

***HEALTH CARE IN DANGER* Y PRINCIPIOS ÉTICOS DE
LA ASISTENCIA DE SALUD EN TIEMPO DE CONFLICTO
ARMADO
LA PROTECCIÓN DE LA MISIÓN MÉDICA POR EL DERECHO
INTERNACIONAL HUMANITARIO**

José Luis Rodríguez-Villasante y Prieto
*General consejero togado®. Director del
Centro de Estudios de Derecho Internacional
Humanitario de la Cruz Roja Española*

Resumen

Este trabajo examina el marco legal aplicable a la violencia que afecta al desarrollo de la asistencia de salud en los conflictos armados. En efecto, integran 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. El artículo presenta el proyecto *Health Care in Danger*, la asistencia de salud en peligro del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Asimismo, la Resolución 2286 (2016) fue adoptada por unanimidad por el Consejo de Seguridad sobre Asistencia de Salud en los Conflictos Armados y su Marco Legal en España. Finalmente, examina los principios éticos médicos en tiempo de paz y de conflicto armado.

Palabras clave: Derecho internacional humanitario. Asistencia de salud en peligro. Heridos. Personal sanitario e instalaciones sanitarias. Principios éticos médicos.

Abstract

This research examines the legal framework applicable to violence affecting the delivery of health care in armed conflicts. Indeed, 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 articule presents “Health Care in Danger” project of the Red Cross and Red Crescent Movement. Also the Security Council unanimously adopted. Resolution 2286 (2016) on Health Care in armed conflict and legal framework in Spain. Finally examine medical ethics principles in peacetime and times of armed conflict.

Keywords: international Humanitarian Law. Health Care in Danger. Wounded. Medical personnel. and medical facilities. Medical ethics principles.

SUMARIO

Primera parte. *Health Care in Danger*. La protección de la misión médica por el derecho internacional humanitario. 1. Los ataques contra el sistema de salud en los conflictos armados contemporáneos. 1.1. Introducción. 1.2. La realidad contemporánea de la prestación de la asistencia de salud y los *desiertos médicos*. 2. Las normas humanitarias que protegen la misión médica en los conflictos armados. 2.1. El nacimiento de la Cruz Roja. 2.2. Las normas humanitarias vigentes. 2.3. Delimitación de las situaciones en que se aplica el derecho internacional humanitario. 2.4. El ámbito personal. Concepto de *personas protegidas*. 3. La reacción internacional ante los reiterados actos de violencia contra la asistencia de salud en los actuales conflictos armados. 3.1. La temprana respuesta del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otras organizaciones sanitarias. 3.2. Las medidas internas del Reino de España. 3.3. La obligación estatal de difundir el derecho internacional humanitario. 3.4. La aportación del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Segunda parte. Análisis de los principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. 1. Introducción. 1.1. La ética de la asistencia de salud. 1.2. Objetivo, principios y normas. 2. Princi-

pios generales. 3. Contenido del documento. 3.1. Relaciones con los pacientes.
3.2. Protección del personal de salud. 3.3. Consideración final

PRIMERA PARTE

HEALTH CARE IN DANGER. LA PROTECCIÓN DE LA MISIÓN MÉDICA POR EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

1. LOS ATAQUES CONTRA EL SISTEMA DE SALUD EN LOS CONFLICTOS ARMADOS CONTEMPORÁNEOS

1.1. INTRODUCCIÓN

Afirma Marco Baldan¹ que una de las primeras víctimas de la guerra es el sistema de salud. Y, en efecto, a esta conclusión llegan el Comité Internacional de la Cruz Roja (en lo sucesivo CICR) y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ante los reiterados ataques que sufre la misión médica en los conflictos armados actuales.

En el mismo sentido, la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas² 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).

La prestación de la asistencia de salud en los conflictos armados, como afirma Vicent Bernard³, constituye uno de los mayores desafíos de la pre-

¹ BALDAN, M. *Health Care in Danger. Making the Case*. Geneva: ICRC 2011, pág. 7. Disponible en www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4072.pdf

² Aprobada el 3 de mayo de 2016 a propuesta del Reino de España. Ver S/RES/2286(2016).

³ BERNARD, V. «Violence against Health Care: Giving in is not an option». *International Review of the Red Cross, Violence against Health Care*, vol. 95, n.º 889, Spring 2013, pág. 6.

sente era, caracterizado por la persistencia del fenómeno, su exacerbación y su resurgimiento como aspecto reiterado de las guerras actuales.

Posteriormente, Irene Raciti⁴ 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 documentó en solo once países casi 2 400 ataques contra el personal de salud, instalaciones, transporte y pacientes. Más de dos 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 % de las víctimas entre 2015 y 2016. Más de un millón de niños sufren desnutrición aguda en Afganistán.

En los últimos dos años (2017 y 2018), desde la aprobación de la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, se produjeron 1 200 actos de violencia contra instalaciones y personal de la salud, lo que implica su crecimiento y cuestiona la eficacia de la referida resolución.

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

Los autores⁵ destacan 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 (ante el desconocimiento de 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 regis-

⁴ RACITI, I. «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.

⁵ BERNARD, V. *Op. cit.* pág. 5.

tros 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.

1.2. LA REALIDAD CONTEMPORÁNEA DE LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD Y LOS DESIERTOS MÉDICOS

Para identificar la existencia de los *desiertos médicos* que se producen en algunos conflictos armados actuales, debemos examinar brevemente los casos actuales⁶, numerosos y continuos, que nos ofrece la experiencia de las organizaciones humanitarias dedicadas a la prestación de la asistencia de salud en los territorios donde se desarrollan las hostilidades.

Partimos del análisis del CICR⁷, que 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 Centroafricana, República Democrática del Congo, Haití, Palestina y Somalia⁸.

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.

Posteriormente, el 21 de julio de 2014, el CICR y la Media Luna Roja palestina efectuaron un llamamiento⁹ 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.

Hay que deplorar el ataque de la fuerza aérea de Estados Unidos al hospital de Médicos sin Fronteras en Kunduz (Kunduz Trauma Center de

⁶ Recientemente, 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 MazareSharif (Afganistán).

⁷ TERRY, F. «Violence against health care: insights from Afghanistan, Somalia, and Democratic Republic of the Congo». *International Review of the Red Cross*, n.º 889, pp. 23 y ss.

⁸ PAVIGNANI, E. *et al.* «Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country cases studies». *International Review of the Red Cross*, n.º 889, pp. 41 y ss.

⁹ *Informe de situación* de 23 de julio de 2014. Cruz Roja Española.

Afganistán), ocurrido el 3 de octubre de 2011⁵, 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 cinco 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 médicos¹⁰. Por otra parte, Médicos sin Fronteras hizo pública su investigación interna inicial, y posteriormente revisada, sobre el ataque a Kunduz¹¹ 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.

En la República Árabe Siria¹², según la Organización Mundial de la Salud, no pueden funcionar casi el 60 % de los centros de salud, en un país donde veinticinco mil 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 veinte muertos. En abril de 2016 fue bombardeado y completamente destruido, con veintisiete muertos, el hospital Al Quds de Alepo¹³, en el norte de Siria, apoyado por el CICR y Médicos sin Fronteras.

No cesan los ataques en la actualidad. Comenzando por Afganistán¹⁴, 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

¹⁰ Ver www.msf.org/en/article/one-year-after-kunduz-battlefields-without-doctors-wars-without-limits.

¹¹ www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_kunduz_review_041115_for_public_release.

¹² RACITI, I. *Op. cit.*

¹³ LIU, J. (Médicos sin Fronteras); MAURER, J. (CICR). «El ataque al hospital de Alepo es una llamada de alerta para Naciones Unidas». *The Guardian*. Ver también: Comunicado de Prensa del CICR de 28 de abril de 2016.

¹⁴ RACITI, I. *Op. cit.*

asesinados delegados del CICR en Nigeria. En Yemen¹⁵, desde marzo de 2015 (comienzo del conflicto) hasta marzo de 2017, se produjeron 160 ataques contra instalaciones de salud con una media de veinte muertos diarios. La obstrucción a las ambulancias es práctica diaria en los conflictos de Sudán del Sur, Gaza y Ucrania.

La responsable del CICR Irene Raciti¹⁶ se pregunta qué clase de violencia se produce en el ámbito de la asistencia de salud en los actuales conflictos armados y responde que se perpetra contra los heridos y enfermos, contra el personal de salud, contra los transportes sanitarios y contra los centros de salud. Añade 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 profesora de la Universidad de Deusto Joana Abrisketa denuncia en 2018 que una ambulancia cargada de explosivos causó un centenar de muertos en Kabul (Afganistán), y califica el hecho como perfidia constitutiva de un crimen de guerra¹⁷.

Durante el mismo año de 2018, en Siria se produce el asedio al barrio rural de Guta (Damasco), se atacan seis hospitales (entre ellos una maternidad) y se impide arbitrariamente el acceso humanitario a la población civil atrapada.

El CICR denuncia (2018) que la Media Luna Roja turca carece de credibilidad para atender a la población civil kurda siria en la región de Afrin (Siria), donde las fuerzas armadas de Turquía mantienen una operación militar para expulsar de la zona a milicianos kurdos de las YPG, que consideran vinculados al Partido de los Trabajadores del Kurdistán (PKK). Peter Maurer, presidente del CICR, declara que los civiles kurdos tienen derecho a recibir ayuda de una organización neutral e imparcial como el CICR¹⁸.

¹⁵ RACITI, I. *Op. cit.*

¹⁶ RACITI, I. *Op. cit.*

¹⁷ ABRISKETA URIARTE, J. «Ambulancias que transportan bombas en Afganistán». *El Mundo*.

¹⁸ Publicación Agencia Reuter/AP, Ginebra, 19 -3-2018. Ver www.cicr.org.

2. LAS NORMAS HUMANITARIAS QUE PROTEGEN LA MISIÓN MÉDICA EN LOS CONFLICTOS ARMADOS

2.1. EL NACIMIENTO DE LA CRUZ ROJA

Las normas jurídicas que integran el derecho internacional humanitario¹⁹ (en lo sucesivo DIH) van dirigidas a la protección de las víctimas de los conflictos armados²⁰, 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.

Se considera que el origen de la Cruz Roja fue la publicación en 1862 por el ginebrino Henry Dunant de su libro *Recuerdo de Solferino*, en el que relata los horrores vividos en el campo de Solferino (Lombardía, 1859). En 1863 nació el Comité de los Cinco, precedente del Comité Internacional de la Cruz Roja²¹. 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.

De forma que el DIH contemporáneo²² y la Cruz Roja nacieron 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

¹⁹ PÉREZ GONZÁLEZ, M. «El Derecho Internacional Humanitario frente a la violencia bélica: una apuesta por la humanidad en situaciones de conflicto». *Derecho Internacional Humanitario*. 3.ª edición. Valencia: Tirant y Cruz Roja 2017, pp. 25 y ss.

²⁰ GUTIÉRREZ ESPADA, C.; CERVELL HORTAL, M. J. *El derecho Internacional en la encrucijada. Curso de Derecho Internacional Público*. Madrid: Trotta 2008, pág. 627. Los autores han destacado que «crece la importancia, minuto a minuto, del derecho internacional humanitario»:

²¹ BUGNION, F. *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.

²² GUTIÉRREZ ESPADA, C.; CERVELL HORTAL, M. J. *Op. cit.*, pp. 241, 395 y 396. Los autores 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*.

exentos de captura, y se les permitiría 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.

En el periodo de entreguerras y 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.

2.2 LAS NORMAS HUMANITARIAS VIGENTES

La aportación más relevante de la época posterior 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 Ginebra²³ 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 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, y IV Convenio de Ginebra, relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra.

Se debe poner de relieve que estos 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.

Posteriormente, 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.

Siguiendo este imparable proceso de confirmación 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

²³ OTERO SOLANA, V. «La protección del medio sanitario en los conflictos armados». OTERO SOLANA, V. *Op. cit.*, pp. 647-686. Del mismo autor: *La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados*. Madrid: Ministerio de Defensa 2003.

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 parte (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 77 Estados, entre ellos España.

Finalmente, 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.

2.3. DELIMITACIÓN DE LAS SITUACIONES EN QUE SE APLICA EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

Como excepción 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 jurídico²⁴ diferente al 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.

En todo caso, como han puesto de manifiesto Kalshoven y Zegveld²⁵, 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

²⁴ Vid. GREENWOOD, Ch. «Scope of Application of Humanitarian Law». FLECK, D. (ed.). *Handbook of Humanitarian Law in Armed Conflicts*. Oxford University Press 1995, pág. 3; FERNÁNDEZ 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*. Madrid: Ministerio de Defensa 2001, pp. 363-364.

²⁵ KALSHOVEN, F.; ZEGVELD, L. *Restricciones en la conducción de la guerra. Introducción al Derecho Internacional Humanitario*. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja 2001, pág. 44.

(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.

En esta positiva evolución fue determinante 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 contratantes²⁶; es decir, a los conflictos armados no internacionales o internos²⁷, regulados también por el Protocolo II de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra de 1949.

Una importante mejora del proceso se alcanzó 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.

Ciertamente, no ha sido pacífica 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. HansPeter Gasser²⁸ 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

²⁶ SUÁREZ LEOZ, D. «Conflictos armados sin carácter internacional y Derecho Internacional Humanitario: Normativa aplicable». en *Derecho Internacional Humanitario. Op. cit.* pp. 971-992.

²⁷ MÜLLER, A. «States obligations to mitigate the direct and indirect health consequences of non-international armed conflicts». *International Review of the Red Cross. Op. cit.*, pp. 129 y ss.

²⁸ GASSER, H-P. *Le Droit International Humanitaire. Introduction*. Haupt: Institut Henry Dunant 1993, pág. 24.

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.

Graves problemas de interpretación provienen 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 de 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.

Hay que añadir que una lógica interpretación extensiva 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.

2.4. EL ÁMBITO PERSONAL. CONCEPTO DE *PERSONAS PROTEGIDAS*

Los Convenios de Ginebra y otros instrumentos 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 de 1977) 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.

Delimitando el concepto, según Hans Peter Gasser²⁹ 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 per-

²⁹ GASSER, H-P. *Op. cit.*, pág. 26.

sonas civiles en poder del adversario en su territorio y las personas civiles en territorio ocupado. Y precisa Françoise Bouchet-Saulnier³⁰ 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.

Como conclusión, tomando como referencia la protección penal que reciben las *personas protegidas* y su definición en el Código Penal español (artículo 608)³¹, 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*:

- Los heridos, enfermos o náufragos y el personal sanitario y religioso, protegidos por el I y II Convenio de Ginebra o su Protocolo I.
- Los prisioneros de guerra definidos y protegidos por el III Convenio de Ginebra o su Protocolo I.
- La población civil y las personas civiles protegidas por el IV Convenio de Ginebra o su Protocolo I.
- 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.
- 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).
- El personal de las Naciones Unidas y personal asociado, protegidos por el Convenio de Nueva York de 9 de diciembre de 1994.
- Quienes tuvieren la condición de *persona protegida* en virtud del Protocolo II de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra.

Debemos añadir que, aunque la definición de *personas protegidas* se refiere fundamentalmente a los conflictos armados internacionales, también puede

³⁰ BOUCHET-SAULNIER, F. *Diccionario práctico de derecho humanitario*. Médicos sin Fronteras. Barcelona: Península 2001, pág. 516.

³¹ *Vid.* PIGNATELLI MECA, F. *La sanción de los crímenes de guerra en el derecho español*. Ministerio de Defensa 2003, pp. 227-277; PIGNATELLI MECA, F. «Protección de las víctimas de la guerra en el ordenamiento penal español». *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”». *Revista Española de Derecho Militar*, n.º 82, juliodiciembre de 2003, pp. 209 y 210.

aplicarse a los conflictos armados internos donde, sin delimitar categorías específicas ni utilizar este término, se distingue entre las «personas que no participan 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.

Por lo que se refiere a la protección general de la misión médica en las situaciones de conflicto armado, particularmente en lo que atañe 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 víctima³².

3. LA REACCIÓN INTERNACIONAL ANTE LOS REITERADOS ACTOS DE VIOLENCIA CONTRA LA ASISTENCIA DE SALUD EN LOS ACTUALES CONFLICTOS ARMADOS

3.1. LA TEMPRANA RESPUESTA DEL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA Y OTRAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

La XXXII (2015) Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y la asistencia de salud en peligro (Health Care in Danger)

Profundizando en la protección de los heridos, enfermos y náufragos, de la misión médica y del personal, y de medios y transportes sanitarios en caso de conflicto armado, la XXXII Conferencia Interna-

³² PÉREZ GONZÁLEZ, M. «El acto médico a la luz del derecho internacional humanitario: Una valoración jurídica». *El Derecho Internacional: normas, hechos y valores. Liber amicorum José Antonio Pastor Ridruejo*. Madrid: Servicio Publicaciones Facultad de Derecho Universidad Complutense de Madrid 2005.

cional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Ginebra 810 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.

Abundando en el mismo sentido 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.

Asimismo, 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».

En la carta abierta del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de 3 de mayo de 2016 se afirmaba que el personal de la salud 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 formulación de la promesa del Reino de España en la XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de La Media Luna Roja (Ginebra 2015)

En desarrollo 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».

3.2. LAS MEDIDAS INTERNAS DEL REINO DE ESPAÑA

Protección penal de la misión médica en el ordenamiento penal español

Entre los Estados que integran la comunidad internacional, 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 penales³³ las acciones u omisiones que constituyen infracciones de la protección debida al personal, medios y transportes sanitarios en tiempo de conflicto armado.

De esta forma, el artículo 6081.º 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 6.º, protege al personal de Naciones Unidas y personal asociado, entre el que se encuentra el personal sanitario en las misiones de mantenimiento de la paz. Finalmente, el

³³ PIGNATELLI MECA, F. «Protección de las víctimas de la guerra en el ordenamiento penal español». *Derecho Internacional Humanitario. Op. cit.*, pág. 1146.

apartado 7.º incluye en la protección al personal sanitario en los conflictos armados no internacionales (Protocolo II adicional de 1977).

Se tipifica y castiga en el artículo 609 del Código Penal la conducta de 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).

Asimismo, el artículo 612, apartado 1.º, 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 2.º 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.

Se sanciona con una pena privativa de libertad, según el apartado 4.º del artículo 612, 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.

Finalmente, 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.

Por otra parte, 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.

Desde el ámbito del derecho disciplinario militar, 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.

En resumen, se puede 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.

Los manuales militares españoles

En las normas internas de las Fuerzas Armadas del Reino de España, como la publicación ORT004 del Mando de Adiestramiento y Doctrina del Ejército de Tierra (entrada en vigor: 1/11/2007), *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» (diecinueve páginas).

La Inspección General de Sanidad de la Defensa ha publicado en el año 2013 *La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados*, cuyo autor es el coronel médico Vicente Otero Solana³⁴.

El *Manual de derecho del mar*, aprobado por la Armada española en 2016, contiene en su volumen II (*El derecho internacional humanitario aplicable a los conflictos armados en la mar*) el capítulo 9 sobre «La protección de los heridos, enfermos y náufragos, personal y medios sanitarios en los conflictos armados en la mar», dieciocho páginas.

En el *Manual de derecho internacional humanitario* aplicable a la guerra aérea, en curso de elaboración, está previsto un capítulo dedicado a la «Protección de heridos, enfermos, náufragos, personal y medios sanitarios en la guerra aérea».

En la redacción de todos estos manuales militares ha contribuido decisivamente la Cruz Roja Española.

La constitución de la Comisión Española de Derecho Internacional Humanitario

La Comisión Española de DIH fue creada y regulada por Real Decreto 1513/2007, de 16 de noviembre, 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:

– Asesoramiento 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).

³⁴ Otero Solana, V. «La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados», Inspección General de Sanidad de la Defensa, Ministerio de Defensa, 2013, 68 pp.

– Asesoramiento 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).

Integran la comisión, que preside el ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación, entre otras autoridades: 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.

Se ha constituido en la comisión 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 las conferencias internacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. La competencia de este grupo de trabajo comprende el seguimiento de las resoluciones y promesas formuladas en la XXII Conferencia Internacional (Ginebra, 2015).

3.3. LA OBLIGACIÓN ESTATAL DE DIFUNDIR EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

Entre los mecanismos que integran 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 parte en los instrumentos internacionales humanitarios, entre ellos el Reino de España.

Acaso por el incumplimiento de este deber en 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 de 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.

Las normas contenidas en el I Convenio de Ginebra de 1949 (art. 47), para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de las Fuerzas Armadas en campaña, y en el II Convenio de Ginebra de 1949 (art. 48), 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 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.

Esta obligación convencional es reiterada por el artículo 83 del Protocolo I adicional de 1977, 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 el protocolo deberán estar plenamente al corriente de su texto.

3.4. LA APORTACIÓN DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS

La aprobación de la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de la ONU

A propuesta del Reino de España, Japón, Nueva Zelanda, Egipto y Uruguay, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en su sesión 7685.º celebrada el día 3 de mayo de 2016 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.

En esta resolución, 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.

En consecuencia, en la parte dispositiva (apartado 5) de la resolución, el Consejo subraya «la importante función que pueden desempeñar la edu-

cación 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».

La resolución, en el apartado 6 de la citada parte dispositiva, 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».

Asimismo, el Consejo, en el apartado 10 de la parte dispositiva de la resolución 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».

Se debe recordar que, 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 la carta.

Recomendaciones del secretario general de las Naciones Unidas en desarrollo del párrafo 13 de la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad

El secretario general de las Naciones Unidas presentó, en fecha 18 de agosto de 2016 (S/2016/722), 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 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.

El contenido de estas recomendaciones fue el siguiente:

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.

Por lo que se refiere 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 Durham³⁵.

Posteriormente, el 9 de agosto de 2017 el presidente del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas formuló una declaración³⁶ en nombre del

³⁵ Ver: www.healthcareindanger.org. Comité Internacional de la Cruz Roja (www.cicr.org). Para el informe, ver *Health Care in Danger (HCiD) publications 02215*, CICR, febrero de 2015.

³⁶ Ver Naciones Unidas. Consejo de Seguridad, S/PRST/2017/14, de 9 de agosto de 2017.

Consejo, en relación con el examen del tema del 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».

El apoyo del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de otras organizaciones sanitarias internacionales

En esta materia, a las Naciones Unidas no le ha faltado el apoyo de las organizaciones humanitarias. Así, 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 la mencionada carta abierta 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».

Seguidamente 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).

En su contenido y 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.

No se olvida en la carta que es esencial que quienes atacan o impiden la prestación de asistencia de salud rindan cuentas de sus actos y comparezcan ante la justicia.

Destacan, como mecanismos necesarios para su eficacia, la revisión de 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.

Por último, 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».

SEGUNDA PARTE

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA DE SALUD EN TIEMPO DE CONFLICTO ARMADO Y OTRAS SITUACIONES DE EMERGENCIA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. LA ÉTICA DE LA ASISTENCIA DE SALUD

La doctrina, en particular Vivienne Nathanson³⁷, 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.

³⁷ NATHANSON, V. «Medical ethics in peacetime and wartime: the case for a better understanding». *International Review of the Red Cross, Violence against Health Care*, n.º 889, pp. 189 y ss., en particular pág. 190.

La segunda parte del presente estudio está dedicada al análisis de los «Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia»³⁸, 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 o *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.

La profesora Anna Badía³⁹ 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 DDHH), 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.

Este es, sin duda, 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 armados⁴⁰. 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 contenido⁴¹.

³⁸ Disponible en www.icrc.org/es/document/principios-eticos-comunes-asistencia-salud-conflictos-otras-situaciones-violencia Hay traducción al idioma español.

³⁹ BADIA MARTÍ, A. «Comentarios a los principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflictos armados y otras situaciones de emergencia». *Universidad de Barcelona. Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas*, pp. 125 y ss., en particular pp. 129 y 130, así como pp. 132 y 133. Disponible en www.bioeticayderecho.ub.edu

⁴⁰ LABORI IGLESIAS, M. «Empresas militares y de seguridad privadas». *Derecho Internacional Humanitario. Op. cit.*, pp. 205-219.

⁴¹ RODRÍGUEZ-VILLASANTE Y PRIETO, J. L. «Participación directa de las personas civiles en las hostilidades». *Derecho Internacional Humanitario. Op. cit.*, pág. 781.

1.2. OBJETIVO, PRINCIPIOS Y NORMAS

Consecuencia del acuerdo 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.

Es evidente que 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 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».

El segundo principio sustancial es el de imparcialidad, aplicable en este caso a la asistencia de salud que se debe prestar sin discriminación⁴².

Mención necesaria al formular 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, y se citan expresamente la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

Doctrinalmente, Vivienne Nathanson⁴³, al referirse 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

⁴² NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 195-196

⁴³ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 198-199.

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 consuetudinario⁴⁴ del CICR.

El documento en 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.

2. PRINCIPIOS GENERALES

En primer lugar hay que destacar que 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 violencia⁴⁵. Acaso por esta identidad, Anna Badía⁴⁶ concluye que el contenido del código ético no evidencia ninguna novedad.

A continuación, 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:

1.º 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

⁴⁴ HENKAERST, J-M.; DOSWALD-BECK, L. *Customary International Humanitarian Law*, vol. I. *Rules*. Cambridge: Cambridge University Press 2005, pp. 79, 86 y 102. Ver normas 25, 26 y 30.

⁴⁵ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 198 y 199-212.

⁴⁶ BADIA MARTÍ, A. *Op. cit.*, pp. 131 y 133.

el caso de enfermedades transmisibles o en el ámbito de delitos graves que atenten contra la seguridad nacional.

2.º Los principios éticos de la asistencia de salud, y

3.º La conciencia del personal de salud.

No desconoce este 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 recursos⁴⁷.

Sin embargo, no cabe duda de que 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.

Seguidamente, 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 diferentes⁴⁸ de las necesidades de la asistencia de salud, como los experimentos médicos.

Por último, 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 emergencia⁴⁹. Además, se prohíbe expresamente que los agentes de salud se hallen presentes en tales actos o participen en su ejecución.

⁴⁷ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pág. 202.

⁴⁸ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 206-207.

⁴⁹ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 210-212.

3. CONTENIDO DEL DOCUMENTO

3.1. RELACIONES CON LOS PACIENTES

Escribe la profesora Anna Badía⁵⁰ 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 este sentido, 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 excepciones⁵¹, 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.

A continuación, se formula el séptimo principio, que es específico para los conflictos armados y otras situaciones de emergencia, y resuelve las situaciones de clasificación previas a la prioridad en la atención de los pacientes heridos o enfermos. Comienza expresando una obligación 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 médico⁵². El principio determina como criterios que seguir para tomar las decisiones: las necesidades médicas y los recursos disponibles. Vivienne Nathanson⁵³ nos ilustra sobre las dificultades que presenta el triaje (o proceso que permite la clasificación de pacientes según el orden prioritario para el tratamiento

⁵⁰ BADIA MARTÍ, A. *Op. cit.*, pág. 132.

⁵¹ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 202-203.

⁵² OTERO SOLANA, V. «La protección del medio sanitario en los conflictos armados». *Derecho Internacional Humanitario. Op. cit.*, pp. 655-656.

⁵³ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 199-200.

o asistencia) y los dilemas que presenta para los médicos militares en caso de conflicto armado.

Otra norma deontológica importante, 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 citado, de la sentencia⁵⁴ 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 (arts. 10. 3 y 4 del Protocolo II de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra), debemos concluir con el profesor Pérez González⁵⁵: «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 estos o para sus familiares» (principio de humanidad).

Es de suma importancia la aportación de Vivienne Nathanson⁵⁶, quien, 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.

Finalmente, 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.

⁵⁴ PÉREZ GONZÁLEZ, M. *Op. cit.*

⁵⁵ PÉREZ GONZÁLEZ M. *Op. cit.*

⁵⁶ NATHANSON, V. *Op. cit.*, pp. 204-206.

3.2. PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Se inicia esta sección con el apartado décimo, que 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.

Cuestión de gran trascendencia en la práctica es el acceso seguro a los pacientes y víctimas que 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. Principio que tiene sólido fundamento en las normas humanitarias. Así, el artículo 23 del IV Convenio de Ginebra establece que los Estados parte 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 disposición⁵⁷ dirigida a la protección de todas las personas civiles aunque no se encuentren en territorios ocupados.

Añade el artículo 55 del IV Convenio de Ginebra que 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.

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

Desde el punto de vista de la rendición de cuentas, las consecuencias de la obstaculización arbitraria del acceso humanitario pueden tener alcance penal (constituyen 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.

⁵⁷ SANDOZ, Y. «Comentario al artículo 70». *Comentario del Protocolo de 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949*. Bogotá: CICR y Plaza y Janés 2001, pp. 11411162.

Este principio ético resulta respaldado por la Norma 55 del DIH consuetudinario, que 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»⁵⁸.

Asimismo, 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.

Resulta bien necesario en el ámbito práctico el contenido del apartado décimosegundo, que 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.

Desde la historia de la institución hay que recordar que 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 uso del distintivo de la cruz roja o de la media luna roja puede tener dos significados, que determinan las circunstancias de su utilización⁵⁹:

- uso protector (grandes dimensiones)
- uso indicativo (pequeño formato).

La característica del signo con 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.

La índole o 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.

Después de un largo y complicado proceso, la Conferencia Diplomática de 2005 aprobó el Protocolo Adicional III a los Convenios de Ginebra,

⁵⁸ HENKAERTS, J-M.; DOSWALD-BECK, L. *Op. cit.* norma 55, pp. 193-200.

⁵⁹ ANTÓN AYLLÓN, M.; BABÉ ROMERO, M.; LÓPEZ SÁNCHEZ, J. «El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja». *Derecho Internacional Humanitario. Op. cit.*, pp. 271 y ss.

relativo a la adopción de un signo distintivo adicional⁶⁰. El nuevo emblema, que fue denominado *crystal 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.

Por último, 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 Perú⁶¹, y el voto razonado del juez Sergio García Ramírez: «Resulta inadmisibles 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 estas, sus actividades y convicciones y el origen de sus lesiones o enfermedades».

3.3. CONSIDERACIÓN FINAL

Termina el documento constatando que 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.

⁶⁰ BUGNION, F. *Croix rouge, croissant rouge, cristal rouge*. CICR 2007, pp. 35 y ss.

⁶¹ PÉREZ GONZÁLEZ, M. *Op. cit.*