja sea equivalente para ellos y la utilizan todos salvo Indonesia. En 2005, en el Protocolo Adicional III, se autoriza un tercer signo protector, el Cristal Rojo, de uso exclusivo para PS, US y TS, con diferencias de uso según el medio físico en US y TS.

### *Personal sanitario (CI, 38 - 41; CII, 41, 42; CIV, 20; PA I, 18.1)*

De US, BH, TS o perteneciente tanto a Unidad militar como civil, todo el PS portará en su brazo izquierdo un brazal blanco con el SP (en España, la Cruz Roja). Será proporcionado por la Autoridad militar, timbrado en seco, resistente a la humedad y no podrá ser retirado por el adversario y si se pierde, será reintegrado.

El PS auxiliar, llevará un brazal similar, con mismas condiciones, pero el SP será de menor tamaño.

### *Tarjeta de identificación*

Además al PS se le proporcionará una tarjeta de identificación, que no será retirada y si se pierde, será restituida. Figuran en ella, datos de filiación y antropológicos del propietario y las razones de su posesión. Al PS civil, se le proporcionara una similar

### *Medios auxiliares (CI, 42, 43; CII, 43; CIV, 21, 22; PA I, 18.)*

### *Terrestres*

Se pintará o colocará el SP en superficies visibles de TS y sobre fachadas y tejados de los edificios, claramente visible. Se aplica a sociedades de carácter neutral. Es necesaria la autorización militar.

### *Navales*

En BH, que se pintarán de blanco, se pintan los SP del mayor tamaño posible y de pintura reflectante, en cubiertas, amuras y costados, así como en el mástil mayor, una enseña sobre la nacional (y si es neutral, será la tercera en orden). Es preceptivo para conseguir la protección, lo único que puede no permitir la Autoridad naval es su iluminación nocturna. En TS, sobre el color habitual del buque, los SP, como se ha descrito para BH. Es similar para las lanchas de salvamento.

### *Aéreos*

Las aeronaves, con su color habitual, llevarán pintado el SP en todas las superficies, del mayor tamaño posible y pintura reflectante.

### *Señales distintivas*

Previstas en los Convenios CII, 43, se desarrollan en el PA I, 98, de uso opcional, si se utilizan de forma péfida, constituye una falta grave, un crimen de guerra. Se contempla incorporación de nuevas señales (en adelante SD) por avances técnicos con revisión periódica (última vez, en 1994).

### Existentes desde 1977 (PA I, Anexo 1, Capítulo 3)

#### *Luminosa*

De color azul tiene gran penetrabilidad, visible hasta 6 millas náuticas, mínimo 3. Para BH y aeronaves. Recomendado en TS terrestres (en España, la luz azul se reserva para vehículos policiales con lo que en misiones en el exterior podría haber problemas).

### *Radiotelefónica o radiotelegráfica*

En aeronaves, se trata de un mensaje de prioridad emitido por frecuencia conocida donde se proporciona los datos técnicos del vuelo, horario, rumbo, velocidad, número de aparatos, clase de aparatos, altitud...

### *Radar secundario de vigilancia*

Para uso en aeronaves, señal que emiten estas y es reconocida como de procedencia sanitaria.

Desde 1994 (PA I, Anexo 1, Capítulo 3)

### *Radar secundario de vigilancia*

Para BH y aeronaves, estos emiten una señal que es exclusiva de cada aparato o buque. Requiere notificación de uso.

### *Acústica submarino – superficie*

Emitida por un BH o un TS naval, precedido de un grupo YANKEE triple por frecuencia concertada de 5 KZ. Aplicable a buques similares de Potencia neutral. Requiere notificación de uso.

## Represión de las infracciones

### *Evolución*

En 1998, se aprueba el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. En la actualidad, tiene capacidad para juzgar crímenes de guerra, crímenes de lesa humanidad, genocidio y agresión.

En 1949, al no existir Tribunales internacionales, los Convenios recogen la obligatoriedad para los Estados Parte, de incluir en su sistema penal, penas por el incumplimiento de la normativa, de buscar a los infractores, juzgarles o entregarles a parte interesada, si su sistema lo permite y adoptar las medidas necesarias para que se conozca la normativa y reprimir los incumplimientos, no pudiendo exonerarse a sí misma ni hacerlo con otra Parte. España en su Código Penal establece penas por su incumplimiento y comisión.

### *Infracciones graves (CI, 50; CII, 51; CIII, 130; CIV, 147 y PA I, II, 18, 37 (perfidia) y 85)*

Conocidos «popularmente» como crímenes de guerra, los que afectan a este capítulo se enumeran en el listado que sigue:

- Homicidio intencional.
- Tortura o tratos inhumanos, incluidos experimentos aún consentidos.
- Extracción de órganos y tejidos para trasplantes, salvo las excepciones previstas.
- Causar de forma intencionada sufrimiento o atentar contra la integridad física o psíquica.
- Exponer deliberadamente a contagio.
- Realizar actos médicos no justificados.
- Abstenerse de hacer un acto médico justificado.
- Prácticas degradantes e inhumanas de cualquier clase, raciales, sexuales...
- Atacar a una US o TS intencionadamente.
- Uso péfido del SP y SD así como de vestuario exclusivo del PS.

Son objeto de detallado estudio en otro capítulo.

## Conclusiones

La normativa, interpretable, es muy clara y la obligatoriedad de cumplirla, también. Con seguridad, es mejorable. Se podrían aplicar innovaciones técnicas para un mayor control.

Pero es evidente que otorga un estatuto de protección muy beneficioso y extenso para víctimas, personal sanitario y medios auxiliares y que para conseguir ese derecho, los deberes a realizar, no son excesivamente complicados ni difíciles, por el contrario, parecen lógicos y de sentido común. Están garantizados por la igualdad de aplicación.

El problema es doble, por un lado radica en la enorme dificultad para su aplicación en los especiales conflictos actuales y por otro, desgraciadamente, en el grado de implicación de las Potencias beligerantes en asegurar o poder asegurar su cumplimiento.

En territorios donde no se respeta ninguna ley, incluso se puede afirmar que no existe, que hay muchas facciones en lucha de las cuales los dirigentes, no controlan a sus miembros armados combatientes, que estos desconocen absolutamente la normativa a aplicar y no tienen ninguna intención de conocerla y menos de aplicarla, no es posible que lo expuesto en este capítulo, sea tenido en cuenta.

Solo una decidida actuación punitiva basada en Tribunales internacionales con jurisdicción efectiva para aplicarla, podría cambiar el rumbo actual y esto, en este momento, está muy lejos de producirse.



## Capítulo 3



## Conflictos armados sin carácter internacional y protección de los sistemas de salud

*David Suárez Leoz*

### Resumen

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó una iniciativa sobre la asistencia de salud en peligro, promovida por el Reino de España, que culminó en la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad sobre protección de civiles en conflictos armados, y en concreto sobre los actos de violencia contra los heridos, enfermos, personal sanitario y humanitario, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos sanitarios en los conflictos armados.

El presente trabajo tiene por objeto analizar la regulación jurídica de la protección de los heridos y enfermos, del personal sanitario y de las unidades y de los transportes sanitarios, en situaciones de conflicto armado no internacional. Asimismo se analiza dentro del régimen jurídico de protección, tanto el artículo 3 común a los Cuatro Convenios de Ginebra como su desarrollo en el Protocolo Adicional II a los Convenios de Ginebra, y el derecho Internacional consuetudinario aplicable a la protección de los sistemas de salud en los Conflictos Armados internos. Por último, analizaremos la represión penal de las infracciones cometidas en Conflictos Armados sin carácter internacional contra los sistemas de salud.

### Palabras clave

Resolución 2286 (2016), asistencia de salud en peligro.

**Abstract**

*The United Nations Security Council approved an initiative on health care in danger, promoted by the Kingdom of Spain, which culminated in Resolution 2286 (2016) of the Security Council on acts of violence against the wounded, sick, health and humanitarian personnel, their means of transport and equipment, hospitals and other health facilities in armed conflicts.*

*The purpose of this paper is to analyze the legal regulation of the protection of the wounded and sick, humanitarian personnel exclusively engaged in medical duties and medical personnel, and their means of transport and equipment, as well as hospitals and other medical facilities, in situations of non-international armed conflict. Likewise, article 3 common to the Four Geneva Conventions and its development in Additional Protocol II to the Geneva Conventions, and the customary international law applicable to the protection of health systems in non international armed conflicts are analyzed within the legal regime of protection. Finally, we will analyze the penal repression of the infractions committed in Armed Conflicts without international character against the health systems.*

**Key Words**

*Resolution 2286 (2016), health care in danger.*

## Introducción

### *Los Conflictos Armados internos: evolución histórica*

La lucha armada en el interior de las comunidades humanas es probablemente la más antigua de las formas conocidas de guerra. Desde un punto de vista histórico, estos conflictos no han sido menos frecuentes ni menos brutales que los conflictos armados internacionales. De hecho, tales conflictos internos se han multiplicado, desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, mientras que las guerras entre Estados prácticamente han desaparecido, en parte, debido al efecto de lo que se ha conocido como el equilibrio entre las grandes superpotencias. Es así como, mientras en los dos últimos decenios apenas sí se han registrado una media docena de conflictos internacionales, «más de treinta conflictos [...] de poder, de territorio, de minorías, de religiones» ensangrentaban el planeta, cuando se inició la XXI Conferencia Internacional de Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en diciembre de 1995; asimismo, *Project Ploughshares* afirma en su informe relativo a conflictos armados en el mundo durante el año 2014 que se han registrado 29 conflictos armados en 26 estados, de los cuales 12 tienen lugar en África, y la inmensa mayoría entran dentro de la categoría de conflicto armado sin carácter internacional.

El Conflicto armado en Siria aparece como el más devastador para las víctimas civiles del conflicto, de acuerdo con el observatorio Sirio para los derechos humanos, de tal forma que 76,021 personas murieron en el año 2014, de los cuales 17,790 eran civiles. Igualmente, Naciones Unidas informa que 7.6 millones de Sirios son desplazados internos en el conflicto, y que 12.2 millones requieren asistencia humanitaria.

### *Los Conflictos Armados internos en la actualidad*

Los conflictos típicos actuales son conflictos internos y crónicos, en los que reina la anarquía y el caos, y en los que está en juego una compleja mezcla de intereses económicos, étnicos y religiosos, en los que las víctimas principales son la población civil. El mayor peligro para ellos lo representa el hecho de que los bienes indispensables para su supervivencia son objeto de saqueo o incautación, para garantizar la subsistencia de los que luchan a costa de ellos. Fuera del pillaje del que son víctimas, se les destruyen los cultivos, se les sabotea el suministro de agua, se bloquean las vías de comunicación y se incendian pueblos. Los objetivos mismos de las partes en estos conflictos incluyen a menudo el tratar de expulsar de su territorio a sectores de la población, lo que, en

consecuencia, implica violaciones de los principios fundamentales del derecho de la guerra.

Y no sólo esto, de los casi cincuenta conflictos armados que se mantienen hoy en día en el mundo, apenas diez tienen una presencia continuada en los medios de comunicación. La mayoría desaparecen de la actualidad hasta que una nueva masacre los convierte en noticia. Es el caso de Afganistán, Sri Lanka, Liberia, Chad, Colombia, Sierra Leona, etc. Algunos ni se llegan a nombrar, como si, de tan alejados, no estuvieran en la tierra, como es la situación bélica en Papua Nueva Guinea.

En tales conflictos armados, los sistemas de protección de la salud se ven seriamente afectados, como se demuestra en las conclusiones que se obtienen a través de los equipos en el terreno que el Comité Internacional de la Cruz Roja tiene desplegados en territorios bajo situación de conflicto armado interno y que recaban información sobre incidentes violentos de los que la asistencia de salud ha sido víctima en más de veinte países y regiones. Así, entre enero de 2012 y diciembre de 2014 se ha documentado 2400 incidentes en once conflictos armados, de los que en ocho de esos lugares se desarrollaba un conflicto armado no internacional. Así, de los 2.140 incidentes que el CICR recabó, 548 (26%) se atribuyeron a grupos armados y afectaron a un total de 835 personas. En más del 90% de los casos, los prestadores de servicios de salud se vieron afectados, lo que significó una grave amenaza a la eficacia y sostenibilidad de los sistemas de atención de salud nacionales<sup>1</sup>.

En septiembre de 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que 654 trabajadores de salud resultaron muertos desde el comienzo del conflicto en Siria y que casi el 60% de los hospitales funcionaban solo parcialmente o se encontraban fuera de servicio<sup>4</sup>.

El 16 de febrero, a menos de un año del comienzo de las hostilidades en Yemen, Stephen O'Brien, coordinador de Ayuda de Emergencia de las Naciones Unidas, anunció<sup>5</sup> ante el Consejo de Seguridad que casi 600 instalaciones de salud, que representan alrededor del 25% de las instalaciones del país, habían dejado de funcionar. Con anterioridad, 220 de esos centros de salud ofrecían tratamiento contra la desnutrición severa.

En el conflicto afgano, en los últimos dos años, los talibán, las fuerzas afganas y otros grupos armados perpetraron más de 240 ataques contra establecimientos de salud, con lo que se erosiona un sistema sanitario que, de por sí, es extremadamente frágil: dañaron o destruyeron clínicas y hospitales, y causaron la muerte de un sinnúmero de profesionales de la salud.

---

<sup>1</sup> Comité Internacional de la Cruz Roja, Asistencia de salud en peligro. La realidad del problema, Ginebra, 2011, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p4072.htm>. Comité Internacional de la Cruz Roja, Health Care in Danger: A sixteen-country study, Ginebra, julio de 2011, disponible en: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/report/hcid-report-2011-08-10.htm>.

Algunas personas se vieron forzadas a abandonar sus trabajos o a huir, y muchos pacientes tuvieron miedo de solicitar atención médica.

Vamos a proceder a realizar un estudio de cómo aborda esta rama del Derecho Internacional la protección de los sistemas de salud en los conflictos armados internos, y llegaremos a la conclusión, entre otras, que si han existido violaciones de derechos humanos en tales situaciones de conflicto, ello en gran medida no se ha debido a la falta de normas, sino a su desconocimiento y falta de voluntad en su aplicación.

### *Definición de conflictos armados internos. Precisiones terminológicas*

Antes de continuar, debemos hacer una precisión terminológica. Estamos hablando de Derecho Internacional Humanitario aplicable a situaciones de conflicto armado sin carácter internacional. Tal es la denominación a la que se hace referencia en las normas que regulan tales situaciones de violencia: artículo 3 común a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, aplicable en «caso de conflicto armado sin carácter internacional», y Protocolo II, de 8 de junio de 1977, adicional a los referidos Convenios de Ginebra, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional. Así, el Derecho Internacional Humanitario intenta cubrir bajo su paraguas protector toda clase de conflictos armados, bien sean de carácter internacional bien sean conflictos armados internos.

Por ello, una noción clásica, como es la de guerra civil, no se corresponde con la de conflicto armado sin carácter internacional. La guerra civil es el más caracterizado de tales conflictos, dada la división generalizada de la sociedad civil y el enfrentamiento armado de dos o más partes de la población, la duración de las hostilidades y el dominio de una parte notable o significativa del territorio nacional por cada parte; sin embargo, la noción de conflicto armado sin carácter internacional, o en su denominación más breve, conflicto armado interno, es mucho más amplia que la de guerra civil, donde pueden existir otros elementos más fluctuantes y flexibles. Estaremos ante tal conflicto armado interno cuando existan acciones hostiles de carácter colectivo, dirigidas contra un Gobierno en principio legítimamente establecido, con una organización y que presentan carácter armado.

La Comisión de Expertos Internacionales, en 1962, ofreció una definición muy correcta y sencilla de estos conflictos, conforme al artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra: El conflicto armado interno comprendería las acciones armadas en el interior de un Estado que dan lugar a hostilidades dirigidas contra un gobierno legal, que presentan un carácter colectivo y un mínimo de organización.

### *Características de los Conflictos Armados internos*

En primer lugar, el conflicto armado no internacional se distingue del conflicto armado internacional por la naturaleza jurídica de los sujetos que se enfrentan: las partes en conflicto no son Estados soberanos, como ocurre en un conflicto armado internacional, sino el Gobierno de un solo Estado, que ante la comunidad internacional tiene en principio la legitimidad para actuar en el mantenimiento del orden interno, que lucha contra uno o varios grupos armados dentro de los límites de su territorio. El conflicto armado no internacional aparece como una situación en la que hay hostilidades evidentes entre fuerzas armadas o grupos armados organizados dentro del territorio de un Estado.

No es esta, por otra parte, la única característica fundamental que distingue ambas categorías de conflicto armado. Así, otro elemento fundamental a tener en cuenta, y que dificulta en gran medida la aplicación de las disposiciones humanitarias, es la calidad y la desigualdad de los sujetos que se enfrentan: un conflicto armado internacional tiene lugar entre dos o más Estados, miembros de la Comunidad Internacional y que, desde el comienzo de las hostilidades y hasta su conclusión, presentan los mismos derechos y obligaciones estipuladas en los Convenios de Derecho Internacional Humanitario; sin embargo, en conflictos armados internos, son grupos de un mismo Estado los que se enfrentan entre sí, y el gobierno establecido aparece, en principio, ante la Comunidad Internacional como legítimamente autorizado al ejercicio de las acciones necesarias para el mantenimiento del orden en el interior de su territorio.

Obsérvese que lo que importa es que en el conflicto armado interno se configure una parte contendiente, frente al gobierno establecido o frente a otra parte contendiente, que mantienen una lucha armada de carácter colectivo, presentan una organización y una cierta capacidad de control, de mando y de disciplina sobre ese colectivo armado. Ciertamente la intensidad de las hostilidades es relevante a los efectos de decidir si el régimen jurídico que será aplicable es el general a todo conflicto armado interno — artículo 3— común a los cuatro Convenios de Ginebra, o por el contrario habrá de regir un régimen más protector, como es el establecido en el Protocolo Adicional II.

Así pues, el conjunto de normas que nos interesan está formado por el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, que contempla el marco jurídico general y fundamental aplicable a todo conflicto armado sin carácter internacional; el Protocolo Adicional II, Adicional a dichos Convenios, de 10 de junio de 1977, en el que se establece un régimen de protección más detallado para las víctimas de tales conflictos armados generalizados y de alta intensidad, así como por la posibilidad de aquellas normas vinculantes para las partes en conflicto a través de acuerdos especiales.

### *El concepto de «sistemas de salud»*

Se conoce como sistemas de salud, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. En situaciones de conflicto armado es cuando más se necesitan los servicios de asistencia de salud, pero éste es también su momento de mayor vulnerabilidad a los ataques. El personal sanitario, los medios de transporte sanitarios, las instalaciones sanitarias, e incluso los heridos y enfermos: todos son afectados por ataques.

Esta violencia puede alterar el funcionamiento del sistema de salud cuando las personas más lo necesitan. Los combatientes y los civiles mueren solamente porque se les impide recibir a tiempo la atención médica que requieren. Comunidades enteras quedan sin servicios vitales, como la atención de maternidad, la pediatría y la vacunación. A veces, las perturbaciones son tan graves que causan el colapso del sistema entero. La violencia contra el personal y las instalaciones de salud y los vehículos sanitarios es, por consiguiente, una cuestión humanitaria con efectos generalizados y de largo plazo.

Vemos que la terminología que aquí utilizamos aquí es más amplia que la utilizada en los diversos tratados y Convenios de Derecho Internacional Humanitario, pero el hecho de que una definición determinada excede lo consignado en un tratado específico, no debe interpretarse como una ampliación de esa definición, sino como una forma de explicar de forma más comprensible tal concepto.

### **Protección de los sistemas de salud en los conflictos armados no internacionales**

#### *Normativa vigente*

Como hemos señalado, la protección de los heridos, enfermos y náufragos, víctimas del conflicto armado, y la protección de los sistemas de salud en un conflicto armado no internacional está regulada por el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, que contempla el marco jurídico general y fundamental aplicable a todo conflicto armado sin carácter internacional y el Protocolo Adicional II, Adicional a dichos Convenios, de 10 de junio de 1977, en el que se establece un régimen de protección más detallado, y que se recoge en el Título III del Protocolo, bajo el epígrafe de Heridos, enfermos y náufragos.

Mención aparte merece que el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra invita a las partes contendientes a poner en vigor, por vía de acuerdos especiales, todas o partes de las demás disposiciones de los Convenios. Supone tal posibilidad un avance considerable en la aplicación del Derecho Internacional humanitario por parte de quienes se ven implicados en el conflicto armado interno, y es una fuente de acercamiento en derecho positivo de los conflictos armados, entre el régimen de tales conflictos armados sin carácter internacional y el de los conflictos armados internacionales. Así, en el conflicto armado en el territorio de Bosnia, el Acuerdo de 22 de mayo de 1992 se fundaba expresamente en el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra, en el que se afirma que «... las Partes concernidas consideraban que los conflictos armados en los que participaban eran conflictos internos...». Sin embargo, el Acuerdo retomaba «la mayor parte de las disposiciones de los Convenios de Ginebra y del Protocolo Adicional I, aplicables a los conflictos armados internacionales». En el marco de estos acuerdos concluidos con el auspicio del Comité Internacional de la Cruz Roja, las partes conciliaron *ad hoc* los regímenes jurídicos de los conflictos armados internacionales y de los conflictos armados internos, por lo que se ve ampliada la protección de las víctimas y de los sistemas de salud en el conflicto armado interno.

### *La protección en el artículo 3 común a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949*

El artículo 3 Común a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949 hace una sucinta referencia a la protección de estas víctimas del conflicto armado no internacional al incluirla dentro de una categoría más general, como es la de aquellas personas que no participan directamente en las hostilidades, y las personas que hayan quedado fuera de combate por «enfermedad, herida o detención o por cualquiera otra causa.»

Por heridos y enfermos debemos entender las personas que necesitan asistencia de salud, independientemente de que hayan participado o no en los enfrentamientos, siempre y cuando se abstengan de llevar a cabo todo acto de hostilidad. La expresión incluye a las parturientas y a los recién nacidos<sup>2</sup>.

La protección que se establece en el artículo 3 se limita a exigir que tales categorías de personas, serán, en todas las circunstancias, tratadas con humanidad, sin distinción alguna de índole desfavorable basada en la raza, el color, la religión o la creencia, el

---

<sup>2</sup> V. Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de víctimas de conflictos armados internacionales (Protocolo Adicional I) del 8 de junio de 1977 (PA I), art. 8 (a); Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de víctimas de conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo Adicional II), del 8 de junio de 1977 (PA II), comentario sobre el art. 7, párr. 4637-4639.

sexo, el nacimiento o la fortuna o cualquier otro criterio análogo, y en concreto se prohíben, en cualquier tiempo y lugar:

- Los atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura y los suplicios;
- Los atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes;

Y establece la obligación de que los heridos y los enfermos sean recogidos y asistidos.

Es importante señalar que la Corte Internacional de Justicia (CIJ), el órgano judicial de las Naciones Unidas que tiene la facultad de zanjar disputas entre Estados, considera que el artículo 3 común refleja «las consideraciones elementales de humanidad» y, por ello, «es aplicable en todos los tipos de conflicto armado»<sup>3</sup>.

### *La cláusula de Martens*

Tenemos también que hacer una referencia a la llamada cláusula de Martens, que establece lo siguiente: «en los casos no previstos en el presente Protocolo o en otros acuerdos internacionales, las personas civiles y los combatientes quedan bajo la protección y el imperio de los principios del derecho de gentes derivados de los usos establecidos, de los principios de humanidad y de los dictados de la conciencia pública»<sup>4</sup>.

3 CIJ, *Actividades militares y paramilitares en y contra Nicaragua* (Nicaragua c. Estados Unidos de América), Fondo, 27-06-1986, párr. 218M CIJ, *Canal de Corfú* (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte c. Albania), Fondo, CIJ Reports 1949, p. 22.

4 La cláusula de Martens fue introducida originalmente en el Preámbulo del (II) Convenio de La Haya de 1899 relativo a las leyes y costumbres de la guerra terrestre. Debe su nombre a una declaración leída por el delegado ruso Fyodor Fyodorovich Martens en la Conferencia de la paz de La Haya, de 1899, y se basa en las palabras que éste pronunciara: «Mientras que se forma un Código más completo de las leyes de la guerra, las Altas Partes Contratantes juzgan oportuno declarar que, en los casos no comprendidos en las disposiciones reglamentarias adoptadas por ellas, las poblaciones y los beligerantes permanecen bajo la garantía y el régimen de los principios del Derecho de Gentes preconizados por los usos establecidos entre las naciones civilizadas, por las leyes de la humanidad y por las exigencias de la conciencia pública». Halla una expresión más moderna en el artículo 1.2 del Protocolo adicional I y en el Preámbulo del Protocolo Adicional II.

### *Protocolo Adicional II Convenios de Ginebra y la protección del sistema de salud. Precisiones terminológicas*

El Protocolo Adicional II a los Convenios de Ginebra, de 10 de junio de 1977, establece un régimen de protección de estas víctimas del conflicto armado más detallado que el fijado por el artículo 3 Común a los Cuatro Convenios de Ginebra, y viene recogido en el Título III del Protocolo, bajo el epígrafe de Heridos, enfermos y náufragos. En el mismo título se protege no sólo a las víctimas del Conflicto Armado no internacional, sino también a quienes están llamados a su asistencia y protección, tanto los medios personales, como los medios materiales.

Es importante señalar que las obligaciones de las que vamos a hablar a continuación reflejan exclusivamente una preocupación humanitaria y su aplicación «no surtirá efectos sobre el estatuto jurídico de las partes en el conflicto», conforme al artículo

A diferencia del Protocolo Adicional I, en el que esta materia se haya recogida en su Título II, dividido en varias secciones, en el Protocolo II se regula de una manera mucho más concisa, por lo que, para interpretar que se entiende por cada uno de los conceptos regulados, deberemos acudir al Protocolo Adicional I.

Así, el artículo 7 del Protocolo II se refiere a la protección y asistencia de «heridos, enfermos y náufragos». Para saber que se entiende por tales víctimas del conflicto armado debemos acudir al artículo 8 del Protocolo I, donde se define a los «heridos» y «enfermos» como aquellas personas, sean militares o civiles, *«que debido a un traumatismo, una enfermedad u otros trastornos o incapacidades de orden físico o mental, tengan necesidad de asistencia o cuidados médicos y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Esos términos son también aplicables a las parturientas, a los recién nacidos y a otras personas que puedan estar necesitadas de asistencia o cuidados médicos inmediatos, como los inválidos y las mujeres encinta, y que se abstengan de todo acto de hostilidad.»*

Y por «náufragos» se entienden *«las personas, sean militares o civiles, que se encuentren en situación de peligro en el mar o en otras aguas a consecuencia de un infortunio que las afecte o que afecte a la nave o aeronave que las transportaba, y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Estas personas, siempre que sigan absteniéndose de todo acto de hostilidad, continuarán considerándose náufragos durante su salvamento, hasta que adquieran otro estatuto de conformidad con los Convenios o con el presente Protocolo.»*

El artículo 9 del Protocolo Adicional II se refiere a la protección del personal sanitario y religioso. Conforme al artículo 8 c) se entiende por «personal sanitario»:

*«Las personas destinadas por una Parte en conflicto exclusivamente a los fines sanitarios enumerados en el apartado e), o a la administración de las unidades sanitarias o al funcionamiento o administración de los medios de transporte sanitarios. El destino a tales servicios podrá tener carácter permanente o temporal. La expresión comprende:*

- i) *El personal sanitario, sea militar o civil, de una Parte en conflicto, incluido el mencionado en los Convenios I y II, así como el de los organismos de protección civil.*
- ii) *El personal sanitario de las Sociedades nacionales de la Cruz Roja (Media Luna Roja, León y Sol Rojos) y otras sociedades nacionales voluntarias de socorro debidamente reconocidas y autorizadas por una Parte en conflicto;*
- iii) *El personal sanitario de las unidades o los medios de transporte sanitarios mencionados en el párrafo 2 del artículo 9.»*

Vemos que el concepto de personal sanitario es muy amplio e incluye a personas civiles y militares no por su mera profesión sanitaria sino por criterios de funcionalidad o de pertenencia a una organización sanitaria. Por consiguiente están cubiertos por la protección otorgada al personal sanitario entre otros puestos orgánicos los cocineros de los hospitales, los administradores o los mecánicos encargados del mantenimiento de los vehículos sanitarios. Es preciso, no obstante que la dedicación al puesto orgánico sea exclusiva, lo cual no implica que el destino o función tenga que ser permanente puesto que puede desempeñarse con carácter temporal.

Conforme al artículo 8 d) del Protocolo Adicional I se entiende por «personal religioso»

*«d) las personas, sean militares o civiles, tales como los capellanes, dedicadas exclusivamente al ejercicio de su ministerio y adscritas:*

- i) A las fuerzas armadas de una Parte en conflicto;*
- ii) A las unidades sanitarias o los medios de transporte sanitarios de una parte en conflicto;*
- iii) A las unidades o medios de transporte sanitarios mencionados en el párrafo 2 del artículo 9; o*
- iv) A los organismos de protección civil de una parte en conflicto.*

La adscripción del personal religioso puede tener carácter permanente o temporal, y son aplicables a ese personal las disposiciones pertinentes del apartado k).»

El artículo 11 Protocolo Adicional II establece la protección de las unidades y medios de transporte sanitarios; de nuevo tenemos que acudir al artículo 8 apartados e) y siguientes, para entender que se entiende por tales:

«e) se entiende por «unidades sanitarias» los establecimientos y otras formaciones, militares o civiles, organizados con fines sanitarios, a saber: la búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico o tratamiento (incluidos los primeros auxilios) de los heridos, enfermos y náufragos, así como la prevención de las enfermedades. La expresión

comprende, entre otros, los hospitales y otras unidades similares, los centros de transfusión de sangre, los centros e institutos de medicina preventiva y los depósitos de material sanitario, así como los almacenes de material sanitario y de productos farmacéuticos de esas unidades. Las unidades sanitarias pueden ser fijas o móviles, permanentes o temporales;

*f) se entiende por «transporte sanitario» el transporte por tierra, por agua o por aire de los heridos, enfermos y náufragos, del personal sanitario o religioso o del equipo y material sanitarios protegidos por los Convenios y por el presente Protocolo;*

*g) se entiende por «medio de transporte sanitario» todo medio de transporte, militar o civil, permanente o temporal, destinado exclusivamente al transporte sanitario, bajo la dirección de una autoridad competente de una Parte en conflicto;*

*h) se entiende por «vehículo sanitario» todo medio de transporte sanitario por tierra;*

*i) se entiende por «buque y embarcación sanitarios» todo medio de transporte sanitario por agua;*

*j) se entiende por «aeronave sanitaria» todo medio de transporte sanitario por aire;*

*k) son «permanentes» el personal sanitario, las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios que se destinan exclusivamente a fines sanitarios por un período indeterminado. Son «temporales» el personal sanitario, las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios que se dedican exclusivamente a fines sanitarios por períodos limitados y durante la totalidad de dichos períodos.*

*Mientras no se especifique otra cosa, las expresiones «personal sanitario», «unidad sanitaria» y «medio de transporte sanitario» abarcan el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios tanto permanentes como temporales».*

Sin perjuicio de lo que a continuación vamos a analizar en cuanto a la protección de los sistemas de salud y las víctimas del conflicto armado no internacional, tenemos que señalar que el Título II del Protocolo Adicional II, bajo el epígrafe de «trato Humano», establece, en su artículo 4 unas garantías fundamentales para todas las personas que no participen directamente en las hostilidades, o que hayan dejado de participar en ellas, y estén o no privadas de libertad, a los que se les reconoce el derecho a que se respeten su persona, su honor, sus convicciones y sus prácticas religiosas. Serán tratadas con humanidad en toda circunstancia, sin ninguna distinción de carácter desfavorable, y queda prohibido ordenar que no haya supervivientes, esto es, ordenar la guerra sin cuartel.

El número 2 de este artículo igualmente establece unas prohibiciones concretas, *«sin perjuicio del carácter general de las disposiciones que preceden, están y quedarán prohibidos en todo tiempo y lugar con respecto a las personas a que se refiere el párrafo 1:*

*a) los atentados contra la vida, la salud y la integridad física o mental de las personas, en particular el homicidio y los tratos crueles tales como la tortura y las mutilaciones o toda forma de pena corporal; b) los castigos colectivos; c) la toma de rehenes; d) los actos de terrorismo; e) los atentados contra la dignidad personal, en especial los tratos humillantes y degradantes, la violación, la prostitución forzada y cualquier forma de atentado al pudor; f) la esclavitud y la trata de esclavos en todas sus formas; g) el pillaje; h) las amenazas de realizar los actos mencionados.»* Esto es, el artículo 4 viene a recoger expresamente lo que ya establecía el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra, ampliando las conductas prohibidas, ya que ahora se prohíbe también los «castigos colectivos», «los actos de terrorismo», y la «violación, la prostitución forzada y cualquier forma de atentado al pudor», el «pillaje» y las amenazas de realizar tales actos.

Este título tiene por objeto establecer normas para la protección de las personas que no participan directamente o que hayan dejado de participar en las hostilidades. Al no prever este Protocolo categorías de personas protegidas, estas disposiciones se aplican a todas las personas afectadas por el conflicto que se encuentran en poder del adversario, ya sean heridos, enfermos o personas privadas de libertad. Recoge los principios esenciales contenidos en el Título IV del Proyecto de Protocolo Adicional II, que versaba sobre medios y métodos de combate, que nunca llegó a ver la luz al ser suprimido en la Conferencia diplomática que elaboró tal Protocolo.

El sistema de protección diseñado por el Protocolo Adicional II, descansa en dos pilares fundamentales: El primero consiste en lograr de forma directa la protección mediante normas de conducta dirigidas a todos los que intervienen en la búsqueda recogida, transporte y tratamiento de los heridos, enfermos y náufragos. El segundo consiste en asegurarles la protección de forma indirecta protegiendo a la Organización dedicada con exclusividad a su atención y cuidado, es decir a la Organización Sanitaria.

### ***La protección de los heridos y enfermos***

Establece, como hemos adelantado, el artículo 7 del Protocolo que *«1. Todos los heridos, enfermos y náufragos, hayan o no tomado parte en el conflicto armado, serán respetados y protegidos. 2. En toda circunstancia serán tratados humanamente y recibirán, en toda la medida de lo posible y en el plazo más breve, los cuidados médicos que exija su estado. No se hará entre ellos distinción alguna que no esté basada en criterios médicos.»*

Y continúa el Artículo 8. *«Búsqueda. Siempre que las circunstancias lo permitan, y en particular después de un combate, se tomarán sin demora todas las medidas posibles para buscar y recoger a los heridos, enfermos y náufragos a fin de protegerlos contra el pillaje y los malos tratos y asegurarles la asistencia necesaria, y para buscar a los muertos, impedir que sean despojados y dar destino decoroso a sus restos.»*

Las víctimas deben ser respetadas y protegidas en toda circunstancia. Hay pues dos aspectos a considerar: uno de carácter negativo, el respeto que implica un deber de abstenerse de atacar y de maltratar a los heridos, enfermos y náufragos, y un deber de acción, de carácter positivo:

- Respeto y protección: Los heridos y enfermos serán respetados y protegidos en toda circunstancia. La expresión «*en toda circunstancia*» implica que las obligaciones en cuestión no se encuentran sujetas a ninguna reciprocidad, es decir que las violaciones cometidas por un adversario no le dan derecho a éste a cometer ningún acto como represalia. La obligación de respetar a los heridos y los enfermos implica abstenerse de determinadas conductas, como ataques, pillajes y malos tratos, como hemos visto anteriormente. En particular, nunca se debe atacar contra su vida ni se les debe robar, torturar ni hacer cumplir una pena que se haya dictado sin respetar las garantías fundamentales de un juicio justo, conforme al artículo 4 PAII. La obligación de proteger significa, además, la adopción, cuando sea posible, de medidas destinadas a garantizar el respeto de los heridos y los enfermos por parte de terceros, por ejemplo, que no se los maltrate o lastime ni se roben sus pertenencias, conforme al artículo 8. Las violaciones de estas prohibiciones son tan graves que constituyen crímenes de guerra.
- Asistencia: como obligaciones de carácter positivo, esto es, prestar a los heridos, enfermos y náufragos los cuidados médicos necesarios, en identidad total con los que en las mismas circunstancias reciben los heridos, enfermos y náufragos propios. Este deber de asistencia también supone que, cuando las condiciones de seguridad lo permitan, y en especial después de un combate, deben adoptarse todas las medidas posibles, sin demora alguna, para buscar y recoger a los heridos y los enfermos. Entre estas medidas están posibles armisticios o treguas locales.

Adoptar todas las medidas posibles para recoger a los heridos y los enfermos y brindarles atención médica significa también permitir que organizaciones humanitarias imparciales y la población civil colaboren en la recogida y la atención de los heridos y los enfermos. A este fin, las organizaciones humanitarias y la población civil pueden ofrecer su colaboración, y las autoridades no pueden rechazar arbitrariamente un ofrecimiento de ese tipo cuando haya necesidades urgentes de los heridos y los enfermos a las que responder, conforme al artículo 18 PA II<sup>5</sup>.

---

5 PA II, comentario sobre el art. 18, párr. 4876, *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, comentario sobre la norma 109, p. 453.

### *La protección del personal sanitario. El estatus de personal sanitario*

La protección dispensada por el DIH en conflictos armados internos a los heridos, enfermos y náufragos supone, igualmente, la necesaria protección de los sistemas de salud, de tal forma que la organización sanitaria abarca al personal sanitario, a las unidades y establecimientos sanitarios y a los transportes sanitarios.

La protección al personal sanitario no se otorga de forma incondicional sino que supone el cumplimiento de una serie de deberes, condiciones y requisitos. Así, hay que insistir en que la protección del personal sanitario no es un privilegio personal que se otorga, sino un corolario natural a los requerimientos de respeto y protección que tienen los enfermos y heridos, que deben ser tratados humanamente en toda circunstancia (art. 7 GP II).

Así, entre las obligaciones del personal sanitario podemos señalar:

- Respetar los principios de la ética médica.(art. 10 GP II)
- Tratar humanamente a las personas fuera de combate.(arts.4, 5 y 7 GP II)
- Prestar la asistencia sin otra distinción que los puramente médicos. Solo razones de urgencia médica pueden justificar prioridades en el orden de tratamiento de las personas.
- No someter a las personas protegidas a actos médicos que no estén indicados por su estado de salud, ni realizar con ellas experimentos médicos, biológicos o científicos.
- Respetar el deseo de los heridos y enfermos. Tienen estos derecho a rechazar cualquier intervención quirúrgica.
- No cometer actos de represalia ni consentirlos contra los heridos y enfermos.

Como ya hemos indicado, la dedicación a la asistencia sanitaria debe ser exclusiva, pero puede no ser permanente, puesto que puede desempeñarse con carácter temporal. Ello quiere decir que la protección no es permanente sino que se otorga si se lleva a cabo el deber humanitario y cuando se está ejerciendo. Si el personal sanitario comete actos de hostilidad pierde la protección especial a la que tiene derecho y su conducta podría ser pérfida, si tales actos los comete prevaliéndose de su condición sanitaria y de sus signos distintivos de protección.

Así, y con respecto al personal sanitario y religioso, el artículo 9 recoge la obligación de que sea respetado y protegido. Se le proporcionará toda la ayuda disponible para el desempeño de sus funciones y no se le obligará a realizar tareas que no sean compatibles con su misión humanitaria.

- La obligación de respetar significa que no se debe atacar ni dañar de ninguna forma al personal sanitario y religioso. Significa, también, que no se debe interferir con su trabajo, por ejemplo, impidiendo el paso de suministros sanitarios o entorpeciendo su capacidad de seguir asistiendo a los heridos y los enfermos<sup>6</sup>. Igualmente, no se podrá exigir que el personal sanitario, en el cumplimiento de su misión, dé prioridad al tratamiento de persona alguna, salvo por razones de orden médico.
- La obligación de proteger significa que se deben adoptar medidas para facilitar su trabajo, cuando sea necesario, y proporcionar ayuda, si se necesita, por ejemplo, facilitando el paso de suministros médicos; también significa que deben garantizar que sean respetados por terceros, lo que comprende adoptar medidas para asegurarse de que no sean maltratados ni puestos en peligro, por ejemplo, mediante saqueo<sup>7</sup>.

No se castigará a nadie por haber ejercido una actividad médica conforme con la deontología, cualesquiera que hubieren sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad, ni tampoco se podrá obligar a las personas que ejerzan una actividad médica a realizar actos ni a efectuar trabajos contrarios a la deontología u otras normas médicas destinadas a proteger a los heridos y a los enfermos, o a las disposiciones del presente Protocolo, ni a abstenerse de realizar actos exigidos por dichas normas o disposiciones. A reserva de lo dispuesto en la legislación nacional, se respetarán las obligaciones profesionales de las personas que ejerzan una actividad médica, en cuanto a la información que puedan adquirir sobre los heridos y los enfermos por ellas asistidos, ni tampoco el personal sanitario o religioso podrá ser sancionado de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido.

Además, cuando las personas - y las instalaciones y transportes sanitarios - destinados exclusivamente a garantizar la asistencia de salud son civiles, están protegidos como personas - y bienes - de carácter civil.

En consecuencia, se benefician de la protección general de los civiles y los bienes de carácter civil de conformidad con las normas sobre la conducción de las hostilidades, que incluyen los principios de distinción, proporcionalidad y precaución<sup>8</sup>.

---

6 PA II, comentario sobre el art. 9, párr. 4673-4674; PA II, comentario sobre art. II, párr. 4714.

7 PA II, comentario sobre el art. II, párr. 4714.

8 *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, normas I-21.

## *Protección de las unidades y transportes sanitarios*

El artículo II GPII regula, en un único artículo, la protección tanto de unidades sanitarias como de los medios de transporte sanitarios, los cuales, serán respetados y protegidos en todo momento y no serán objeto de ataques. Lo que ya hemos analizado con respecto al personal sanitario es de aplicación igualmente a los medios materiales.

La protección específica definida precedentemente se aplica a las instalaciones y los transportes sanitarios tanto civiles como militares, y también debe incluir al material sanitario de grupos armados que sean partes en un conflicto. Y al igual que ocurría con el personal sanitario, la protección debida a las unidades y a los medios de transporte sanitarios solamente podrá cesar cuando se haga uso de ellos con objeto de realizar actos hostiles al margen de sus tareas humanitarias.

Si bien no existe una definición jurídica generalmente acordada de «actos hostiles, al margen de su función humanitaria», se suele interpretar que el personal, las instalaciones y los transportes sanitarios no deben participar en forma alguna en las operaciones militares de una parte en el conflicto.

Algunos ejemplos son:

- Disparar contra un adversario con otro propósito que no sea la defensa propia individual, por ello, está permitido portar armas ligeras individuales, estrictamente para su defensa propia o la de los heridos o los enfermos a su cargo contra violencia ilegítima dirigida hacia ellos;
- Utilizar las instalaciones sanitarias para proteger a combatientes sanos, o para almacenar armas y municiones (fuera de la posibilidad almacenar armas pequeñas y municiones que se encontraran allí temporalmente, sustraídas a militares heridos y enfermos y que no pudieron todavía entregarse a las autoridades competentes);
- Utilizar las instalaciones sanitarias como puesto de observación militar o como centro de mando y control; o para proteger acciones militares;
- Utilizar medios de transporte sanitarios para trasladar combatientes sanos, armas o municiones o para recabar y transmitir información de valor militar.

Cuando se comete un acto hostil, al margen de la función humanitaria, se debe dar un aviso que establezca, cuando corresponda, un plazo para cumplir con él. La pérdida de protección específica entra en vigencia cuando el aviso no surte efecto<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> PA II, art. II (2); *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, Normas 25, 28, 29, pp. 85, 97, 102.

Sin embargo, aun cuando el personal o los bienes sanitarios hayan perdido su protección específica y se hayan convertido en un objetivo lícito, los heridos y los enfermos y el personal sanitario que no participen en la perpetración de un acto hostil mantienen su protección en virtud de los principios de proporcionalidad y precaución y no se los puede atacar directamente<sup>10</sup>.

### *El emblema*

La protección específica definida precedentemente se aplica al personal, las instalaciones y los transportes sanitarios tanto civiles como militares, y se debe incluir al personal y el material sanitarios de grupos armados que sean partes en el conflicto. Las personas y los bienes que estén comprendidos dentro de esas categorías también tienen derecho a utilizar los emblemas distintivos de la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo con fines de protección<sup>11</sup>.

## **Derecho internacional consuetudinario aplicable a la protección de los sistemas de salud en los conflictos armados internos**

No podemos acabar esta exposición sin hacer una sucinta referencia a una cuestión fundamental, planteada por la doctrina internacionalista: ¿Está obligado un Estado no parte en el Protocolo Adicional II, por normas jurídicas no escritas en materia de Derecho Internacional Humanitario?

Tal cuestión nos lleva a plantearnos el papel del Derecho Internacional Humanitario de origen consuetudinario como mecanismo para mejorar la protección de las víctimas en los conflictos armados, y que ha sido objeto de un profundo estudio en el seno del Comité Internacional de la Cruz Roja, a petición de la Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

10 Conforme al PA I, comentario sobre el art. 12, párr. 540. A pesar de que no se aplica formalmente a situaciones de conflicto armado no internacional, esta disposición ofrece una orientación interpretativa en este aspecto.

11 PA II, art. 12. Aun cuando este artículo no hace referencia, evidentemente, al nuevo emblema protector, dentro de estos debe incluirse el cristal rojo, aprobado por el Protocolo adicional del 8 de diciembre de 2005 a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la aprobación de un signo distintivo adicional (Protocolo III) (PA III), art. 2. Ningún Estado ha utilizado el emblema del león y el sol rojos desde 1980. V. Comité Internacional de la Cruz Roja y Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Manual del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, 14.a edición, 2008, p. 50.

Para responder a tal cuestión, nada mejor que acudir a las conclusiones recogidas en la decisión de la Cámara de Apelación del Tribunal para la Represión de los Crímenes de guerra en el territorio de la antigua Yugoslavia, en el «Asunto Tadic», de fecha 2 de octubre de 1995.

La Cámara de Apelación se pronuncia sobre la existencia de ciertas normas de Derecho Internacional Humanitario aplicables con carácter general a los conflictos armados internos y rechaza la idea, planteada por el fiscal, de que el conflicto debía ser considerado como internacional en virtud del calificativo que le había conferido el Consejo de Seguridad en diferentes resoluciones. Al mismo tiempo, rechazó los argumentos de Tadic, quien afirmaba que era inaplicable el artículo 3 del Estatuto del TPIY, según el cual el Tribunal es «competente para cometer violaciones de las leyes y costumbres de la guerra».

No obstante, la Sala afirma que el artículo 3 del Estatuto cubre las violaciones graves, así como que existen normas consuetudinarias de Derecho Internacional relativas a la protección de la población y bienes de carácter civil, que son de aplicación tanto a los conflictos armados internacionales como a los internos. En el análisis de este derecho, la Sala de Apelación hace afirmaciones contundentes:

«...en el ámbito de los conflictos armados, la distinción entre conflictos entre Estados o guerras civiles pierde valor por lo que respecta a las personas». Según el Tribunal el contenido de este núcleo consuetudinario «impone una responsabilidad penal para las violaciones graves del artículo 3 común...», de tal forma que aquello que es criminal entre Estados no podría dejar de serlo en un conflicto armado internacional.

A esta doctrina jurisprudencial consolidada, debemos añadir nosotros la importante labor desarrollada por el CICR, al preparar el citado estudio relativo a las normas consuetudinarias de DIH aplicables a los conflictos armados internacionales y no internacionales, tal y como se le encargó en la XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja, celebrada en Ginebra en el año 1995.

Fruto de este encargo nació un estudio que tenía por objeto articular las normas consuetudinarias existentes al respecto, cuyo conocimiento «*constituye una primera y vital etapa para reforzar la eficacia del derecho internacional humanitario*»<sup>12</sup>.

Así, este estudio recoge como normas concretas relativas a la materia que nos ocupa, plenamente aplicables a los conflictos armados sin carácter internacional, las siguientes:

- *Norma 25 – El personal sanitario exclusivamente destinado a tareas médicas será respetado y protegido en todas las circunstancias. Perderá su protección si, al margen de su función humanitaria, comete actos perjudiciales para el enemigo.*

---

12 Prólogo Dr. Abdul G. Koroma, en AAVV *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, Vol. I. CICR, Ginebra. Versión traducida al español.

- *Norma 26 - Queda prohibido castigar a alguien por realizar tareas médicas conforme con la deontología u obligar a una persona que ejerce una actividad médica a realizar actos contrarios a la deontología.*
- *Norma 27 – El personal religioso exclusivamente destinado a actividades religiosas será respetado y protegido en todas las circunstancias. Perderá su protección si, al margen de su función humanitaria, comete actos perjudiciales para el enemigo.*
- *Norma 28 – Las unidades sanitarias exclusivamente destinadas a tareas sanitarias serán respetadas y protegidas en todas las circunstancias. Perderán su protección si se utilizan, al margen de su función humanitaria, para cometer actos perjudiciales.*
- *Norma 29 – Los medios de transporte sanitarios exclusivamente destinados al transporte sanitario serán respetados y protegidos en todas las circunstancias. Perderán su protección si se utilizan, al margen de su función humanitaria, para cometer actos perjudiciales para el enemigo.*
- *Norma 30 – Quedan prohibidos los ataques directos contra el personal y los bienes sanitarios y religiosos que ostenten los signos distintivos estipulados en los Convenios de Ginebra de conformidad con el derecho internacional.*

## **La represión penal de las infracciones cometidas en conflictos armados sin carácter internacional**

La última cuestión a la que nos vamos a referir es la relativa a las sanciones.

Estas desempeñan un papel preventivo fundamental. La experiencia demuestra que cuanto más conocidas y visibles sean y más predecible sea su aplicación, más disuasivas serán. También permiten castigar en forma efectiva a quienes no cumplieron las normas y representan, en consecuencia, un medio para hacer cumplir las órdenes y la disciplina y mostrar que toda la cadena de mando defiende con firmeza sus valores fundamentales.

En primer lugar, tenemos que hablar del nacimiento de una sanción internacional para las infracciones del Derecho Internacional Humanitario cometidas durante un conflicto armado sin carácter internacional. Tanto los Convenios de Ginebra de 1949 como el Protocolo Adicional I recogen una serie de conductas que constituyen infracciones del Derecho Internacional Humanitario cometidas en caso de conflicto armado internacional.

No es este, en absoluto, el caso del Protocolo Adicional II, ni del artículo 3 común a los cuatro Convenios, aun cuando la sentencia del Tribunal Internacional de Justicia ya citada sobre el asunto de las actividades militares y paramilitares en y contra Nicaragua, de 27 de junio de 1986, establece una cierta equiparación entre los dos

tipos de conflictos respecto de la obligación de hacer respetar el derecho internacional humanitario.

No obstante, el artículo 8 del Estatuto de la Corte Penal Internacional consagra sus secciones c) y e) a los crímenes de guerra cometidos en el marco de conflictos que no tienen carácter internacional, lo cual constituye un progreso importante en la implementación de las normas humanitarias en tales conflictos y así, el Art 8 (2) c recoge:

*«A los efectos del presente Estatuto, se entiende por «crímenes de guerra»:*

*c) en caso de conflicto armado que no sea de índole internacional, las violaciones graves del artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, a saber, cualquiera de los siguientes actos cometidos contra personas que no participen directamente en las hostilidades, incluidos los miembros de las fuerzas armadas que hayan depuesto las armas y las que hayan quedado fuera de combate por enfermedad, herida, detención o por cualquier otra causa:*

- i) Los atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura y los suplicios;*
- ii) Los atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes;*
- iii) La toma de rehenes;*
- iv) Las condenas dictadas y las ejecuciones efectuadas sin previo juicio ante un tribunal regularmente constituido, con todas las garantías judiciales generalmente reconocidas como indispensables».*

Y el Art 8 (2) e (ii) también afirma:

*«A los efectos del presente Estatuto, se entiende por «crímenes de guerra»:*

*e) Otras violaciones graves de las leyes y los usos aplicables en los conflictos armados que no sean de índole internacional, dentro del marco establecido de derecho internacional, a saber, cualquiera de los actos siguientes:*

- ii) Dirigir intencionalmente ataques contra edificios, material, unidades y medios de transporte sanitarios y contra el personal que utilicen los emblemas distintivos de los Convenios de Ginebra de conformidad con el derecho internacional.»*

Además de los Tribunales Internacionales, hay otros medios de garantizar el respeto por el derecho de la guerra, como es la vía judicial interna en cada uno de los Estados Parte en los Convenios de Ginebra o en los Protocolos.

Así, el Código Penal español de 1995 establece una equiparación en la represión penal de los delitos contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, tanto cuando se cometen en conflictos armados internacionales como en aquellos que

no tienen tal carácter, al entender por persona protegida, a los efectos de aplicación del capítulo III del Título XXIV (artículo 608):

*«6.º Cualquier otra que tenga aquella condición en virtud del Protocolo II Adicional de 8 de junio de 1977...».*

# Capítulo 4



## Asistencia a las personas más vulnerables: Protección de la mujer y de la infancia en los conflictos armados. Referencia a la protección sanitaria

*Sonia Hernández Pradas*

### Resumen

Las guerras contemporáneas frecuentemente conllevan la desintegración de las comunidades, la interrupción de los sistemas de apoyo y la destrucción de los servicios de salud, que afectan a los grupos más vulnerables de la población civil. Los ataques a hospitales, al personal médico y a los pacientes, y el uso de medios y métodos de guerra especialmente peligrosos para la salud, atentan contra las normas más básicas de la protección de las mujeres y de los niños, causando un incremento dramático de víctimas mortales. Los conflictos armados afectan a todos los aspectos de la salud y es necesario tener en cuenta las necesidades especiales de las personas más vulnerables para una protección sanitaria adecuada. El marco legal para la protección de estos grupos vulnerables incluye los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977, los cuales limitan los medios y métodos de combate y prevén una protección especial de las mujeres y los niños contra los efectos de la guerra y contra la violencia sexual y la utilización de niños para participar en las hostilidades. Las mujeres y los niños víctimas de los conflictos armados tienen derecho además a recibir asistencia a la salud y rehabilitación física y psicológica.

### Palabras clave

Mujeres, niños, niñas, infancia, salud, protección, violencia sexual, niños soldados, conflictos armados, asistencia.

***Abstract***

*Contemporary wars often go with the disintegration of communities, the breakdown of support systems and the destruction of health services, which affect seriously to the most vulnerable groups of the civilian population. Attacks on hospitals, health workers and patients, and use of methods and means of warfare particularly dangerous for the health, strike at the heart of the protection of women children, causing dramatic increases of mortality victims. Armed conflict affects all the aspects of health, and it is necessary to take into account their specially needs of vulnerable groups for taking an adequate health care. The framework of the health protection of these vulnerable groups include the Geneva Conventions of 1949 and Additional Protocols of 1977 which limit the methods and means of warfare, stablish a special protection of women and children against the warfare effects, sexual violence and the use of children to participate in hostilities. Women and children have also the right to receive health assistance and physical and psychological rehabilitation.*

***Key Words***

*Woman, children, girls, childhood, health, protection, sexual violence, childsoldiers, armed conflicts, assistance.*

## Riesgos para el acceso a la asistencia sanitaria de las personas más vulnerables en tiempo de conflicto armado: protección especial de la mujer y de la infancia

La comunidad internacional asiste, en las últimas décadas, a un aumento sin precedentes de las violaciones más graves del Derecho Internacional Humanitario. Este ataque sistemático contra los más elementales principios que limitan los efectos devastadores de los conflictos armados, explica, en parte, el éxodo masivo de personas civiles que huyen del infierno de una modalidad de guerra en la que precisamente éstas se han convertido en el objetivo. A ello hay que añadir la utilización de medios y métodos de combate que atentan gravemente contra la integridad, la vida y la salud de la persona, como el uso de armas químicas, minas antipersonal, municiones en racimo, y otras armas de efectos indiscriminados; la violencia sexual como método de guerra, el ataque contra bienes civiles indispensables para la supervivencia de la población civil, y otras innumerables infracciones de los más elementales principios del Derecho Internacional Humanitario. La salud, entendida como parte de la integridad física y psíquica de la persona humana, pertenece al núcleo duro de derechos inderogables en tiempo de conflicto armado, siendo así que, al hacer referencia a las garantías fundamentales y el trato humano debido a las personas protegidas, los Convenios de Ginebra nombran expresamente, entre otras, el deber de respetar la integridad física y psíquica<sup>1</sup>. Es importante no olvidar esta doble dimensión de la salud de la persona, para abordar de manera integral la protección y asistencia sanitarias.

En este contexto, la salud de las personas más vulnerables se encuentra en situación de especial riesgo. En efecto hay personas que se ven afectadas en mayor grado, dependiendo del grado de vulnerabilidad en el que se encuentren. Las mujeres, los niños, las personas mayores, los discapacitados, los indigentes y las personas que han sido víctimas de la violencia sexual, son grupos que requieren una atención especial para cubrir sus necesidades y compensar la situación de desventaja en la que se encuentran.

Por otro lado, la situación de estos grupos vulnerables puede verse agravada por determinados riesgos que pueden poner en peligro su salud y su seguridad cuando intentan acceder a la asistencia sanitaria. En algunas situaciones, la climatología o la falta de seguridad hacen que el acceso a los servicios de salud sea prácticamente imposible. Así ocurre, por ejemplo en Afganistán, donde las bajas temperaturas en invierno, el terreno accidentado y la escasez de dinero, impide a las mujeres acceder

---

<sup>1</sup> Artículos 27 del IV Convenio, 75 del Protocolo I, 3 común a los cuatro Convenios y 4.2 del Protocolo II.

a centros sanitarios, o lo tienen que hacer en condiciones extremadamente difíciles<sup>2</sup>. Además, las mujeres y los niños corren el riesgo de ser secuestrados, de convertirse en víctimas del tráfico ilícito de personas, de la explotación y de la violencia sexual, y de que se les exija el abono de cantidades a las que no pueden hacer frente. Este último aspecto puede afectar igualmente a las personas indigentes, los ancianos y las personas sin familia. Los niños corren además el peligro de ser reclutados como soldados<sup>3</sup>.

El marco jurídico de la asistencia y protección especial a las personas vulnerables lo encontramos en los Convenios de Ginebra de 1949 y en sus dos Protocolos adicionales de 1977. En efecto, el Derecho Internacional Humanitario no trata por igual a todas las personas, sino que hay algunas que gozan de un trato privilegiado. Unas veces este trato privilegiado distingue a determinadas categorías de personas por la misión peligrosa que realizan, como es el caso de los periodistas. Pero en la mayoría de las ocasiones esta distinción de trato se hace por razones de humanidad, teniendo en cuenta la particular vulnerabilidad de determinadas categorías de personas: mujeres, niños, ancianos, enfermos, inválidos, heridos, etc...

La protección especial de la mujer y de la infancia ha sido reconocida ya hace décadas, en el Derecho Internacional, configurándose incluso como un derecho<sup>4</sup>. En situaciones de conflicto armado, esta protección es aún más necesaria, como ya afirmaba la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la protección de la mujer y del niño estados de emergencia o de conflicto armado, en la que reconocía que las mujeres y los niños constituyen los sectores más vulnerables de la población civil y que debían recibir protección especial<sup>5</sup>, y que ha venido a reafirmar de manera reiterada hasta la actualidad<sup>6</sup>.

La vulnerabilidad del niño deriva directamente de su falta de madurez en todos los ámbitos, físico, psicológico, moral, intelectual, etc. En el aspecto físico, su cuerpo está en pleno crecimiento y necesita un suministro regular y continuado de nutrientes esenciales. El nivel sanitario del medio ambiente y las condiciones de higiene son igualmente decisivos para el desarrollo físico del niño, cuyo organismo no está inmunizado y, en consecuencia está especialmente expuesto a contraer enfermedades. Las condiciones deficientes y la falta de acceso a los servicios de salud pueden comprometer su desarrollo, producir una invalidez más o menos grave, o incluso

2 *Informe sobre el Estado Mundial de las Madres 2011*. Save the Children. 2011.

3 CICR, *Asistencia de salud en peligro*, Ginebra 2013, pp. 66 y ss.

4 Así por ejemplo, la Declaración Universal de Derechos del Hombre, proclama que «la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales» (art. 25.2).

5 Resolución 3318 (XXIX) de 14 de diciembre de 1974.

6 Ver, por ejemplo, las resoluciones 68/147 de 2013, 69/157 de 2014 y 70/137 de 2015 relativas a los derechos del niño, y 67/144 de 2012 y 69/147 de 2014 sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y la niña.

comprometer su existencia<sup>7</sup>. A todo ello hay que añadir que la infancia se ha convertido en el blanco de conflictos en los que se pretende aniquilar a las generaciones futuras del enemigo, lo que conlleva que los pequeños sean víctimas de ataques directos, mutilaciones, tortura y persecución, y cuando son utilizados para participar en las hostilidades son víctimas además de ataques, violencia sexual y quedan enganchados a las drogodependencias. Y por lo que respecta a los aspectos psicológicos, los traumas ocasionados por las experiencias a las que tienen que enfrentarse, pueden ocasionar graves trastornos mentales –incluido el estrés pos traumático cuyas secuelas perduran de por vida, en especial, los niños que han sido testigos de matanzas, víctimas de la violencia sexual o reclutados como soldados<sup>8</sup>. De ahí que el Derecho Internacional Humanitario confiera una protección especial al niño por razón de su particular vulnerabilidad y los peligros a los que está expuesto. Esta protección figura en más de 20 disposiciones del IV Convenio de Ginebra y de los Protocolos adicionales<sup>9</sup>.

Por lo que respecta a la mujer, no se puede afirmar categóricamente la vulnerabilidad de la mujer en los mismos términos que la del niño pues, en condiciones normales, no sólo puede tener la misma resistencia física y mental que el hombre, sino que, en un gran número de situaciones ha demostrado una gran fortaleza para afrontar situaciones de graves carencias físicas y de intenso estrés emocional durante los conflictos y con posterioridad a éstos, desempeñando un papel decisivo en la protección de otras personas vulnerables y en la reconstrucción de las comunidades en etapas de postconflicto<sup>10</sup>. La vulnerabilidad de la mujer deviene pues de funciones y caracteres propios de la naturaleza de ésta que la colocan en una situación de mayor riesgo, así como de determinadas situaciones en la que puede verse amenazada su salud, su integridad o incluso su vida. Entre las primeras razones, podríamos citar la mayor exposición de la mujer a la violencia sexual así como los riesgos o limitaciones que

7 Véase a este respecto «El niño y su ambiente psico-social», Número especial de la revista *L'enfant en milieu tropical*. Centro Internacional de la Infancia, París, 1979, pp. 14-16.

8 *The Impact of Armed Conflict on Children: A Threat to Public Health*, Contribution of the Health Organization to the United Nations Study on the Impact of Armed Conflict on Children, Geneva, July 1996, p. 45.

9 HAMILTON, C., y ABU EL- HAJ, T.: «Armed conflict: The protection of children under international law», *The International Journal of Children's Rights*, Kluwer Academic Publishers, Vol. 5/ 1997, pp. 1-46.

10 ABAD, M., «Las mujeres y las niñas en los conflictos armados y la construcción de la paz ¿Hay perspectivas esperanzadoras en el horizonte?», *Estudios de derecho internacional y derecho europeo en homenaje al profesor Manuel Pérez González*, coord. Aznar Gómez, M. J., Cardona Llorens, J., Vol. 1, 2012; ABRIL, R., «La mujer en conflictos armados: víctima del conflicto constructora de paz. Necesidad de una aproximación integral», *Los conflictos armados contemporáneos*, Valles, J. A. (ed.), Madrid 2013; ANDRADE SALAZAR, J.E; ALVIS BARRANCO, L., JIMÉNEZ RUIZ L. K., REDONDO MARTÍN, M. P; y RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, L.; «La vulnerabilidad de la mujer y su papel en el postconflicto», *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de San Buenaventura, Editorial Bonaventuriana, Vol. 17, Núm. 1 (2017), pp. 290-308.

pueden derivarse de su función en relación con la maternidad (embarazo, parto, niños pequeños a su cargo). En este sentido, el incremento de la mortalidad materno infantil en situaciones de conflicto armado, pone de manifiesto este aspecto de la vulnerabilidad de la mujer<sup>11</sup>. Entre las segundas, estarían incluidas las mujeres que se encuentran en situación de detención o internamiento, las mujeres prisioneras de guerra, las mujeres desplazadas y, dentro de éstas, las mujeres embarazadas o parturientas. A este respecto, es necesario señalar que el artículo 8 del Protocolo I establece una equiparación entre los heridos y enfermos y otros grupos vulnerables, entre los que nombra expresamente las parturientas, los neonatos y las mujeres encintas<sup>12</sup>. Además, las mujeres se enfrentan en la guerra a una variedad de situaciones tales como el desplazamiento, la falta de acceso a servicios sanitarios, la viudedad y separación familiar, la discriminación por motivos de género, el maltrato físico y psicológico, las enfermedades de transmisión sexual, etc., que aumentan considerablemente la vulnerabilidad señalada<sup>13</sup>.

Por otro lado, cada vez es más patente en los conflictos armados actuales la utilización de determinados medios y métodos de combate que atentan de manera especial contra la vida, la integridad y la salud de las mujeres y de los niños, como el uso de minas antipersonal, municiones en racimo, armas químicas, la limpieza étnica, el genocidio, la violencia sexual, la obstaculización de la ayuda humanitaria, la utilización de los niños como soldados, etc.

### **Protección de la salud de la mujer y de los niños contra los efectos directos de los conflictos armados**

Los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales establecen medidas concretas para proteger la salud de las personas más vulnerables y, en particular, de las mujeres y de la infancia, contra los efectos directos de los conflictos armados. Estas medidas incluyen el principio de distinción, la limitación de medios y métodos de combate de efectos indiscriminados, el establecimiento de zonas sanitarias, y la evacuación de niños por motivos de salud.

El principio de distinción, aunque pertenece al régimen de protección general de las personas civiles, una pieza clave en el conjunto de medidas que integran la

---

11 ESTÉBANEZ, P., «La mujer en conflictos armados y guerras», Dialnet, <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4056219/2.pdf>.

12 OJINAGA, RUIZ, M.R., «La protección de la mujer en el Derecho Internacional Humanitario», RODRÍGUEZ –VILLASANTE Y PRIETO, J.L y LÓPEZ SÁNCHEZ, J. (Coord.), *Derecho Internacional Humanitario*, Tirant lo Blanch, 2017, pp. 827-866.

13 LINDSEY, Charlotte, «Las mujeres y la guerra», *Revista Internacional de la Cruz Roja*, 30 del 09 de 2000.

protección sanitaria de las personas más vulnerables, entre ellas, las mujeres y la infancia, no sólo porque, como es bien sabido, les otorga una inmunidad derivada de su condición de personas civiles (artículo 50 del Protocolo I), sino porque también reconoce la inmunidad general de los bienes de carácter civil, y en particular, de aquellos vinculados con la salud y la asistencia sanitaria, tales como las unidades y transportes sanitarios, y los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil<sup>14</sup>. La falta de acceso a los servicios sanitarios debido a la destrucción de tales bienes, no sólo pone en peligro la vida de las personas que se encuentran dentro, sino la salud y la supervivencia de estos grupos vulnerables que necesitan atención médica. De esta forma, se obstaculizan o impiden los programas de vacunación infantil, se incrementan las muertes de mujeres y niños recién nacidos por complicaciones en el parto o que requieren ingreso hospitalario después del mismo, y las mujeres y niños enfermos o heridos como consecuencia del conflicto, se ven impedidos para acceder a la asistencia médica y a programas de rehabilitación.

El Derecho Internacional Humanitario prohíbe de manera expresa los ataques a unidades y transportes sanitarios, quedando incluidos dentro de esta categoría, entre otros, los establecimientos o centros sanitarios como hospitales generales<sup>15</sup>, Maternidades, y hospitales o clínicas infantiles, y los transportes de heridos y enfermos civiles, inválidos y parturientas<sup>16</sup>, siempre que sean utilizados exclusivamente para fines sanitarios y no para cometer actos perjudiciales para el adversario<sup>17</sup>.

Por otro lado, como mencionábamos más arriba, también son objeto de una protección especial los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil<sup>18</sup>. A este respecto, el artículo 54.2 del Protocolo I prohíbe el ataque, destrucción, sustracción o inutilización de los bienes para la supervivencia de la población civil, así como las represalias contra tales bienes. Esta prohibición incluye la utilización de medios o métodos de combate que envenenan los alimentos o el agua, como la utilización de armas bacteriológicas, y aquellos que inutilizan zonas agrícolas y de cultivo, como el uso de minas terrestres.

14 Tampoco pueden ser objeto de ataques los heridos, enfermos, inválidos y mujeres de parto, personas que, tal como establece el artículo 18 del IV Convenio de Ginebra, deben ser respetadas y protegidas en todo momento. Por otro lado, hay que recordar que el artículo 8 del I Convenio equipara las mujeres encintas y los recién nacidos a los heridos y enfermos, por lo que se benefician también de las disposiciones previstas en este Convenio. DOMÉNECH OMEDAS, J. L., «Acciones hostiles y objetivos militares», RODRÍGUEZ –VILLASANTE Y PRIETO, J. L., y LOPEZ SÁNCHEZ, J., *op. cit.*, pp. 360 y 361.

15 La protección de los hospitales civiles está prevista en los artículos 18 y 19 del IV Convenio.

16 CICR, *Les Conventions de Genève du 12 Août de 1949. Commentaire IV.*, *cit.*, p. 155.

17 Artículos 21 y ss. del IV Convenio de Ginebra.

18 Entrarían dentro de la categoría de bienes protegidos en este sentido los artículos alimenticios, las zonas agrícolas, las cosechas, el ganado y las reservas de agua potable y obras de riego.

Por lo que respecta a la limitación de medios y métodos de combate de efectos indiscriminados, son muchos los que afectan gravemente a la salud de las personas civiles y, en particular de las personas vulnerables. Pero es quizá el uso de minas antipersonal lo que más gravemente amenaza la salud de las mujeres y de la infancia, incluso mucho después de que los conflictos armados hayan terminado. Angola, Camboya, Somalia, Afganistán, son ejemplos de esta triste realidad. Las víctimas de las minas suelen ser más numerosas entre los sectores menos favorecidos de la sociedad, especialmente en aquellas culturas en las que las mujeres y los niños realizan labores como pastorear el ganado, recoger leña o ir a por agua. Los niños de la calle que recogen objetos de las basuras constituyen también víctimas potenciales de estas armas.

Las posibilidades de que los niños sobrevivan a la explosión de una mina, por otro lado, son muy escasas, debido a que su pequeña estatura les acerca más al centro de la onda expansiva y suelen morir en el acto. Sin embargo no siempre es así. Algunos mueren lentamente y con un agudísimo dolor antes de que la asistencia sanitaria pueda actuar. En el caso de que logren sobrevivir a la explosión, quedarán gravemente heridos y mutilados para toda su vida<sup>19</sup>.

La aprobación, en 1997, de la Convención sobre prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción, constituye, sin duda, un significativo avance para erradicar estas armas cuyos efectos son indiscriminados y letales para la infancia. No obstante, queda aún mucho por hacer. La ratificación universal del Tratado de Otawa y su aplicación efectiva, así como la remoción de las millones de minas sembradas, la concienciación de los peligros de estas armas y la rehabilitación de las víctimas, pueden ser cauces eficaces para reducir el sufrimiento y los efectos que éstas provocan en los grupos más vulnerables de la población civil.

Otro tipo de medidas que protegen a determinados grupos de la población civil de los efectos de las hostilidades, y concretamente a las mujeres y los niños, es el establecimiento de zonas y localidades sanitarias<sup>20</sup>. En ellas, pueden cobijarse los heridos y enfermos, los inválidos, los ancianos, los niños menores de quince años, las mujeres encintas y las madres de niños menores de siete años. La creación de tales zonas y localidades se realiza a través de un acuerdo entre las Partes, que podrá celebrarse tanto en tiempo de paz como una vez iniciadas las hostilidades y la utilización de esta medida contribuye, como ha manifestado el CICR, a la protección del derecho a la vida, a la salud, y a la protección especial de la mujer y del niño, y permite además

---

19 El coste de la rehabilitación es extremadamente alto, y las familias no pueden hacer frente al mismo. Los más afortunados consiguen acceder a la implantación de prótesis. Pero el proceso de rehabilitación de los niños presenta especiales dificultades, ya que, debido a su estado de crecimiento, requieren un cambio de prótesis cada 6 meses. Véase CICR: *Acabemos con las minas*, CICR Sinopsis, Ginebra, mayo 1988, p. 21.

20 Art. 14 del IV Convenio.

el acceso a ciertos servicios sanitarios de urgencia, tales como las vacunaciones y la rehabilitación, facilitando el acceso de socorros y de personal médico a tales zonas<sup>21</sup>.

Finalmente, una última medida dirigida a preservar la salud de los niños, es la evacuación por motivos de salud, tratamiento médico o seguridad. Esta medida, aplicable únicamente en conflictos internacionales, consiste en la evacuación temporal de niños a un país extranjero cuando peligre su salud, requiera un tratamiento médico que no se puede llevar a cabo en el país que se encuentran, o peligre gravemente su seguridad. Para llevar a cabo evacuaciones de esta naturaleza, es de extrema importancia que se respeten las medidas contempladas en el artículo 78 del Protocolo I, y que éstas se lleven a cabo preferentemente por agencias humanitarias especializadas<sup>22</sup>.

### Protección contra la violencia sexual en tiempo de conflicto armado

La violencia y la explotación sexual constituyen una de las más graves amenazas para las mujeres y los niños en situaciones de conflicto armado. El abuso y las agresiones sexuales cometidos por los soldados en tiempo de guerra ha sido una práctica frecuente unida al deterioro de las condiciones de seguridad y los valores morales, y a los saqueos de las poblaciones civiles. La violación puede producirse pues por «oportunismo», es decir, como consecuencia del derrumbamiento general de las barreras sociales, las libertades de los soldados y milicias y el incremento de la vulnerabilidad de las mujeres y niños. Son especialmente vulnerables a tales agresiones las mujeres y los niños refugiados, desplazados, detenidos, los niños huérfanos o no acompañados y los niños y niñas soldados<sup>23</sup>.

Pero en los conflictos armados de las últimas décadas hay constancia de la violación sistemática de mujeres y niños como instrumento de tortura o como método de guerra y de limpieza étnica<sup>24</sup>. Así por ejemplo, en el conflicto de la República Democrática del

21 «La Cruz Roja y los Derechos Humanos», Consejo de Delegados (13-14 de Octubre de 1983) p. 43.

22 UNHCR/UNICEF: Joint Statement on *The Evacuation of Children from former Yugoslavia*, Geneva, August 1992.

23 Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en Afganistán, S/2015/336, 15 de mayo de 2015, pp. 11-12; Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en Sudán, S/2017/191, 6 de marzo de 2017.

24 En este sentido, cabe recordar la especial crueldad del conflictos de la antigua Yugoslavia y Rwanda, en los que se utilizó la violación a gran escala de mujeres y niñas como arma de limpieza étnica y de destrucción de las comunidades. Véase Report on the situation of human rights in the territory of the former Yugoslavia submitted by the Special Rapporteur, Mr. Tadeusz Mazowiecki, doc. E/CN.4/ 1993/50, párr. 61; Preliminary report submitted by the Special Rapporteur on violence

Congo, la violación en masa se ha utilizado como arma de guerra para intimidar a las comunidades, en el contexto del control de los recursos y de la tierra<sup>25</sup>. En el conflicto de Siria, la violencia sexual se ha utilizado para humillar, forzar confesiones, torturar y presionar a las mujeres y niños<sup>26</sup>.

La violencia sexual atenta contra la salud y la integridad física y mental de la persona, en el sentido que aclarábamos al hacer referencia al derecho a la salud. Desde el punto de vista de las consecuencias que ésta tiene sobre la integridad física, la violencia sexual puede ocasionar graves lesiones e incluso la muerte, en el caso de los niños o niñas de muy corta edad, enfermedades de transmisión sexual como el VIH, embarazos no deseados, abortos y esterilidad en el futuro. Y, por lo que respecta a la salud mental, las secuelas son definitivas, causando traumas permanentes, depresión, vergüenza, sentimiento de culpabilidad, miedo, baja autodesprecio e incluso pudiendo llegar al suicidio<sup>27</sup>. Se trata pues de una acción equiparable a la tortura, que pone gravemente en peligro la salud, la integridad física y mental de las mujeres, los niños y las niñas, y que causa graves sufrimientos en las víctimas, quedando afectadas sus vidas para siempre<sup>28</sup>.

Los actos de violencia y explotación sexual cometidos contra mujeres y niños en tiempo de conflicto armado constituyen una transgresión de las más elementales normas del Derecho Internacional. En efecto, al hacer referencia a las garantías fundamentales y el trato humano debido a las personas protegidas, los Convenios de Ginebra nombran expresamente el deber de respetar la integridad física y psíquica y el honor, así como la prohibición de cometer atentados contra la dignidad personal, en especial los tratos humillantes y degradantes, la violación, la prostitución forzada y cualquier forma de atentado al pudor<sup>29</sup>.

---

against women, doc. E/CN.4/1995/42, párr. 268; y *Rwanda: Death, Despair and Defiance*, African Rights, London 1994.

25 Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en la República Democrática del Congo, S/2014/453, 30 de junio de 2014, pp. 9-10.

26 Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en la República Árabe Siria, S/2014/31, 27 de enero de 2014, pp.10-11.

27 OMS, *Comprender la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud*, [http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=oahUKEwjovsOz47vWAhUEVhoKHUbxBSUQFgg6MAM&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F98862%2Fr%2FWHO\\_RHR\\_12.43\\_spa.pdf&usg=AFQjCNFQIQNm6GCjTcymvhfxB6cooFr8IQ](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=oahUKEwjovsOz47vWAhUEVhoKHUbxBSUQFgg6MAM&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F98862%2Fr%2FWHO_RHR_12.43_spa.pdf&usg=AFQjCNFQIQNm6GCjTcymvhfxB6cooFr8IQ).

28 *The Effects of Armed Conflict on Girls*, World Vision International, July 1996, pp. 25-26.

29 Artículos 27 del IV Convenio, 75 del Protocolo I, 3 común a los cuatro Convenios y 4.2 del Protocolo II:

En este mismo sentido, varias disposiciones del Derecho Internacional Humanitario hacen referencia al respeto especial debido a las mujeres y a la protección especial contra los atentados a la dignidad personal, en particular, la violación, la prostitución forzada y todo atentado al pudor<sup>30</sup>. A esto hay que añadir que, cuando el Protocolo I hace referencia a la protección de los niños, dice expresamente que «Los niños serán objeto de un respeto especial y se les protegerá contra cualquier forma de atentado al pudor»<sup>31</sup>.

Por otro lado, el artículo 147 del IV Convenio, al enumerar lo que se considera como infracciones graves del Convenio nombra, entre otras, «la tortura o los tratos inhumanos»,...«el hecho de causar deliberadamente grandes sufrimientos o de atentar gravemente contra la integridad física o la salud». Por su parte, el Protocolo I en su artículo 11.4 establece que se considera como infracción grave del Protocolo «toda acción u omisión deliberada que ponga gravemente en peligro la salud o la integridad física o mental de toda persona en poder de una Parte distinta de aquella de la que depende». Y el artículo 85 establece que se consideran infracciones graves del Protocolo todos los actos descritos como tales en los Convenios de Ginebra, si se cometen contra personas en poder de una Parte adversa, y que tales infracciones se consideran crímenes de guerra. Asimismo, el Estatuto de la Corte Penal Internacional tipifica de manera expresa los crímenes de violencia sexual, en particular, la violación, el embarazo forzado, la esterilización forzada, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, y otros tipos de violencia sexual, incluyéndolos tanto en la categoría de los crímenes de guerra como en la de los crímenes contra la humanidad<sup>32</sup>. El Consejo de Seguridad se ha hecho eco también de esta preocupación por garantizar la represión de los responsables de estos delitos en su programa Mujeres, Paz y Seguridad. Así, en sus resoluciones 1325 (2000) y 2242 (2015), hace un llamamiento a los Estados para que enjuicien, entre otros, a los culpables de crímenes relacionados con la violencia sexual contra mujeres y niñas, y a la necesidad de excluir estos crímenes de las disposiciones de amnistía<sup>33</sup>.

A pesar de los avances señalados, la primera sentencia dictada por la Corte Penal Internacional en el caso T. Lubhanga, supuso un retroceso con respecto a las expectativas

30 Artículos 27 del IV Convenio y 76 del Protocolo I.

31 Artículo 77 del Protocolo I.

32 Arts. 7 (i) (g); 8.2 (b) (xxii); 8.2 (e) (bi).

33 Asimismo, las resoluciones 1820(2008), 1888(2009), 1889(2009), 1960(2010), 2106(2013), y 2122(2013), resaltan la relación directa entre la violencia sexual y el restablecimiento de la paz, de manera que ésta supone un peligro a largo plazo para la seguridad y la salud de las mujeres, y su capacidad para participar en procesos de reconstrucción nacional. Por otro lado, se vincula expresamente la violencia sexual como táctica de guerra, se reafirma que la violencia sexual en los conflictos armados constituye un crimen de guerra, y se exige que las partes en conflicto tomen las medidas apropiadas para proteger a las mujeres y los niños contra la violencia sexual, y se establece la Oficina de la Representante Especial sobre Violencia Sexual en los Conflictos Armados, que inició su actividad en abril de 2010.

que había en relación con la represión de estos crímenes. En el mencionado caso relativo al reclutamiento y la utilización de niños como soldados, la Corte rechazó pronunciarse sobre la violencia sexual en general y particularmente, con respecto las niñas alistadas por T. Lubhanga<sup>34</sup>. Estamos ante un desafortunado precedente en la justicia penal internacional, si tenemos en cuenta que, en la mayoría de los casos, las niñas víctimas del reclutamiento en los conflictos armados, son también víctimas del abuso, la explotación y la violencia sexual.

### Protección contra el reclutamiento y la utilización de los niños en los conflictos armados

El uso de niños en los conflictos armados no es un fenómeno nuevo, pero su incremento en las últimas décadas ha ido en ascenso. Se calcula que más de 300.000 niños participan actualmente en unos 30 conflictos armados en el mundo<sup>35</sup>. Estos niños ponen en riesgo su vida o su salud. Suelen sufrir lesiones graves, discapacidades y secuelas físicas y psicológicas a largo plazo<sup>36</sup>. Se les recluta por la fuerza o se alistan voluntariamente para desempeñar una gran variedad de funciones: soldados, cocineros, mensajeros, espías, cargadores, detectores humanos de minas, esclavos sexuales, trabajadores forzosos, o incluso terroristas suicidas. Con frecuencia, se les somete a drogas para incrementar su vigor o anular su consciencia de manera que puedan acometer misiones más arriesgadas. Las niñas son además utilizadas como esclavas sexuales con las consecuencias físicas y psicológicas que ello conlleva para la salud, y que incluyen enfermedades de transmisión sexual, embarazos, abortos y traumas psicológicos<sup>37</sup>.

Los Protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949 y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989 prohíben el reclutamiento y la participación de los niños menores de 15 años en las hostilidades<sup>38</sup>. El Protocolo

---

34 ICC, *Situation in the Democratic Republic of the Congo In the cas of the prosecutor V.Thomas Lubhanga Dilo. Public Judgment pursuant to article 74 of Statute*. N° ICC-01/04-01/06. Date: 14 March 2012.

35 DUTLI, M.T., «La protección de los niños en los conflictos armados, en particular la prohibición de la participación de los niños en las hostilidades y régimen jurídico aplicable», *Derecho Internacional Humanitario y temas de áreas vinculadas. Lecciones y ensayos*, núm. 78, Buenos Aires, 2003, pp 117-132.

36 CICR, *Los niños en la guerra*, noviembre 2009, p. 10.

37 Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en Nigeria, S/2017/304, 10 de abril de 2017, p. 7; Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en el Iraq, S/2015/852, 9 de noviembre de 2015, p. 9.

38 Arts. 77 del Protocolo I, 1.4. del Protocolo II y 38 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados aprobado en el año 2000 eleva a 18 años la edad mínima para el posible reclutamiento forzoso y la participación directa de los niños en las hostilidades (artículos 1 y 2), establece la obligación de elevar el límite de edad para el reclutamiento voluntario por encima de los 15 años (artículo 3), y prohíbe de manera absoluta que los grupos armados distintos a las fuerzas gubernamentales recluten o utilicen personas menores de 18 años en las hostilidades (artículo 4.1)<sup>39</sup>.

Por otro lado, el reclutamiento o alistamiento de los niños menores de 15 años para participar activamente, tanto en los conflictos armados de internacionales como no internacionales, ha sido tipificado en el Estatuto de la Corte Penal Internacional como crimen de guerra (artículos 8.b) y 8.e)), recayendo la responsabilidad, por supuesto, en los adultos que utilizan a los niños en los conflictos armados y no en los niños<sup>40</sup>. A este respecto hay que destacar que la primera decisión de la Corte Penal Internacional en relación con la responsabilidad penal por la comisión de crímenes de guerra, adoptada en marzo de 2012, hace referencia precisamente a la contribución de Thomas Lubanga en el alistamiento y reclutamiento de niños menores de 15 años y su utilización en los enfrentamientos armados en la República Democrática del Congo en 2002 y 2003<sup>41</sup>.

### Ayuda humanitaria en los conflictos armados: asistencia a la salud de la mujer y del niño

La OMS, en un estudio sobre los efectos de los conflictos armados sobre la salud de los niños como contribución al Informe de la Experta del Secretario General sobre las Repercusiones de los Conflictos Armados sobre los Niños, presentado a la Asamblea General en 1996, puso de manifiesto que entre las causas más importantes que contribuyen el incremento de la mortalidad infantil en tiempo de conflicto armado se pueden destacar entre otras, la malnutrición, las enfermedades, y las heridas causadas por las minas terrestres<sup>42</sup>. Por otro lado, se ha observado una tendencia creciente a

39 OJINAGA RUIZ, M. R., «Niños soldados: Comentarios al Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de los niños en los conflictos armados», *Revista de Derecho Militar*, núm. 80, julio-diciembre de 2002, pp. 41-103.

40 RODRÍGUEZ-VILLASANTE Y PRIETO, «La protección del niño en los conflictos armados por el Derecho Internacional Humanitario», *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, nº 15 (2011), pp. 217-239.

41 ICC, *Situation in the Republic Democratic of the Congo In the case prosecutor. No: ICC-01/04-01/06. Date 14 March 2012.*

42 WHO: *The impact of armed conflict on children: a threat to public health*, World Health Organization, Geneva, July 1996, pp. 20-47.

la denegación del acceso humanitario y la utilización del asedio como método de guerra<sup>43</sup>. Asimismo, ha destacado el terrible impacto que los horrores vividos en la guerra producen en la salud mental de los niños y niñas, y en su desarrollo psíquico y moral<sup>44</sup>.

De ahí la importancia de abordar la asistencia humanitaria desde una doble perspectiva, de manera que cubra, por un lado, las necesidades físicas inmediatas y básicas —particularmente el alimento, el agua potable, la vivienda, la ropa y los servicios médicos—, y por otro, la asistencia no material, como la educación, la asistencia religiosa y la asistencia psicológica.

El marco jurídico de las acciones de socorro en situaciones de conflicto armado lo encontramos en los artículos 23 del IV Convenio, 70 y 71 del Protocolo I, y 18.2. del Protocolo II. Con respecto al envío, el artículo 23 del IV Convenio establece el deber de las Partes contratantes de conceder el libre paso para el envío de medicamentos, material sanitario, y objetos para el culto, destinados a la población civil de otra Parte contratante, aunque sea la enemiga, así como los víveres indispensables, ropas y tónicos reservados a los niños menores de quince años.

Así pues, hay que distinguir dos tipos de envíos. En primer lugar, los medicamentos, el material sanitario – en el que deben entenderse incluidos todos los productos farmacéuticos de uso terapéutico o preventivo, así como las instalaciones quirúrgicas– y los objetos de culto, que van dirigidos a la población civil. En segundo lugar, los víveres, ropas y tónicos, que están reservados exclusivamente a los niños menores de 15 años y a las mujeres encintas o parturientas.

Por lo que respecta a la distribución de los socorros, los Convenios de Ginebra imponen a todas las personas encargadas de la misma, la obligación de dar prioridad a las mujeres parturientas, encintas y las madres lactantes<sup>45</sup>.

---

43 Informe del Representante Especial del Secretario General para la Cuestión de los Niños y los Conflictos Armados, A/72/276,2 de agosto de 2017, p. 7.

44 UNICEF: *Survivors*, n° 1, Rehabilitation of Children in Armed Conflict, UNICEF, New York, October 1992; McCALLIN, M: *The Impact of Armed Conflict on Children. The Promotion of physical and psychological recovery and social reintegration*, ICCB, International Catholic Child Bureau, Genève, 1995; UNICEF: *Psychosocial programme, Emergency Operations in former Yugoslavia*, Published by the UNICEF Office of the Special Representative to the Republics of the former Yugoslavia; Save the Children: *Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement, Principles and Approaches*, International Save the Children Alliance, Geneva 1996; *Protecting the Legal Rights and Psychosocial Development of Children in War (1991-1993)*, The Project on Children and War, Center for the Study of Human Rights, Columbia University, New York, 12 August 1991.

45 Art. 23 del IV Convenio y art. 70 del Protocolo I.

Del mismo modo, y con respecto a los extranjeros en el territorio de una parte en conflicto, se establece que las mujeres encintas y las madres de niños menores de siete años se beneficiarán de todo trato preferencial, en la misma medida que los nacionales del Estado concernido<sup>46</sup>.

Este trato preferencial se reconoce también en situación de detención o internamiento, y como obligación en los supuestos de ocupación. En el primer caso, se establece la obligación de suministrar suplementos de alimentación y asistencia médica apropiada, incluida la hospitalización y el tratamiento, la liberación y la repatriación. Se establece que las parturientas no serán trasladadas mientras su estado de salud no corra peligro a causa del viaje, salvo que sea imprescindible para su seguridad<sup>47</sup>.

En los territorios ocupados, la Potencia ocupante tiene la obligación de no entorpecer la aplicación de medidas preferenciales por lo que atañe a la nutrición, a la asistencia médica y a la protección contra los efectos de la guerra, que hayan podido adoptarse en favor de los niños y las mujeres encintas y con niños de los niños de corta edad<sup>48</sup>.

## Conclusiones

No faltan, a nuestro entender, normas que protejan a la mujer y a la infancia en situaciones de conflicto armado, y concretamente en relación con la asistencia sanitaria. No obstante, las disposiciones jurídicas no bastan si no van acompañadas de acciones concretas que les den eficacia. El contenido de la protección y asistencia a la salud de las mujeres y de la infancia, debe incluir por tanto, como apuntábamos más arriba, un abanico de medidas de carácter multidisciplinar y multifuncional que abarque tres niveles de actuación, a saber, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La prevención hace referencia a todas aquellas medidas destinadas a evitar la muerte, las lesiones y las enfermedades derivadas de los conflictos armados, en el doble plano jurídico y asistencial. En el plano jurídico, es de vital importancia garantizar el cumplimiento y la aplicación de toda la normativa que hemos ido analizando a lo largo de estas páginas, para proteger la salud de las mujeres y de la infancia. A este respecto, hay que insistir en la protección penal de la misión médica en el ordenamiento jurídico interno de los Estados, de manera que quienes ataquen o impidan la prestación de asistencia a la salud rindan cuenta de sus actos ante la justicia. En este sentido, podemos decir que la legislación penal española ha dado cumplimiento a esta medida

---

46 Art. 38.5 del IV Convenio.

47 Arts. 127, 89.5, y 132 del IV Convenio.

48 Art. 50.4 del IV Convenio.

tipificando como delitos los cometidos contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, y en particular, los relativos a la asistencia a la salud<sup>49</sup>.

En el plano asistencial, la prevención de enfermedades a través de campañas de vacunación, de educación para la salud, la higiene, y la nutrición materno infantil, las acciones de saneamiento y de concienciación de la población civil, y en especial, de mujeres y niños, acerca de los peligros de las minas antipersonal y de otros accidentes relacionados con el conflicto armado, son medidas que pueden mejorar la salud y la integridad física de estos grupos vulnerables<sup>50</sup>.

Por lo que respecta al tratamiento, de nuevo hacemos hincapié en la importancia de asegurar el respeto a las normas del Derecho Internacional Humanitario que protegen el medio sanitario en los conflictos armados, pues, de lo contrario, el acceso a los servicios de salud puede tornarse extremadamente difícil o imposible. La provisión de medicamentos y la asistencia y reconstrucción de hospitales, clínicas infantiles y de maternidad, son igualmente necesarios para recuperar los servicios sanitarios interrumpidos como consecuencia de las hostilidades. Asimismo, es necesario garantizar el derecho de acceso a la asistencia sanitaria de mujeres y niñas sin discriminación por motivos de género.

Y, finalmente, no hay que olvidar el valor que tienen los programas de rehabilitación de las víctimas de los conflictos armados, incluyendo todos los aspectos relativos a la recuperación física y psicosocial de las mujeres y los niños, en especial, los que han sido víctimas de la violencia sexual, la tortura, las mutilaciones, las minas antipersonal, los niños soldados, y los que sufren traumas por otras experiencias relacionadas con el conflicto<sup>51</sup>. En este sentido, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, hace referencia, de manera expresa, a la rehabilitación de los niños víctimas de los conflictos armados (artículo 39). Y el Protocolo facultativo relativo a la participación de los niños en los conflictos armados, establece que los niños que hayan sido desmovilizados recibirán toda la asistencia conveniente para su recuperación física y psicológica, y su reinserción social (artículo 7)<sup>52</sup>.

---

49 Artículos 608, 609, 612 y 614 del Código Penal.

50 En la educación para la salud y distribución de los socorros humanitarios, es necesario tener en cuenta las necesidades vinculadas a la salud reproductiva de las mujeres y niñas, en particular, las relacionadas con el embarazo, el parto y la higiene íntima femenina. *Informe sobre la salud en el mundo 2005 ;Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 62.

51 *Psychosocial Assistance of Children Affected by Armed Conflict*, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva 1999.

52 A este respecto, se establece que los Estados Partes que estén en condiciones de hacerlo prestarán esa asistencia mediante los programas multilaterales, bilaterales o de otro tipo existentes o, entre otras cosas, mediante un fondo voluntario establecido de conformidad con las normas de la Asamblea General.

# Capítulo 5



## El papel de la sanidad militar y la asistencia de la salud en peligro

*Ricardo Navarro Suay*

### **Resumen**

El vínculo entre la Cruz Roja española y el Cuerpo Militar de Sanidad es tremendamente estrecho a lo largo de la historia. En el presente capítulo pretendemos demostrar el anterior postulado mediante un análisis cronológico de ambas instituciones, destacando los principales puntos de convergencia. El cofundador de la Cruz Roja española fue un médico militar, el primer buque hospital a vapor del mundo fue español, la primera vez en la historia que la bandera de la Cruz Roja hacía acto de presencia en los mares fue en España, la Cruz Roja jugó un papel primordial en el protectorado español en el norte de África, en la Cruz Roja española recayó parte de la responsabilidad de la repatriación de soldados de las guerras coloniales de nuestro país, médicos militares españoles tuvieron parte activa en el teatro europeo y africano de la primera guerra mundial desarrollando una misión eminentemente humanitaria, además fueron protagonistas de rescates de heridos durante la segunda contienda mundial y ostentando un brazalete de la cruz roja, oficiales médicos han participado en multitud de conflictos recientes desde la guerra de Vietnam hasta nuestros días.

### **Palabras clave**

Cruz Roja, Cuerpo Militar de Sanidad.

**Abstract**

*The link between the Spanish Red Cross and the Medical Military Corps is tremendously close throughout history. In this chapter we intend to demonstrate the previous postulate through a chronological analysis of both institutions, highlighting the main points of convergence. The co-founder of the Spanish Red Cross was a military physician, the first hospital ship in the world was Spanish, the first time in history that the Red Cross flag made an appearance on the seas was in Spain, the Red Cross played a key role in the Spanish protectorate in North Africa, in the Spanish Red Cross part of the responsibility for the repatriation of soldiers from the colonial wars of our country fell, Spanish military physician played an active part in the European and African theater of the first world war developing an eminently humanitarian mission, in addition they were protagonists of rescues of wounded during the second world-wide contest and showing a bracelet of the red cross, medical officers have participated in multitude of recent conflicts from the war of Vietnam to the present time.*

**Key Words**

*Red Cross, Medical Military Corps.*

## Introducción

**E**l vínculo entre la Cruz Roja española y el Cuerpo Militar de Sanidad es tremendamente estrecho a lo largo de la historia. No se puede entender a la Cruz Roja sin analizar a la Sanidad Militar y parte de los principios en los que se inspiran los médicos militares son la base de la atención humanitaria prestada por la Cruz Roja.

En el presente capítulo pretendemos demostrar el anterior postulado mediante un análisis cronológico de ambas instituciones, destacando los principales puntos de convergencia. Como veremos más adelante, el cofundador de la Cruz Roja española fue un médico militar, el primer buque hospital a vapor del mundo fue español, la primera vez en la historia que la bandera de la Cruz Roja hacía acto de presencia en los mares fue en España, la Cruz Roja jugó un papel primordial en el protectorado español en el norte de África, en la Cruz Roja española recayó parte de la responsabilidad de la repatriación de soldados de las guerras coloniales de nuestro país, médicos militares españoles tuvieron parte activa en el teatro europeo y africano de la primera guerra mundial desarrollando una misión eminentemente humanitaria, además fueron protagonistas de rescates de heridos durante la segunda contienda mundial y ostentando un brazalete de la cruz roja, oficiales médicos han participado en multitud de conflictos recientes desde la guerra de Vietnam hasta nuestros días.

Bienvenidos a una historia de dos organizaciones hermanas, a la semblanza de dos instituciones enlazadas desde hace más de 150 años. Estimado lector, acompáñenos en esta apasionante aventura...

### **Un médico militar español cofundador de la Cruz Roja en nuestra patria: el subinspector médico de primera D. Nicasio Landa y Álvarez de Carvalho**

Hablar de los primeros años de la Cruz Roja española obliga a mencionar continuamente al Doctor D. Nicasio Landa y Álvarez de Carvalho. Allá donde dirijamos nuestra atención estará su nombre –sin más excepción que la firma del I Convenio de Ginebra, en cuya ocasión la diplomacia obliga a señalar un ministro plenipotenciario, D. José Heriberto García Quevedo-.

Apenas licenciado en Medicina, se distingue en la entrega desinteresada a los que padecen el cólera que azota Navarra en aquella ocasión. Recién obtenido el despacho de médico militar, su preocupación por la salud y bienestar de la tropa que tiene a su cargo le impulsa a estudiar y a proponer la mejora de la alimentación del soldado en cantidad, calidad y ritmo. Durante la campaña de Marruecos se adelanta a los postulados de los primeros Convenios de Ginebra: «...*los hospitales flotantes... al volver*

*de los puertos del litoral venían casi siempre abarrotados de municiones, material de guerra y pasajes militares. En el (buque) Barcelona se ha llevado de Cádiz no solo el cureñaje del tren de batir, sino también municiones de infantería: objeto a que nunca debiera destinarse un Hospital.»*

En la mente de la Sanidad Militar española se encontraba la elección de un vapor de ruedas o de hélice para el transporte de heridos durante la campaña del norte de África. El buque elegido fue el vapor de palas «Cid». Este navío es considerado como el primer buque de evacuación de heridos en el mundo, siendo éste, por tanto, no solo el primer buque hospital moderno en cuanto a concepción y organización, sino también el primero con esta propulsión, anterior en dos años al «Red Rover» vapor de ruedas usado en la Guerra Civil americana (1862), que es considerado para los autores anglosajones como el primero y en un año a los vapores «Mauritius» y «Melbourne», veleros con máquina de vapor auxiliar, considerados por los estudiosos ingleses como el primer uso bélico de un vapor como hospital flotante, que sirvieron en 1860, durante la campaña de China.

Además de ser el primero en habilitarse como tal, fue también el buque hospital principal de la campaña, ocupándose en la evacuación de enfermos y heridos desde Tetuán y Ceuta a la península entre noviembre de 1859 y abril de 1860. El artífice principal y Jefe de Sanidad del «Cid» fue D. Nicasio Landa.

No es de extrañar que un hombre así acompañara al Conde de Ripalda, delegado de la Orden Humanitaria de San Juan de Jerusalén –bajo cuyos auspicios se asentarían las futuras diversas Sociedades de Socorro- a la Conferencia de Ginebra de 25 de octubre de 1863.

Entre los fundadores de la Sociedad que componen la Junta Preparatoria de 26 de mayo de 1864 figura el Doctor Landa. Se publica una circular en la que se da a conocer la idea caritativa de la futura Sociedad Nacional. Enviada a todas las provincias, se anima a que –aún antes de que se publique la Real Orden de constitución de aquellas (6 julio de 1864)- se organicen en todos los lugares posibles comisiones de socorro para los heridos. El doctor Landa, un día antes de que la firma de la reina Isabel II sancione la creación de la Sociedad Española de Socorro a los Heridos, funda el primer Comité Provincial en Pamplona.

La actividad del citado médico militar en la Cruz Roja no termina aquí. En 1867, después de ser nombrado Inspector General, una Real Orden de 26 de julio le autoriza a tomar parte en la Conferencia Internacional de las Sociedades de Socorro a los Heridos Militares. Redacta el preceptivo informe para la Dirección General de la Sanidad Militar sobre el material sanitario visto en la Exposición Universal de donde regresó con una Medalla de Plata y otra de Bronce, premios al material que él mismo expone como interventor. Ese año escribe la obra «El derecho de la guerra conforme a la moral».

Un año más tarde, da a la luz en Pamplona, el dilatado artículo «La caridad en la guerra». El título serviría para la primera Revista de la Cruz Roja española, de la que el Doctor Landa sería Director y casi único redactor. En 1870 redacta el «Reglamento General de la Sección Española de la Asociación Internacional de Socorro a los Heridos en Campañas de Mar y Tierra» para que se atengan a sus normas y dictados las Comisiones y Subcomisiones provinciales y de distrito, así como las Secciones de Señoras de Caridad y los Enfermeros Voluntarios.

El 25 de agosto se dirige a conferenciar con el Comité de Ginebra, con el fin de contribuir a la organización del Socorro Internacional en la guerra franco-prusiana. Después de dejar abiertas suscripciones destinadas a ambas partes beligerantes, acude al teatro de operaciones, de donde tiene que regresar a España a causa de los inicios de la guerra carlista.

En 1872 crea el Cuerpo de Tropas Sanitarias de Navarra, que recibió su bautismo de fuego en la batalla de Oroquieta, en la que el Doctor Landa asistió como Jefe de Sanidad de las tropas del General Moriones. Como otra consecuencia más de sus actuaciones y experiencias publica «noticias» sobre las operaciones y el folleto «La cura pronta y la cartera de socorro»..

En 1873 asiste a los heridos de Udabe. Recoge bajas en Santiesteban y dirige la evacuación a los hospitales de Pamplona, Tafalla y Miranda de Ebro.

En 1874, siendo Director de las Ambulancias de la Cruz Roja, llevando las suyas y las ofrecidas por las Sociedades de Socorro, marcha desde Tafalla a Irache a recoger con 60 carros los muchos heridos que habían quedado en poder de los carlistas. La Memoria de los actos de la Sección de Navarra de la Cruz Roja en 1872 y 1873 detalla la asistencia a 1.101 heridos (581 liberales y 520 carlistas) y el transporte a hospitales de 629 heridos (498 liberales y 131 carlistas).

En aquella contienda la Cruz Roja contó con ambulancias y hospitales propios, proveyó de puestos de socorro y se ocupó de la correspondencia de heridos y prisioneros. En 1876 tiene su última actuación evacuando los heridos de Irarte.

El Doctor Landa es por tanto, uno de los responsables de la formación de los conceptos de Derecho Humanitario Internacional acerca de la protección y auxilio de las víctimas de los conflictos bélicos. Merece la pena extraer unas frases del propio Landa que definen claramente este espíritu: *«Mi fin principal era establecer la neutralidad del herido., en la guerra civil, y he logrado la dicha de alcanzarlo. Al efecto, busqué desde los primeros días a los heridos insurgentes, los cuidé asegurándoles toda mi protección.*

*Después de haber tratado así a los heridos carlistas en el valle de Goñi y en Abarzuza, los carlistas entraron en Arizala, en donde se encontraban un oficial y siete soldados del ejército y aquellos portáronse con éstos de la manera más humana, ofreciéndoles sus servicios o dejándoles libres de hacerse transportar al cuartel general de Estella. El General Moriones me ha felicitado la misión, haciéndome recoger después de la batalla de Oroquieta los*

*heridos insurrectos, los cuales fueron colocados por mí en el hospital provisional, confundidos con los nuestros [...]»<sup>1, 2 y 3</sup>.*



Imagen 1.- Retrato de D. Nicasio Landa. Imagen tomada por el autor en la Central de la Cruz Roja española.

## La primera ambulancia marítima

El 22 de agosto de 1864 se firmaba en el Hotel de la Ville de Ginebra el «Convenio Internacional para mejorar la suerte de los militares heridos en campaña». En él no se hacía ninguna referencia a la guerra en la mar ni a la suerte de sus víctimas. En 1866, fue el Comité de la Cruz Roja de Cartagena el primero en solicitar que se extendieran a las Marinas de Guerra los beneficios que se dispensaban a los miembros de los Ejércitos de Tierra, a cuya propuesta se adhirió el Comité Central. Por eso, cuando con ocasión de la Exposición Universal celebrada en París al año siguiente, se convocó una conferencia internacional para estudiar y revisar el Convenio de Ginebra, la delegación española propuso la ampliación de las normas de protección

---

1 Viñes J. J. El doctor Nicasio Landa (1830-1891). Cofundador de la Cruz Roja Española. Editorial Gobierno de Navarra-Cruz Roja Española. 2014.

2 Sánchez G, Arrizabalaga J. Nicasio Landa, Muertos y heridos y otros textos. Ed. Pamiela 2016.

3 González García O. El vapor de ruedas «Cid»: De pionero de la navegación comercial a vapor a primer vapor hospital. Sanid mil 2016; 72(3):235-45.

a los combatientes en la mar, logrando que el 20 de octubre de 1868 se añadieran al Convenio nueve artículos relativos a las fuerzas navales que alcanzaron su completo desarrollo cuando en 1864 se aprobó el II Convenio referido a «heridos, enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en la mar».

La sensibilidad mostrada por España en este campo se puso de manifiesto a través de un hecho muy poco conocido: el que la primera ambulancia marítima que operó en el mundo bajo pabellón de la Cruz Roja fuera española.

Este acontecimiento tuvo lugar en el marco de los dramáticos acontecimientos vividos en Cartagena con motivo de la insurrección cantonal de 1873, en la que Cruz Roja tuvo un señalado protagonismo.

Uno de los episodios más lamentables que tuvieron lugar aquellos días fue el enfrentamiento de los buques de la escuadra de bloqueo que bajo el mando del almirante Lobo había sido enviada con el propósito de reducir a los barcos que se encontraban en aquella importante base naval, declarados como «piratas» por el gobierno de la I República y que constituían la escuadra cantonal. El encuentro se produjo a la altura del cabo de Palos siendo saldado con un importante número de bajas que no fueron mayores, porque a las tres de la tarde los buques cantonales se retiraron a puerto, en donde se hizo cargo de las bajas la Cruz Roja.

El protagonismo que tuvo esta institución durante aquellos días y la abnegada dedicación de sus miembros al cuidado de los heridos, impulsó a la Junta Revolucionaria a solicitar el equipamiento de una «ambulancia marítima» para que acompañara a los buques en la nueva salida que pensaban efectuar. Aceptada la petición, se hizo entrega a la Cruz Roja de un vapor de ruedas, de 110 toneladas, que con el nombre de «Buenaventura» actuaba como remolcador al servicio de la Junta de Obras del Puerto. A bordo de él, embarcó un equipo sanitario que a las seis de la mañana del día 13 de octubre de 1873, salió de puerto tras la escuadra cantonal, izando a tope la bandera de la Cruz Roja que, por primera vez en la historia hacía acto de presencia en los mares<sup>4</sup>  
<sup>5</sup>.

---

4 Clemente J C. Historia de la Cruz Roja Española. 1986.

5 Gracia Rivas M. La sanidad naval española, historia y evolución. Empresa Nacional Bazán. 1995.



Imagen 2.- Ambulancia Naval «Buenaventura». Imagen tomada de J. C. Clemente. Historia de la Cruz Roja Española. Página 77.

### **La Cruz Roja española, eslabón fundamental en la repatriación de militares españoles durante las guerras coloniales**

A finales del siglo XIX, tras su destacada labor durante las guerras carlistas, la Cruz Roja Española se implicó en las guerras coloniales de ultramar a partir de 1895, cuando comenzó la guerra de independencia cubana, que finalizó con la derrota de España en 1898 y la pérdida de Cuba, Puerto Rico y Filipinas. Desde un principio se señaló cuál debía ser su labor «el único y exclusivo fin era contribuir por cuantos medios están a su alcance al socorro de los heridos y enfermos en los campos de batalla, en las ambulancias, en los hospitales y donde quiera que pueda prestar sus caritativos auxilios en las desgracias personales ocasionadas por epidemias y otras calamidades y siniestros de carácter público». Su actuación en la guerra de independencia cubana se concentró en la atención a los heridos y enfermos a nivel peninsular y organizar hospitales, ambulancias, cocinas, proporcionar comidas, dinero y productos básicos a los soldados enfermos.

Ante el agravamiento de las guerras de ultramar la Cruz Roja Española elaboró un detallado plan de actuación sobre las tropas repatriadas, aprobado en la Asamblea Suprema del 30 de enero de 1898 que incluía socorro pecuniario y asistencia médica. Esta última debía prestarse en los desembarcos y en sus domicilios. Se desarrolló una infraestructura sanitaria de complejidad variable, brigadas sanitarias, ambulancias, casas de socorro, dispensarios, sanatorios y hospitales. Las brigadas sanitarias poseían un jefe, socios de número, un médico, dos practicantes y diez hermanos en caridad,

disponiendo cada sección de un hospital. Las ambulancias sanitarias también tenían farmacéuticos. El equipamiento material, consistente en camillas, botiquines, tiendas de campaña y elementos de transporte, se adaptaba al terreno. Se contó con establecimientos temporales, móviles y permanentes, sumados a la red asistencial configurada desde 1896 y ampliada ante las nuevas circunstancias.

La Cruz Roja posibilitó el desarrollo de una estructura sanitaria supeditada a la Sanidad militar, la introducción de tecnologías humanitarias y su transferencia desde el ámbito de la guerra al de la paz, alcanzando sus recursos a los soldados heridos, mutilados o enfermos de las guerras coloniales mantenidas por nuestro país a finales del siglo XIX<sup>6</sup>.

### ¿Médicos militares españoles en la primera guerra mundial?

La neutralidad española durante la primera guerra mundial fue iniciativa del rey Alfonso XIII y del presidente de gobierno D. Eduardo Dato. La debilidad militar tras el desastre de 1898, las tensiones políticas en el interior del país, la guerra colonial en el norte de Marruecos y las buenas relaciones personales entre nuestro rey las diferentes monarquías de los países beligerantes originaron que nuestro país se mantuviese oficialmente neutral. Sin embargo, esta política no fue una postura de indiferencia frente a la guerra. Nuestro monarca visitó el frente, creó la oficina pro cautivos en las dependencias del palacio real, colaboró estrechamente con el comité internacional de la cruz roja, permitió la presencia de observadores militares en los campos de prisioneros de ambos bandos y autorizó la asistencia humanitaria de refugiados en nuestro territorio.

Muchos militares participaron en las tareas encomendadas por el Rey para la inspección de campamentos de prisioneros en Europa durante el conflicto bélico, incluidos médicos militares. Su condición castrense y su imprescindible formación facultativa les posicionó en numerosas ocasiones como los observadores deseados para esta labor humanitaria. Oficiales médicos fueron desplegados en campos de prisioneros en Alemania, Austria, Hungría, Francia, Bulgaria y Turquía. Podemos citar entre los médicos militares allá comisionados a D. Mariano Gómez Ulla, a D. Fidel Pagés Miravé y a D. Antonio Vallejo Nájera<sup>7</sup>.

---

6 Porras Gallo M. I, de las Heras-Salord J. La Cruz Roja Española, la repatriación de los soldados de las guerras coloniales y el desarrollo de la ciencia médica en España, 1896-1950. *História, Ciências, Saúde* 2016; 23(3):829-46.

7 Navarro Suay R, Plaza Torres J. F. Una «hazaña prácticamente desconocida»: la participación de médicos militares españoles en la Primera Guerra Mundial. *Sanid mil* 2014; 70(1):51-7.



**Figura 3.** Tres de los oficiales médicos españoles comisionados al frente europeo durante la primera guerra mundial. D. Mariano Gómez Ulla (*Gómez Ulla M. Mariano Gómez Ulla: un hombre, un cirujano, un militar. Madrid: 1981, p 2*), D. Fidel Pagés Miravé (*imagen tomada de Fidel Pagés Miravé y otros sanitarios militares ejemplares. Ministerio de Defensa; 2008. p 17*) y D. Antonio Vallejo Nágera (*imagen tomada de Abejaro de Castro LF. Historia de la psiquiatría militar española 1800-1970. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1993*).

### Imagen 3.

Las colonias europeas en África también se vieron afectadas en este conflicto convirtiéndose en teatro de operaciones. Durante este conflicto, más de 17.000 personas (civiles y militares alemanes junto con las tropas africanas y sus familias) se refugiaron en la colonia española de Guinea Ecuatorial forzados por la ofensiva francesa sobre el territorio camerunés. Ante esta crisis humanitaria las autoridades españolas ordenaron el envío de fuerzas de Infantería de Marina, junto con tres oficiales médicos y siete practicantes de sanidad de la Armada que colaboraron con los tres médicos ya destinados en la colonia.

Por motivos de seguridad y sanitarios, se decidió el traslado de los refugiados hasta la isla de Fernando Poo. La población europea pronto fue evacuada hacia campos de internamiento en ciudades de la península, sin embargo la mayoría de los africanos permaneció en la colonia española. El campamento de los refugiados se fue edificando progresivamente. Se construyeron enfermerías, policlínica y una sala de infecciosos. Se realizaron importantes medidas de salud pública como fueron dotar el campo de agua potable, construir letrinas que fueron sometidas constantemente a la acción del fuego con el objetivo de desinfectar la excreta y aprovechar el humo para impedir que los insectos sirvieran de vectores de infecciones, se trazaron desagües que limitaron el encharcamiento de las aguas, se desbrozó el bosque y se sembraron huertas que permitieron que los indígenas incrementasen su dieta en contenido y variabilidad. Además se establecieron medidas preventivas frente a la malaria (uso de mosquiteras, uso de agua filtrada y administración profiláctica de quinina) y a la viruela (vacuna antivariólica facilitada por el Instituto de Higiene «Alfonso XIII»).

A pesar de los riesgos originados por el hacinamiento de los refugiados, la morbilidad no superó los 100/enfermos/día. Entre los europeos hubo 3 casos de fallecimiento,

mientras que entre los africanos la cifra alcanzó un 320 por mil el primer mes, descendiendo luego a 25 por mil y posteriormente se estabilizó en 7 por mil; cifras que los médicos de la época consideraban mejores que las que habitualmente se presentaban en el continente africano. En total se estima que los médicos militares españoles atendieron a cerca de 12.000 refugiados. Mientras que las fuerzas de Infantería de Marina que habían reforzado el dispositivo de seguridad fueron repatriadas en marzo de 1917, los oficiales médicos españoles permanecieron en la colonia desarrollando su misión humanitaria hasta el término del conflicto. Incluso un coronel médico D. Estalísnao Lluésma llegó a ser el gobernador general de Guinea entre 1934 y 1935<sup>8 9</sup>.



Imagen 4.- Tropas alemanas europeas e indígenas atendidas en la Guinea española, casa de un médico militar español en Guinea. Imágenes tomadas de Navarro Suay R, Plaza Torres J. F. Una «hazaña prácticamente desconocida»: la participación de médicos militares españoles en la Primera Guerra Mundial. *Sanid mil* 2014; 70(1):51-7.

8 Palacios López MD. La oficina de la Guerra Europea: Los alemanes del Camerún en el Archivo General de Palacio. *Revista de Historia Militar* 2017; 121:235-61.

9 Gracia Rivas M. La cooperación española en la protección de los buques hospitales durante la primera guerra mundial. *Revista General de Marina* 2014; 267: 349-58.

## La asistencia médica a bajas en combate y náufragos prestada por oficiales del cuerpo militar de sanidad español durante la segunda guerra mundial

La existencia en la España de la postguerra civil, no beligerante primero y neutral después de un organismo que facilitase el rescate marítimo de las tripulaciones de aviones y barcos accidentados en la mar interesaba a todos los contendientes de la segunda guerra mundial. Por esa razón, ninguno de ellos vio con malos ojos que delegaciones del Ejército del Aire visitaran Alemania e Italia con objeto de estudiar aeronaves para operar en la zona mediterránea en misiones de salvamento.

En junio de 1944 se creó la Comisión de Salvamento de Náufragos, antecedente inmediato del Servicio Aéreo de Búsqueda y Salvamento (SAR) actual, que tenía por objeto que hidroaviones del Ejército del Aire en cooperación con lanchas rápidas de la Marina efectuasen el salvamento de tripulaciones nacionales y extranjeras que por avería o accidente cayesen a la mar, extendiéndose la atención a toda clase de calamidades públicas y accidentes donde su presencia y acción fueran capaces de salvar vidas. Por este motivo se adquirieron 12 hidroaviones Dornier Do-24. Estos aparatos carecían de armamento y portaban el emblema de la Cruz Roja. Establecieron sus bases en Pollensa (Mallorca), Barcelona y San Javier (Murcia). Fue la primera de estas bases desde donde se realizaron la mayor parte de misiones humanitarias de salvamento debido a la situación geográfica privilegiada de las Islas Baleares y el incremento de rutas marítimas cada vez más transitadas por barcos civiles y militares. La labor realizada por estos hidroaviones fue magnífica, ya que recogieron sin distinción a náufragos y heridos de ambos bandos, lo cual hizo de que los vencedores de la contienda vieran con buenos ojos la continuación de esta labor humanitaria. Formando parte de las tripulaciones de los hidroaviones Dornier Do-24 se encontraban los oficiales médicos destinados en el aeródromo militar de Pollensa, que colaboraron tanto en el rescate en la mar, como en la atención inicial prestada en el botiquín de la base. Los pacientes más graves normalmente eran evacuados hasta el hospital militar de Palma de Mallorca<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> González Canomanuel M. A. El comienzo del transporte sanitario en España. De la campaña del norte de África (1909-27) al Servicio de Búsqueda y Salvamento (1955). *Sanid mil* 2013; 69(4):276-82.



Imagen 5.- Dornier Do-24 español en aguas de Pollensa (Mallorca). Imagen de D. Patricio Hebrero Oriz.

Los miembros de la Sanidad Militar española destinados en las Islas Baleares también fueron protagonistas del apoyo a náufragos y heridos procedentes de los combates navales en el Mar Mediterráneo. Podemos destacar el episodio acontecido cuando parte de la flota italiana se refugió en el puerto de Mahón tras sufrir el ataque por parte de aviones alemanes. El resultado de la batalla para las fuerzas italianas se saldó con 133 heridos graves y 13 fallecidos. Nada más conocerse la noticia de la llegada de navíos italianos a Menorca, el hospital militar de Mahón dispuso del mayor número de camas que fuese posible dando de alta a casi todos los soldados españoles ingresados en aquel momento. Casi todos los marinos italianos presentaban quemaduras de medio torso para arriba, sobre todo en los brazos, manos y cara consecuencia de haber estado en el mar en llamas. Desgraciadamente 12 heridos más fallecieron a los pocos días de haber ingresado en el hospital militar. Algunos de los pacientes más graves permanecieron ingresados hasta 141 días. En total fueron ingresados 248 marineros de los 507 náufragos que llegaron con vida a Mahón. Por otra parte, en el hospital militar de Mallorca se atendieron a más náufragos procedentes de otros tres navíos italianos<sup>11</sup>.

Este apoyo por parte de médicos militares españoles durante esta contienda es un ejemplo de los efectuados en distintos puntos de la geografía nacional, destacando también los ocurridos en el norte y sureste de la península<sup>12</sup> así como la labor desarrollada con el intercambio de prisioneros entre las potencias enfrentadas.

Desde que en abril de 1944 regresaran los soldados de División Azul, España se ha visto bendecida por más de 70 años de paz con la sola excepción del conflicto en Ifni-

<sup>11</sup> Campos-Pascual J. Italianos en Menorca (España en la segunda guerra mundial). Meloussa 1991; 2: 133-54.

<sup>12</sup> Salgado JC. Alas, hélices y botas. Galland Books. 2011.

Sahara de 1957-1958. El potencial bélico y los «hombres de armas» han permanecido «parcialmente inactivos», sin embargo, la Sanidad Militar ha seguido trabajando frente a unos enemigos, las enfermedades y los traumatismos, que no dejan nunca de actuar. Cada vez que se aleja la posibilidad de una guerra, va ganando terreno la solidaridad internacional y es aquí donde la Sanidad Militar juega un papel trascendental. Esta brillante historia comienza a más de 10.000 Km de nuestra península ibérica. Empieza en la guerra de Vietnam...

### **La primera misión internacional de carácter humanitario prestada por las Fuerzas Armadas españolas en la segunda mitad del pasado siglo. ¿Hubo oficiales médicos españoles en la guerra de Vietnam?**

Tras la solicitud de ayuda del gobierno sudvietnamita durante el conflicto con el *Vietcong*, España respondió con el envío de un equipo sanitario desplegado en la población de Go-Cong, situada a 45 Km al sur de Saigón, a siete kilómetros de la costa y en pleno delta del río Mekong. La misión española desarrolló su actividad en un hospital civil de unas 150 camas. Se atendió preferentemente a la población civil, cuya patología era la propia de un país tropical sometido a graves restricciones alimentarias. Predominaba la atención a niños y ancianos, pero también se atendieron a guerrilleros del *Vietcong*. Tanto el material sanitario, como los medicamentos fueron suministrados por los estadounidenses, aparte de los que llegaban a España por valija diplomática. Además los españoles participaron en campañas de vacunación, se desplazaron a diversos núcleos rurales que carecían de médicos. La presencia del equipo médico en Vietnam fue de 2 años<sup>13</sup>.

---

13 Martínez E. P. Misión sanitaria en Vietnam. Revista Española de Defensa 2017; 343: 62-63.



Imagen 6.- Entrada al Hospital Militar español en Da Nang (Vietnam). Imagen tomada de José Luis Rodríguez Jiménez. Salvando vidas en el delta del Mekong. Ministerio de Defensa.

## Otras misiones de la sanidad militar: Marruecos, Namibia, Guinea, Argelia y Colombia

### *Marruecos 1960*

El 28 de Febrero de 1960, la ciudad marroquí de Agadir sufrió un intenso terremoto seguido de un maremoto cuyos efectos se sintieron incluso en los puestos fronterizos de los antiguos territorios españoles en el Sahara.

La misma noche de la tragedia, un hidroavión Grumman AD-1 del 802 Escuadrón de la base aérea de Gando, además de la labor de reconocimiento y fotografía aéreas, realiza la evacuación de doce heridos graves a Casablanca. El entonces Teniente Médico D. Alejandro Domingo, participó esa misma noche con una ambulancia y material sanitario del Batallón.

Posteriormente, 19 aviones de transporte (14 DC-3 y 5 DC-4) del Ala 35 participaron en labores de transporte de tropas marroquíes y material para damnificados<sup>14</sup>.

### *Namibia 1989-1990*

Según la Resolución 435 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, adoptado en 1978, se estableció que el Proceso de Independencia de Namibia, debía llevarse a cabo bajo el control de dicha organización. Se acordó también que la Resolución 435 podría implementarse el 1 de abril de 1989 y que las tropas que la ONU enviara a ese país, se retirarían un año más tarde tras independizarse Sudáfrica.

El Grupo de Asistencia Transitoria de Naciones Unidas para el periodo de independencia de Namibia estaba formado por fuerzas mixtas de policías, militares y civiles que permanecieron en Namibia desde abril de 1989 hasta el 21 de marzo de 1990, para garantizar unas elecciones libres y una transición pacífica. Las fuerzas militares estaban integradas por contingentes de 11 países y pequeños grupos de monitores militares de policía y civiles de más de 100 países, con el fin de evitar enfrentamientos armados. UNTAG llegó a disponer de unos 7.100 miembros permanentes con un grupo adicional de unos 1.283 miembros durante el periodo electoral efectuado en noviembre de 1990.

España se comprometió en 1988 con las Naciones Unidas, a participar en el proceso de Independencia de Namibia. Para ello el Mando Aéreo de Transporte eligió los aviones T-12 CASA 212 ubicados en el Ala 35 de Getafe y los Hércules C-130 del Ala 37 de Zaragoza para que desarrollasen el cometido de transporte aéreo.

El 21 de marzo de 1989, los primeros *aviocares* españoles emprendieron vuelo desde la Base de Getafe con destino a Namibia, permaneciendo allí operativos hasta el 21 de Marzo de 1990, día de independencia del naciente país.

Alrededor de 214 miembros del Ejército del Aire participaron en esa misión, en periodos de rotación de 4 a 6 meses. El contingente español estuvo formado por unos 85 miembros permanentes, que ascendieron a más de 100 durante el periodo electoral. Estaba integrado mayoritariamente por personal de vuelo con apoyo de los Cuerpos de Ingenieros Aeronáuticos, Intendencia, Jurídico, Eclesiástico y Sanidad.

Durante la estancia en Namibia, la Unidad Aérea española tuvo su base principal en el Aeropuerto Nacional de Eros en Windhoek con 4 *aviocares*, aparte de los destacamentos de Rundu y Ondanwa, con dos aviones cada uno, cuyas tripulaciones,

---

14 1960 Febrero-Marzo. Agadir (Marruecos) En: Sanidad Militar en Operaciones Humanitarias y de Paz; 2007, 17.

se rotaban todas las semanas. El número de misiones aéreas realizadas fue alrededor de 1.000 con cerca de 4.000 horas de vuelo. El 15 de diciembre de 1989 los destacamentos del Norte (Rundu y Ondanwa), se trasladaron a la base de Grootfontein, donde quedaron estacionados 3 aviones, incorporándose el avión restante al aeropuerto de Eros. Los primeros aviocares españoles que volvieron a territorio nacional lo hicieron el 18 de febrero de 1990. El Hércules C-130 que transportaba a Getafe a los últimos militares españoles que habían participado en aquella misión, despegó del Aeropuerto Internacional de Strydhorn el 30 de marzo de 1990.

Antes de la partida, el Servicio de Sanidad de la Base Aérea de Getafe, estableció unas normas a seguir por el personal militar del Ejército del Aire destacado en Namibia, que consistían en: reconocimiento médico, estudio analítico incluyendo marcadores de Hepatitis B, programa de vacunaciones contra el Cólera, T.A.B, Tétanos, Hepatitis B y Fiebre amarilla, quimioprofilaxis contra el Paludismo y educación sanitaria contra enfermedades tropicales.

El Servicio de Sanidad de la Unidad Aérea española estaba formado por un Oficial Médico que prestaba su servicio en el botiquín de la Unidad Aérea en el aeropuerto de Eros.

Las misiones que el Servicio de Sanidad prestó en Namibia fueron: servicio médico de vuelo, medicina asistencial (reconocimiento médico diario en el botiquín y asistencia a domicilio a los enfermos en diferentes bases...), medicina preventiva (reconocimiento en salud del personal destinado en el destacamento a su llegada a Namibia y seguimiento de las medidas preventivas de las enfermedades tropicales), informe bisemanal de morbilidad a la Jefatura de Sanidad de la UNTAG, transporte de enfermos y heridos por vía aérea o terrestre a los distintos centros sanitarios, repatriación de los miembros españoles de la Unidad Aérea que necesitaros ser evacuados a Territorio Nacional por motivos de salud, asistencia a los cursos de medicina tropical organizados por la Jefatura de Sanidad de la UNTAG, servicio médico de guardia localizado por radio durante las 24 horas del día y por último labores humanitarias diversas como la colaboración en las campañas de donación de sangre y educación sanitaria.

Durante la permanencia en Namibia, el Servicio de Sanidad atendió a más de 1.000 consultas a todo personal UNTAG, desglosadas en: enfermedades no transmisibles 41%, enfermedades transmisibles 24%, consultas por medicina preventiva y vacunaciones 23%, traumatismos 7% y otras 5%.

En cuanto a los motivos de consulta por parte del contingente español fue: enfermedades de las vías respiratorias altas 97, enfermedades dermatológicas 38, enfermedades dentales 35, enfermedades oculares 28, gastritis 46, traumatismos por deporte 32, accidentes de trabajo 27, diarreas no complicadas 39, picaduras 9, otorrinolaringológicas 41, accidentes de tráfico 6, enfermedades vasculares periféricas 11, enfermedades de transmisión sexual 1, SIDA 0, malaria 0. Lo que sumó un total de 587 como motivos de primera consulta. La mayoría de las consultas se debieron a

enfermedades respiratorias de vías altas, relacionadas en gran parte con las condiciones climatológicas del país. Otro aspecto importante a estudiar es la relativa frecuencia de accidentes de tráfico, que supusieron la mayor causa de muertes y secuelas postraumáticas graves en un número elevado de personal UNTAG.

El escalonamiento sanitario fue el siguiente: el primer escalón lo formaba los Servicios de Sanidad de los diferentes contingentes desplegados, el segundo escalón estaba formado por las clínicas suizas repartidas por toda la geografía de Namibia (Windhoek, Oshakati, Rundu, Grooffontein y Keetmanshoop). Dichas clínicas, disponían además de personal médico o enfermería, de especialistas en medicina tropical, con dotación de laboratorios clínicos, aparatos de Rayos X y Gabinete Odontológico. El tercer escalón, lo constituía el Hospital del estado de Windhoek, que estaba considerado como un Hospital General de tipo medio por contar con unas 500 camas y prácticamente con todas las especialidades médico-quirúrgicas, excepto Cirugía Cardiovascular o Neurocirugía. En caso de necesitar tratamiento de estos Servicios, los enfermos eran enviados a un centro hospitalario en Ciudad del Cabo. El cuarto escalón estaba formado por los Hospitales en Territorio Nacional. La Jefatura de los Servicios Médicos la desempeñó un Coronel Médico del contingente suizo, ya que Naciones Unidas encargó a Suiza que organizara unos Servicios Médicos para todo el personal UNTAG.

Hubo tres casos de repatriaciones a España por motivo de salud: un caso de herida incisa en región cervical que se intervino de urgencia en el Hospital de Windhoek y posteriormente fue evacuado a Territorio Nacional, un caso de fractura de maxilar inferior y luxación de muñeca, un caso de rhabdomyosarcoma de psoas izquierdo (tras reseccarle parcialmente el tumor y tratamiento con radio y quimioterapia murió en agosto de 1990). Los tres casos fueron evacuados acompañados por personal de Sanidad Militar por vía aérea regular sobre el antiguo Hospital del Aire en Madrid<sup>15 16</sup>.

Por el buen hacer durante la misión en Namibia, el por entonces Ministro de Defensa Narciso Serra impuso la Corbata de Isabel la Católica al Ala 35.

### *Guinea Ecuatorial, 1970-1980*

En el mes de agosto y a requerimiento del gobierno guineano, se desplazan dos Capitanes ATS del Instituto de Medicina Preventiva del Ejército de Tierra para realizar una campaña de vacunación. Tras su trabajo en la isla de Bioko (antiguo Fernando

---

15 Bernal P. Operación UNTAG en Namibia. *Atenea* 2009; 7:46-53.

16 González M. El Servicio de Sanidad del destacamento español en Namibia con la ONU. (1989-1990). *Med Mil.* 1993 49 (2): 195-200.

Poo), se desplazaron al territorio continental de Mbini (antiguo Río Muni) dividiendo su trabajo uno al norte y otro al sur del río Benito. La falta de vías de comunicación les obligaba a viajar en cayucos y en vehículos todoterreno, siendo además la regla general, la falta de agua potable, comida adecuada y electricidad.

Terminada la campaña, regresaron a Bioko, desde cuya capital Malabo, autorizados por el embajador regresaron a España.

Al año siguiente, en la misma línea de la anterior expedición, comenzó una nueva misión que pretendía tres objetivos fundamentales: conseguir información veraz, real y objetiva de las formaciones y medios sanitarios existentes en Guinea Ecuatorial descubriendo las necesidades más perentorias para poner en marcha el plan sanitario, comenzar una campaña de vacunación en los pueblos más importantes que continuarían más tarde 80 médicos y ATS civiles y por último preparar los asentamientos, casas, medios de vida e recabar información sobre carreteras y pistas del país para este personal civil.

Para esta misión se desplazó un equipo de diez oficiales médicos (cinco Capitanes -3 procedentes del Ejército de Tierra, 1 de la Armada y 1 del Ejército del Aire- y Cinco Tenientes -3 procedentes del Ejército de Tierra, 1 de la Armada y 1 del Ejército del Aire-) y diez oficiales enfermeros (tres Capitanes, cuatro Subtenientes, dos Brigadas y un Sargento -6 procedentes del Ejército de Tierra, 2 de la Armada, 2 del Ejército del Aire).

La misión llegó a Malabo el 24 de enero de 1980 y fue recibida por el Embajador de España y conducidos al barco «Ciudad de Barcelona» de la Compañía Trasmediterránea, anclado en el puerto dada la carencia de hoteles en funcionamiento en la ciudad, donde faltaba incluso el agua corriente y la electricidad; el propio Embajador se hallaba alojado en dicho barco. Durante los días 25 y 26 fueron presentados al Ministro de Sanidad y otras autoridades visitando las instalaciones sanitarias de la isla. Se acordó el plan de actuación, que previamente había sido aprobado por el Embajador de España y más tarde lo fue por el Ministro de Sanidad.

La expedición se dividió en cinco equipos (siendo totalmente autónomos y compuesto cada uno por 1 Capitán Médico, 1 Teniente Médico y 2 Enfermeros). A todos ellos la embajada española les prestó el necesario apoyo logístico (vehículo todoterreno, combustible, nevera, un rifle de caza y munición). Los equipos se ubicaron en: Territorio Continental: Bata, Evinayong, Mongomo y Ebebiyin y Territorio Insular: Isla de Bioko con base en el buque «Ciudad de Barcelona» anclado en Malabo.

*Las condiciones de trabajo eran extremadamente difíciles pues el país carecía en absoluto de los medios más elementales. Las carreteras se encontraban en pésimo estado y en su mayoría eran pistas en completo estado de abandono. No había prácticamente en ningún sitio agua corriente ni electricidad. No existía agua potable en el país, capitales incluidas. La subsistencia era a base de las conservas de que se habían dotado a los equipos y de las frutas y algún que otro producto tradicional (malanga, yuca, carne de mono...) y bebiendo agua de coco o lianas.*

En muchas ocasiones fueron los primeros españoles que llegaban a los poblados después de once años, ya que desde entonces había desaparecido del continente el rastro de presencia española.

El plan previsto fue ejecutado en su totalidad con exactitud en el calendario previsto, finalizando la misión sin novedades dignas de mención. No hubo accidentes ni incidentes. Solamente algunas indisposiciones pasajeras de cuatro o cinco miembros de la expedición que sufrieron accesos febriles o diarreas importantes, haciendo temer a veces su evacuación.

En varias zonas se estaba registrando una epidemia de sarampión con una elevada mortalidad infantil. Las enfermedades más frecuentes eran paludismo, filaria, micosis, pediculosis, acariosis y numerosos casos de lepra. Se visitó la leprosería de Micomeseng, que en otro tiempo fue la mejor de África. Al Capitán Médico Relanzón que impresionó su estado: *«no tiene médico y solamente es visitada por alguno de los enfermeros. No tiene medicamentos, solamente algo de chaulmogra que reciben ocasionalmente. Hay algunas camas, pero sin colchón y los leprosos se acuestan sobre esteras de bambú, en número de un centenar de internados. Éstos no reciben alimentación alguna y subsisten de las frutas y productos que recolectan en el bosque colindante. Nos decía el enfermero que en estos últimos años han perecido más de un centenar, en su mayoría de inanición, pues al faltarles las manos y los pies que estaban reducidos a muñones, no podían valerse por si solos. Hemos visto leprosos con unas lesiones tan avanzadas que les han producido la amputación de pies y manos y algunos son verdaderos monstruos vivientes».*

La situación en los centros sanitarios y en los poblados no eran mejores. Se carecía de personal sanitario y material elemental, las condiciones higiénicas de los poblados eran muy deficientes y la basura permanecía en las calles con los consiguientes olores y atracción de insectos y roedores.

Desde un punto de vista sanitario, era la primera vez que se integraba conjuntamente personal de la Sanidad de Ejército de Tierra, Armada y Ejército del Aire, existiendo una total cohesión, compañerismo y colaboración.

Es importante destacar el aspecto asistencial ineludible a la llegada a los poblados debido a la carencia de médicos en muchas de las aldeas.

Finalmente, todos los equipos se reunieron en Malabo el día 11 de febrero, se dieron novedades al Embajador de España y al General Jefe de Sanidad en Madrid. La misión fue ampliamente felicitada y fue recibida por el Presidente de la República de Guinea Ecuatorial, Teniente Coronel Teodoro Obiang Nguema Mbasogo, quien quedó visiblemente emocionado por la labor que España y, más concretamente sus Fuerzas Armadas estaban realizando en su país. Se hizo constar el agradecimiento al Embajador de España y al Consulado en Bata que tan preciosa ayuda habían prestado<sup>17</sup>.

---

17 Bescós J. La Sanidad Militar española en Guinea Ecuatorial. *Med Mil* 1996;52 (4): 435-437.

Otra vez el apoyo de España se había hecho patente y estaba en la conciencia de todas las gentes del país.

### *Argelia, 1980*

El 10 de octubre de 1980, una serie de terremotos asolaron la región argelina de El Asnam, causado más de 20.000 muertos. El gobierno español envió con prontitud dos aviones C-130 Hércules del Ejército del Aire, encargando a la Sanidad Militar el establecimiento de apoyo médico (un hospital de 120 camas con personal sanitario y material) a la zona damnificada.

El equipo sanitario salió el día 16 de octubre del aeropuerto de Madrid-Getafe en estos dos aviones Hércules. El contingente estaba compuesto por 2 Oficiales Médicos, dos Soldados Médicos, 1 Oficial Enfermero, 1 Suboficial de Sanidad Militar, 8 Soldados sanitarios y un Capitán de Intendencia. El material transportado estaba constituido por 16 tiendas de campaña para alojar 120 camas y material diverso.

A la llegada a zona, fueron recibidos por el Embajador español, personal de la Embajada y representantes del Ministerio de Sanidad de Argelia y de la Media Luna Roja. Se cargaron tres grandes camiones preparados al efecto, que quedaron precintados con lonas en el aeropuerto y custodiados por el Ejército.

Al día siguiente la expedición escoltada por policía de tráfico partió hacia El-Asnam, a 200 Km al oeste de Argel. Llegaron a El-Attaf, donde estaba localizado el mando militar de la zona, y tras estudiar la situación y las necesidades, se decidió instalar el hospital en Beny-Rached, localidad situada a 15 Km. al noreste de El-Asnam y epicentro de la catástrofe. La zona estaba totalmente devastada y albergaba una población de más de 20.000 personas repartidas en pequeños núcleos. Todos los accesos estaban cortados por enormes grietas de más de 5 Km. de longitud y desniveles de hasta 3 metros de ancho o alto. Todavía no había llegado ningún tipo de socorro, pues toda la ayuda estaba situada en El-Asnam.

Bajo condiciones climatológicas adversas, comenzaron a instalarse las tiendas, quedando el hospital totalmente montado y en funcionamiento, al día siguiente, 18 de Octubre. A pesar de encontrarse todo el personal muy fatigado por no haber podido descansar en toda la noche a consecuencia de los continuos temblores de tierra (los temblores se sucedían entre 4 y 8 veces al día), se formó y se procedió a realizar el acto de izado de bandera entre la emoción de todos los miembros del destacamento.

El día 19, comenzaron las consultas externas y las vacunaciones; para ello se instalaron dos tiendas diferentes. En las vacunaciones les ayudaba un equipo de la Media Luna Roja argelina y en las consultas colaboraban algunos enfermeros locales que, además hacían de intérpretes.

Los primeros días fueron de una actividad febril, pues la población acudía al Hospital en busca de todo tipo de consuelo y el centro sanitario se convirtió en un alto obligado de todo visitante de la zona siniestrada (autoridades, delegados de la Cruz y Media Luna Roja, periodistas...) que elogiaron el comportamiento de los médicos militares españoles.

Se registraron en el hospital alrededor de 150 consultas diarias. Fueron atendidos muchos niños, algunos de pocos meses, que habían quedado huérfanos al derrumbarse las casas sobre sus padres, mientras ellos se encontraban en la calle jugando.

En pocos días, se organizó sanitariamente el difícil sector asignado y se envió un equipo médico con un vehículo todo terreno a todos los núcleos y caseríos de las montañas circundantes. Su misión era vacunar, curar y pasar consulta localmente y trasladar al hospital a los heridos o enfermos graves.

Se habilitó una zona de toma de helicóptero, se sanearon o clausuraron los puntos de agua potable de la zona, se efectuó un amplio trabajo de desinfección y desinsectación de la población y alrededores.

Al día siguiente de la instalación del hospital, se recibió apoyo del ejército argelino. Se facilitó una cisterna de 2.000 litros, que previa potabilización del agua por el propio equipo sanitario, cubrió las necesidades del hospital y se destacó una sección de 30 efectivos mandados por un oficial encargados de prestar seguridad al destacamento sanitario. A su vez, la Cruz y la Media Luna Roja internacional facilitaron víveres y leche en abundancia para el consumo del hospital y para la distribución entre la población.

El día 16 de noviembre, con asistencia del Embajador de España, el Jefe de Estado Mayor de la zona de El-Asnam y miembros de la Sanidad Militar argelina, se firmó el acta de entrega del hospital militar español a las autoridades de ese país, y finalmente se arrió la bandera de España en esas tierras argelinas<sup>18</sup>.

## *Colombia 1985*

Miembros de la Sanidad Militar formaron parte del equipo español de socorro enviado a Colombia con motivo del desastre ocasionado por la erupción del volcán Nevado de Ruiz en noviembre de 1985, colaborando con numerosos equipos de otros países. La erupción del volcán provocó una avalancha de lodo que sepultó la población de Armero, provocando cerca de 24.000 muertes y 4.470 heridos, de los cuales 1.444 requirieron hospitalización. La mortalidad hospitalaria global fue del 10%, y el número

---

<sup>18</sup> Bescós J. La Sanidad Militar española en Argelia. *Med Mil* 1997; 53(1) 90-92.

de mutilados por amputación ascendió a 73 pacientes. El 80% de las bajas fueron atendidas en Ambalema, Lérica, Mariquita, Honda, Ibagué y otras poblaciones. El 20% restante fueron evacuados a Bogotá. Se hizo necesario reforzar todos los hospitales con personal sanitario y auxiliar diverso.

Un C-130 «Hércules» transportó 12 toneladas de ayuda humanitaria, siendo requerido por el Gobierno colombiano, a través de la Embajada de España, para que desde la capital realizara un puente aéreo de dos vuelos diarios para transportar a la base aérea de Palanquero (en las cercanías de la catástrofe) el material de ayuda humanitaria que llegaba desde diversos países; la tripulación permaneció una semana realizando esta labor siendo condecorada después con la Orden del Mérito Civil. El Capitán Médico Antonio Hernando Lorenzo participó en esta misión.

Se organizó un comité de Emergencia en Salud que se reunía diariamente. Las necesidades de saneamiento ambiental se centraron en asegurar a la población el suministro de agua potable mediante cisternas y recipientes de plástico, construcción de letrinas y duchas en las zonas de ubicación definitiva del personal damnificado, fumigaciones en el área para control de vectores, inhumación de cadáveres y enterramiento o incineración de los animales domésticos muertos.

Se realizó una evaluación de las zonas urbanas y rurales del área, de los posibles daños sufridos por los sistemas de acueducto, alcantarillado, mataderos, plazas de mercado, sistema de aseo urbano, a fin de colaborar en el programa de rehabilitación.

La recogida de las bajas y primeros auxilios se efectuó en situación muy desventajosa por la magnitud de la catástrofe y la escasez de medios de rescate en los primeros momentos, desde elementos simples como sogas o hachas, hasta medios modernos indispensables, como helicópteros<sup>19</sup>.

## Y la historia prosigue y continuará...

Desde que se anduviesen estos primeros pasos con los despliegues militares españoles iniciales, nuestras Fuerzas Armadas siguen participando en misiones internacionales en el exterior. En la memoria quedan el conflicto del Golfo Pérsico, las guerras en los Balcanes, Irak o Congo, el apoyo a desastres naturales como el Huracán Mitch en Centroamérica, el Tsunami en Indonesia o los terremotos de Turquía, Pakistán y de Haití, la presencia de fuerzas navales en el mar Adriático y en el Océano Índico...

---

19 Bescós J. La Sanidad Militar española en Colombia. *Med Mil* 1997; 53(2): 183-185.

Más de 50 misiones en los últimos 40 años<sup>20, 21</sup>. Durante la realización de este trabajo, hay 2932 efectivos militares españoles desplegados por todo el mundo participando en 20 misiones auspiciadas por OTAN, ONU y Unión Europea o formando parte de la coalición internacional frente al terrorismo, en misiones nacionales o de seguridad cooperativa. En la mayoría de estos despliegues hay miembros de la Sanidad Militar que cumplen sus cometidos como militares, sin olvidar los principios humanitarios inherentes a su profesión médica y tan presentes en la Cruz Roja. Esta íntima relación entre ambas facetas mantiene vivo el espíritu promulgado hace más de 150 años por el médico militar D. Nicasio Landa y que sigue presente hoy en día formando parte de la esencia de los oficiales del Cuerpo Militar de Sanidad. Incluso queda recogido en su himno *«sanitario que vas a cumplir tu deber / al herido sabrás con cariño acoger / sanitario humanitario...»*. Es obligación de todos que esta historia común siga viva.

## Conclusión

El Cuerpo Militar de Sanidad mantiene un importante vínculo con los principios humanitarios defendidos por organismos como la Cruz Roja. Esta estrecha relación comenzó desde hace más de siglo y medio y continúa vigente en la actualidad, formando parte del quehacer diario de los oficiales integrantes del Cuerpo Militar de Sanidad. La participación de éstos en misiones internacionales ha incrementado la posibilidad de desarrollar la asistencia humanitaria durante los conflictos bélicos y en desastres naturales, en aras de mejorar el cuidado a los damnificados, fin último de la medicina militar.

---

20 Sanidad Militar en Operaciones Humanitarias y de Paz, pag 30.

21 R.N. 20 años de misiones internacionales RED 2009; 248: 6-14.

## Composición del grupo de trabajo

### ***Presidente***

*D. Jose Luis Rodríguez-Villasante y Prieto*  
*Director del Centro de Estudios de Derecho*  
*Internacional Humanitario de la Cruz Roja Española*  
*(CEDIH).*

### ***Coordinadora***

*Dña. María del Mar Hidalgo García*  
*Analista del IEEE.*

### ***Vocales***

*D. Vicente Otero Solana*  
*Coronel Médico del Cuerpo de Sanidad Militar y*  
*profesor del CEDIH de la Cruz Roja Española.*

*D. David Suárez Leoz*  
*Magistrado, profesor del CEDIH de la Cruz Roja*  
*Española.*

*Prof. Dra. Dña. Sonia Hernandez Pradas*  
*Doctora en derecho, profesora de Derecho*  
*Internacional Público del Centro Universitario*  
*Villanueva y profesora del CEDIH de la Cruz Roja*  
*Española.*

*Doctor D. Ricardo Navarro Suay*  
*Comandante Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.*

